



**68-Я ИТОГОВАЯ  
студенческая  
НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
СБОРНИК ТЕЗИСОВ**



**Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
образования  
«Московский государственный  
медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации**

**68-я ИТОГОВАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ НАУЧНАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ**

**Сборник тезисов**

**Москва 2020**

## **Уважаемые коллеги!**

Завершается текущий учебный год, и мы традиционно подводим итоги студенческой научной жизни нашего Университета.

Мы хотим, чтобы каждый студент имел возможность развития и реализации своего научно-исследовательского потенциала. Основная задача Итоговой студенческой научной конференции – пробуждение у студентов интереса к научному знанию в целом и молодежной науке в частности. За долгие годы проведения конференции она стала не просто неотъемлемой и значимой частью научно-образовательного процесса МГМСУ, но и крупнейшим по числу участников студенческим мероприятием.

В этом году в связи со сложившейся в мире эпидемиологической ситуацией, обусловленной коронавирусной инфекцией Covid-19, было отменено множество мероприятий, в том числе и 68 Итоговая студенческая научная конференция, но несмотря на это мы приняли решение опубликовать тезисы в ежегодном сборнике к 68 ИСНК.

В нашем Университете делается все для того, чтобы студенты включались в научную работу: поддерживается работа большого количества студенческих научных кружков, организуются мероприятия, на которых обучающиеся продолжают развивать свои навыки, полезные для каждого специалиста в области медицины. Участие в студенческой научной жизни Университета помогает будущему молодому ученому не только лучше усваивать образовательные программы, но и ориентироваться в современной науке, оперировать большими массивами научной информации и развивать новые направления в медицине.

Творите, не бойтесь пробовать себя на арене научного знания и добивайтесь поставленных перед собой целей!

Ректор  
академик РАН, профессор

О.О. Янушевич

Проректор по научной работе,  
профессор

Н. И. Крихели

## **Оглавление:**

Секция внутренние болезни .....	5
Секция терапия, диагностика и акушерство .....	31
Секция хирургические болезни .....	57
Секция хирургия и травматология .....	75
Секция детская стоматология и ортодонтия .....	89
Секция ортопедическая стоматология .....	104
Секция терапевтическая стоматология .....	123
Секция хирургическая стоматология .....	150
Секция гуманитарные дисциплины, экономика и основы здравоохранения .....	169
Секция психология .....	188
Секция фундаментальные науки .....	212
Конкурс рефератов .....	234

# СЕКЦИЯ ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМОЙ Анохина

Дарья Игоревна

Лечебный факультет, 6 курс, 5 группа

Кафедра кожных и венерических болезней

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,

доцент Ольховская Кира Брониславовна

**Актуальность:** заболеваемость экземой среди трудоспособного населения колеблется в пределах от 2% до 10%. Хроническая экзема, особенно на руках, осложняет жизнь пациентов, вынуждает сменить их профессию и затрудняет выполнение повседневных действий. Стандартные методы лечения не всегда определяют хороший клинический эффект и стойкую ремиссию, поэтому совершенствование традиционных методов терапии экземы является актуальной задачей современной дерматовенерологии.

**Цель:** оценка эффективности и противорецидивной активности комплексного метода лечения.

**Задачи:** 1) определение эндотелиальной функции и поиска предикторов ее нарушения, 2) оценка динамики клинических симптомов экземы и состояния эндотелия в результате лечения, 3) на основании результатов отдаленных исследований проведение оценки противорецидивной активности комплексного метода лечения.

**Материалы и методы:** в исследовании приняли участие 44 пациента с хронической экземой, среди них было 70,45% женщин и 29,55% мужчин. Возраст исследуемых составил от 18 до 54 лет. На момент начала исследования показатель индекса EASI был равен  $18,6 \pm 1,72$  и все пациенты находились в острой стадии экземы. По результатам проведенного опроса, длительность ремиссии после предшествующей терапии у 93,18% составляла менее трех месяцев. Исследуемая группа была поделена рандомным образом на две равные подгруппы. Обе группы принимали стандартную системную и наружную терапию, во второй группе лечение было дополнено препаратом сулодексид. Так же в исследовании участвовала группа контроля, состоящая из 30 человек, здоровых по дерматологической патологии. В процессе исследования была проведена оценка: индекса EASI, анамнестических данных, концентрации маркеров эндотелиальной дисфункции. Все результаты исследования были оценены при помощи методов статистического анализа.

**Результаты:** анализ анамнестических данных показал, что участники исследуемой группы чаще имели семейный анамнез по экземе и заболеваниям сердечно-сосудистой системы, чаще не соблюдали здоровый образ жизни и имели отклонения в метаболическом обмене, по сравнению с участниками контрольной группы. Это было триггером для развития как кожной патологии, так и являлось предиктором развития эндотелиальной дисфункции. Анализ маркеров эндотелиальной дисфункции показал, что у больных хронической экземой такие показатели как эндотелин-1, ингибитор активатора плазминогена-1 и оксид азота выходят за пределы допустимых значений, в то время как показатели холестерина, триацилглицеридов, гомоцистеина находились в рамках референсных показаний, хотя значение гомоцистеина достоверно было выше по сравнению с группой контроля. По результатам лечения через месяц в первой группе наблюдалось снижение индекса EASI с  $19,92 \pm 1,81$  до  $9,7 \pm 0,97$ , но через полгода после лечения индекс вновь повысился до  $16,4 \pm 1,08$ , что объяснялось большим количеством рецидивов. Клинически значимое улучшение отмечалось у 54,2% исследуемых. Во второй группе, принимающих помимо стандартных методов препарат сулодексид, индекс EASI через месяц после лечения снизился с  $18,34 \pm 1,68$  до  $0,8 \pm 0,20$ , через шесть месяцев после лечения он был равен  $3,4 \pm 0,75$ . Клинически значимое улучшение наблюдалось у 77,27%. Оценка показателей маркеров эндотелиальной дисфункции после лечения выявила, что в первой группе показатели гомоцистеина, холестерина, триацилглицеридов, оксида азота, эндотелина-1 незначительно изменились, а вот показатель ингибитора активатора плазминогена-1 вырос. Во второй же группе значения гомоцистеина, холестерина, триацилглицеридов и ингибитора активатора плазминогена-1 достоверно снизились, в то время как показатели оксида азота и эндотелина-1 выросли. Оценка противорецидивной активности на основании отдаленных результатов исследования показала, что в первой группе у наибольшего числа участников (75%) ремиссия продлилась не более двух месяцев, во второй группе в среднем ремиссия продолжалась от четырех месяцев до полугода (52,38% и 35,34% соответственно).

**Выводы:** 1) у пациентов с хронической экземой выявлена эндотелиальная дисфункция и предикторы ее нарушения, такие как семейный анамнез по экземе и сердечно-сосудистой патологии, отклонения метаболического обмена и нарушения здорового образа жизни, 2) включение в комплексную терапию препарата сулодексид способствовало более быстрому регрессу высыпаний и нормализации показателей маркеров эндотелиальной дисфункции, 3) оценка результатов отдаленных исследований показало преимущество противорецидивной активности комплексной терапии экземы с применением сулодексида.

# ТУБЕРКУЛЕЗ И МИКОБАКТЕРИОЗ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

**Горелова Анастасия Ивановна**

Лечебный факультет, 4 курс, 29 группа

**Епишин Иван Александрович**

Ординатор кафедры фтизиатрии и пульмонологии

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мишина Анастасия Владимировна

**Актуальность:** сочетание туберкулёза лёгких и микобактериоза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции представляет собой совершенно новое качество единой болезни, а не простого сочетания: ВИЧ-инфекции + туберкулёза + микобактериоза + другие оппортунистические болезни, а при этом особенности клиники и диагностики остаются практически не изученными.

**Цель:** изучение особенностей клинического течения и диагностики сочетания туберкулеза лёгких (ТБЛ) и микобактериоза лёгких (МБЛ) у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

**Задачи:** 1. Провести идентификацию нетуберкулезных микобактерий (НТМБ) методом ПЦР. 2. Изучить клинико-рентгенологические проявления ТБЛ и МБЛ у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. 2. Разработать алгоритм диагностики ТБЛ и МБЛ у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

**Материал и методы:** под наблюдением находились 26 впервые выявленных больных сочетания ТБЛ и МБЛ с 4В и 5 стадией ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования, при отсутствии антиретровирусной терапией в возрасте 26-54 лет, мужчин было 19 (73,1±8,7%) и женщин – 7 (26,9±8,7%) (основная группа). В основной группе при микробиологическом исследовании диагностического материала была выявлена культура микобактерий туберкулеза (МБТ) и культура нетуберкулезных микобактерий (НТМБ). Группу сравнения составили 26 больных ТБЛ идентичные по всем параметрам с основной группой. Видовую принадлежность НТМБ устанавливали путем молекулярно-генетической идентификации с использованием наборов ДНК-стрипов Hain Lifescience (Германия) и GenoType® Mycobacterium CM и GenoType® Mycobacterium AS. При этом среди НТМБ идентифицированы: *M. avium* complex у 22 (84,6±7,1%) больных, *M. kansasii* – у 2 (7,7±5,2%), *M. fortuitum* – у 1 (3,8±3,8%) и *M. xenopi* – у 1 (3,8±3,8%).

**Результаты:** больные основной группы и группы сравнения постоянно употребляли внутривенные наркотики и страдали вирусным гепатитом С или В. Длительность ВИЧ - инфекции составляла 6-9 лет и все пациенты состояли на учете СПИД-центра, который практически не посещали ввиду социальной дезадаптации и отсутствия приверженности к обследованию и лечению. Клиническая картина у больных обеих групп не различалась и характеризовалась выраженным синдромом интоксикации, бронхолегочными проявлениями и симптомами поражения других органов. Среднее количество CD4+ лимфоцитов у больных основной группы составило  $25,0 \pm 0,35$  кл./мкл крови и было ниже чем у пациентов группы сравнения ( $33,3 \pm 0,44$  кл./мкл). Среди больных основной группы и группы сравнения ТБЛ сочетался с туберкулезом внелегочной локализации, т.е. имел генерализованный характер. Кроме того были также диагностированы другие оппортунистические заболевания. Наиболее часто это были кандидоз слизистых оболочек и кожи: у 6 ( $23,1 \pm 8,2\%$ ) пациентов основной группы и у 8 ( $30,7 \pm 9,0\%$ ) – группы сравнения ( $p > 0,05$ ), герпесвирусная инфекция, соответственно, у 8 ( $30,8 \pm 9,0\%$ ) и у 4 ( $15,4 \pm 7,0\%$ ) ( $p < 0,05$ ), цитомегаловирусная инфекция встречались, соответственно: у 12 ( $46,1 \pm 9,8\%$ ) и у 4 ( $15,4 \pm 7,0\%$ ) ( $p < 0,05$ ) и пневмоцистная пневмония у 6 ( $23,1 \pm 8,2\%$ ) и 3 ( $11,5 \pm 6,2\%$ ). При лучевом исследовании органов грудной клетки (цифровая рентгенография и КТ) у больных основной группы и группы сравнения выявлялась диссеминация очагами различных размеров, дифференцировать которые довольно трудно, что также связано с герпес- и цитомегаловирусной инфекцией и пневмоцистной пневмонией.

**Выводы:** сочетание ТБЛ и МБЛ у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции проводится по этиологической диагностики для выявления возбудителей оппортунистических инфекций, что необходимо для адекватного лечения.

## **БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

**Горелова Анастасия Ивановна**, лечебный факультет, 4 курс, 29 группа

**Епишин Иван Александрович**, ординатор кафедры фтизиатрии и пульмонологии

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научные руководители: к.м.н., доцент Мишина Анастасия Владимировна; д.м.н, профессор

Завражнов Сергей Петрович

**Актуальность:** бронхообструктивный синдром (БОС) - универсальный клинический симптомокомплекс, характерный для большинства респираторных заболеваний, в том числе и

для туберкулеза легких (ТБЛ). БОС наблюдается при всех формах туберкулеза легких (ТБЛ), он может быть как проявлением сопутствующей ТБЛ хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), так и временным нарушением, сопровождающим активную фазу специфического воспаления. В литературе распространенность БОС оценивается в широких пределах от 50 до 90 % больных туберкулезом. Столь высокие показатели встречаемости нарушений бронхиальной проходимости, приведенные в авторитетных отечественных источниках, требуют уточнения в современных условиях стабилизации эпидемической ситуации и снижения заболеваемости ТЛ.

**Цель:** Выявить связь БОС при туберкулезе с характеристиками основного заболевания в современных эпидемиологических условиях мегаполиса.

**Задачи:** 1. Определить частоту встречаемости бронхообструктивного синдрома при ТБЛ.  
2. Изучить клинико-рентгенологические проявления ТБЛ у больных с проявлениями БОС и без.

**Материалы и методы:** под наблюдением находились 121 пациент с ТБЛ, без ВИЧ - инфекции, в возрасте 18-76 лет (91 мужчина и 29 женщин), находившиеся на стационарном лечении в 2019 г. в филиале по САО г. Москвы МНПЦ борьбы с туберкулезом и в ГБУЗ Туберкулезной больнице № 3 имени профессора Г.А. Захарьина. Больные по результатам исследования показателей функции внешнего дыхания (ФВД) были разделены на 2 группы. 1 группа - пациенты без функциональных нарушений дыхательной системы, 2 группа - пациенты с БОС. Основным критерием оценки являлась величина индекса Тиффно (отношение объема форсированного выдоха за 1 сек к жизненной емкости легких) ОФВ-1/ЖЕЛ, снижение которого менее 70, расценивалось как проявление наличия БОС. Группы сопоставлялись между собой по полу, возрасту, случаю заболевания, клиническим формам ТБЛ, распространенности легочного поражения, наличию деструкции легочной ткани (СV+/-), выделению с мокротой микобактерий туберкулеза (МБТ+/-).

**Результаты:** по параметрам ФВД выявлено относительно небольшое, не совпадающее с высокими цифрами из литературных источников, число лиц с признаками нарушения бронхиальной проходимости - 25 больных (20,6% из 121) – 2 группа. Группу, с не измененной ФВД составили 96 больных. Во 2 группе значительно меньше было лиц женского пола 16,0% против 27,1% в 1 - й ( $p < 0,05$ ), в ней же преобладали лица старше 45 лет 64,0% (34,3 в 1-й)  $p < 0,05$ . Лица с хроническим течением туберкулеза так же чаще встречались во 2 группе – 24,% (в 1-й 7,2%)  $p < 0,05$ . У лиц с признаками БОС достоверно чаще встречались обширные изменения в легких занимающие от 3 и более легочных сегмента у 76,0% и двухсторонние поражения – у 64,0 % больных. Во 2 группе чаще встречались диссеминированные -32,0% и фиброзно кавернозные поражения легких – 20,0%<sup>9</sup> (в 1 й соответственно 23,9% и 6,2%)  $p <$

0,05. При этом выделение с мокротой МБТ с одинаковой частотой; 44,0% и 45,8% встречалось в обеих группах, аналогично данным о наличии деструкции в легких: 40,0% и 35,4% **Выводы:** 1. У больных, находящихся на стационарном лечении по поводу легочного туберкулеза, бронхообструктивный синдром встречается в 20,6% случаев.  
2. Бронхиальная обструкция чаще сопровождает распространенные формы легочного поражения с хроническим течением заболевания.

## **КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Дё**

**Валерия Анатольевна**

Лечебный факультет, 6 курс, 35 группа

Кафедра нервных болезней лечебного факультета

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научные руководители: к.м.н., доцент Сазонова Ангелина Геннадьевна; д.м.н., профессор Остроумова Ольга Дмитриевна

**Актуальность:** существенной проблемой здравоохранения и одной из самых распространённых причин снижения трудоспособности является нарушение когнитивных функций. Несмотря на возрастные изменения, тяжёлые когнитивные нарушения не являются естественным следствием старения. Сахарный диабет 2 типа (СД) доказанно повышает риск возникновения когнитивных нарушений. Также хронические заболевания, в том числе и СД требуют ежедневного самоконтроля и приёма лекарственных препаратов, что возможно при сохранении базовой функциональной активности пациента и высших мозговых функций. На данный момент большинство когнитивных нарушений не поддаются полному регрессу, но ранняя диагностика и своевременная фармакотерапия могут замедлить прогрессирование заболевания и улучшить качество жизни пациента.

**Цель:** изучить уровень когнитивного функционирования у пациентов пожилого и старческого возраста с СД.

**Материалы и методы:** в исследование вошли 80 человек в возрасте  $\geq 60$  лет. Все пациенты были разделены на 2 группы: группа пациентов с СД (42 человека; средний возраст  $68,2 \pm 4,5$  лет; 33,3% мужчин) и группа пациентов без СД (38 человек; средний возраст  $69,1 \pm 5,4$  лет; 21,1% мужчин).

**Результаты:** сравнение когнитивных функций показало в группе пациентов с СД статистически значимо меньшие показатели по сравнению с группой без СД в MoCa тесте ( $23,2 \pm 3,5 / 24,8 \pm 3,5$ ;  $p=0,031$ ), шкале Векслера: coding ( $16,2 \pm 7,5 / 29,7 \pm 10,1$ ;  $p < 0,001$ ), ADAS-cog ( $20,2 \pm 7,5 / 11,7 \pm 6,1$ ;  $p < 0,001$ ), в коэффициенте интерференции ( $84,8 \pm 58,1 / 47,7 \pm 41,0$ ;  $p=0,003$ ). Пациентам с СД также требовалось больше литеральных ( $2,4 \pm 1,5 / 1,0 \pm 1,4$ ;  $p < 0,001$ ) и категориальных ( $2,5 \pm 1,8 / 0,5 \pm 1,2$ ;  $p < 0,001$ ) подсказок в Бостонском тесте называния. В WAIS IV-LDSF результаты группы с СД были статистически значимо больше, чем у контрольной группы ( $5,8 \pm 1,0 / 4,5 \pm 1,5$ ;  $p < 0,001$ ).

**Выводы:** у пациентов пожилого и старческого возраста с СД по сравнению с лицами без данного заболевания наблюдается более тяжёлое расстройство когнитивных функций, что может быть связано с патогенетическими особенностями течения СД, в том числе с нейродегенеративными процессами, сосудистыми событиями, гипогликемиями.

## **АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХООРГАНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

**Демирчян Ольга Валентиновна**

Лечебный факультет, 5 курс, 1 группа

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,

профессор Беглянкин Николай Игоревич

**Актуальность:** патологическое изменение речи в виде афазии возникает как нарушение высших когнитивных функций при локальном поражении мозга и является одним из самых распространенных психических осложнений у нейрохирургических пациентов с левополушарными патологиями. Все это приводит к формированию переходных синдромов в виде депрессивного с преобладанием апатического компонента, астенического, тревожно-фобического и галлюцинаторно-бредового. Поэтому афатические расстройства мозговой функции рассматриваются в соответствии со стадией развития психоорганического синдрома. **Цели и задачи:** получить данные о взаимосвязи этиологии и локализации патологического очага с особенностями проявления акустико-мнестической афазии в рамках психоорганического синдрома, а также изучить возможность диагностики височной патологии по афатическим симптомам. Задача исследования заключалась в том, чтобы (1) в госпитальном периоде оценить психопатологические особенности афазии у обеих групп

пациентов, (2) сравнить полученные данные с принятой нейропсихологической классификацией А.Р. Лурии; (3) на основе полученных результатов рассмотреть возможность использования корреляции топики поражений и проявления афазии в диагностических целях. Еще одна задача (4) – это проведение сравнительного анализа динамики афатических расстройств у пациентов с эндогенно-органическими и экзогенно-органическими поражениями, то есть с новообразованиями (опухоли) и ЧМТ.

**Материалы и методы:** (1) клинико-психопатологический – для определения психического статуса пациента с целью описания стадии развития психоорганического синдрома, включая оценку нейропсихопатологических симптомов; (2) использована нейропсихопатологическая шкала А.Р.Лурии в модификации Дорофеевой С.А., которая включает 10 проб на импрессивную и экспрессивную речь, адаптированная для диагностики в нейрохирургических отделениях стационаров для определения тяжести акустико-мнестической афазии.

В исследование вошли 10 нейрохирургических пациентов с акустико-мнестической афазией. Диагноз подтвержден КТ и МРТ. С учетом вида патологии пациенты были разделены на 2 группы: 1) 5 пациентов с экзогенно-органическим поражением – ЧМТ 2) 5 пациентов с эндогенно-органическим поражением – новообразования. Анализ степени нарушений проводился в острый период и в период реконвалесценции по следующим параметрам: 1) спонтанная и диалогическая речь; 2) аграмматизм; 3) повторение речевых рядов (серии слогов, слов, простых и сложных предложений); 4) называние предметов; 5) произношение речевых звуков; 6) вербальные парафазии; 7) литеральные парафазии; 8) понимание ситуативной речи и словесных значений; 9) чтение вслух; 10) письмо самостоятельно и под диктовку. Афазия у пациентов, набравших от 20 до 30 баллов, - расценивалась как тяжелой степени; 10-20 – средняя степень нарушений; 1-10 – легкая степень.

**Результаты:** у 8 из 10 наблюдаемых нами пациентов отмечалось значительное уменьшение слухоречевой памяти, трудности в поиске нужных слов, нарушение предметно-образных представлений, вербальные парафазии и отсутствие продуктивности при заучивании. У 2 из 10 больных к вышеуказанным симптомам добавился ещё один - на фоне обеднённой речи они пропускали существительные, что патогномично для средневисочного поражения. Все вышеописанные симптомы характерны для акустико-мнестической афазии при поражении вне ядерной зоны слухового анализатора – это средняя и задняя височные области, поля 21 и 37, и подкорковые структуры. На данных КТ и МРТ у всех 10 пациентов подтвердилось височное поражение.

**Выводы:** наши наблюдения показывают, что у пациентов с экзогенно-органическими поражениями в виде черепно-мозговых травм, даже очень тяжелых, гораздо быстрее восстанавливаются речевые нарушения, чем у пациентов с опухолями, то есть с эндогенно-

органическими нарушениями. А у пациента с глиобластомой даже наблюдалось ухудшение, несмотря на терапию глюкокортикостероидами и уменьшение послеоперационного отека. Поскольку современные технические возможности не позволяют чётко разграничивать поля - согласно концепции Лурии по клиническим психопатологическим проявлениям достаточно точно можно предполагать зону повреждения мозга. Подобный метод особенно актуален в условиях, когда инструментальная диагностика недоступна, тогда по афатическим симптомам можно определить область и уровень мозговой патологии. Как в данном случае симптомокомплекс акустико-мнестической афазии прямо указывает на височное поражение.

## **БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ И ФОТОХРОМОТЕРАПИЯ ЗЕЛЕНЫМ СВЕТОМ В ЛЕЧЕНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ**

**Жердева Арина Сергеевна**

Лечебный факультет, 5 курс, 1 группа

Кафедра нервных болезней лечебного факультета

Кафедра нормальной физиологии и медицинской физики

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научные руководители: д.м.н., профессор Селицкий Геннадий Вацлавович  
д.б.н., профессор Сорокина Наталия Дмитриевна

**Актуальность:** головная боль (ГБ) является наиболее часто встречающейся жалобой, с которой обращаются к неврологу, терапевту и врачу общей практики. Примерно у 80% населения в популяции возникают эпизоды головной боли и около 50% страдают ей систематически. В настоящее время для лечения ГБ напряжения и мигрени применяют фармакологическое и нефармакологическое купирование приступа цефалгии и методы профилактики. Метод биологической обратной связи (БОС-терапия) является безопасным нефармакологическим методом лечения, в котором активно участвует сам пациент. Фототерапевтические аппараты на основе светодиодных матриц в настоящее время широко используются для лечения хронических болезней, пограничных нервно-психических расстройств, коррекции эмоциональных состояний. Все большую популярность получает применение трехцветных светодиодов, генерирующих красный, зеленый, синий цвета, обладающих новыми биотропными характеристиками.

**Цель:** провести сравнительное изучение эффективности монотерапии ЭЭГ-БОС и ее комбинации с фотохромотерапией зеленым светом у лиц с частой эпизодической головной болью напряжения с различными особенностями автономной нервной системы.

**Материалы и методы:** исследованы 2 группы пациентов с частой эпизодической головной болью напряжения (ЭГБН): 1-я группа (18 человек: 12 женщин и 6 мужчин), без применения зеленого света; 2-я группа (19 человек: 13 женщин и 6 мужчин), средний возраст 28+7 лет. Контрольная группа включала 11 пациентов с фармакологическим лечением (анальгетиками) того же возраста. 1-я группа проходила сеансы тренировки с БОС по методике ЭЭГ-альфа (повышение амплитуды альфа-ритма ЭЭГ). Показатели регистрировали перед началом, по окончании БОС-терапии и через 1 месяц (устойчивость результата). Во 2-й группе применяли ЭЭГ-БОС (как и в 1-й группе) и сочетали с фотохромотерапией лазерным аппаратом “Спектр-ЛЦ-МОД 2” монохромным зеленым светом, время воздействия 10 мин. Воздействовали на активные точки рефлексотерапии: на основании черепа, на височной кости, в начале скулы и у основания уха. С каждым пациентом во всех сериях проведены по 10 сеансов БОС-тренинга по методике ЭЭГ-альфа на приборе «Энцефалан-ЭЭГР-19/26» (Медиком) и проведен контроль через 1 месяц после терапии. Оценивали различные психофизиологические особенности (выраженность тревожности, депрессии, преобладающий тонус автономной нервной системы (АНС) по тестам). Субъективная степень выраженности ЭГБН оценивалась с помощью визуальной аналоговой шкалы, опросника качества жизни, теста оценки боли Мак-Гилла. Оценивали дисфункцию перикраниальных мышц (ДПМ). Вариабельность сердечного ритма по В.М.Баевскому оценивали с использованием аппаратно-программного комплекса «Варикард-2.51», рассчитывали ряд показателей, из которых анализировали индекс напряжения регуляторных систем (SI), вагосимпатический баланс (LF/HF), амплитуду моды (АМо). Статистическую обработку данных проводили с использованием «Statistica 8.0».

**Результаты:** комплексное лечение ЭЭГ-БОС с воздействием светодиодной фотохромотерапии зеленым светом (2-я группа) вызвало достоверное снижение показателей оценки боли по ВАШ, тесту Мак-Гилла, уровня тревожности (снижение на 36,5%, 45,4% и 19,2% соответственно), по сравнению с теми же показателями в группе с применением монотерапии ЭЭГ-БОС (1-я группа) (снижение на 25,5%, 36,4% и 16,9%, соответственно). Динамика показателей ВСР во 2-й группе была выражена значительно, чем в 1-й группе, что характеризовало их переходом на сбалансированный тип регуляции сердечным ритмом, сопровождаемым функциональным улучшением работы всех органов и систем. Индекс вагосимпатического воздействия LF/HF снизился на 50% во 2-й группе и 31,3% - в 1-й, амплитуда моды уменьшилась на 24,3% и 19,6%, соответственно, а также выявили достоверное снижение индекса SI на 30,4%. Стойкость полученного эффекта была наиболее

выражена также во 2-й группе пациентов. Оценка результатов фармакологической терапии показала, что у пациентов контрольной группы болевой синдром и психофизиологические показатели изменились недостоверно.

**Выводы:** сравнительная эффективность фармакологической терапии и ЭЭГ-БОС-терапии, а также ее сочетания со светодиодной фотохромотерапией зеленым светом достоверно показала преимущество комплексного метода нефармакологической терапии ЭГБН.

## **ЧАСТОТА, ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ И ИСХОДЫ АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

**Завьялов Георгий Викторович**

Лечебный факультет, 3 курс, 2 группа

Кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи  
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России  
Научный руководитель: д.м.н., профессор Вёрткин Аркадий Львович

**Актуальность:** прием антибиотиков широкого спектра нарушает состав микробиома кишки, снижает колонизационную резистентность и формирует «нишу» для колонизации *Clostridium difficile*. А это, в свою очередь, вызывает антибиотик-ассоциированную диарею (ААД) и, как осложнение, псевдомембранозный колит (ПМК), являющийся острым воспалительным заболеванием кишечника. Согласно данным опроса ВОЗ<sup>1</sup>, более половины респондентов (56%) сообщили о приеме антибиотиков в последние шесть месяцев, 56% антибиотики были назначены врачом. 67% ошибочно полагают, что антибиотиками можно лечить простуду и грипп. Более четверти (26%) считают, что с улучшением самочувствия следует прекратить прием антибиотиков, не завершая весь предписанный курс лечения. Все это является основной причиной развития побочных действий, в том числе ААД, не редко являющейся причиной смерти.

**Цель:** определить частоту, основные причины и исходы антибиотик ассоциированной диареи в клинике внутренних болезней.

**Задачи:** на основе изучения клинических случаев определить частоту, проанализировать причины, уточнить исходы ассоциированной диареи в клинике внутренних болезней.

**Материалы и методы:** проанализировано 40 историй болезни пациентов с антибиотик ассоциированной диареей, поступивших в многопрофильный стационар в период 2018 года.

Критериями включения в исследование были: прием антибиотиков во время нахождения в

стационаре или в предшествующие 30 дней и установленный диагноз ААД. Анализ историй болезни показал: средний возраст пациентов с диагнозом ААД мужского пола (13/40) – 50 лет, женского пола (27/40) – 58 лет; всем больным были произведены анализ жалоб, клинический осмотр, лабораторные исследования, в ряде случаев, диагностическая колоноскопия. В случаях летального исхода были изучены результаты посмертных анализов, включающих морфологическое исследование фрагментов тонкой и толстой кишки. Все полученные данные обработаны методом описательной статистики при помощи программы Excel.

**Результаты:** только у 1 из 40 пациентов направительным диагнозом была ААД. Наиболее частыми направительными диагнозами пациентов с ААД являются: пневмония (6/40), острый пиелонефрит (6/40), онкологические заболевания (5/40). У 36 человек наблюдались периодические боли по ходу толстой кишки. Четверо не предъявляли жалоб из-за выраженных когнитивных нарушений. В стационаре, после манифестации ААД, тридцати одному из сорока был назначен ванкомицин, шестерым был назначен метронидазол, трем антибиотиков назначено не было. В 15% случаев (6/40) после проведения экспресс теста была выполнена колоноскопия, в ходе которой у двух обследованных (2/40) не было получено убедительных данных, свидетельствующих о наличии ПМК. У остальных пациентов диагностические исследования, проводимые после экспресс теста, соответствовали основному диагнозу и не имели специфичности в отношении ААД. Количество клинических случаев, закончившихся улучшением состояния больного – 15, а летальным исходом – 25.

**Выводы:** основным кофактором, способствующим развитию ААД, является использование антибиотиков, которые все больные длительно получали на догоспитальном этапе. Наиболее частое (25/40) развитие ААД отмечается на фоне приема цефалоспоринов II и III поколения (Цефтриаксон). Тот факт, что лишь один пациент поступил в клинику с направительным диагнозом «ААД» говорит о том, что у врачей нет нацеленности на этот диагноз и настороженности, в связи с рисками его развития. Стандартом диагностики ААД, индуцированной *Cl. difficile*, является экспресс тест на ГДГ и токсины *Cl. difficile* (чувствительность – 85-100%, специфичность – 87-98%). Эндоскопическое исследование (колоноскопия) не является методом выбора при диагностике ПМК из-за низкой чувствительности.

**СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА II, СТРАДАЮЩИХ КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ Кондратьев Дмитрий Игоревич,**

**Голикова Ольга Сергеевна** Лечебный факультет, 6 курс, 14 группа

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Славгородский Ярослав Михайлович

**Актуальность:** сахарный диабет типа II – это хроническое метаболическое заболевание, оказывающее существенное негативное влияние на качество жизни пациентов и ассоциированное с развитием психических расстройств.

**Цель:** определить распространенность и формы проявления суицидального поведения у больных сахарным диабетом типа II, страдающих коморбидной депрессией.

**Задачи:** 1. Составить группы высокого риска суицидального поведения. 2. Провести диагностику и выявить распространенность отдельных форм (суицидальные мысли, намерения, попытки).

**Материалы и методы:** на базе Государственной клинической больницы им Е.О. Мухина Департамента здравоохранения Москвы было проведено исследование среди взрослых пациентов с сахарным диабетом типа II и коморбидной депрессией. Симптомы выявлялись с помощью клинико-психопатологического (сбор анамнеза, диагностическая беседа, наблюдение) и психометрического (шкалы: шкала для оценки суицидального мышления Бека (BSSI), шкала оценки риска суицида (The sadpersons scale)), методов. Для выявления предикторов суицидального поведения использовался метод наименьших квадратов (МНК).

**Результаты:** всего было включено 56 пациентов с сахарным диабетом типа II и коморбидной депрессией (21 – мужчины, 35 – женщины, соответственно 37,5% и 62,5%). Данные шкалы для оценки суицидального мышления Бека (BSSI): «пассивное суицидальное желание», соответствующее 3-4 пунктам, подтвердили 47 пациентов (83,93%), включающих 29 женщин (82,86%) и 19 мужчин (90,48%); «активное суицидальное желание», что соответствует 5 пунктам, выбрали 5 пациентов (8,93%), из них 1 мужчина (4,76%) и 4 женщины (11,43%); 6-7 пунктов, означающих «подготовку к суициду» выбрали 4 пациента (7,14%), из них 2 женщины (5,71%) и 2 мужчин (9,52%). Основным предиктором суицидального поведения был высокий уровень HbA(1c). Согласно методу наименьших квадратов, повышение его уровня на единицу увеличивает риск суицидальных попыток в 2,79 раз ( $p = 7,40362E-32$ ). Результаты шкалы оценки риска суицида (The sadpersons scale): 2 балла – низкий риск суицида у 35 пациентов (62,5%), 23 женщины (65,71%) и 12 мужчин (57,14%); 3-4 балла – средний риск суицида, необходимо пристальное наблюдение за пациентом, возможна госпитализация – у 17 пациентов (30,36%), из них 10 женщин (28,57%) и 7 мужчин (33,33%); 5 баллов – высокий риск суицида, предпочтительна госпитализация – у 4 пациентов (7,14%), включающих 2

мужчин (9,52%) и 2 женщин (5,71%); 7 и более баллов – крайне высокий риск суицида, госпитализация обязательна – не выбраны. Основным предиктором суицидальных проявлений был высокий уровень HbA(1с). Согласно методу наименьших квадратов, повышение его уровня на единицу увеличивает риск суицида в 2,48 раз ( $p = 5,25572E-22$ ).

**Выводы:** таким образом, данное исследование показало высокий риск суицидальных проявлений у больных сахарным диабетом типа II, страдающих коморбидной депрессией. Важной клинической задачей медицинских работников является проведение диагностики суицидальных наклонностей с последующей разработкой профилактических и лечебных мер для снижения риска самоубийств у больных сахарным диабетом.

## **СПАЗМ АККОМАДАЦИИ: ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА**

**Кулиджанян Виктория Давитовна**

Лечебный факультет, 6 курс, 2 группа

Кафедра медицинской реабилитации

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,

доцент Иваненко Татьяна Анатольевна

**Актуальность:** спазм аккомодации это одно из часто встречающихся заболеваний. Он возникает вследствие перенапряжения цилиарной мышцы в результате длительного зрительного напряжения. Данное функциональное нарушение занимает второе место после близорукости и вовремя не корректируемый спазм аккомодации приводит к развитию истинной миопии. Этим страдают более 30 % детей школьного возраста, что связано с тяжелыми учебными нагрузками, к которым организм ребенка еще не адаптирован и введением электронных досок. Среди взрослого населения спазм аккомодации часто встречается у врачей-стоматологов и офисных сотрудников, из-за данного нарушения они отмечают снижение трудоспособности. В связи с этим является актуальным разработать метод лечения и профилактики спазма аккомодации.

**Цель и задачи:** разработка метода для профилактики и лечения спазма аккомодации за счет укрепления и нормализации тонуса глазодвигательных мышц.

**Материалы и методы:** нами было обследовано 14 пациентов в возрасте от 12 до 42 лет. Им было проведено психоэмоциональное и общепринятое офтальмологическое обследование, что позволило нам исключить пациентов, имеющих какие-либо заболевания глаз; все нами леченные пациенты имели только функциональные нарушения, связанные со спазмом

аккомодации. Мы обращали внимание на определение остроты зрения утром, днем, вечером, после усиленной нагрузки на глаза. Все наши пациенты отмечали ухудшение остроты зрения после работы (школы), вечером. Так же на слезотечение, неприятные ощущения в глазах, их покраснение, снижение психоэмоциональной сферы. После обследования им всем был проведен разработанный нами курс лечения в течение 5 недель. Он состоял из физических упражнений аналитического, динамического характера, идеомоторных упражнений, Вейт-терапии на зоны лица, метода Кастильо Моралиса и применения препарата Семакс 1%. Данному методу были обучены все пациенты и им было рекомендовано его периодически выполнять в течении дня и после усиленной нагрузки на глаза.

**Результаты:** по окончании курса лечения у всех пациентов отмечалось восстановление остроты зрения после «работы или во время работы, учебы», отмечалось исчезновение приступов резкого покраснения глаз и слезотечения, исчезли неприятные ощущения в глазах, улучшилось психоэмоциональное состояние.

**Выводы:** разработанный нами метод показал положительный результат. Пациенты отмечали восстановление остроты зрения благодаря проведению профилактически комплекса упражнений во время работы, учебы или с лечебной целью после напряженной нагрузки на глазах, что так же позволило улучшить их психоэмоциональную сферу.

## **РЕЙТИНГ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Леонтьева Александра Георгиевна**

Лечебный факультет, 6 курс, 22 группа

Кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи  
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Вёрткин Аркадий Львович

**Актуальность:** заболевания органов дыхания занимают одну из лидирующих позиций в современном мире. Система органов дыхания состоит из: носовых ходов, глотки, гортани, трахеи, бронхов и легких. Основная функция данной системы – газообмен. Заболевания дыхательной системы могут провоцировать инфекции вирусные и бактериальные, нарушения иммунного ответа, генетические аномалии, условия труда больного и его образ жизни. При патологии органов дыхания возникает кислородное голодание и ухудшается выведение из крови углекислого газа, что в свою очередь приводит к сдвигу кислотно-основного состояния

и нарушению метаболизма всех тканей, что приведет к поражению всех систем организма. Поэтому важно понимать какие заболевания органов дыхания встречаются наиболее часто среди населения. Их профилактика, ранее выявление и лечение одна из важнейших задач медицины.

**Цель:** выявить наиболее распространенные заболевания органов дыхания по данным аутопсий многопрофильного стационара ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого за 2018 год.

**Задачи:** в соответствии с поставленной целью были поставлены следующие задачи: провести анализ протоколов аутопсий ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого за 2018 год, выявить пациентов с патологиями органов дыхания, создать рейтинг выявленных заболеваний органов дыхания.

**Материалы и методы:** ретроспективный анализ 729 протоколов аутопсий за 2018 год

**Результаты:** всего в исследовании было обнаружено 553 пациента с патологиями дыхательной системы. В ходе анализа было определено, что самым распространенным заболеванием органов дыхания оказалась хроническая обструктивная болезнь легких – 283 (35,5%) аутопсий. Второе место – пневмония 229 (28,7%) случаев. Третье место занял хронический бронхит – 165 (20,7%) вскрытий. Дальнейший рейтинг выглядел следующим образом: плеврит – 51 (6,4%), рак легкого – 34 (4,3%): центральный рак легкого – 17 (2,1%), рак легкого неуточненной локализации – 10 (1,3%), периферический рак легкого – 7 (0,9%), острый бронхит – 20 (3,6), бронхоэктатическая болезнь – 8 (1%), бронхиальная астма – 7 (0,9), эмпиема плевры – 4 (0,5%), идиопатической фиброзирующий альвеолит – 2 (0,3%), абсцесс легкого – 2 (0,3%).

**Вывод:** Самым распространенным заболеванием среди умерших за 2018 год является хроническая обструктивная болезнь легких.

# **ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ – ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ**

**Мишель Ильясович**

Лечебный факультет, 5 курс, 14 группа

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,

доцент Давыдова Ирина Владимировна

**Актуальность:** кишечные инфекции являются значительной проблемой не только в Российской Федерации, но и в других странах. Ежегодно в мире заболевает более 1 миллиарда человек, 4 миллиона при этом умирают от кишечных инфекций различной этиологии. С учетом значительного увеличения случаев антибиотикоассоциированной диареи, ранняя этиологическая диагностика кишечных инфекций с целью решения вопроса о необходимости приема антибактериальных препаратов имеет особенно важное значение.

**Цель:** определить иммунологические маркеры бактериальных и вирусных кишечных инфекций на раннем госпитальном этапе.

**Задачи:** дать клиническую характеристику больных острыми кишечными инфекциями; оценить лабораторные показатели клинического и биохимического анализов крови у больных острыми кишечными инфекциями; провести фенотипирование лимфоцитов больных острыми кишечными инфекциями; дать характеристику фенотипов лимфоцитов больных острыми кишечными инфекциями

**Материалы и методы:** на базе ГБУЗ ИКБ №2 ДЗМ обследованы 50 больных острыми кишечными инфекциями, в возрасте старше 18 лет с лабораторно подтвержденным диагнозом острой кишечной инфекции. Пациентам проводились общеклинические исследования крови, кала и специальные методы лабораторного исследования (иммуноферментный анализ, проточная цитофлюориметрия). Также были обследованы 18 человек группы контроля (здоровые лица).

**Результаты:** при статистической обработке всех параметров клинической картины кишечных инфекций и показателей лабораторных методов исследования крови, как общеклинических, так и специальных, можно выделить несколько лабораторных критериев, статистически достоверно отличающихся в группах больных кишечными инфекциями различной этиологии: число палочкоядерных нейтрофилов, активность аспартатаминотрансферазы, и число CD8+ЕКТ в крови. Наиболее значимым оказалось содержание CD8+ЕКТ, во много раз превышающее все остальные показатели в зависимости от этиологии болезни. Так,

наибольшее их количество лимфоцитов с фенотипом CD8+ с иммуносупрессорными свойствами было выявлено в крови больных шигеллезом, возбудитель которого занимает одно из ведущих мест в развитии хронических воспалительных заболеваний толстой кишки. Число CD8+ клеток было минимальным в случаях ОКИ вирусной природы. У больных сальмонеллезом содержание CD8+ лимфоцитов занимало промежуточное значение.

**Выводы:** определение этиологии кишечной инфекции является чрезвычайно важным для определения тактики ведения пациента, как в стационаре, так и на догоспитальном этапе. Фенотипическое исследование лимфоцитов может иметь диагностическую значимость для определения этиологического фактора кишечной инфекции.

## **АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ТРИГГЕРЫ, СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ Носова Дарья Борисовна**

Лечебный факультет, 5 курс, 28 группа

Кафедра кожных и венерических болезней

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.м.н., профессор Чернова Надежда Ивановна

**Актуальность:** в настоящее время, согласно данным Всемирной организации здравоохранения, каждый четвертый житель планеты страдает от аллергических заболеваний. Со стороны кожи клинически значимыми проявлениями аллергии являются зуд, высыпания, отек, эритема, со стороны слизистых – выделения, отечность, гиперемия. В то же время перечисленные симптомы могут быть проявлениями воспаления. Зуд, выделения в области половых органов являются одной из самых частых причин обращений в женские консультации и учреждения дерматовенерологического профиля, а диагноз рецидивирующий вульвовагинит занимает лидирующие позиции. Учитывая данные Международного общества по изучению болезней вульвы и влагалища (ISSVD), доля аллергических вульвовагинитов (АВВ) у пациенток, имеющих жалобы на зуд, жжение и выделения в области гениталий составляет 25-30%, можно предположить, что заболевание часто не распознается, в результате чего пациентки проходят долгое и безуспешное лечение, что способствует усугублению тяжести аллергии, ее хроническому течению и развитию осложнений. Зуд, жжение и воспаление в области гениталий способствуют психосоциальной дезадаптации пациенток; снижению качества жизни, обусловленного нарушением сна, повседневной активности и работоспособности; сексуальной абстиненции и, соответственно, снижению репродуктивной

функции, длительному наблюдению у гинекологов, дерматовенерологов, иммунологов, онкологов, врачей общей практики, невропатологов, психотерапевтов.

**Цель:** целью нашего исследования являлось определение наиболее значимых триггеров, способов диагностики и терапии аллергического вульвовагинита.

**Задачи:** выявление наиболее значимых триггеров развития заболевания; создание единого подхода к терапии и диагностике аллергического вульвовагинита.

**Материалы и методы:** под наблюдением находилось 27 пациенток в возрасте от 24 до 44 лет (средний возраст  $29,5 \pm 11,16$  лет) с диагнозом рецидивирующий вульвовагинит. Всем пациенткам проводился сбор анамнеза, осмотр, клинический анализ крови; определение количества специфических IgE-антител к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения; биохимический анализ крови (сывороточное железо и ферритин, ат к ТПО, ат к ТПО, ТТГ, Т4 св., ЖКТ, уровень глюкозы, инсулин); определение эозинофилов при микроскопии отделяемого влагалища; молекулярно-генетическое исследование методом ПЦР в режиме реального времени с определением ДНК *Candida spp.*; определение IgE общ. в крови методом ИФА.

**Результаты:** анализ анамнестических данных показал, что в 51% случаев использовались ежедневные прокладки; в 40,7% презервативы; 25,9% пациенток принимали лекарственные препараты, 18,5% использовали вагинальные тренажеры, 11,1% сексуальные игрушки, 33,3% спермициды. Полученные данные соответствовали исследовательским работам российских и зарубежных ученых, где перечисленные факторы указывались как наиболее значимые триггеры генитальной аллергии. При изучении данных экстрагенитальной патологии было установлено, что наиболее часто у пациенток с АВВ регистрировался аллергический ринит и атопический дерматит (у 66,7% пациенток данной выборки). Результаты микроскопического исследования показали повышение эозинофилов во влагалищных смывах у 74,1% пациенток, причем не во всех случаях эти результаты коррелировали с результатами анализа крови. 70,4% процента пациенток имели лейкоциты в отделяемом уrogenитального тракта. Анализ данных исследования крови показал, что у пациенток с АВВ в значительном количестве случаев повышен уровень общего IgE, эозинофилов, уровень ТТГ; снижены показатели сывороточного железа и ферритина. На основании изучения аллергологической панели индивидуальных аллергенов класса E (90 показателей) наиболее часто регистрировались такие аллергены как молоко, яйца, орехи, арахис, пшеница, мед, морепродукты, различные пищевые добавки, соусы, приправы, чеснок, *Candida albicans*, латекс, семенная жидкость, спермициды, метилхлоризотиазолинон.

**Выводы:** АВВ наиболее часто обусловлен контактными аллергенами, сенсibilизацией грибами рода *Candida*, а также пищевыми аллергенами. Маркерами возможной аллергической

реакции является наличие атопии в анамнезе. Для повышения эффективности диагностики АВВ рекомендуется провести клинический анализ крови, определение эозинофилов в отделяемом УГТ, исследование аллерген-специфических IgE-антител. Разработанный алгоритм диагностики пациенток с рецидивирующим вульвовагинитом, будет способствовать повышению эффективности терапии, профилактике рецидивов, улучшению качества жизни у данной группы больных.

## **СЕНСОРНАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ В ПРОТЕЗЕ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ**

**Панков Максим Юрьевич**, лечебный факультет, 6 курс, 18 группа

**Михайлова Валентина Анатольевна**, лечебный факультет, 6 курс, 11

группа Кафедра нервных болезней стоматологического факультета

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научные руководители: Чех Илья

Игоревич; к.м.н., доцент Степанченко Ольга Алексеевна

**Актуальность:** сенсорная обратная связь - основополагающий компонент функционирования конечности, благодаря которой осуществляется управление моторной функцией и силой захвата объектов. Протез без проприоцептивной и тактильной чувствительности не воспринимается как часть тела, а применение альтернативной обратной связи (зрительной, слуховой) затрудняет его использование, поскольку способствует чрезмерной когнитивной нагрузке. Механотактильная сенсорная обратная связь позволит максимально близко воссоздать ощущение настоящей конечности и повысит функциональные возможности протеза.

**Цель:** создание неинвазивного устройства механотактильной сенсорной обратной связи и оценка его вероятного применения в модели коммерчески доступного протеза в рамках пилотного проекта.

**Материалы и методы:** С 2018 по 2019 гг. в компании ООО «Моторика» выполнялось создание прототипа устройства с механотактильной обратной связью у бионических протезов верхних конечностей. В исследовании участвовало 3 пациента в возрасте от 18 до 33 лет, имеющие длительный опыт использования бионического или механического протеза верхней конечности. Всем пациентам был проведен сбор анамнеза, опрос по шкалам (Визуально-аналоговая шкала (ВАШ), Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS), оценка чувствительности и определение фантомной карты конечности. **Результат:** в пилотном проекте у одного из трех пациентов была обнаружена фантомная карта рук, согласно чему на данном пациенте был опробован прототип устройства с механотактильной сенсорной

обратной связью. В дальнейшем было проведено несколько тестов на определение чувствительности, в результате которых пациент воспринимал ощущение давления головки тактора на зоны, соответствующие фантомной карте, как реальное касание фантомных пальцев.

**Вывод:** нашей командой сделан значительный шаг к созданию чувствительности у бионических протезов. В дальнейшем планируется продолжить исследование: модернизировать данное устройство и имплантировать его в структуру готового бионического протеза.

## **ПРАКТИКА ЕЖЕДНЕВНЫХ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИХ РАЗБОРОВ**

**Сергеева Елизавета Антоновна**

Лечебный факультет, 6 курс, 12 группа

Кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи  
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Вёрткин Аркадий Львович

**Актуальность:** современная патология является дисциплиной, объединяющей как свои основные части, так и молекулярную патологию, генетику. Патология сегодня – это единственная медицинская специализация, которая является отправной точкой для развития медицинской науки. Постановка морфологического диагноза – это сложный многоэтапный индивидуализированный процесс, при котором учитывается множество фактов, в том числе и развернутая клиническая информация, вот почему так важно взаимодействие патоморфолога и клинициста. Патология и клинические дисциплины не могут развиваться параллельно, не пересекаясь друг с другом, иначе появляется провал в понимании клиницистами патологических ответов. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов позволяет повысить качество диагностики заболеваний и своевременно распознавать осложнения, и в полной мере оказать медицинскую помощь.

**Цель:** доказать важность и необходимость проведения регулярных клинико-анатомических разборов.

**Задачи:** в соответствии с поставленной целью были поставлены следующие задачи: провести анализ протоколов аутопсий за 2017 год, оценить долю расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов и также определить процент онкологических заболеваний среди умерших пациентов как одну из наиболее частых причин смертности на примере ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого.

**Материалы и методы:** ретроспективный анализ 838 протоколов аутопсий за 2017 год

**Результаты:** при анализе протоколов вскрытий было выявлено совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов в 91% случаев, расхождение диагнозов – 7% и неверная конструкция диагноза- 2 %. По историям болезни с расхождением диагноза была определена категория расхождения, а также проведен подробный разбор всех случаев. При анализе протоколов по наиболее частым причинам смертности получены следующие результаты: Онкологические заболевания как причина смертности занимают 24%. Также в рамках этого анализа были оценены и другие патологии, а именно алкогольные поражения органов и систем, которые заняли 9%, и ревматические заболевания –1%. Наибольшую долю среди всех причин смертности (66%) составляют заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания легких, сахарный диабет.

**Вывод:** Клинико-анатомические разборы должны проводиться регулярно, т.к. они способствуют повышению качества работы врачей клиницистов, помогают объективизировать подход к процессу своевременной диагностики и лечения заболеваний.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЛИСТЕРИОЗА БЕРЕМЕННЫХ И НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Суконкина Анна Андреевна**

Лечебный факультет, 6 курс, 27 группа

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., доцент Нагибина Маргарита Васильевна

**Актуальность:** по данным Роспотребнадзора ежегодно в России регистрируется до 100 случаев листериоза. Для заболевания характерна широкая распространенность возбудителя и трудность ранней диагностики. Ежегодный рост заболеваемости листериозом по данным на 2019 г. - 20%. Беременные женщины составляют 60% от общего числа пациентов. *L. monocytogenes* имеет истинный тропизм к беременной матке и плаценте, воздействуя на которые активирует клеточный иммунитет, подавляет escape-механизм и провоцирует выкидыш. Несовершенство ранней клинико-лабораторной диагностики, недостаток достоверных данных о частоте случаев листериоза и их исходов у беременных и новорожденных обуславливают гиподиагностику инфекции, вызванной *Listeria monocytogenes*. Заболевание представляет смертельную опасность для плода на всех этапах беременности.

**Цель:** определить клинические особенности течения и возможность качественной диагностики листериоза на ранних этапах, учитывая картину течения заболевания в паре мать-дитя.

**Задачи:** проанализировать данные медицинских стационарных карт и историй родов пациенток с диагнозом листериоз, выявить причины неблагоприятного прогноза и взаимосвязь со сроком заболевания матери и тяжестью состояния ребенка на момент родов, установить взаимосвязь между инфицированием матери *L. monocytogenes* и наличием врожденного листериозного сепсиса у ребенка.

**Материалы и методы:** исследование проведено на базе ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ» за 2019 год и ИКБ№2. Основой работы стал анализ данных 13 беременных с листериозом в возрасте от 30 до 38 лет в условиях стационара.

**Результаты:** из 13 пациенток с листериозом, у 7 диагноз был подтвержден во время беременности бактериологическим или бактериоскопическим исследованием, проведена адекватная антибактериальная терапия. У их детей при рождении не был диагностирован врожденный листериозный сепсис или сопутствующие ему патологии развития. Большинство новорожденных родились недоношенными, на 34-36 неделе беременности. У 8 пациенток с листериозом, диагноз был поставлен после родов, вследствие перенесенных заболеваний во время беременности женщины либо не получали антибактериальную терапию, либо получали препараты, не влияющие на *L.monocytogenes*. У их детей при рождении был диагностирован врожденный листериозный сепсис. Все новорожденные – недоношенные, преждевременные роды на 25-33 нед. беременности. У 5 детей был диагностирован СПОН, сопутствующие патологии (пневмония, РДСН, энтероколит, ДВС-синдром). 2 новорожденных умерли, причина смерти – СПОН.

**Выводы:** неспецифичность проявлений листериоза у беременных значительно затрудняет выявление данного заболевания, а без бактериологического исследования крови или вагинального секрета диагностика данного заболевания не возможна. Всем беременным, с проявлениями лихорадки неясного генеза, катаральными проявлениями и осложненным течением беременности показано проведение бактериологического, бактериоскопического, ПЦР исследования крови. У новорожденных детей врожденный листериозный сепсис прогностически не благоприятен, имеет длительное тяжелое течение, клинически проявляется менингитом, пневмонией, энтероколитом, развитием осложнений, что сильно увеличивает сроки госпитализации. Лечение врожденного листериоза требует длительного применения антибактериальной терапии препаратами ампициллин, меронем, гентамицин.

# CADASIL-СИНДРОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ, ОПОРНЫЕ ТОЧКИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА

Харченко Юлия Сергеевна

Лечебный факультет, 6 курс, 15 группа

Кафедра нервных болезней лечебного факультета

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Власов Павел Николаевич

**Актуальность:** на данном клиническом случае рассмотрен такой вариант болезни малых сосудов, как CADASIL-синдром. Это церебральная аутосомно-доминантная артериопатия с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией, встречающаяся у совершенно разных этнических групп, часто упускающаяся из вида и неверно диагностируемая. Минимальная распространенность заболевания составляет 2-5 на 100000. В основе этой патологии лежит мутация гена NOTCH3 (а именно короткого плеча 19 хромосомы), который кодирует белок рецептора NOTCH3. Специфической морфологической особенностью CADASIL-синдрома является осаждение гранулированного осмиофильного материала (GOM) на базальной мембране VSMC (гладкомышечных клеток сосудов). 07.02.2020 г. в 9:17 в ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана поступил мужчина 1994 г.р. по каналу СМП с жалобами на сильные головные боли, выпадение полей зрения, онемение и потерю чувствительности в левых конечностях (сначала ладони, затем предплечья и плеча), левой половины языка и левой половины лица накануне днем. Через 10 минут онемение самостоятельно купировалось. Вечером выросла головная боль, а утром данные симптомы повторились, что и явилось причиной госпитализации. Первые признаки CADASIL-синдрома начались с 2017 г. в виде мигреней. Наследственность, со слов пациента, отягощена со стороны матери по CADASIL-синдрому (больны бабушка, мать, старший брат). По данному заболеванию стационарное лечение в текущем году получал первый раз, никакой постоянной терапии не получал. Артериальное давление при поступлении составляло 130/80 мм.рт.ст., ЧСС 79 уд/мин. Объективный статус: без особенностей. Неврологический статус (07.02.2020 в 9:29): патологии не выявлено. По данным КТ патологии нет. По данным МРТ: множественные супратенториальные очаги патологического характера. По данным цветового дуплексного сканирования МАГ: гемодинамически значимых препятствий кровотоку по МАГ не выявлено. Пациенту был выставлен диагноз: Транзиторная ишемическая атака от 06.02.2020 г. CADASIL-синдром. Заподозрить и диагностировать данное заболевание без указания на отягощенную

наследственность весьма непросто. Нужно иметь основания, чтобы направлять пациента на генетический анализ. CADASIL-синдром имеет свой собственный алгоритм постановки диагноза: если в анамнезе присутствует инсульт/ТИА по неизвестной причине, на МРТ присутствуют признаки лейкоэнцефалопатии, в семье были частые инсульты/деменция, то следующим шагом является генетическое консультирование и последующее исследование биоптата кожи на наличие GOM, а так же выявление мутаций в гене NOTCH3. Следует также учитывать, что дебют данного заболевания может быть совершенно различным: от мигреней с аурой до биполярного расстройства. Важно оценивать и возраст начала указанных симптомов, который составляет, в среднем, 30-40 лет. На снимках МРТ заметна тенденция в симметричному, двустороннему поражению. Специфичными и диагностически значимыми (наблюдаются у 90% пациентов) являются изменения переднего височного полюса и наружной капсулы, но и данные критерии могут быть вариабельны. Дифференциальная диагностика должна проводиться с синдромом MELAS, болезнью Краббе, болезнью Фабри, наследственной диффузной лейкоэнцефалопатией с аксональными сфероидами и др. Лечение CADASIL-синдрома является симптоматическим, но уже есть работы в отношении предполагаемого направления терапии, а именно ингибировании NOTCH пути, что облегчит активацию генов-мишеней NF-kB в VSMC.

**Выводы:** данный клинический случай показывает, насколько важна роль наследственной патологии в структуре неврологических заболеваний молодого населения. Трудности дифференциальной диагностики, большое количество вариантов дебюта, течения заболевания - все ведет к неправильной постановке диагноза, в результате которого происходит инвалидизация трудоспособного населения. Очень важно знать и помнить об этой большой категории болезней.

## **ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ**

**Яковлева Евгения Николаевна**

Лечебный факультет, 7 курс, 702 группа

Кафедра кожных и венерических болезней

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Соловьев Антон Михайлович.

**Актуальность:** проблема лечения генитальных вирусных инфекций является одной из наиболее острых в настоящее время. Распространенность вируса папилломы человека (ВПЧ), занимает первое место среди вирусных инфекций, передаваемых половым путем. До 70-80% сексуально активного населения инфицируются ВПЧ в течение жизни. Папилломавирусная инфекция с трудом поддается эпидемиологическому контролю и лечению. В России уровень заболеваемости аногенитальными бородавками в 2018 составил 18,8 на 100 000 населения. В 30% всех случаев остроконечных кондилом (ОК) наблюдается рецидив после проведенной терапии. Опасность развития диспластического процесса и высокая канцерогенность ВПЧ заставляют с особым вниманием относиться к лечению аногенитальных бородавок (АБ) и других клинических проявлений этой инфекции.

**Цель:** определить показатели иммунного статуса, ассоциированные с рецидивирующим течением остроконечных кондилом.

**Материалы и методы:** в клиническое наблюдение включено 30 пациентов (16 женщин, 14 мужчин) с рецидивирующими остроконечными кондиломами (РОКК), от 18 до 52 лет (средний возраст  $27,1 \pm 4,3$ ). Длительность заболевания составляла от 2 месяцев до 4 лет (средний показатель 13,2 месяца). На момент исследования у всех 30 пациентов имелись клинические проявления заболевания, длительность рецидива составляла от 1 недели до 8 месяцев (в среднем более 1,5 месяца). Пациентам до лечения проводилась оценка иммунного статуса. Лечение заключалось в проведении деструкции ОК инфракрасным лазером (АЛТП-1, длина волны-0,89 нм, мощность-15 Вт), с одновременным назначением иммуностимулирующего препарата (кислый пептидогликан, растительного происхождения с молекулярной массой 1000-40000 Кд), по 200 ЕД внутримышечно, на 1-й, 2-й, 3-й, 8-й, 9-й, 10-й дни лечения. Период наблюдения за пациентами составил 3 месяца.

**Результаты:** при исследовании иммунного статуса была отмечена гиперплазия и активация NK клеток: увеличение абсолютного количества NK клеток выше верхней границы нормы - у 49% пациентов; содержание активированных HLA-DR+ NK - у 62%; цитолитических NK клеток с перфорином - у 50%, CD16+56- NK клеток - у 53%, нарастание регуляторных CD4+25+ Т-хелперов-у 100%, усиление интенсивности спонтанной хемилюминесценции нейтрофилов-у 42%, содержание IgG выше верхней границы нормы наблюдалось у 50% больных. Признаки декомпенсации иммунной защиты выражались в истощении содержания CD4+ Т-клеток-у 32%, снижении фагоцитарного индекса - у 53% больных. Клинический контроль сразу после лечения показал отсутствие рецидивов у 20 пациентов (1 группа) из 30, 10 пациентам (2 группа) потребовались дополнительные сеансы деструкции (от 1 до 3 сеансов). К концу контрольного периода наблюдения у 29 из 30 больных наблюдали отсутствие рецидивов, клиническая эффективность лечения - 97,9%. Дальнейший анализ

выявил статистически достоверные отличия ( $p < 0,05$ ): в 1 группе наблюдалось увеличение абсолютного количества NK-клеток- 489,3 и NK-клеток с внутриклеточным перфорином- 433,7; показатели пациентов с рецидивом после лечения (2 группа) составили -320,1 и 263,2 соответственно.

**Выводы:** комбинированная терапия РОКК показала выраженную клиническую эффективность, направленную на прекращение рецидивов заболевания. Иммунный статус больных с РОКК характеризуется снижением содержания CD4+ Т-хелперов и функциональной активности фагоцитов, а также множественными признаками активации противовирусной иммунной защиты, в которую вовлечены NK и Т-клетки, фагоциты и IgG-антитела. В ходе работы выявлены ключевые показатели, ассоциированные с рецидивирующим течением ОК: NK-клетки и NK-клетки с внутриклеточным перфорином. Данное исследование выявило ключевые предикторы развития рецидивов у пациентов с АБ, что несомненно требует дальнейшего изучения.

## **СЕКЦИЯ ТЕРАПИЯ, ДИАГНОСТИКА И АКУШЕРСТВО**

### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

**Бодранец Ангелина Александровна**

Лечебный факультет, 6 курс, 15 группа

Кафедра госпитальной терапии №2

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н., доцент Фомина Ксения Анатольевна

**Актуальность:** синдром раздраженного кишечника (СРК) является одним из часто встречающихся функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, которое связано со значительным снижением качества жизни пациентов. Во всем мире от проявлений СРК страдает около миллиарда людей. Распространенность СРК среди студентов-медиков изучена недостаточно, что и послужило причиной настоящего исследования.

**Цель:** изучение распространенности СРК среди студентов медицинского вуза.

**Задачи:** 1. Разработать анкету для скрининга СРК. 2. Оценить распространенность СРК среди студентов медицинского вуза. 3. Определить наиболее часто встречающийся подтип СРК, в зависимости от ведущего симптома.

**Материалы и методы:** на основании современных критериев диагностики СРК (Римские критерии IV пересмотра) разработана анкета для скрининга СРК. Анкета включала в себя вопросы, являющиеся главными критериями диагностики СРК (рецидивирующая боль в животе, возникающая не реже 1 раза в неделю, характеризующаяся 2 или более признаками: связана с дефекацией, сочетается с изменением её частоты и/или формы кала; указанные симптомы регистрируются на протяжении последних 3-х месяцев при общей продолжительности не менее 6 месяцев), вопросы для выявления вегетативных проявлений заболевания, вопросы, исключающие органическую патологию кишечника, также учитывались вредные привычки (курение, употребление алкоголя, фаст-фуда и др.). В анкетировании принимали участие 30 студентов 5-6 курса МГМСУ им. А.И. Евдокимова, из них 19 девушек и 11 юношей, средний возраст  $22,5 \pm 0,86$  года. Студенты с органической патологией кишечника (язвенный колит, болезнь Крона, непереносимостью молока и хлебобулочных изделий), перенесшие кишечные инфекционные заболевания, со снижением веса более 5-10 кг за последние 6 месяцев из исследования исключались. Статистическая обработка проводилась в пакете программ MS Excel 2016.

**Результаты:** в результате проведенного анкетирования было выявлено, что признаки СРК (рецидивирующая боль в животе) имеются у 16 (53%) из 30 опрошенных студентов, из них – у 12 женщин и 4 мужчин. Дальнейший анализ проводился по студентам с признаками СРК. Связь симптомов СРК с дефекацией отмечена у 12 (75%) опрошенных, из них у 2 мужчин и у 10 женщин, вздутие живота днём после еды выявлено у 11 (69%) студентов, из них у 3 мужчин и у 8 женщин. При оценке клинических подтипов СРК выявлено, что преобладали случаи с чередованием диареи и запора – 8 (50%) студентов, СРК с симптомами диареи – 4 (25%); СРК с симптомами запора – 4 (25%). У анкетированных студентов наиболее часто встречались следующие вегетативные симптомы характерные для СРК: трудность с концентрацией внимания и проблемы с засыпанием – у 10 (62%) студентов, чаще у женщин (70%); изжога у 7 (44%) респондентов; головная боль и нарушение ночного сна у 6 (38%) опрошенных, указанные симптомы чаще встречались у женщин; снижение настроения и суставные и/или мышечные боли отмечались у 5 (31%) студентов; мочеиспускание днем чаще 8 раз в сутки у 4 (25%) студентов. Обнаружено, что выбранные симптомы до и/или во время сдачи экзаменов/зачетов наблюдались у 11 (69%) опрошенных, из них у 3 мужчин и у 8 женщин; употребляют фаст-фуд 12 (75%) респондентов, из них 3 мужчин и 9 женщин. Интересные данные получились при оценке вредных привычек. Так, курят табачные изделия 4 (25%) студента, из них 2 мужчин и 2 женщины; электронные сигареты курит 1 мужчина, употребление алкогольных напитков больше 100 мл выявлено у 8 (50%) опрошенных, из них у 2 мужчин и 6 женщин.

## **Выводы:**

1. Разработана анкета для скрининга СРК, которая может применяться на уровне амбулаторного приема и будет способствовать уменьшению времени диагностирования данного заболевания и дальнейшему персонализированному лечению.
2. Выявлена высокая распространенность СРК среди студентов медицинского вуза (53%).
3. Наиболее часто встречающимся клиническим подтипом СРК у изучаемого контингента является СРК с симптомами чередования диареи и запора (50%).

## **СРАВНЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ И В СОЧЕТАНИИ С МЫШЕЧНЫМИ МОСТИКАМИ**

**Выборнова Виктория Николаевна**

Лечебный факультет, 6 курс, 33 группа

Кафедра госпитальной терапии №2

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н., доцент Фомина Ксения Анатольевна

**Актуальность:** в некоторых случаях гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) ассоциирована с наличием мышечных мостиков (ММ). Особенности течения ГКМП в сочетании с ММ изучены недостаточно, что и послужило причиной проведения данной работы.

**Цель:** изучение особенностей течения ГКМП в сочетании с ММ и без них.

**Задачи:** 1. Выявить различия в клинических проявлениях. 2. Сравнить частоту признаков ишемии, нарушений ритма, обструкции выносящего тракта левого желудочка (ЛЖ). 3. Проанализировать применяемую терапию у пациентов с ГКМП в сочетании с ММ и без них.

**Материал и методы:** в исследование включены 20 пациентов с ГКМП. Все пациенты были разделены на 2 группы. Группа № 1 (n = 10) пациенты с ГКМП в сочетании с ММ, группа № 2 (n = 10) – ГКМП без ММ. Соотношение мужчин и женщин в изучаемых группах одинаково (7 ♂ и 3 ♀). Средний возраст в группе № 1 составлял  $45,2 \pm 14,0$  лет (от 21 года до 67 лет), группе № 2 –  $59,9 \pm 6,0$  лет (от 53 до 72 лет). Клинические случаи взяты из базы ФКУЗ «ГКГ МВД России», а также из статей, опубликованных на сайтах pubmed.gov, elibrary.ru, onlinejacc.org, cyberleninka.ru. Статистическая обработка проводилась в пакете программ MS Excel 2019.

**Результаты:** при сравнении клинической картины по основным проявлениям ГКМП, таким

как одышка, головокружение, боль за грудиной, сердцебиение, изучаемые группы были сопоставимы. В группе № 1 в 40% случаев отмечалась депрессия сегмента ST в отведениях V4-V6, тогда как в группе № 2 только в 10% случаев. Обращает на себя внимание, что в группе с ГКМП без ММ нарушения ритма встречались в 100%, в группе с ГКМП с ММ только в 50% случаев. В то же время при сравнении вида нарушения ритма существенные отличия наблюдались только в частоте наджелудочковых аритмий. Так, в группе № 1 наджелудочковые нарушения ритма отмечались в 40% (2 случая наджелудочковой тахикардии), в группе № 2 – в 70% (3 случая фибрилляции предсердий, 4 случая наджелудочковой экстрасистолии, 2 случая наджелудочковой тахикардии). Частота желудочковых нарушений была примерно одинаковая – в 60% в группе № 1 (1 случай ускоренного идиовентрикулярного ритма, 1 случай желудочковой тахикардии, 1 случай желудочковой аритмии (неуточненной)) и в 50% в группе № 2 (2 случая желудочковой тахикардии, 3 случая желудочковой экстрасистолии). При сравнении ЭхоКГ было выявлено, что обструкция выносящего тракта ЛЖ встречается в 30% случаев у пациентов с ГКМП в сочетании с ММ, а у пациентов с ГКМП без ММ в 50% случаев. Для лечения пациентов с ГКМП в сочетании с ММ использовались бета-адреноблокаторы (БАБ), блокаторы кальциевых каналов (БКК) или комбинация двух групп препаратов (БАБ + БКК) – в 30% случаев соответственно, в 10% применялось хирургическое лечение (удаление ММ) без последующего медикаментозного. У пациентов с ГКМП без ММ в 80% случаев употреблялись БАБ, в 10% – БКК, в 10% – ингибиторы АПФ (прием основных групп препаратов был невозможен, т.к. приводил к гипотензии).

#### **Выводы:**

1. По клиническим проявлениям отличий между пациентами с ГКМП с ММ и без ММ не было.
2. Проявления ишемии (депрессия сегмента ST в отведениях V4-V6) у пациентов с ГКМП с ММ встречается чаще (в 40% случаев), по сравнению с пациентами с ГКМП без мышечных мостиков (в 10% случаев); в то же время нарушения ритма и обструкция выносящего тракта ЛЖ чаще встречаются у пациентов с ГКМП без ММ – в 100% и 50% соответственно, а у пациентов с ГКМП в ассоциации с ММ эти признаки наблюдаются в 50% и 30% соответственно.
3. У пациентов с ГКМП с ММ в 30% случаев прибегали к применению комбинации бета-блокаторов и блокаторов кальциевых каналов, у пациентов с ГКМП без ММ данные препараты используются только в качестве монотерапии. Вероятно, в случае сочетания ГКМП с ММ контроль над течением заболевания достигается сложнее.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ**

**Галий Мария Игоревна**

Лечебный факультет, 4 курс, 37 группа

Кафедра факультетской терапии и профболезней

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Викентьев Вячеслав Викторович

**Актуальность:** в настоящее время ТЭЛА является одной из ведущих причин смертности, и частота встречаемости данного заболевания непрерывно растет в связи с трудностями в диагностике.

**Цель и задачи:** целью данного исследования было изучить диагностическую ценность различных ЭХО-КГ показателей у пациентов с тромбоэмболией легочной артерии.

**Методы и методы:** изучили пиковую скорость потока возврата в легочные вены во время систолы ЛП в двух группах пациентов - основной (31 пациент) и контрольной (38 пациентов) на первые сутки и на 2-4 сутки.

**Результаты:** пиковая скорость потока возврата в легочные вены во время систолы ЛП в контрольной группе оказалась равной 28 см/сек, в основной на первые сутки – 50,6 см/сек, в основной на 2-4 сутки 45,7 см/сек.

**Вывод:** увеличение пиковой скорости потока возврата в одну из легочных вен, по нашему мнению, является одним из дополнительных ЭХО-КГ признаков ТЭЛА мелких и долевых ветвей.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ**

**ВОЗРАСТОВ** Гурин Артём Геннадьевич

Лечебный факультет, 5 курс, 23 группа

Кафедра госпитальной терапии №1

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: Иванова

Ольга Сергеевна

**Актуальность:** во всем мире показатели заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний остаются на высоком уровне, несмотря на развитие современных методов диагностики и лечения. Существует ряд предрасполагающих немодифицируемых факторов риска. У женщин же существуют специфичные акушерско-гинекологические состояния, являющиеся факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, такие как возраст менархе и продолжительность репродуктивного периода, заболевания репродуктивной системы и патологии беременности, аборт, прием комбинированных оральных контрацептивов, менопауза.

**Цель:** изучение влияния основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на показатели артериальной ригидности у женщин различных возрастов. **Задачи:** 1. Определить основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин различных возрастов.

2. Определить взаимосвязь артериальной ригидности с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин различных возрастов.

**Материалы и методы:** в исследовании приняли участие 161 женщина, которые были разделены на 3 группы. Группу 1 составили 52 женщины в возрасте от 18 до 30 лет; 2-ю группу 54 женщины от 31 года до наступления менопаузы; в 3-ю группу вошли 55 женщин в периоде постменопаузы. Каротидно-феморальная скорость пульсовой волны (кфСПВ) определялась доплеровским методом на участке от сонной до бедренной артерии. Методом объёмной сфигмографии были определены сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI) и коэффициент Вайсслера (PEP/ET). Статистическая обработка проведена при помощи статистического пакета Statistica for Windows 10.0. Для оценки взаимосвязей рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R).

**Результаты:** было выявлено влияние длительного стажа курения на повышение CAVI ( $R=0,24$ ), который является интегральным индексом, характеризующим сосудистую ригидность. Значения данного индекса также росли при наличии у исследуемых хронического пиелонефрита в анамнезе ( $R=0,22$ ), при общем ( $R=0,07$ ) и абдоминальном типе ожирения ( $R=0,31$ ), при частых нарушениях менструального цикла ( $R=0,16$ ), гинекологических операциях в анамнезе ( $R=0,17$ ) и абортах ( $R=0,06$ ). У рожавших женщин индекс CAVI также имел более высокие значения ( $R=0,5$ ). Также нами была проанализирована связь между кфСПВ и хроническими заболеваниями. У испытуемых с хроническим бронхитом в анамнезе ( $R=0,23$ ), неалкогольной жировой болезнью печени ( $R=0,26$ ) скорость пульсовой волны имела более высокие значения, что отражало повышение сосудистой жесткости у людей с данными заболеваниями. Повышение коэффициента Вайсслера, свидетельствующего о снижении

систолической функции левого желудочка, было выявлено у женщин с низкой физической активностью ( $R=0,14$ ).

**Выводы:** для стратификации риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин различных возрастов целесообразно применять методы определения сосудистой жесткости. Данные методы позволяют оценить влияние факторов риска до появления грубых структурных изменений сердечно-сосудистой системы, что открывает возможность своевременного проведения профилактических мероприятий.

## **ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С КАРДИОЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК.**

**Евлоева Мадина Иссаевна**, лечебный факультет, 6 курс, 21 группа **Абрамян Геворк Ашотович**, лечебный факультет, 6 курс, 17 группа Кафедра госпитальной терапии № 1 ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.м.н., профессор **Панченкова Людмила Александровна**

**Актуальность:** измерение периферического АД уже давно является основной методикой оценки АГ и риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Однако у здоровых людей центральное АД ниже в сравнении с периферическим АД за счет физиологического феномена, называемого амплификацией пульсового давления (ПД). ПД распространяется от центральных, эластических артерий к меньшим, более резистентным артериям мышечного типа на периферии, в связи с чем увеличивается амплитуда пульсовой волны. Как результат, разница между плечевым и центральным АД может составлять более 30 мм. рт. ст. У пожилых людей наблюдается противоположный эффект. Повышается жесткость центральных артерий, растет центральное САД и его уровень становится выше, чем на периферии, что обусловлено амплитудой отраженной волны. В итоге центральное АД более тесно и реалистично отражает истинную нагрузку на левый желудочек (Кобалава Ж.Д., 2015г.). **Цели и задачи:** изучить особенности центральной гемодинамики у коморбидных (кардиоэндокринных) больных, оценить параметры центрального аортального давления (АДао) в течение суток у больных АГ, ассоциированной с метаболическим синдромом (МС), МС и ишемической болезнью сердца (ИБС), сахарным диабетом 2 типа (СД). **Материалы и методы:** в исследование включено 98 пациентов, мужчин- 50, женщин-48.

Средний возраст больных составил  $49.6 \pm 9.2$  лет. Все пациенты были разделены на 3 основные группы: 1-я группа - 24 пациента с АГ+МС, 2-я группа - 22 пациента с АГ+МС+ИБС, 3-я группа - 20 пациентов с АГ+ИБС+СД. Контрольную группу (КГ) составили 32 пациента с АГ без сопутствующей патологии, сопоставимых по возрасту и полу. Всем больным проводилось исследование среднесуточных показателей центрального аортального давления (АДао): систолическое (САДао), диастолическое (ДАДао), пульсовое (ПАДао), мм.рт.ст.; индекс аугментации в аорте (АIхао,%) с помощью комплекса для суточного мониторирования и офисного измерения показателей АД и состояния жесткости сосудов (BPLab Vasotens ООО «Петр Телегин», Россия). **Результаты:** анализ среднесуточных показателей АДао выявил статистически значимое повышение уровня САДао, ПАДао, АIхао в основных группах больных по сравнению с КГ. Достоверно более высокие показатели САДао отмечены у больных АГ+ИБС+СД ( $101,1.0 \pm 14.8$ ) и АГ+МС+ИБС ( $98.7 \pm 11.6$ ) и по сравнению с КГ ( $93.7 \pm 8.0$ ). Уровень ДАДао отмечался достоверно выше у больных с АГ+МС ( $84.8 \pm 7.8$ ) по сравнению с КГ ( $78.4 \pm 6.3$ ). Однако достоверно большее значение ПАДао было отмечено у больных в группе АГ+ИБС+СД ( $46.4 \pm 9.8$ ) по сравнению с КГ ( $34.4 \pm 4.7$ ). Значение индекса аугментации в аорте было также достоверно выше у пациентов АГ+ИБС+СД ( $28.1 \pm 16.7$ ) по сравнению с КГ ( $11,8 \pm 5,5$ ). **Выводы:** установлено, что у больных АГ в сочетании с кардиоэндокринной патологией, особенно СД, среднесуточные показатели центрального аортального давления свидетельствуют об уменьшении эластичности центральных артерий. Для оценки риска сердечно-сосудистых осложнений у больных с коморбидной (кардиоэндокринной) патологией, особенно СД, наряду с мониторингом периферического артериального давления, целесообразно проводить мониторинг параметров центрального аортального давления в течение суток.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕВЫХ И НЕОПУХОЛЕВЫХ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ВЫПОТОВ**

**Краснощекова Полина Андреевна**

Лечебный факультет, 6 курс, 18 группа

Кафедра госпитальной терапии №2

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени  
А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научные руководители: к.м.н.,  
доцент Фомина Ксения Анатольевна; к.м.н. Мехеда Лариса Владимировна

**Актуальность:** накопление жидкости в серозных полостях может происходить при различных патологических процессах: сердечная недостаточность, цирроз печени, нефротический синдром, пневмонии, туберкулез, злокачественные новообразования и другие. По данным литературы злокачественный плеврит составляет около 40%. Чаще всего к образованию злокачественных плевритов приводит рак легкого, второе место занимает рак молочной железы, далее – рак яичников, желудка, мезотелиома и другие. Дифференциальная диагностика плеврального выпота с морфологическим подтверждением диагноза является необходимым условием для определения тактики ведения пациента.

**Цель:** определить основные направления в дифференциальной диагностике плевральных выпотов.

**Задачи.** 1. Проанализировать частоту встречаемости опухолевых и неопухолевых выпотов.  
2. Определить основные методы дифференциальной диагностики плевральных выпотов.

**Материалы и методы:** проводился анализ 40 историй болезни пациентов с выпотом в плевральной полости. Из них – 19 женщин (средний возраст 61 год) и 21 мужчин (средний возраст 68 лет).

Пациенты были разделены на две группы: первая группа – 22 (55%) пациента, у которых в анамнезе были злокачественные новообразования: рак легкого (12), рак молочной железы (4), рак яичников (3), рак желудка (2), меланома (1). Вторая группа – 18 (45%) пациентов с впервые выявленным выпотом в плевральной полости, у которых в анамнезе отсутствовали онкологические заболевания. При анализе истории болезней оценивались: анамнез заболевания, данные лучевой диагностики, гистологические заключения, результаты биохимического исследования плевральной жидкости (амилаза, глюкоза, ЛДГ, общий белок), клинический анализ мокроты, данные цитологического исследования плевральной жидкости с иммуноцитохимическим исследованием (ИЦХ). При ИЦХ-исследовании с целью выявления опухолевых клеток в экссудате использовался эпителиальный антиген Ber-EP4. Для подтверждения метастазов аденогенного рака использовались маркеры – CK7, CK20; для подтверждения метастазов аденокарциномы легкого – TTF1; для опухоли нейроэндокринной природы – синаптофизин, хромогранин А, CD56; для метастазов рака молочной железы – рецепторы эстрогенов и прогестерона, маммоглобин, Her2neu, GATA-3; серозного рака яичников – СА-125, WT1; для мезотелиомы – виментин, WT1, HBME1, калретинин. Статистическая обработка проводилась в пакете программ MS Excel 2010.

**Результаты:** в результате исследования было установлено, что в первой группе пациентов у 15 (68,2%) экссудат был связан с метастатическим поражением, а у 7 (31,8%) – выпот носил неопухолевый характер. При цитологической диагностике с использованием ИЦХ-метода в первой группе пациентов подтверждены: метастазы рака легкого у 9 пациентов (из них у 7 –

аденокарцинома, у 2-х – мелкоклеточный нейроэндокринный рак), у 3-х пациентов – метастазы рака молочной железы, у 3-х – метастазы серозного рака яичников. Во второй группе – у 2-х (11,1%) пациентов была обнаружена мезотелиома, а у 16 (88,9%) – неопухолевый выпот. Таким образом, из двух групп выявлено 23 (57,5%) пациента с неопухолевым плевральным выпотом, из них 13 (56,5%) пациентов с реактивным экссудативным выпотом и 10 (43,5%) с транссудатом.

В результате, из 40 пациентов у 17 (42,5%) диагностирован злокачественный выпот, а у 23 (57,5%) – неопухолевый.

**Выводы:** 1. В ходе нашего исследования было выявлено, что преобладают неопухолевые плевральные выпоты (57,5%). Среди опухолевых экссудатов чаще встречаются метастазы аденокарциномы легкого (41,2%).

2. Морфологическое подтверждение с использованием ИЦХ-метода является решающим в дифференциальной диагностике опухолевых и неопухолевых плевритов, а так же при определении метастатического и первичного поражения плевры.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МУКОВИСЦИДОЗА СО СЛАБОЙ МУТАЦИЕЙ CFTR ГЕНА**

**Лебедева Анастасия Александровна,**

Лечебный факультет, 6 курс, 2 группа

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Фомина Ксения Анатольевна

**Актуальность:** Муковисцидоз (МВ) – наиболее распространенное аутосомно-рецессивное заболевание среди людей белой расы (1 на 2000–2500 новорожденных). В среднем каждый 25-й представитель европейской расы является носителем гена МВ. Классический муковисцидоз является моногенным нарушением в результате мутаций в гене трансмембранного регулятора МВ (CFTR) и характеризуется поражением экзокринных желез, первые признаки которого возникают уже в младенческом и детском возрасте. Неклассические формы МВ (по меньшей мере 10%) чаще связаны с мутациями, которые снижают, но полностью не устраняют функцию белка CFTR и проявляются в более позднем возрасте. На данный момент наблюдается рост числа больных с неклассическим фенотипом МВ, что будет продемонстрировано на клинических примерах.

**Цель исследования:** Выявление особенностей течения МВ со слабой мутацией CFTR гена.

**Задачи:** 1. Изучить литературу по МВ со слабой мутацией CFTR гена и продемонстрировать на клинических примерах, что дебют МВ может происходить в юношеском и зрелом возрасте. 2. Показать ценность своевременной молекулярно-генетической диагностики МВ.

**Материал и методы:** Поиск информации по данной проблеме проводился в англоязычной базе данных PubMed. Были проанализированы три статьи, которые включали в себя исследования по классическим и неклассическим формам МВ, длящиеся от 4 до 23 лет, а также регистр больных МВ в Российской Федерации за 2017 г. ФКУЗ ГКГ МВД России были предоставлены два клинических случая.

**Результаты.** По данным национального регистра в Российской Федерации зарегистрировано 3096 пациентов по состоянию на 1 января 2018 г. В возрасте после 18 лет заболевание диагностируется у 3,2% от общего числа больных МВ. Максимальный возраст установления диагноза – 59 лет. Самому старшему пациенту с МВ в РФ 68 лет.

В настоящее время описано более 2000 мутаций или вариантов нуклеотидной последовательности гена CFTR. Исследования показывают, что у гомозиготных пациентов по самой распространенной мутации  $\Delta F508$  (52,81% для РФ) диагноз был выставлен в более раннем возрасте. Напротив, в случае гетерозиготных пациентов по мутации  $\Delta F508$  или по другим мутациям в гене CFTR МВ был диагностирован в более позднем возрасте.

Мы наблюдали двух пациентов: пациента Д., 35 лет и больную Я., 31 года, которые поступили в пульмонологическое отделение ФКУЗ ГКГ МВД России 01.02.2019 г. и 15.01.2020 г. соответственно. У обоих пациентов была схожая клиническая картина: жалобы на постоянный продуктивный кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при небольшой физической нагрузке, общую слабость, потливость. Оба больных ранее переносили рецидивирующие пневмонии, имели низкие значения ИМТ, стойкую обструкцию бронхов по данным спирометрии (ЖЕЛ – 40%, ОФВ<sub>1</sub> – 20-30%). При посеве промывных вод бронхов у обоих пациентов был обнаружен рост ассоциации *Klebsiella pneumoniae* + *Pseudomonas aeruginosa*. КТ органов грудной клетки так же показала схожую картину: выраженная распространенная бронхоэктатическая трансформация обоих легких. Кроме того, у пациента Д. было еще несколько неблагоприятных фактора: множественная микробная контаминация бронхов с лекарственной устойчивостью к антибиотикам, курение и формирование легочного сердца, в связи с чем, несмотря на проведенное интенсивное комплексное лечение, положительной динамики у пациента Д. не наблюдалось, развилась полиорганная недостаточность и клиническая смерть. Проведение дополнительного исследования для исключения генетического заболевания было невозможно в связи с тяжестью состояния пациента.

У больной Я. было выполнено молекулярно-генетическое обследование, в результате которого обнаружен патогенный вариант с 1521\_1523delCTT(F 508del; p Phe 508del) в гетерозиготном состоянии и патогенный вариант с413\_415dupTAC (L1 38ins; p.Leu 138dup) в гетерозиготном состоянии, что подтвердило диагноз «Муковисцидоз». Таким образом, своевременная современная диагностика помогла в постановке правильного диагноза.

**Выводы:** 1. Дебют МВ со слабой мутацией гена CFTR может происходить в юношеском и зрелом возрасте. 2. Молодым пациентам с рецидивирующими пневмониями, бронхоэктатической болезнью, обструктивным синдромом и микробной контаминацией бронхов должно быть проведено генетическое обследование на предмет мутаций гена CFTR.

## **ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ**

**Лебедева Анастасия Александровна**

Лечебный факультет, 6 курс, 2 группа

Кафедра госпитальной терапии №2

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический  
университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Фомина Ксения Анатольевна

**Актуальность проблемы:** АНЦА-ассоциированные системные васкулиты (АНЦА-СВ) являются жизнеугрожающими состояниями, для которых характерно полиорганное поражение с высокой частотой иммунонегативного фокально-сегментарного гломерулонефрита. В связи с редкой встречаемостью заболеваний в клинической практике существуют трудности диагностики и проведения дифференциального диагноза.

**Цель:** сопоставить частоту поражения почек в группе больных с АНЦА-СВ: гранулематоз с полиангиитом (ГПА); микроскопический полиангиит (МПА); эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (ЭГПА).

**Задачи:** 1. Выявить частоту встречаемости признаков поражения почек у пациентов с АНЦА-СВ. 2. Сопоставить тяжесть поражения почек с типом васкулита. 3. Оценить зависимость течения заболевания от типа обнаруженных антител

**Материал и методы исследования:** проанализировано 57 клинических случаев, средний возраст всех пациентов  $46,14 \pm 14,32$ , из которых количество мужчин и женщин – 29 и 28 соответственно. Количество пациентов с ГПА – 39 (68,42%), с МПА – 8(14,04%), с ЭГПА – 10 (17,54%). Диагноз был установлен в соответствии с национальными рекомендациями от 2016 года по диагностике и лечению АНЦА-СВ. Определяли показатели функциональной активности почек (уровень креатинина и расчетную скорость клубочковой фильтрации (СКФ)). Статистическая обработка проводилась в пакете программ MS Excel 2010.

**Результаты:** клинические признаки поражения почек выявлены у 31 пациентов из 57 (54,39%). При этом у пациентов с ГПА поражение наблюдалось в 56,41% случаев, с МПА – 100%, с ЭГПА – 10%. Далее указываются данные, которые применимы для пациентов с поражением почек.

Поражение почек у пациентов характеризовалось высоким уровнем креатинина (максимально 1120 мкмоль/л), снижением скорости клубочковой фильтрации (максимально до 3 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>), очаговым/диффузным поражением почек по данным ультразвукового исследования. Средние показатели креатинина (мкмоль/л) при ГПА – 272,24, при МПА – 544,81, при ЭГПА – 170. Средние показатели СКФ (мл/мин/1,73м<sup>2</sup>) ГПА – 30,16, при МПА – 12,50, при ЭГПА – 43. Развитие терминальной почечной недостаточности выявлено (тХПН) у 10 (32%) пациентов, при этом в случае ГПА тХПН развилась в 10% случаев, а МПА в 75%. Более того, выявлено 4 (10,26%) летальных исхода вследствие ГПА, причиной которых являлось легочное кровотечение.

АНЦА-АТ у пациентов с ГПА были обнаружены в 53,58% всех случаев (8 пациентов без предоставленных данных по АТ, 3 пациента с отрицательными АТ), у пациентов с МПА – в 87,1% (1 пациент без предоставленных данных), у пациентов с ЭГПА – в 30% (4 пациента без предоставленных данных, 3 с отрицательными результатами). Было выявлено, что для пациентов с ГПА более характерно наличие АТ к протеиназе-3 (ПК-3) – 38% или сочетание ПК-3 с миелопероксидазой (МПО) – 10%, у пациентов с МПА следующие 43% – АТ к МПО, 29% – АТ к ПК-3, у пациентов с ЭГПА в 67% случаев были выявлены АТ к ПК-3. Из всей изучаемой группы с АНЦА-СВ более тяжелые поражения почек были выявлены у больных с АТ к МПО (средняя СКФ у этих пациентов составила 15,44 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>).

**Выводы:** 1. Частота поражения почек с развитием ХБП и тяжесть течения зависят от нозологической формы АНЦА-СВ (ГПА – 56,41%, МПА – 100%, ЭГПА – 10% в данном наблюдении). 2. Наиболее выраженное поражение почек наблюдается при МПА. 3. АТ к МПО ассоциировались с более тяжелым течением АНЦА-СВ.

## **КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МИОКАРДИТА И КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА**

**Марданова Фатима Габировна**, лечебный факультет, 6 курс, 21 группа Агаева Лала  
**Мамедалиева**, лечебный факультет, 6 курс, 21 группа Кафедра факультетской терапии и  
профболезней

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени  
А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,  
доцент Викентьев Вячеслав Викторович

**Актуальность:** миокардит является достаточно распространенным воспалительным заболеванием, поражающим миокард. В свою очередь, вирусный миокардит выявляется в 9% посмертных исследований и регистрируется у 12% молодых людей с внезапной смертью и является также важной причиной дилатационной кардиомиопатии. Клинические проявления миокардита неспецифичны и разнообразны, начиная от бессимптомных, легкой одышки или боли в груди до кардиогенного шока и смерти. Миокардит может имитировать острые коронарные синдромы и составляет более 50% пациентов с острой болью в груди, повышенным тропонином и нормальными коронарными артериями при ангиографии.

**Цель и задачи:** оценка скорости клинических исходов в нашей популяции пациентов с миокардитом.

**Материалы и методы:** пациенты, обратившиеся в отделение неотложной кардиологии с диагнозом миокардит, подтвержденным при помощи эхокардиографии были ретроспективно включены в исследование с января 2008 года по май 2018 года. Протокол эхокардиографии был выполнен всем больным, и в дальнейшем их наблюдали, чтобы оценить частоту комбинированной конечной точки смерти от всех причин: застойной сердечной недостаточности, внезапной сердечной смерти, госпитализации по сердечным причинам, рецидивирующего миокардита или потребности в радиочастотной абляции или имплантируемого дефибриллятора сердца. Был проведен описательный статистический анализ. Изначально в исследование были включены пациенты с клиническими симптомами, схожими с острым миокардитом, такие как: боль в груди или одышка в течение последних четырех недель, с или без вирусных продромов. Все пациенты прошли анализ крови для определения уровня тропонина. В итоге, из исследования были исключены пациенты с ишемической болезнью сердца, с коронарной болезнью артерий, тромбоэмболией легочной артерии.

**Результаты:** в исследование были включены 22 пациента с миокардитом. Средний возраст составил  $43,8 \pm 12,24$  года, из них: 78,2% были мужчинами. При среднем сроке наблюдения

18,8 ± 8,9 мес. частота комбинированной конечной точки смерти от всех причин (застойной сердечной недостаточности, внезапной сердечной смерти, госпитализации по сердечной причине, рецидивирующего миокардита или потребности в радиочастотной абляции или имплантируемом кардиовертер-дефибрилляторе сердца) составила 12,4%. У двух пациентов была сердечная недостаточность, одному пациенту потребовалась ИКД из-за желудочковой тахикардии и еще два других пациента были повторно госпитализированы с рецидивирующей болью в груди и рецидивирующим миокардитом. Одна пациентка умерла на фоне прогрессирующей хронической сердечной недостаточности.

**Выводы:** в ходе наших исследований миокардита мы выявили низкий показатель сердечно-сосудистых осложнений и низкую смертность. Исходя из этого исследования и предыдущих публикаций, возможно, что пациенты с диагнозом миокардит без сопутствующей сердечной недостаточности при поступлении будут иметь низкий или умеренный риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Напротив, пациентам с миокардитом, сопровождающимся сердечной недостаточностью требуется тщательная терапия сердечной недостаточности для улучшения результатов.

## **СТРАТИФИКАЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ**

**Межева Анастасия Евгеньевна**

Лечебный факультет, 6 курс, 1 группа

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.м.н.,

профессор Адашева Татьяна Владимировна

**Актуальность:** хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) страдает 174 миллиона человек по всему миру, по прогнозам экспертов ожидается рост заболеваемости. По данным МЗ РФ ХОБЛ занимает 4-е место в структуре смертности от хронических неинфекционных заболеваний, является частой причиной инвалидности. На сегодняшний день ХОБЛ не включена в современные шкалы стратификации сердечно-сосудистого риска, однако ввиду общности патогенетических механизмов является предиктором развития заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС). Смертность от заболеваний ССС у больных ХОБЛ в 2 раза выше, чем в общей популяции, что определяет необходимость проведения стратификации сердечно-сосудистого риска у всех больных ХОБЛ.

**Цель:** изучить сердечно-сосудистые риски у больных ХОБЛ для разработки стратегий первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

**Задачи:** 1) стратифицировать сердечно-сосудистый риск у больных с ХОБЛ; 2) оценить примененные профилактические мероприятия у больных без манифестировавших ССЗ.

**Материалы и методы:** ретроспективно проанализирована медицинская документация 41 пациента с диагнозом ХОБЛ, не имеющих в анамнезе заболеваний ССС (таких, как ишемическая болезнь сердца, инсульт, транзиторная ишемическая атака, аневризма аорты, атеросклероз периферических артерий), сахарного диабета, с СКФ >30 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>; находившихся как на стационарном лечении в терапевтическом отделении Больницы Центросоюза (22 человека), так и наблюдавшихся в поликлинике (18 человек) в 2017-2019 году. Для оценки сердечно-сосудистого риска были использованы шкалы SCORE, REYNOLDS, PROCAM.

**Результаты:** средний возраст больных составил 60,3±8 лет. Доля мужчин среди них 75,6%, женщин – 24,4%. По результатам SCORE риск фатального сердечно-сосудистого события в ближайшие 10 лет у 36% больных оказался высоким, у 32% - очень высоким, у 32% - умеренным. Согласно шкале REYNOLDS 10-летний суммарный риск неблагоприятного сердечно-сосудистого события у 47,9% больных – высокий, у 37,5% - очень высокий, у 12,5% - умеренный, у 2,1% - низкий. По расчётам с использованием шкалы PROCAM риск возникновения ишемической болезни сердца и её осложнений в предстоящие 4-8 лет у обследованных больных следующий: 10-20% у 41,2%, 5-10% - у 29,4%, 2-5% у 11,8%, 20-40% у 11,8%, риск >40% у 5,8% исследуемых. Артериальная гипертензия выявлена у 82,6% обследованных, 100% из них назначена гипотензивная терапия, целевые показатели артериального давления <140/90 достигнуты у 73,68% исследуемых. По данным медицинской документации только 1 пациент из 41 получает терапию статинами.

**Выводы:** большинство больных ХОБЛ стратифицировано как с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском. В соответствии с расчётами рисков, терапия статинами показана как минимум 68% обследованных. 26,32% больных показан пересмотр схемы антигипертензивной терапии. Всем больным ХОБЛ необходим расчёт сердечно-сосудистого риска с разработкой профилактических стратегий.

## РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕТРОПЕРЕТОНЕАЛЬНОГО ФИБРОЗА (БОЛЕЗНИ ОРМОНДА)

Наумова Дарья Игоревна

Лечебный факультет, 5 курс, 11 группа

Кафедра лучевой диагностики

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.

Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: профессор,

д.м.н. Васильев Александр Юрьевич

**Актуальность:** ретроперетонеальный фиброз (болезнь Ормонда) – это редкое заболевание, характеризующееся развитием неспецифического воспалительного процесса с образованием плотной фиброзной ткани в забрюшинной клетчатке, приводящее к постепенному сдавлению рядом расположенных структур. Заболевание встречается в широком возрастном диапазоне от 20 до 70 лет, и в 2 раза чаще диагностируется у мужчин [1]. Сложность диагностики заключается в том, что клиническая картина ретроперетонеального фиброза (РПФ) протекает длительно без патогномоничных симптомов, что затрудняет своевременную постановку диагноза. Дифференциальная диагностика трудна для болезни Ормонда, так как клинические проявления не специфичны и укладываются в рамки многих заболеваний (злокачественные новообразования, гематома, аневризма брюшного отдела аорты). На данный момент окончательный диагноз может быть установлен только по данным биопсии, но заподозрить и выявить РПФ даже на ранних стадиях возможно при помощи методов лучевой диагностики. Мультисрезовая компьютерная томография (МСКТ) обладает высоким диагностическим потенциалом, позволяет визуализировать не только базовую триаду симптомов, но и оценить распространенность процесса и вовлеченность окружающих органов. Таким образом, можно предположить, что использование метода МСКТ для диагностики болезни Ормонда позволит в ближайшие сроки поставить диагноз и произвести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.

**Цель и задачи:** оценить возможности компьютерной томографии при исследовании пациентов с РПФ. Провести дифференциальную диагностику опухоли, гематомы и болезни Ормонда.

**Материалы и методы:** исследование проводилось в течение двух лет на базе лечебно-профилактического учреждения многопрофильного стационара 2 уровня (800 коек). На мультисрезовом компьютерном томографе Toshiba Aquilion Multi 64 (Toshiba Corporation, Япония) было получено 5040 нативных исследований органов брюшной полости. Результаты оценивались двумя врачами-рентгенологами со стажем по специальности не менее 3-х лет, ординатором и студентом.

**Результаты:** в ходе исследования было отобрано 15 пациентов с подозрением на болезнь Ормонда. Для уточнения диагноза в каждом случае была выполнена биопсия забрюшинного пространства. Данные биопсии подтвердили диагноз РПФ у 12 пациентов.

**Выводы:** на основании полученных результатов, можно сделать вывод, что МСКТ имеет большое значение в диагностике болезни Ормонда. Комплексная лучевая диагностика позволяет диагностировать заболевание при отсутствии выраженных изменений в окружающих тканях, дифференцировать с другими заболеваниями, схожими по клинической картине, оценивать распространенность патологического процесса и наблюдать динамику в ходе лечения.

## **ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ВЗРОСЛЫХ. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ИСХОДЫ.**

**Сафиулаев Роман Эдуардович**, лечебный факультет, 4 курс, 37 группа **Голубев Филипп Валентинович**, лечебный факультет, 4 курс, 37 группа Кафедра факультетской терапии и профболезней

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н., доцент **Викентьев Вячеслав Викторович**

**Актуальность:** пациенты с врожденными пороками сердца нуждаются в хирургическом вмешательстве для устранения имеющегося у них сердечного дефекта с целью предотвращения сердечной недостаточности. К сожалению, данных относительно исхода взрослой ИБС в России все ещё недостаточно. В отличие от развитых стран, многие хирургические пациенты с врожденными пороками сердца в развивающихся странах - взрослые.

**Цели и задачи:** целью данного исследования было изучение результатов операций на сердце у взрослых пациентов с врожденными пороками сердца, а также какие факторы могут повлиять на исход операции.

**Материалы и методы:** ретроспективное исследование было проведено на врожденных пороках сердца у взрослых, перенесших операцию на сердце в период с апреля 2018 года по март 2019 года. Переменными, включенными в исследование, были демографические характеристики, результаты лабораторных исследований, сопутствующие заболевания, премедикация, сердечно-легочное шунтирование и продолжительность ишемии. Результатами были внутрибольничная смертность, длительность пребывания в стационаре и продолжительность пребывания в ОРИТ. **Результаты:** в общей сложности 25 пациентов с врожденными пороками сердца [19 пациентов с дефектом межпредсердной перегородки и 6 пациентов с дефектом межжелудочковой перегородки] перенесли операцию на сердце в течение периода исследования. Средний возраст составил  $31 \pm 14,92$  года. У большинства пациентов была легочная гипертензия. В течение периода исследования ни один из пациентов не умер во время послеоперационного лечения в стационаре, средняя продолжительность пребывания в стационаре составила  $8,35 \pm 3,39$  дня, а для реанимации -  $26,53 \pm 11,33$  ч.

**Выводы:** операции у взрослых пациентов с врожденным пороком сердца могут быть успешно выполнены с низким риском получения осложнений и смертностью.

## **ОЦЕНКА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛЮДЕЙ**

**Сёмкин Даниил Олегович**

Лечебный факультет, 6 курс, 7 группа

Кафедра госпитальной терапии №2

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени  
А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,  
доцент Фомина Ксения Анатольевна

**Актуальность:** ВИЧ-инфекция является актуальной проблемой не только в нашей стране, но и во всем мире. С увеличением срока жизни ВИЧ-инфицированных пациентов, выявились такие проблемы как раннее возникновение различных сердечно-сосудистых заболеваний.

**Цель:** изучение риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у ВИЧ-инфицированных больных.

**Задачи:** 1. Оценить риск ССЗ у ВИЧ-инфицированных по сравнению с ВИЧ-неинфицированными пациентами. 2. Проанализировать влияние антиретровирусной терапии на риск ССЗ.

**Материалы и методы:** проводился систематический обзор исследований по теме ССЗ у ВИЧ-инфицированных по всем доступным базам данных, а именно pubmed.gov, highwirepres, cochrane.org, rsl.ru. В период с 2007 по 2020 гг. имеется 76 статей. Из них было отобрано и проанализировано 10 с наибольшей мощностью (по количеству пациентов и по продолжительности исследования): 3 рандомизированных исследования, 4 когортных исследований, 3 мета-анализа. 5 исследований касались оценки риска ССЗ у ВИЧ-инфицированных пациентов, другие 5 исследований – оценки влияния антиретровирусной терапии на риск ССЗ.

**Результаты:** на основании 5 исследований в общей сложности, включающих в себя 2 004 874 пациентов, риск ССЗ у ВИЧ-инфицированных людей, увеличивался независимо от других факторов риска ССЗ. Так, у Triant V.A., (2007 г., n = 1 048 440) разница в показателях ОИМ между ВИЧ-инфицированными и не ВИЧ-инфицированными пациентами была значимой с относительным риском 1,75. Кроме того, в когорте ВИЧ-инфицированных была значительно выше доля гипертонической болезни (21,2 против 15,9%) и дислипидемии (23,3 против 17,6%), чем в когорте без ВИЧ-инфекции. В целом, показатели ОИМ и сердечно-сосудистых факторов риска были повышены у ВИЧ-инфицированных, по сравнению с пациентами, не инфицированными ВИЧ, особенно среди женщин. По данным Matthew S. Freiberg (2013 г., n = 82459) ВИЧ-инфекция ассоциируется с 50% повышением риска развития ОИМ сверх того, что объясняется признанными факторами риска. В мета-анализе Aноор S.V. (2018 г., n = 793635) доказано, что у ВИЧ-инфицированных вероятность развития ССЗ в два раза выше. Другие 5 исследований, в общей сложности включающие в себя более 438 422 пациентов, касались влияния антиретровирусной терапии (АРТ) на риск ССЗ. Выявлено, что наибольшее негативное влияние на риск ССЗ оказывают ингибиторы протеазы. По результатам Durand M. (2011 г., n = 34734) люди с ВИЧ-инфекцией были подвержены более высокому риску ОИМ, чем население в целом, кроме того, отмечалось, что ингибиторы протеазы были связаны с повышенным риском ОИМ.

**Выводы:**

1. Риск ССЗ у ВИЧ-инфицированных людей выше, чем риск ССЗ у ВИЧ-неинфицированных. Сама по себе ВИЧ-инфекция является фактором риска, сопоставимая с традиционными факторами риска.
2. Ингибиторы протеазы повышают риск ССЗ у ВИЧ-инфицированных людей.

## О ПРИЧИНАХ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ

### ИНФЕКЦИИ Стромская Ульяна Андреевна

Лечебный факультет, 5 курс, 22 группа

Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета  
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Попков Сергей Александрович

**Актуальность:** *M. genitalium* – облигатно-патогенный микроорганизм, вызывающий цервициты, аднекситы и ВЗОМТ у женщин. При его выявлении обязательно лечение обоих половых партнеров, даже при отсутствии клинических проявлений микоплазменной инфекции. *M. genitalium* – это самый мелкий внутриклеточный микроорганизм, размером чуть больше вируса, труднокультивируемый, не видимый в световом микроскопе, его обнаружение и идентификацию проводят методами ПЦР и амплификации нуклеиновых кислот. Цервициты, вызываемые данным возбудителем, носят, как правило, характер хронического воспаления. Хроническое воспаление – аутоиммунный мононуклеарно-инфильтративный процесс, при котором очаг воспаления уподобляется вновь возникшему периферическому лимфоидному органу. В настоящее время выделяют несколько видов хронического воспаления: первично-хроническое (при вялом персистирующем течении, недостаточном иммунном ответе и слабой регенерации), вторично-хроническое (при наложении нового воспаления на еще не завершенный репаративный процесс, «острое воспаление в ходе хронического»). Хронический цервицит, вызванный *M. genitalium*, – прямая угроза невынашивания беременности, «инфицированных» родов, мертворождений, развития ВЗОМТ со всеми вытекающими осложнениями. Согласно международным рекомендациям, скрининг на микоплазмы необходимо проводить у женщин до 25 лет и беременных, а также у пациенток с объективными или субъективными признаками ИППП.

**Цель:** изучить роль наботных кист в рецидивировании хронического цервицита, обусловленного *M. genitalium*.

#### **Задачи:**

1. Оценить вероятность наличия *M. genitalium* в «мутных» наботных кистах на основании ПЦР – диагностики содержимого кист
2. Разработать тактику ведения пациенток с данной клинической ситуацией.
3. Оценить эффективность разработанной методики ведения данной категории больных.

**Материалы и методы:** Всем обследуемым женщинам было проведено исследование соскоба шейки матки методом ПЦР для обнаружения ДНК возбудителя. Содержимое наботоновых желез также исследовалось методом ПЦР, проводилась расширенная кольпоскопия.

**Результаты:** при исследовании соскоба шейки матки на ДНК возбудителя *M. genitalium* у всех женщин был получен отрицательный результат. При исследовании содержимого «мутных» наботоновых кист у 8 (6,1 %) была обнаружена ДНК *M. genitalium*. Данные пациентки получали азитромицин на фоне которого выполнялась лазерная абляция кист высокоэнергетическим СО-2 лазером. Анализ лабораторных показателей в отдаленные сроки показал, что рецидивов микоплазменной инфекции не отмечалось. Ранее нами было показано, что кольпоскопический признак: «помутнение» содержимого *ov. Nabothi* у женщин имеющих в анамнезе хламидийный цервицит в 36% случаев говорит об «инфицированности» железы и в 22% это может быть обусловлено хламидийной инфекцией, длительно и бессимптомно персистирующей в закрытых железах шейки матки. *M. genitalium* служит важным фактором развития негонококковых нехламидийных уретритов, цервицита, ВЗОМТ и осложнения беременности – все это говорит о важности проведения ПЦР-диагностики данного возбудителя в случае «мутных» наботоновых кист и своевременного лечения. Рекомендации 2012 года (European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease) говорят, что для лечения микоплазменной инфекции высокоэффективны азитромицин и моксифлоксацин, причем последний в режиме 400 мг 1 раз/сут в течение 14 дней обеспечивает элиминацию *M. genitalium* даже при неэффективности предшествующей терапии.

**Выводы:**

1. *M. genitalium* может персистировать в «мутных» наботоновых железах шейки матки и быть причиной реинфекции. Особую значимость эта информация приобретает при обследовании беременных и нерожавших женщин.
2. При наличии «мутных» наботоновых кист шейки матки диагностический скрининг должен включать ПЦР-диагностику содержимого наботоновых кист.
3. В случае ПЦР-диагностики *M. genitalium* эктопии с наличием «мутных» наботоновых кист должны удаляться (предпочтительно с использованием высокоэнергетического лазера) на фоне приема азитромицина.

**ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ**

**Трапани Анастасия Владимировна**

Лечебный факультет, 6 курс 30 группа

Кафедра педиатрии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени  
А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,  
доцент Мстиславская Софья Александровна

**Актуальность:** атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС) является жизнеугрожающим, ультраредким хроническим заболеванием, в основе которого лежит генетически детерминированное нарушение системы регуляция комплемента, приводящее к развитию тромботической микроангиопатии (ТМА). Несмотря на то, что при аГУС основным органом-мишенью являются почки, диффузный характер ТМА может приводить к развитию окклюзионного тромбообразования других органов и систем (головной мозг, сердце, кишечник, поджелудочная железа, легкие, орган зрения и др.), что объясняет частое наличие экстраренальных проявлений патологии.

**Цели:** оценить частоту экстраренальных проявлений аГУС у детей.

**Материалы и методы:** с 2000 по 2018 год обследовано 129 пациентов с аГУС: мальчиков 57 (44,2%), девочек 72 (55,8%) (средний возраст  $4,58 \pm 3,82$  лет). Плазмотерапия в дебюте заболевания проводилась 110 пациентам, в 75 (68,2%) случаях в последующем использовалась комплемент-блокирующая терапия с использованием экулизумаба: ранний старт терапии ( $\leq 2$  недель от дебюта аГУС) – 53,3%, поздний ( $> 2$  недель) – 46,7%.

**Результаты и выводы:** Экстраренальные проявления в остром периоде аГУС выявлялись у 110 (85,3%) пациентов в виде поражения: ЦНС – у 53 (41,1%), сердечно-сосудистой системы (ССС) – у 50 (36,5%), легких – у 34 (26,3%), ЖКТ – у 97 (75,2%), органа зрения – у 25 (19,4%), кожи – у 1 (0,8%). Дисфункция 2-х систем диагностировалась в 32 (29,1%) случаях, 3-х систем – 30 (23,2%), 4-х систем – 30 (23,2%), 5 систем – 14 (10,9%), 6 систем – 4 (3,1%). Поражение ЦНС клинически проявлялось психомоторным возбуждением (15,1%), галлюцинациями (1,9%), тремором (11,3%), нарушением координации (1,9%), судорогами (66%), нарушением сознания (сопор – 22,6%, кома 1 – 9,4%, кома 2 – 7,5%, кома 3 – 5,7%), отеком головного мозга (11,3%), острым нарушением мозгового кровообращения (7,5%) и кровоизлиянием в головной мозг (11,3%). Поражение ССС характеризовалась: отеком миокарда (10%), снижением фракции выброса (28%), дилатацией полостей сердца (72%), гипертрофией миокарда (28%), легочной гипертензией (4%), острой сердечно-сосудистой недостаточностью (6%), инфарктом миокарда (4%), нарушением сердечного ритма (8%), коронаропатией (8%), субэндокардиальной ишемией (10%), субэпикардиальной ишемией (2%), расширением аорты (8%), нарушение диастолической функции левого желудочка (6%). Поражение легких проявлялось развитием респираторного дистресс-синдрома (73,5%), пневмонии (23,5%), ателектазов (5,9%), ТМА (20,6%), легочного кровотечения (8,8%). Со стороны органов ЖКТ

отмечался абдоминальный синдром в 22,7% случаях, цитолиз – 80,4%, билиарный сладж – 30%, желчекаменная болезнь – 6,2%, панкреонекроз – 1%, язвы верхних отделов – 5,1%, парез кишечника – 4,1%, кровотечение – 5,1%. Поражение органа зрения характеризовалось развитием в 28% случаев – пурчероподобной ретинопатии, 8% – экссудативным отеком диска зрительного нерва, 56% – ангиопатией сосудов сетчатки, 12% – выпадением полей зрения. У одного пациента ТМА кожи проявлялось некрозами ногтевых фаланг кистей и стоп. Полная ремиссия достигнута у 73 (66,4%), ХБП 1-2 ст. сформировалась у 19 (17,3%), ХБП 3-4 ст. – у 12 (10,9%), ХБП 5 ст. – у 10 (9%). В остром периоде умерло 6 (46,1%) пациентов по разным причинам (кома 3 ст., вклинение ствола головного мозга, сердечно-легочная недостаточность, неадекватная доза экулизумаба), в отдаленном – 7 (53,9%) детей (рецидив ТМА в отсутствие экулизумаба, фиброзирующий альвеолит, разрыв аневризмы аорты). Экстраренальные проявления при манифестации заболевания встречаются у преимущественного большинства пациентов с аГУС, что может быть не только проявлением заболевания, но и вторичным феноменом из-за объемной перегрузки, уремической энцефалопатии, электролитных нарушений. Наибольший вклад в тяжесть течения и исходы заболевания вносит поражение ЦНС и ССС. Фульминантное течение аГУС с экстраренальными проявлениями требует немедленного начала терапии, направленной на купирование ТМА с целью восстановления функции поврежденных органов. Отсроченное применение экулизумаба может повлиять на восстановление функции почек, а также увеличить риск развития летального исхода, терминальной почечной недостаточности и прогрессирования экстраренальных проявлений заболевания.

## **ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ Федулова**

**Екатерина Алексеевна**

Лечебный факультет, 5 курс, 17 группа

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,

ассистент Семенцова Наталия Александровна

**Актуальность:** среди большого разнообразия важных акушерских проблем, ранние репродуктивные потери продолжают занимать лидирующие места. В настоящее время невынашивание беременностей наблюдается в 20% случаев от всех клинически диагностированных беременностей. Ранние репродуктивные потери являются невосполнимым капиталом будущей популяции.

**Цель:** изучить наиболее часто встречающиеся причины невынашивания беременности в ранние сроки.

**Материалы и методы:** проведён обзор литературы и ретроспективный анализ 13 историй болезни пациенток в возрасте от 27 до 42 лет с прервавшимися беременностями на сроках 4-11 недели. Исследовались: паритет родов, акушерско-гинекологический анамнез, наследственность и наличие экстрагенитальных патологий, полиморфизмы, ассоциированные с риском развития тромбообразования (F2, F5, F7, F13, FGB, ITG2, ITGB3, PAI-1, MTHFR:677, MTHFR:129, MTR:2756, MTRR:66, коагулограмма).

**Результаты:** в ходе исследования выявлено, что в анамнезе только у 2 пациенток беременности заканчивались родами, а остальные не имели выношенных беременностей. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез отмечался у всех пациенток: 77% случаев наблюдались неразвивающиеся беременности, а в 23%-антенальная гибель плода. У 2 (15,4%) была диагностирована миома матки, у 1 (7,6%) наружный генитальный эндометриоз, у 4 (30,8%) дисфункция яичников. Наиболее часто отмечался хронический эндометрит, он был гистологически верифицирован у 10 пациенток (77%). Из анамнеза было выявлено, что 70% пациенток имеют отягощенную наследственность (у 5 пациенток родственники имеют гипертоническую болезнь, а у 4-перенесенные инсульты и инфаркты в молодом возрасте). Экстрагенитальные патологии были выявлены у 10 пациенток (77%). У каждой пятой пациентки встречались такие заболевания как анемия, гипертиреоз, хронический тонзиллит и панкреатит, а у каждой десятой-хронический пиелонефрит и язвенная болезнь 12 перстной кишки. Из полиморфизмов генов тромбофилии чаще всего гетерозиготное состояние встречалось в PAI-1 и MTR:2756 – по 55%. Не выявлено наследственных мутаций F2 и F5. В коагулограмме имеются отклонения от нормы таких показателей: фибриноген – у 2 пациенток, повышение Д-димера – у 1.

**Выводы:** одной из основных причин ранних репродуктивных потерь является хронический эндометрит, на фоне которого происходят множественные изменения структуре эндометрия: нарушения кровоснабжения и уменьшение количества рецепторов прогестерона. Еще одной ведущей причиной невынашивания беременности в ранние сроки является патология системы гемостаза, которая также обуславливает неполноценность имплантации плодного яйца и нарушение плацентации. Нарушения в свертывающей системе крови, возможно связано с наличием хронического воспалительного процесса, хотя при обследовании на полиморфизм генов тромбофилии отмечалась гетерозиготное носительство в генах PAI-1 и MTR:2756 более чем у половины пациенток.

## СЕРДЦА

**Чивчян Ашхен Сервардовна**

Лечебный факультет, 6 курс, 34 группа

Кафедра госпитальной терапии № 2

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н., доцент Фомина Ксения Анатольевна

**Актуальность:** несмотря на достижения современной медицины первичный AL-амилоидоз сердца остается трудно и поздно диагностируемой болезнью с высокой летальностью. В тоже время имеется достаточное количество методов диагностики, которые могут помочь в постановке правильного диагноза в кратчайшие сроки. Данный факт лег в основу настоящего исследования.

**Цель:** сравнение сроков постановки диагноза у пациентов с первичным AL- амилоидозом сердца, обследованных с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) с гадолинием и без данного обследования.

**Задачи:** 1. Выявить частоту обнаружения амилоидной инфильтрации сердца при использовании МРТ сердца с гадолинием. 2. Определить эффективность данного обследования для постановки диагноза в кратчайшие сроки.

**Материал и методы:** в исследование включены 16 пациентов с первичным AL-амилоидозом и образованы две группы по 8 человек. Группа № 1 – пациенты с наличием обследования МРТ сердца с гадолинием, группа № 2 – без данного обследования. Соотношение мужчин и женщин было одинаково в двух группах (4 ♂ и 4 ♀). Средний возраст в группе № 1 составил  $60 \pm 10$  лет (от 51 до 79 лет), а в группе № 2 –  $56 \pm 10$  лет (от 41 до 74 лет). Используются данные клинических случаев из базы ФКУЗ "ГКГ МВД России", а также следующих электронных библиотек: [pubmed.gov](http://pubmed.gov), [elibrary.ru](http://elibrary.ru), [medconfer.com](http://medconfer.com), [russjcardiol.elpub.ru](http://russjcardiol.elpub.ru), [cyberleninka.ru](http://cyberleninka.ru), [cardiology-journal.com](http://cardiology-journal.com), [fesmu.ru](http://fesmu.ru). Статистическая обработка проводилась в пакете программ MS Excel 2016.

**Результаты:** изученные группы были сопоставимы по клиническим проявлениям: отеки и одышка выявлены у 100% исследуемых. В 1 и 2 группе снижение вольтажа зубцов QRS на ЭКГ отмечалось в 75% и 50% случаев соответственно. Признаки рестриктивной кардиомиопатии на ЭхоКГ наблюдались в 75% случаев в обеих группах. При проведении МРТ сердца с гадолинием у 100% пациентов была обнаружена амилоидная инфильтрация сердца, после чего все диагнозы были подтверждены биопсией сердца. Существенная разница наблюдалась во времени постановки диагноза с использованием МРТ сердца с гадолинием,

так в группе № 1 время постановки диагноза составляло менее одного года в 75% наблюдений, а в группе № 2 лишь в 27% случаев, у остальных исследуемых пациентов время постановки диагноза было более одного года.

**Выводы:**

1. Инфильтрация сердца обнаружена у всех (100%) пациентов при использовании МРТ сердца с гадолинием.
2. В группе пациентов, обследованных с помощью МРТ сердца с гадолинием, время постановки диагноза составляло менее одного года у 75% пациентов, а у больных, не обследованных с помощью МРТ сердца с гадолинием, лишь у 27% пациентов, это свидетельствует о том, что данное обследование способствует ускорению постановки диагноза, почти в 3 раза.

**ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОГО СКАНИРОВАНИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕДАЦИИ Щукина**

**Елизавета Артуровна**

Лечебный факультет, 6 курс, 18 группа

Кафедра лучевой диагностики

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н., ассистент Васильева Юлия Николаевна

**Актуальность:** технологический прорыв, происходящий в медицине, на сегодняшний день дает возможность диагностировать различные заболевания детей с самого раннего возраста. Магнитно-резонансная томография (МРТ) является одним из наиболее информативных методов исследования патологий органов и систем, в том числе в детском возрасте. Проблемой проведения МРТ в педиатрии является то, что многие дети, в силу стадии своего развития или состояния здоровья, не могут оставаться неподвижными на протяжении всего времени стандартного обследования пациента, что ведет к появлению двигательных артефактов и делает интерпретацию полученных результатов невозможной. В связи с этим часто приходится прибегать к ингаляционной или внутривенной седации маленьких детей, что несет за собой риск развития ларингоспазма, обструкции дыхательных путей, различных механических повреждений, а также неврологических последствий, таких как церебральная дисфункция и синдром постнаркотической ажитации. Кроме того, проведение медикаментозного сна предполагает обязательное присутствие во время исследования врача-анестезиолога, что не всегда является возможным.

**Цель и задачи:** поиск альтернативных методов МР-сканирования детей без применения анестезиологического пособия и оценка возможностей МРТ в данных условиях.

**Материалы и методы:** в ходе работы за период с октября по декабрь 2019 года проводились МРТ-исследования пациентам в возрасте от 3 месяцев до 10 лет. Для оценивания возможностей МРТ-сканирования пациентов были использованы МР-томографы с открытым и закрытым контуром.

**Результаты:** МР-томографы с открытым контуром позволяют присутствовать родителю вместе с ребенком непосредственно во время исследования, тем самым обеспечивается психологический комфорт пациенту и уменьшается его двигательная активность без применения медикаментозного сна. Однако, данный вид томографов является низкопольным и не во всех случаях дает достаточную информацию о наличии патологии. Кроме того, в МР-томографах с открытым контуром отсутствуют методики получения диффузионно-взвешенных изображений и спектрального подавления сигнала от жировой ткани, что, в свою очередь, делает выполнение исследования с контрастным усилением менее информативным. Также, низкопольный томограф предполагает длительное время проведения МР-исследования

и низкие разрешающие возможности качества изображения. Описанные характеристики ограничивают применение томографических систем с открытым контуром. МР-томографы с закрытым контуром, являются высокопольными и оптимально подходят для точной визуализации поражения различных структур. Для предупреждения возможных артефактов, создающихся от движения ребенка, было предложено применять «быстрые» последовательности при выполнении исследования, которые технически основаны на низком пространственном и контрастном разрешении и наличии большого количества артефактов от потока крови. Недостатком работы любого МР-томографа является его громкий шум, связанный с действием радиочастотных катушек. В педиатрической практике все чаще применяется бесшумный протокол МР-сканирования (Silent Scan), благодаря которому минимизируются шумовые явления. Ребенок при этом комфортно чувствует себя в туннеле томографа и может находиться в состоянии физиологического сна во время исследования. Спокойствие и неподвижность ребенка обеспечивается присутствием матери, на руках которой он расположен, а также алгоритмом специализированной физиологической подготовки малыша.

**Выводы:** преимуществом МР-сканирования пациентов детского возраста является проведение исследования без использования седации с применением протоколов с бесшумными последовательностями или выполнение исследования на МР-томографе открытого типа, однако низкопольная томография имеет свои ограничения, что может привести к диагностическим ошибкам.

## СЕКЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

### ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ Губенко

**Марина Сергеевна**

Лечебный факультет, 7 курс, 704 группа

Кафедра онкологии и лучевой терапии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,

ассистент Фирсов Константин Андреевич

**Актуальность:** сохранение качества жизни у онкологических больных – одна из важнейших задач в современной онкологии. В России по данным Всемирной Организации Здравоохранения число стомированных пациентов на 100 000 населения составляет 100-150 человек. К сожалению, формирование стомы вносит существенные ограничения в повседневную жизнь пациентов и значительно снижает ее качество, что приводит к инвалидности и высокому уровню социальной дезадаптации. Чаще всего пациенты не уверены, что смогут адаптироваться к своему новому состоянию, потому что недостаточно информированы. Опросник EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment Cancer) помогает онкологу выявить проблемы, связанные с качеством жизни пациента, и помочь в их решении. **Цель:** изучить качество жизни у стомированных пациентов после выполненных операций по поводу онкологических заболеваний, используя опросник EORTC QLQ-C30, проанализировать полученные результаты и сравнить их с контрольной группой больных. **Материалы и методы:** в ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко в период с сентября по декабрь 2019 года было проведено анонимное анкетирование, включающее 81 пациента. В исследуемую группу вошло 44 пациента, у которых после выполненных операций по поводу онкологических заболеваний, были сформированы стомы (уростомами, колостомами, илеостомами). В контрольной группе произведено анкетирование 37 пациентов, оперированных по поводу опухолевой патологии органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза без выполнения стомирования. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту и медиане времени после выполненных операций. Все пациенты заполняли опросник EORTC QLQ-C30 версии 3.0, состоящий из 30 вопросов, которые разбиты на три шкалы: шкалу

функционирования (физическое, ролевое, эмоциональное, когнитивное и социальное функционирование), шкалу симптомов (утомляемость, тошнота и рвота, боль, одышка, нарушения сна, потеря аппетита, запоры, диарея, финансовые трудности) и качества жизни пациента. В зависимости от субъективного восприятия пациент мог выбрать один из четырех (для пунктов 1-28) ответов: «не было», «слегка», «существенно», «очень сильно»; либо при оценке качества жизни (пункты 29,30) указать наиболее соответствующий ему балл от 1 до 7. Все полученные данные были обработаны и переведены в значения от 0 до 100. **Результаты:** по результатам анкетирования было выявлено, что качество жизни пациентов со стомами составило 58,1%, и было статистически значимо ниже по сравнению с таковым в контрольной группе - 66,0% ( $p=0,01$ ). По функциональной шкале показатели были выше у пациентов со стомами по сравнению с контрольной группой – 32,2% и 11,1% соответственно,  $p=0,02$ . Стомированные пациенты, как и больные контрольной группы, испытывали наибольшие затруднения при выполнении работ, требующих физической нагрузки, 55,0% против 26,9%,  $p=0,01$ . Следует отметить, что наименьшие затруднения у пациентов обеих групп были связаны с приемом пищи 19,4% и 5,3% соответственно,  $p=0,01$ . Статистически значимых различий по социальной, ролевой, эмоциональной и когнитивной шкалам между пациентами основной и контрольной группы выявлено не было,  $p>0,5$ . Большая выраженность симптомов (рвота и тошнота, боль, одышка, запоры, диарея, утомляемость, проблема со сном, потеря аппетита, финансовые трудности) была отмечена у стомированных пациентов - 35,2%, а у пациентов без стом – 28,2%, однако различия между группами по данным показателям были статистически незначимыми,  $p=0,1$ .

**Выводы:** качество жизни стомированных пациентов по данным проведенного анкетирования статистически значимо хуже, по сравнению с пациентами второй группы. Стоит отметить, что некоторые показатели были схожи у двух групп. Таким образом, можно сделать вывод, что наличие стомы ухудшает качество жизни у онкологического пациента.

## **РЕДКИЕ ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ: ОПЫТ РАБОТЫ КЛИНИК МГМСУ ИМ. А. И. ЕВДОКИМОВА**

**Давтян Виктория Вардановна**

Стоматологический факультет, 2 курс, 17 группа

Кафедра патологической анатомии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: ассистент Журавлёва Анна Владимировна

**Актуальность:** из всех новообразований человека на долю опухолей челюстно-лицевой области приходится до 25%. Злокачественные новообразования челюстей составляют 1-4% среди других опухолей человека. В связи с этим необходимо своевременно диагностировать редкие опухоли челюстей с формулированием гистологического диагноза в соответствии с «Классификацией головы и шеи» ВОЗ 2017 года. Проведение ранней диагностики новообразований с определением прогноза и тактики лечения зависит, прежде всего, от онкологической настороженности врачей челюстно-лицевой области, стоматологов и их знаний данной патологии.

**Цели и задачи:** представление клинико-морфологической характеристики редких опухолей челюстно-лицевой области в практике клиник МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

**Материалы и методы:** В исследование включено 6 пациентов, проходивших лечение в клиниках МГМСУ им. А.И. Евдокимова в 2018-2019 гг., которым было выполнено оперативное вмешательство по поводу новообразований костей челюстей. Мужчин и женщин было поровну, средний возраст пациентов составил 32 года. Нижняя челюсть поражается чаще, чем верхняя (4:2). Ткань опухолей фиксировали в растворе 10% нейтрального забуференного формалина в условиях стандартной проводки и декальцинировали, затем заключали в парафин. После депарафинирования производилось окраска срезов растворами гематоксилина и эозина с последующим изучением на светооптическом уровне - микроскоп Axio Lab 1 Zeiss. Гистологическое заключение сформулировано в соответствии с «Классификацией головы и шеи» ВОЗ 2017 года и «Классификацией опухолей мягких тканей и костей» ВОЗ 2013 года. Морфологическим критерием включения был гистологически подтвержденный случай редких опухолей челюстей.

**Результаты:** при проведении патологоанатомического исследования операционного материала пациентов было диагностировано 4 доброкачественных новообразования (центральную одонтогенную фиброму, остеохондрому, синовиальный хондроматоз, гемангиому костей) и 2 злокачественных новообразования (саркому Юинга и фибромиксоидную саркому).

**Выводы:** в рутинной практике редкость данных нозологии требует углубленного клинико-морфологического анализа, коллегиального подхода для формирования объективных критериев прогноза и выбора дальнейшей тактики лечения.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДИАГНОСТИКИ РЕДКИХ МЯГКОТКАННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ**

**Денисова Люсьена Геннадиевна**

Лечебный факультет, 5 курс, 25 группа

Кафедра патологической анатомии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: ассистент Журавлёва Анна Владимировна

**Актуальность:** саркома мягких тканей – редкая группа злокачественных опухолей, развивающаяся из разных типов соединительной ткани. Заболеваемость саркомы мягких тканей составляет 0.0018 на 1 млн. населения. Альвеолярная саркома мягких тканей это лишь 1% от всех мягкотканых сарком. 5-летняя выживаемость при данном заболевании составляет при I стадии около 50%, а при терминальной стадии менее 10%. Исследователи из National Cancer Center Hospital в Японии показали, что количество выявленных пациентов альвеолярной саркомы на III и IV стадии более 80%. Поэтому диагностика на ранней стадии является актуальной.

**Цели и задачи:** показать медико-социальную значимость своевременной диагностики альвеолярной саркомы.

**Материалы и методы:** в исследование включен 1 пациент, которому в КМЦ МГМСУ им. А.И.Евдокимова 14.11.19 г. было выполнено оперативное вмешательство по поводу удаления новообразования корня языка. После фиксации в растворе 10% нейтрального буферного формалина и стандартной проводки, ткань опухоли заключали в парафин. После депарафинирования срезы окрашивали растворами гематоксилина и эозина с последующим изучением на светооптическом уровне – микроскоп Axio Lab 1 Zeiss. Гистологическое заключение формулировали в соответствии с «Классификацией опухолей мягких тканей и костей» ВОЗ 2013 года. Морфологическая картина соответствует альвеолярной саркоме мягких тканей.

**Результаты:** в нашем исследовании представлены результаты гистологического исследования пациентки 49 лет. Опухоль представлена альвеолярными структурами. В клетках отмечается неравномерно выраженная митотическая активность и умеренный полиморфизм. На срезах отмечены фиброзные тяжи разделяющие группы клеток, хорошо выделенные ядрышки опухолевых клеток. В сравнительных гистологических срезах 2014г. нами также были определены первичные признаки альвеолярной саркомы, которые были спорными и требовали дополнительных исследований с целью подтверждения окончательного диагноза - альвеолярная саркома мягких тканей. Гистологическое исследование 2014г могло бы соответствовать ранней стадии заболевания. Первичный диагноз по данным гистологического исследования 2014г. – изъязвившаяся капиллярная гемангиома.

**Выводы:** результаты исследования показали медико-социальную значимость своевременной диагностики редких злокачественных мягкотканых новообразований на ранних стадиях, т.к. это обеспечивает лучшие результаты лечения и прогноз заболевания, в частности возобновление социальной активности.

**ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ АГРЕССИВНЫХ ФОРМ  
РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. КОРРЕЛЯЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННЫХ  
ДАННЫХ С ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЗАКЛЮЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ,  
ПЕРЕНЁСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ РАКА  
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НИЗКОГО РИСКА**

**Котвицкая Екатерина Сергеевна**, лечебный факультет, 5 курс, 8 группа

**Ерин Илья Петрович**, лечебный факультет, 5 курс, 8 группа

Кафедра урологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени  
А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,  
ассистент Васильев Александр Олегович

**Актуальность:** одной из наиболее актуальных проблем современной онкологии является рак предстательной железы. В России РПЖ занимает второе место (среди мужчин) по частоте встречаемости (14,9%) после опухолей трахеи, бронхов, легких (16,9%). В 2018 году в России зарегистрировано 38 245 новых случаев рака предстательной железы. От РПЖ в Российской Федерации умерли 12 523 больных в 2018 году. По данным на 2018 г., РПЖ IV стадии, при которой невозможно радикальное оперативное лечение, верифицирован у 18,9% больных. III стадия РПЖ диагностирована у 21,5% больных, I–II стадии — у 58,5%.

**Цели:** доказать несовершенство диагностики агрессивных форм рака предстательной железы.

Поиск перспективных направлений в диагностике агрессивных форм РПЖ.

**Задачи:** оценить корреляцию предоперационных данных с данными после радикальной простатэктомии у пациентов подходящих под «активное наблюдение».

**Материалы и методы:** ретроспективный анализ проспективно собранных историй болезни в ходе которого были проанализированы 966 пациента за пять лет с 2015-2019 год, которые были прооперированы по поводу рака предстательной железы, на базе отделения урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ. Согласно критериям включения в окончательный анализ было отобрано 54 пациента, средний возраст которых составил 62 года – подходящих под «активное наблюдение». Критерии, активного

наблюдения: ПСА в «серой» зоне от 4-10 нг/мл, балл по шкале Глисона менее 7, злокачественные изменения не более чем в двух образцах ткани по данным биопсии.

**Результаты:** в ходе ретроспективного исследования оценка корреляции данных до первичной биопсии с данными после радикальной простатэктомии показала, что при первичной биопсии у 19 пациентов (35%) было унифокальное поражение, а у 35 пациентов (65%) унilaterальное, у 49 пациентов (91%) по результатам патоморфологического исследования было диагностировано мультифокальное поражение предстательной железы. 42 пациента(77,8%) имели суммарный балл по шкале Глисона  $3+3=6$  до операции, из которых 39 пациентов (72,2%) имели повышение суммарного балла  $3+4=7$ , а 3 пациента(5,6%) имели повышение суммарного балла  $4+4=8$ . 11 пациентов (20,4%) имели суммарный балл по шкале Глисона  $3+4=7$  до операции, из которых 4 пациента (7,4%) имели повышение суммарного балла  $4+3=7$ , 4 пациента(7,4%) имели повышение  $4+4=8$ . 3 пациента(5,6%) имели повышение суммарного балла по шкале Глисона  $4+5=9$ . У одного пациента (1,8%) при первичной биопсии выявлено протоковое изменение клеток, однако, после операции было повышение суммарного балла по шкале Глисона  $4+4=8$ . Проведенный анализ показал, что у каждого пациента отмечается «upgrade» по шкале баллов Глисона, и изначально унифокальный рак оказался мультифокальным.

**Выводы:** в связи с полученными данными, можно сделать вывод, что необходимо проводить селекцию пациентов которым предлагается «активное наблюдение», проводить полное информирование пациентов о необходимости дополнительных методов обследования.

Также проведенный анализ показывает несовершенство существующего подхода и методов диагностики агрессивного рака предстательной железы, необходимость поиска новых методов исследования, их развитие, и внедрение в повседневную практику. Одним из наиболее перспективных методов является иммуногистохимический анализ и генетические исследования.

## **ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ**

**Купцов Артур  
Сергеевич**

Лечебный факультет, 6 курс, 15 группа

Кафедра онкологии и лучевой терапии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научные руководители: к.м.н.,

ассистент Фирсов Константин Андреевич; аспирант Стукалова Оксана Юрьевна

**Актуальность:** в структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак (КРР) занимает третье место (11,9%) после злокачественных новообразований кожи и молочной железы. В структуре смертности от злокачественных новообразований на долю рака ободочной кишки приходится 6,4% у мужчин и 9,8% у женщин, прямой кишки - 5,3 и 5,7% соответственно. Синхронное метастатическое поражение печени диагностируется у 25-50 % больных. У 35-55% пациентов метастазы в печени выявляются после проведения радикального лечения. К сожалению, основной причиной смерти пациентов с КРР является прогрессирование опухолевого процесса, которое чаще всего проявляется метастатическим поражением печени (20-40%). К моменту диагностики отдаленных метастазов КРР в печени резекция органа возможна лишь у 10-25% пациентов. Эффективность применения паллиативной системной химиотерапии (ХТ) у таких больных при нерезектабельных метастазах не превышает 20%. Это обусловлено тем, что при внутривенном введении химиопрепаратов, их терапевтическая концентрация сохраняется лишь на короткий период времени, не оказывая полного действия на опухолевые клетки. Также у соматически ослабленных пациентов проведение системной ХТ не всегда возможно в связи с высоким риском жизнеугрожающих осложнений и летального исхода. Всё это диктует необходимость поиска новых перспективных способов улучшения результатов лечения, каким может быть химиоэмболизация печеночной артерии (ХЭПА).

**Цель:** оценить эффективность применения ХЭПА с использованием микросфер Biosphere с доксорубицином 50 мг у пациентов с метастазами КРР в печени.

**Материалы и методы:** в период с 2017 г. по 2019 г. в онкологическом центре НУЗ «ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко» ОАО «РЖД» было проведено лечение 20 пациентам с метастазами КРР в печени. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 10 пациентов, которым было выполнено 14 ХЭПА с применением микросфер Biosphere 50-100  $\mu\text{m}$  с доксорубицином 50 мг (исследуемая группа) и 10 пациентов, которым была проведена системная ХТ (контрольная группа). Всем пациентам до начала лечения, а также через 6 месяцев после его окончания было проведено обследование, включающее компьютерную томографию органов брюшной полости с контрастным усилением, определение уровня онкомаркеров крови (СА 19-9,  $\alpha$ -фетопротейн, раково-эмбриональный антиген) и биохимических показателей функционального состояния печени (АСТ, АЛТ, ГГТП И ЩФ), а также оценка состояния паренхимы органа по шкале Child-Pugh. Эффективность после проведенного лечения оценивали через 6 месяцев по критериям RECIST1.1. Статистически значимых различий в обеих группах пациентов по полу, возрасту, функциональному состоянию печени не было

( $p > 0,05$ ). Полученные результаты в обеих группах пациентов были подвергнуты сравнительному анализу.

**Результаты:** после проведения ХЭПА согласно критериям RECIST1.1. выявлен частичный ответ у 4 из 10 пациентов (40%), стабилизация - у 2 (20%). Прогрессирование опухоли наблюдалось у 4 (40%) больных. В 1 (10%) наблюдении был выявлен новый метастатический очаг, несмотря на локальный ответ внутрипеченочных метастазов после ХЭПА.

У 2 (20%) пациентов после проведения системной ХТ по критериям RECIST1.1. отмечена стабилизация онкологического процесса, а прогрессирование заболевания диагностировано у 8 (80%) больных. Кроме того осуществлялся контроль за показателями онкомаркеров: в случае проведения ХЭПА наблюдалось снижение показателей онкомаркеров в 60% случаев (2 пациента со стабилизацией процесса и 4 с частичным ответом по RECIST1.1), у 40% отмечалось увеличение их уровня (4 пациента с прогрессированием опухолевого процесса). В случае проведения ХТ у 80% исследуемых было повышение показателей онкомаркеров и только у 20% была стабилизация. Выраженных явлений системной токсичности, печёночной и почечной недостаточности после ХЭПА выявлено не было: у 2 (20%) пациентов наблюдалось изменение балла по шкале Child-Pugh (повышение максимально на 1 балл от исходных 3-5 баллов). У 3 (30%) пациентов отмечена постэмболизационная гепатотоксичность (повышение уровня ГГТП, ЩФ, АСТ, АЛТ), у 5 (50%) - отрицательных изменений в биохимических показателях не было (в том числе, наблюдалась положительная динамика). После проведенных курсов системной ХТ в 8 (80%) случаях выявлена гепатотоксичность, у 2 (20%) из которых было ухудшение функционального состояния печени по шкале Child-Pugh.

**Выводы:** проведенное исследование показывает, что химиоэмболизация метастазов КРР микросферами с доксорубицином является эффективным и безопасным методом, вызывая минимальные осложнения без выраженных явлений системной печёночной и почечной недостаточности. Малая травматичность ХЭПА может быть использована для лечения соматически ослабленных пациентов, особенно в тех случаях, когда проведение системной ХТ противопоказано или невозможно выполнение резекции печени. Химиоэмболизация является современным методом для лечения как солитарных, так и множественных метастазов в печени КРР, позволяя достичь удовлетворительных онкологических результатов, сохранив качество жизни пациентов.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ ДО И ПОСЛЕ ДВУСТОРОННЕЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ**

**Межидова Залайха Элихажиевна**

Лечебный факультет, 5 курс, 20 группа

Кафедра оториноларингологии стоматологического факультета

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,

доцент Костюк Владимир Николаевич

**Актуальность:** хронический тонзиллит является распространенным заболеванием среди детей и лиц молодого возраста, им страдают от 4% до 20% населения страны.

**Цель:** провести сравнительную характеристику изменений иммунного статуса у больных с хроническим декомпенсированным тонзиллитом до, после и через 1 год после двусторонней тонзиллэктомии с применением и без применения препарата Имунофан.

**Задачи:** изучить и проследить динамику изменений иммунного статуса у больных с хроническим декомпенсированным тонзиллитом до, после и через 1 год после проведения двусторонней тонзиллэктомии с применением и без применения препарата Имунофан.

**Материалы и методы:** исследование проведено на базе ГКБ № 50 им. С.И. Спасокукоцкого в период с 2018 по 2019 год на 52 больных в возрасте от 15 до 42 лет. Пациенты были разделены на 2 подгруппы. Первой проводили только двустороннюю тонзиллэктомию, второй совместно с двусторонней тонзиллэктомией проводили иммунокорректирующую терапию с применением препарата Имунофан за сутки до операции. Пациентам было проведено исследование иммунологического статуса (определение количественных и функциональных показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета, фагоцитарной активности нейтрофилов, содержания циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием метода вариационной статистики и метода попарных сравнений, с вычислением средней арифметической (M), средней ошибки средней величины (m), степени вероятности (P). Сравнение средних значений переменных производилось с помощью t-критерия Вилкоксона. Достоверным считалось различие при уровне значимости равным 5% ( $p < 0,05$ ).

**Результаты:** позитивные результаты после двусторонней тонзиллэктомии были отмечены у 80,6% больных второй подгруппы: CD3+Т-клетки: до операции до  $1836 \pm 164$  (N=1100-1700), после операции до  $1745 \pm 154$ , через год до  $1687 \pm 111$  ( $p < 0,05$ ). CD4+Т-клетки: до операции -  $757 \pm 67$  (N=600-700), после -  $802 \pm 55$ , через год -  $572 \pm 55$  ( $p < 0,05$ ). Иммунорегуляторный индекс (ИРИ): до операции -  $1,7 \pm 0,2$  (N=1,8-2,0), после -  $2,8 \pm 0,2$ , через год -  $1,9 \pm 0,1$  ( $p < 0,05$ ). HLA-DR АГ: до операции до  $8,3 \pm 1,1$  (N=8-15), после -  $6,5 \pm 0,8$ , через год -  $6,2 \pm 0,4$  ( $p < 0,05$ ). Основные классы иммуноглобулинов пришли в норму, за исключением IgG: его содержание

уменьшилось после двусторонней тонзиллэктомии. Произошло снижение исходно высоких показателей ЦИК до  $345 \pm 22$  (N=до 500) ( $p < 0,05$ ). Фагоцитарный ряд: увеличение фагоцитарного индекса (ФИ) до  $77,4 \pm 2,5\%$  (N=70-80) и фагоцитарного числа (ФЧ) до  $4,2 \pm 0,2$  (N=4-7), а у исходно повышенного АФП (Альфа-фетопротеин) наблюдалось снижение в послеоперационном периоде. Нормализация подавляющего большинства иммунологических показателей коррелирует со стойким улучшением состояния больных. У 19,4% больных хирургическое лечение не привело к улучшению иммунологических показателей. У первой подгруппы после двусторонней тонзиллэктомии были снижены практически все результаты, в течение 1 года наблюдения нарушения иммунитета не восстановились.

**Выводы:** двусторонняя тонзиллэктомия, без применения препарата, привела к снижению практически всех результатов иммунного статуса, которые в течение 1 года наблюдения нарушения иммунитета не восстановились. По сравнению с двусторонней тонзиллэктомией с применением препарата Имунофан, в результате которого наблюдалось благоприятное течение клиники послеоперационного периода и нормализация большинства показателей иммунного статуса, имеющий стойкий характер, практически не меняющийся в течение периода наблюдения у 80,6% больных.

## **АНАЛИЗ АНАТОМИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ СТРОЕНИЯ ЛОБНЫХ ПАЗУХ И ОСТЕОМЕАТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В ОЦЕНКЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ФРОНТИТА**

**Суконкина Анна Андреевна**

Лечебный факультет, 6 курс, 27 группа

Кафедра оториноларингологии стоматологического факультета

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научные руководители: к.м.н.,

доцент Костюк Владимир Николаевич; к.м.н. ассистент Савранская Кристина Викторовна

**Актуальность:** по данным отечественных и зарубежных исследователей, за последнее десятилетие отмечен значительный рост числа острых и хронических фронтитов. Это связано с повышением заболеваемости респираторно-вирусными инфекциями. Клиническое течение воспаления лобных пазух нередко приобретает затяжной характер, повышается вероятность внутричерепных осложнений. Большинство пациентов предъявляют жалобы на выраженную головную боль, затруднение носового дыхания, слабость, повышение температуры тела.

Данные симптомы снижают качество жизни пациента, а при хронизации заболевания значительно ухудшают трудоспособность. Поэтому адекватное лечение фронтита и предупреждение хронизации и рецидивирования процесса является актуальной медицинской проблемой.

**Цель:** определить анатомические особенности лобных пазух и остеомеатального комплекса, которые оказывают влияние на вероятность возникновения острого и хронического фронтита.

**Задачи:** изучить особенности лобных пазух, области лобного кармана, остеомеатального комплекса и полости носа, выяснить частоту встречаемости вариантов развития различных анатомических структур, сравнить полученные данные основной и контрольной группы пациентов, определить факторы, способствующие возникновению и хронизации фронтита.

**Материалы и методы:** исследование проведено на базе ГКБ №50 им. С.И. Спасокукоцкого в период за 2019-2020 год. В исследовании участвовали 50 пациентов основной (с острой и хронической патологией лобных пазух) и контрольной (направлены на исследование ОНП по другим причинам без указаний на вероятное заболевание) групп, в возрасте от 20 до 54 лет. Метод исследования – цифровая объемная томография (ЦОТ).

**Результаты:** для определения различных анатомических вариантов лобных пазух, области лобного кармана и остеомеатального комплекса и их связи с возникновением воспалительной патологии в области лобных пазух было проанализировано состояние данных анатомических структур по данным ЦОТ. У пациентов основной группы лобные пазухи имели увеличенные сагиттальный и фронтальный размеры, вертикальные размеры у обеих групп были практически равны. Для основной группы характерна сильная (60%) и средняя (40%) степень пневматизации лобной кости, у пациентов контрольной группы также встречалась слабая степень пневматизации. 3 пациента основной группы также имели пневматизацию межпазушной перегородки. Bulla frontalis в два раза чаще встречались у пациентов основной группы. Значимых различий по типам прикрепления крючковидного отростка в основной и контрольной группах не выявлено. У большинства пациентов основной группы также наблюдалось искривление перегородки носа.

**Вывод:** анатомические особенности лобных костей, лобного кармана и остеомеатального комплекса, которые приводят к сужению лобно-носового канала, повышают риск возникновения фронтита. Величина апертуры лобной пазухи не влияет на вероятность появления воспалительной патологии. Выявляемый при цифровой объемной томографии вариант анатомического строения bulla frontalis способствует рецидивированию и хронизации воспалительного поражения лобной пазухи. При остром поражении лобных пазух наряду с базовой общей и местной терапией должна проводиться профилактика рецидивов путем

устранения анатомических структур, ухудшающих вентиляционно-дренажную функцию аперттуры лобной пазухи.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЦЕПТОРОВ К СОМАТОСТАТИНУ 2А И 5-ГО  
ТИПОВ В НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЯХ И  
НЕЙРОЭНДОКРИННОМ РАКЕ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ И  
СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ Ушаков Александр Игоревич**

Лечебный факультет, 6 курс, 1.6.03 группа

Кафедра онкологии и лучевой терапии

ФГАОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени

Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения России

Научные руководители: д.м.н., профессор Артамонова Елена Владимировна;

к.м.н., ассистент Емельянова Галина Сергеевна

**Актуальность:** одним из компонентов в лечении пациентов с нейроэндокринными опухолями (НЭО) и нейроэндокринном раком (НЭР) является применение аналогов соматостатина (СОМ), действие которого связано со связыванием с рецепторами к СОМ 2А типа (SSTR-2А) и 5 типа (SSTR-5), локализующихся на поверхности опухоли и регулирующих секреторную активность эндокринных клеток. Блокировка SSTR позволяет существенно уменьшить симптомы гиперфункциональных синдромов, а также стабилизировать рост и прогрессирование опухолей.

**Цель:** с помощью иммуногистохимии изучить экспрессию SSTR-2А и SSTR-5 у больных с НЭО и НЭР различных локализаций и степени злокачественности с целью оценки возможности применения аналогов СОМ. А также оценить частоту встречаемости рецепторов в зависимости от Grade.

**Материалы и методы:** методом иммуногистохимии проводилась оценка экспрессии SSTR 2А и SSTR-5 у больных, проходивших лечение в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина. Так, больных с НЭО было 72: 29 – поджелудочная железа (ПЖ), 19 – ЖКТ (12 – тонкая кишка (ТОН), 5 – желудок (Ж), 2 – толстая кишка (ТОЛ)), 16 – легкие, 8 – НПО. Все НЭО ПЖ и ЖКТ были разделены по степени злокачественности на 3 группы (Grade 1, 2 и 3 в соответствии с классификацией ВОЗ 2017/2019): 1) высокодифференцированные (В) НЭО G1 с Ki67 до 3%; 2) В НЭО G2 с Ki67 3-20%; 3) НЭО G3 с Ki67>20%. НЭО легких (Л) делили в соответствии с классификацией ВОЗ 2015 на высокодифференцированные типичные (ТК) и атипичные карциноиды (АК) с Ki67 до 5% и от 5 до 40% соответственно. Больных с НЭР было 24. Для всех был характерен индекс Ki67

больше 40%. Анализ экспрессии SSTR-2A и SSTR-5 осуществляли иммуноферментным анализом с моноклональными антителами. Клинически значимой считали реакцию от 50 до 75% опухолевых клеток и от 75 до 100% (2+ и 3+ соответственно). Слабовыраженную или очаговую реакцию (1+) оценивали как негативную.

**Результаты:** из 72 НЭО G1-G3 только 59 экспрессировали SSTR-2A (81,9%). Из них ПЖ 24/29 (82,8%), ТОН 12/12 (100%), ТОЛ 2/2 (100%), Ж 5/5 (100%), Л 9/16 (56,3%), НПО 7/8 (87,5%). Из 64 НЭО G1-G3 экспрессировали SSTR-5 только 25 (39,0%). Из них ПЖ 12/28 (42,9%), ТОН 5/9 (55,6%), Ж 2/4 (50,0%), ТОЛ 1/2 (50,0%), Л 3/15 (20,0%), НПО 2/6 (33,3%). У больных с НЭО G1 независимо от локализации SSTR-2A встречались в 11/13 (84,6%), с НЭО G2 31/33 (93,9%), с НЭО G3 8/10 (80,0%). SSTR-5 встречались у больных с НЭО G1 в 5/11 (45,5%), G2 14/29 (48,3%), G3 3/9 (33,3%). У больных с ТК Л экспрессия SSTR-2A встречались в 2 случаях из 2 (100%), с АК 7/14 (50,0%). SSTR-5 встречались у больных с АК в 3 случаях из 14 (21,4%).

В группе больных с НЭР SSTR-2A встречались в 5/24 (20,8%), SSTR-5 в 3/24 (12,5%).

**Выводы:** проанализировав экспрессию SSTR-2A и SSTR-5 у больных с НЭО и НЭР, было определено, что SSTR-2A и SSTR-5 наиболее часто встречались в органах ЖКТ и ПЖ. Реже встречались в Л. Ранее считалось, что экспрессия рецепторов к СОМ свойственна только для В НЭО, но данное исследование доказывает, что SSTR-2A и SSTR-5 встречаются также у больных с НЭО G3 и НЭР, что делает возможным применение у данных больных аналогов СОМ. Таким образом, данное исследование доказывает необходимость определения рецепторов к СОМ у больных НЭО и НЭР перед началом лечения вне зависимости от локализации и степени злокачественности для правильного и эффективного лечения.

## **МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ СВЕТОВОГО “ЗАГРЯЗНЕНИЯ” НА РИСК РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Чепорова Мария Сергеевна**

Лечебный факультет, 1 курс, 12 группа

Кафедра онкологии и лучевой терапии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Генс Гелена Петровна

**Актуальность:** в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в РФ у женского населения 1 место занимает рак молочной железы (РМЖ) - 21,1%. За последние 10 лет прирост заболеваемости составил 33,4%, а наибольшее увеличение этого показателя приходится на возрастную группу 30-59 лет. Этиология РМЖ остается до конца неизученной.

К наиболее существенным факторам риска развития РМЖ относятся наследственность, вредные влияния окружающей среды, раннее менархе и целый ряд других. Так, например, в последние годы изучают влияние светового “загрязнения” на риск развития РМЖ.

**Цель:** провести анализ научных исследований, изучающих влияние избыточного освещения на увеличение риска развития РМЖ. Определить устойчивые факторы оценки риска патологического влияния света на заболеваемость РМЖ.

**Материалы и методы:** проведен поиск в базах данных отечественной и иностранной литературы eLIBRARY, Pubmed, Medscape по запросам: световой режим, световое загрязнение, влияние на канцерогенез, риск развития РМЖ. Также поиск проводился по ключевым словам на английском языке: night shift work, light, risk of breast cancer, artificial light at night exposure. Отобранный материал по данной теме сгруппирован и подвергнут анализу. Было найдено 50 статей по выбранной тематике, релевантных – 12.

**Результаты:** установлено, что свет в ночное время подавляет нормальное производство мелатонина эпифизом. Мелатонин оказывает прямой антипролиферативный эффект, усиливает иммунные реакции, нейтрализует свободные радикалы, модифицирует экспрессию гена p53, отвечающего в норме за апоптоз. Под воздействием освещения ночью происходит изменение экспрессии генов PER1, PER2, PER3. Было выявлено значительное снижение уровня экспрессии генов группы PER в спорадических опухолях молочной железы у женщин по сравнению с нормальными тканями. Снижение экспрессии циркадных генов влияют на трансактивацию сигналов. Они управляют клеточным циклом и способностью клеток подвергаться апоптозу, потенциально способствуя канцерогенезу. На клиническом материале была прослежена экспрессия гена PER1 в опухолях онкологических больных. Она была значительно снижена (до 90%) по сравнению с соседними нормальными тканями. Факторы, угнетающие опухолевый рост, происходят за счет выключения анти-онкогенов(p53). PER2 напрямую взаимодействует с белком p53 и предотвращает его посттрансляционные преобразования. Анализируя полученные результаты, было выявлено, что яркое освещение в спальне, работа в ночное время и частые бессонницы увеличивают риск возникновения рака молочной железы в 1,4-2,3 раза. Нами выделены устойчивые факторы риска развития РМЖ при нарушении светового режима:

- Сменная работа
- Возраст пациентки (от 40 до 49 лет), количество рабочих дней в неделю (более 3)
- Ночной сон при ярком освещении
- Репродуктивная функция (позднее менархе, кормление грудью не менее года)
- Семейный анамнез
- Применение оральных контрацептивов

- Гормонотерапия в анамнезе
- Семейное положение

**Вывод:** избыточное освещение в ночное время способно увеличивать риск развития РМЖ.

Установлены критерии, усиливающие вероятность возникновения злокачественного процесса и определены устойчивые факторы по оценке риска развития РМЖ при нарушении светового режима.

## **РАЗРАБОТКА АЛЬТЕРНАТИВНОГО МЕТОДА ГЕМОСТАЗА ПРИ ТРАВМАХ СЕЛЕЗЕНКИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

**Чирва Илья Владимирович**, лечебный факультет, 2 курс 27 группа

**Слободин Владимир Анатольевич**, лечебный факультет, 2 курс 27 группа

Кафедра травматологии, ортопедии и медицины катастроф

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ярема Василий Иванович

**Актуальность:** в настоящее время одной из актуальных проблем современной травматологии и хирургии является остановка кровотечения при повреждениях селезенки, которые возникают в результате травм. Особое значение разработка такого рода способов имеет при операциях, направленных на сохранение поврежденного органа, где одним из основных направлений по данным литературы является применение различного рода губок и синтезированных препаратов. Этому и посвящена данная работа.

**Цели и задачи:** целью настоящего исследования является пред клиническое обоснование и разработка метода остановки кровотечения при травмах селезенки. Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи: Проведение комплексного изучения анатомо-физиологических особенностей и наиболее частых патологических состояний при травме селезенки. Провести комплексное исследование после органосохраняющих операций. Произвести разбор экспериментально созданных моделей клинических случаев и изучить морфологическое и функциональное состояние селезеночной ткани в динамике. Разработать лечебно-тактический алгоритм при травматических повреждениях селезенки. Оценка возможности применения методики фибрина и монофиламентной сетки к существующим клиническим условиям. Внедрить в клиническую практику усовершенствованный метод и варианты при органосохраняющей операции. Изучение в динамике ближайших и отдаленных результатов проведенных операций.

**Материалы и методы:** данное исследование включало в себя изучение 217 литературных источников, посвященных остановке кровотечения при экспериментальных и травматических повреждениях селезенки. В результате изучения литературы был разработан метод остановки кровотечения из повреждений селезенки. Апробирование инновационного способа было на Вьетнамской свинье весом 35 кг. с травматическим повреждением селезенки, которое было получено животным в результате дорожно-транспортного происшествия. В качестве кровоостанавливающего материала был использован полученный в стерильных условиях химико-биологический гемостатик – фибриноген. Также в ходе оперативного вмешательства использовалась облегченная монофиламентная сетка. Операция и послеоперационное ведение животного было проведено с соблюдением законодательства РФ.

**Результаты:** полученные в ходе оперативного вмешательства данные показали, что разработанный и апробированный в ходе оперативного вмешательства способ, основанный на местном применении фибриногена в сочетании с применением облегченной монофиламентной сеткой, может быть использован при проведении органосохраняющих операций при разрывах и иных повреждениях селезенки, сопровождающихся кровотечением.

**Выводы:** данная методика теоретически обоснована и может быть доработана и апробирована в ходе клинико-экспериментального исследования.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУБКРОНАРНОГО ДОСТУПА ПРИ ФАЛЛОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТРЕХКОМПОНЕНТНЫМ ПРОТЕЗОМ ТЕХНИКОЙ «БЕЗ ПРИКОСНОВЕНИЯ» У ПАЦИЕНТОВ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ**

**Чудин Владимир Алексеевич**, лечебный факультет, 5 курс, 8 группа **Ясаков Дмитрий  
Сергеевич**, лечебный факультет, 6 курс, 24 группа Кафедра урологии  
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени  
А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,  
ассистент Васильев Александр Олегович

**Актуальность:** эректильная дисфункция (ЭД) оказывает существенное значение на качество жизни пациента как психическое, так и физическое. Частота встречаемости коррелирует с образом жизни, социально-экономическими и культуральным статусом популяции. По последним данным около 90% мужчин имеют нарушение эрекции. В России среди мужчин в возрасте 20-75 лет у 71,3 % уже отмечается наличие легкой степени ЭД, которая с возрастом только прогрессирует и приводит в 12% случаев к тяжелой ЭД. В тех случаях, когда

медикаментозные методы не приводят к результату на первое место выходит хирургическое лечение. Во второй половине XX века был имплантирован первый трехкомпонентный гидравлический фаллопротез мошоночным доступом, в последующем использовали и пеноскrotальный доступ. Основными недостатками этих доступов были риск развития инфекции, так как кожа мошонки из-за наличия складок легче поддается инфицированию, и невозможность одномоментного хирургического вмешательства при сочетанных патологиях. Имплантация трехкомпонентного пенильного протеза признана во всем мире золотым стандартом у пациентов с тяжелой ЭД. Хирургический доступ к имплантации протеза остается дискуссионным вопросом и зависит от сопутствующих заболеваний пациента, ключевыми из которых являются болезнь Пейрони, кавернозный фиброз и сахарный диабет, при котором повышается риск развития протезной инфекции. Выбор оперативного доступа остается актуальным и перспективным вопросом при определении тактики хирургического лечения.

**Цели:** оценка клинической эффективности имплантации трехкомпонентного фаллопротеза субкоронарным доступом техникой “без прикосновения” у пациентов с эректильной дисфункцией, болезнью Пейрони, кавернозным фиброзом и имеющих в анамнезе СД.

**Задачи:** определить критерии рационального отбора пациентов с ЭД тяжелой степени для имплантации трехкомпонентного фаллопротеза субкоронарным доступом техникой “без прикосновения”, улучшить результаты лечения у пациентов с ЭД тяжелой степени и/или болезнью Пейрони, фимозом, СД.

**Материалы и методы:** для проведения исследования было отобрано 4 пациента возрасте от 55 до 73 лет, страдающих от ЭД тяжелой степени. Оценка по шкале МИЭФ-5. По шкале AMS. На базе отделения урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова КМЦ Кусково было выполнено 4 операции в период с 08.05.19 по 11.01.20.

**Результаты:** в ходе проспективного исследования у 4 пациентов наблюдается полное восстановление эрекции. Оценка отдаленных результатов на данном этапе полностью не представляется возможным, так как продолжается выполнение операций по данной методике.

**Выводы:** были выявлены критерии рационального отбора кандидатов для фаллопротезирования трёхкомпонентным протезом через субкоронарный доступ техникой «без прикосновения» для лечения ЭД тяжелой степени. Этот метод можно считать клинически эффективным, что позволяет пациентам вернуться к полноценному образу жизни. С помощью данного доступа хирург может выполнить не только имплантацию протеза, а также коррекцию угла полового члена при болезни Пейрони, циркумцизию, гланулопексию. Таким образом, возможно одномоментное хирургическое вмешательство, которое позволяет достичь максимального косметического эффекта. В последующем снижается количество осложнений

в раннем и позднем послеоперационном периоде. Снижается количество дней, проведенных пациентом в стационаре.

## **ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ НА ПРИМЕРЕ МАТЕРИАЛА КЛИНИК МГМСУ**

**ИМЕНИ А. И. ЕВДОКИМОВА**

**Швец Светлана Витальевна**

Лечебный факультет, 5 курс, 9 группа

Кафедра патологической анатомии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: ассистент Журавлева Анна Владимировна

**Актуальность:** несмотря на редкость (4% от всех новообразований), опухоли слюнных желез демонстрируют поразительное разнообразие гистологических типов, многие из которых являются полиморфными, что вызывает трудности гистологической диагностики. Точная верификация опухоли слюнных желез с использованием «Классификации опухолей головы и шеи» ВОЗ (2017 год) определяет верную тактику лечения и прогноз данной группы заболеваний.

**Цели и задачи:** определить клинико-морфологические характеристики опухолей слюнных желез на основе материала клиник МГМСУ имени А.И. Евдокимова.

**Материалы и методы:** в исследование включены 96 пациентов, проходивших лечение в клиниках МГМСУ имени А.И. Евдокимова в 2018-2019 годах, которым было выполнено оперативное вмешательство по поводу новообразования слюнной железы. Ткань слюнной железы фиксировали в растворе 10% нейтрального забуферного формалина в условиях стандартной проводки, затем заключали в парафин. После депарафинирования производилось окраска срезов растворами гематоксилина и эозина с последующим изучением на светооптическом уровне - микроскоп Axio Lab 1 Zeiss. Гистологические заключения формулировали в соответствии с «Классификацией опухолей слюнных желез» ВОЗ 2017 года. Морфологическим критерием включения был гистологически подтвержденный случай опухоли слюнной железы.

**Результаты:** в исследование включены 97 пациентов (36 мужчины и 61 женщина), среди которых у 82 человек диагностированы доброкачественные опухоли (84,5%) и у 15 человек злокачественные (15,5%). Среди доброкачественных новообразований наиболее часто встречается плеоморфная аденома (66 человек, 80,5% от числа доброкачественных и 68,04%

от общего числа новообразований), на втором месте по частоте опухоль Уортина (13 человек, 13,4%), что соответствует мировой практике. Наиболее часто опухоли локализовались в околоушных железах (66 случаев, 68%); в поднижнечелюстных железах (10 случаев, 10,3%), в подъязычной — 1 случай (1,03%), в малых слюнных железах — 22 случая (22,7%), что также соответствует мировой практике. Злокачественные новообразования локализовались в 10,6% в околоушной железе, в 30% в поднижнечелюстной железе и 13,6% в малых слюнных железах. Средний возраст больных составил 47 лет.

**Выводы:** в рутинной практике гистологического исследования диагноз опухоли слюнных желез может быть установлен на основании изолированной оценки гистологических препаратов, окрашенных гематоксилином и эозином.

## **СЕКЦИЯ ХИРУРГИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ**

### **ГАЛАКТОРЕЯ И ГАЛАКТОЦЕЛЕ КАК РЕДКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ГРУДИ С ИМПЛАНТАТОМ**

**Барсегян Леонид Андроникович**

Лечебный факультет 4 курс 53 группа

Кафедра факультетской хирургии №1

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.м.н.,

профессор Толстых Михаил Петрович

**Актуальность:** галакторея и галактоцеле являются достаточно редкими, но серьезными осложнениями послеоперационного периода маммопластики с имплантатом. В большинстве случаев причина возникновения данного осложнения остается неизвестной, а консервативное лечение не всегда проходит успешно и у некоторых пациенток приходится прибегать к удалению имплантата, что в свою очередь приводит к серьезным эстетическим повреждениям как кожи, так и молочных желез. Для пластического хирурга важно максимально снизить возникновения данных осложнений для получения более высокого качества работы и удовлетворенности пациентов.

**Цель:** выявить количество случаев галактореи и галактоцеле после увеличения груди с имплантом, снизить возможный риск факторов, влияющих на появления этого осложнения, создать стратегию по уменьшению числа встречаемости данного осложнения.

**Материалы и методы:** систематический литературный обзор на таких веб-ресурсах, как: Pubmed, Embase, Google scholar, Medscape.

**Результаты:** обзор литературы показал следующие результаты: 19 статей и в сумме 38 девушек. Средний возраст при котором выявлялись патологии 28 лет, (42%) из них принимали оральные контрацептивы, из них (25%) - не рожавшие. Наиболее частый доступ был периареолярный (48%), трансаксилярный (24%). Наиболее частое расположение имплантата (57%) - под большой грудной мышцей (37%). Среднее время появления первых симптомов - 61 день. Но только в трех случаях они появились раньше, чем 30 дней. У 21 пациентки развилась галакторея, у 7 пациенток галактоцеле и у 10 пациенток было выявлено сразу две патологии. При этом, симметричное поражение (сразу двух молочных желез) было выявлено в (72%), но только у (62%) была выявлена гиперпролактинемия. Предположительная стратегия для уменьшения данного осложнения включает: правильный уход за пациентом в послеоперационном периоде, назначение антибиотиков, агонистов дофамина, антагонистов лейкотриеновых рецепторов, эстрогенов, хирургическое удаление галактоцеле, удаление имплантата.

**Выводы:** для точных выводов цифры не достаточно велики. Но возможно предположить, что периареолярный доступ, расположение имплантата под железой, прием пероральных контрацептивов, недавнее грудное вскармливание (менее чем за год до операции) могут являться риском для возникновения галактореи/галактоцеле. Развитие первых симптомов происходит обычно в течение 60-90 дней после операции. Лечение включает следующие методы: антибиотикотерапия, агонисты дофамина, эстроген терапия, установка хирургического дренажа, удаление имплантата, а также эстроген терапия, являющаяся наиболее эффективной среди консервативных методов.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ ГОНАРТРОЗА**

**Губарь Илья Евгеньевич**

Лечебный факультет, 5 курс, 17 группа

Кафедра травматологии, ортопедии и медицины катастроф

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени  
А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,  
доцент Смыслов Андрей Владимирович

**Актуальность:** в последние несколько лет тканевая инженерия и клеточная терапия получают все большее распространение в клинической медицине, так как данные технологии помогают

ускорить процессы регенерации тканей. В связи с этим, большой интерес вызывает использование обогащенной тромбоцитами плазмы. Благодаря содержащимся в альфа-гранулах тромбоцитов многочисленным факторам роста, которые могут одновременно или постепенно выделяться в окружающие ткани, происходит направленное воздействие на регенерацию или репаративный процесс. Эффективность применения ОТП при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата является актуальным вопросом. Артроз коленного сустава является самой частой патологией среди всех артрозов.

**Цель:** по данным научных статей и клинических наблюдений оценить эффективность использования обогащенной тромбоцитами плазмы в лечении гонартроза.

**Материалы и методы:** проводился ретроспективный анализ литературы, а так же, в течение 6 месяцев проводилось клиническое наблюдение за результатом лечения 71 пациента. В первую группу(N=32) вошли пациенты с гонартрозом I, II ст.; Во вторую(N=39), пациенты с III ст. гонартроза, которые получали внутрисуставные инъекции ОТП по 5 мл 1 раз в неделю. Для оценки эффективности лечения использовалась вербальная описательная шкала оценки боли. Диагноз выставлялся по классификации Н.С. Косинской.

**Результаты:** проведенное исследование показало, что у пациентов прошедших курс внутрисуставных инъекций ОТП, В первой группе у 90% отмечалось купирование болевого синдрома. Во второй – 45% пациентов отметили купирование болевого синдрома.

**Выводы:** применение обогащенной тромбоцитами плазмы позволило достоверно уменьшить выраженность болевого синдрома и повысить качество жизни пациентов. Эта методика является современной, эффективной и перспективной в лечении данной патологии. Несмотря на большое количество исследований, необходима дальнейшая разработка способов использования ОТП и изучения результатов их клинического применения.

## **МЕТОДЫ ТРАДИЦИОННОЙ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ЛЕЧЕНИИ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРИТА**

**Кочиш Анастасия Ивановна**

Лечебный факультет, 3 курс, 46 группа

Кафедра травматологии, ортопедии и медицины катастроф

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Босых Владимир Георгиевич

**Актуальность:** плечелопаточный периартрит, преимущественно в виде импинджмента надостной мышцы (43-47% всех случаев), является актуальной проблемой ортопедии и

неврологии, в виду торпидности течения заболевания, выраженного болевого синдрома, низкой эффективности и дороговизны лечения. В литературе имеются указания на возможность улучшения результатов лечения за счет применения методов традиционной китайской медицины.

**Цель:** целью настоящего исследования явился сравнительный анализ результатов лечения импинджмент-синдрома надостной мышцы обычными методами и методами традиционной китайской медицины (Чжень –цзю терапии).

**Методы исследования:** оценка болевого синдрома и эффективности лечения проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и объему движений в плечевом суставе. Уточнение клинического диагноза проводилось методом рентгенографии и МРТ плечевого сустава.

**Материал исследования:** под наблюдением находилось 24 больных (7 мужчин и 17 женщин) в возрасте 56-65 лет с подтвержденным диагнозом плечелопаточного периартрита, с превалирования синдрома импинджмента надостной мышцы. Основная группа включала 12 пациентов (3 мужчин и 9 женщин), контрольная – 4 мужчин и 8 женщин.

**Характеристика клинических групп:** особенностью проявления заболевания является резкое и болезненное ограничение отведения в плечевом суставе, ротационных движений, иррадиация болей по передненаружной поверхности плеча, ночные боли, умеренно выраженные проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника с ирритативным болевым синдромом на протяжении 2-4 лет до момента манифестации болей в суставе. При клиническом обследовании выявляется болезненность в области плечевого сустава в акупунктурных точках меридианов толстого кишечника, тройного разогревателя, тонкого кишечника и желчного пузыря, в области перехода сухожилия надостной мышцы в подакромиальное пространство. Рентгенологически выявляются признаки регионального остеопороза, наслоения в области акромиального конца ключицы или его деформация. По данным МРТ – граммы суставов отмечаются дегенеративные изменения в сухожилии, отек подакромиального пространства, явления бурсита. До начала лечения ограничение движений в плечевом суставе в обеих группах составляло: отведение плеча 35-45°, наружная ротация- 5-10°.

**Методы лечения:** контрольная группа - ЛФК, физиолечение – ультразвук гидрокортизона, электрофорез новокаина, тейпирование. В основной группе применялась методика чжень - цзю терапии. С целью быстрого уменьшения болевого синдрома показана аурикулотерапия в аурикулярные точки – 55, 85, плечевого сустава, аналгезии экстракции верхних и нижних зубов, шейного отдела позвоночника с инспинальной стороны. В последующем, в течении 5-7 дней, проводили иглоукалывание корпоральных точек – VB-21, GI-4, 11, TR-14, IG-9, 10, RP-9,6, точек чудесных каналов IG-3, V-62 II ВТМ. При поверхностном болевом синдроме -

методом воздействия на сухожильно-мышечные янские каналы с использованием точек УШУ-1, Е-8 с инспинальной стороны и болевых внемеридианных точек. При наличии обострения шейного остеохондроза и воздействии патогенной биоклиматической энергии ветер-влажность использовали точки GI-4, R-7, VB-20, - V-11, V-12, VB-21 с ночным использованием лечебных пластырей на шейную и надлопаточную области в зоне болевых точек.

**Результаты лечения:** в контрольной группе отведение увеличилось до 50-60°, наружная ротация – до 15-20°. В основной группе объем движений составил: отведение – 85-90°, наружная ротация – 35-40°. По шкале ВАШ: в контрольной группе снижение болевого синдрома на 50% достигалось к 6-7 дню, ночных болей до 60-70% – к окончанию основного курса лечения. В основной группе к 3-4 дню уменьшались ночные боли на 50%. Снижение болевого синдрома днем на 50% достигнуто к 5 дню. К окончанию курса болевой синдром уменьшался до 20-25%, а ночные боли купировались полностью.

**Выводы:** использование иглотерапии по принципам традиционной китайской медицины является более простой, эффективной и экономически целесообразной методикой при лечении болевых синдромов в области плечевого сустава.

## **ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ ПОСЛЕ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ. ЗНАНИЕ НЕЙРОАТОМИИ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ, КАК ПРОФИЛАКТИКА ДАННОГО ОСЛОЖНЕНИЯ. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

**Гурин Сергей Николаевич**

Лечебный факультет, 5 курс, 11 группа

Кафедра факультетской хирургии №1

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.м.н., профессор Толстых Михаил Петрович

**Актуальность:** хроническая постгерниопластическая невралгия является довольно частым осложнением после проведенной операции по поводу паховой грыжи. Риск значительных болей через 1 год после перенесенной операции по Лихтенштейн и TAPP в обычной хирургической практике составил до 15%. Причем основной фактор риска данного осложнения- это молодой возраст. Одно исследование показало, что 58 процентов людей в возрасте до 40 лет имели постоянные, послеоперационные боли в паховой области по сравнению с только 14 процентами старше 60 лет, что снижает общую трудоспособность населения. В Германии и Дании были созданы специализированные грыжевые центры, что

привело к хорошему сбору данных и единообразному лечению пациентов. В нашей стране, к сожалению, этому вопросу не уделяют должного внимания, благодаря чему не всегда удается помочь таким пациентам.

**Цель и задачи:** привлечь внимание молодого поколения врачей к особенностям нейроанатомии паховой области и проявлениям повреждений нервных структур в послеоперационном периоде. Изучить методы лечения и профилактики постгерниопластической невралгии за рубежом.

**Материалы и методы:** отечественная литература и зарубежные статьи

**Результаты:** выработка тактики консервативной и хирургической помощи пациентам с хронической послеоперационной болью.

**Выводы:** хроническая боль после перенесенной операции по поводу паховой грыжи является мучительным осложнением, значительно снижающим качество жизни больных, но имея представление о нейроанатомии паховой области, можно предупредить развитие данного осложнения. Методы лечения рассмотренные в данной работе с успехом применяются за границей и могут быть заимствованы для помощи отечественным больным.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

**Лядов Дмитрий Андреевич**

Лечебный факультет, 6 курс, 18 группа

Кафедра госпитальной хирургии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Попов Юрий Павлович

**Актуальность:** несмотря на бурное развитие лапароскопической хирургии, в настоящее время большое количество операций выполняется лапаротомным доступом, исходом которого, частотой до 20,6%, является формирование послеоперационных грыж брюшной стенки.

Стремления хирургов к малоинвазивным операциям привело к возникновению нового направления – лапароскопической (LS) пластики послеоперационных грыж.

С 2016 г. на базе ГКБ №40 г. Москвы внедрена методика лапароскопических герниопластик при малых и средних послеоперационных вентральных грыжах с использованием имплантов Реперен, зарегистрированных в России, Европе и США. Особенностью имплантата является отсутствие усадки, оптимальная интеграция и высокая биосовместимость.

**Цель:** целью работы было сравнить и проанализировать два основных метода аллогерниопластики, применяемые при лечении послеоперационных вентральных грыж: лапароскопическая герниопластика IPOM и открытая аллогерниопластика sub-lay.

**Материалы и методы:** за 2019 г. в нашем исследовании приняли участие 72 пациента, сопоставимых по возрасту и полу (средний возраст 54 $\pm$  4,6 года), размер грыжевого дефекта у которых не превышал 10 см в диаметре (для IPOM пластики применяется bridging методика (М-любое, R-0-2. W-1-2). У 30 пациентов выполнена LS IPOM пластика, 32 пациентам герниолапаротомия с герниопластикой sub-lay, и 10 пациентам - открытая IPOM аллогерниопластика. В работе использовали классификацию EHS (европейского общества герниологов). Исследуемые параметры: среднее время операции, длительность пребывания в стационаре, выраженность болевого синдрома, осложнения в послеоперационном периоде и частота рецидивов. Операции проводились под ЭТН. После низведения грыжевого мешка и выполнения гемостаза, в брюшную полость вводился и устанавливался заранее размеченный имплант. Сетка фиксировалась трансабдоминально сквозными швами, укреплялась герниостеплером или отдельными узловыми швами. Дренирование брюшной полости не проводилось. В ходе исследования проводилась предоперационная антибиотикопрофилактика однократным введением цефалоспоринов 2-го поколения, а после стандартное обезболивание.

**Результаты:** сравнительный анализ длительности операций: среднее время операции при IPOM пластике составило 96 минут в сравнении с 124 минутами при установке сетки sub-lay (длительность, в основном, колебалась от наличия и тяжести спаечного процесса, при отсутствии которого среднее время фиксации сетки составило 45 минут, в сравнении с

75 минутами при открытой герниопластике sub-lay). Среднее число пребывания в стационаре: при LS герниопластике 3,4 койко-дня, а при открытой герниопластике sub-lay 6,3 койко-дня. Каждые шесть часов оценивали выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде на протяжении 72 часов. Болевой синдром при LS пособия в первые сутки составил 3,3 балла по десятибалльной шкале, а ко вторым 1,4. У пациентов, перенесших открытое пособие болевой синдром был выше - 4,5 балла в первые 24 часа и 2,3 балла к концу 2-х суток. Полной отмены обезболивающих средств в группе IPOM удалось достигнуть к концу 2-х суток, в группе перенесших sub-lay пластику длительность была вдвое выше. Наиболее частое осложнение в обеих группах - образование послеоперационных сером, благополучно спунктированных под контролем УЗИ. Отдаленные результаты: в группе, перенесших IPOM пластику, был выявлен один (2,4%) рецидив вследствие недостаточного перекрытия грыжевого дефекта. В группе перенесших sub-lay герниопластику выявлен также один рецидив (3,1%), имеющий место из-за нарушения пациентом режима. У одного пациента

после IPOM пластики отмечался хронический болевой синдром (2,4%), обусловленный нерассасывающимися клипсами.

**Заключение:** использование LS IPOM пластики является альтернативным методом у пациентов с малыми и средними послеоперационными вентральными грыжами. Преимущества: косметический эффект, уменьшение болевой синдром и длительности стационарного лечения. Метод является безопасным, простым в освоении и может быть рекомендован к широкому применению в повседневной клинической практике.

## **МЕТААНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ШУНТИРУЮЩИХ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ Нильссон Юлия**

**Николаевна**

Лечебный факультет, 7 курс, 708 группа

Кафедра факультетской хирургии №1

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Вардаев Леван Ионанович

**Актуальность:** повышенный ИМТ является фактором риска различных заболеваний, ассоциированных с ожирением. Согласно данным ВОЗ, с 1980 года по настоящее время количество людей с ожирением возросло в 3 раза. По статистике 2016 года, более, чем у 650 миллионов человек в мире выявлено ожирение. В России на конец 2016 года насчитывалось 23,5 миллионов человек с данной патологией, и с течением времени эта цифра растет. Наиболее эффективным направлением в лечении ожирения и ассоциированных с ним заболеваний является бариатрическая хирургия. По результатам многочисленных научно-исследовательских работ, шунтирующие операции, сохраняющие частичный пассаж пищи по двенадцатиперстной кишке, показывают наилучшие результаты коррекции метаболических нарушений.

**Цель:** провести метаанализ проспективных исследований коррекции метаболических изменений у пациентов с ожирением после гастрошунтирования (ГШ) и СЛИВ-гастрэктомии с бипарциальным шунтированием (БШ+СГ).

**Задачи:** 1) изучить данные современной литературы о методиках хирургического лечения ожирения; 2) определить показания к выполнению шунтирующих оперативных вмешательств; 3) провести метаанализ между результатами метаболических изменений в лечении пациентов с ожирением после БШ+СГ и ГШ; 4) определить возможность проведения эндоскопических методов диагностики и лечения после БШ+СГ и ГШ.

**Материалы и методы:** выполнен поиск проспективных исследований в базах данных PubMed, Springerlink, GoogleScholar. Отобрано 15 статей для дальнейшего изучения, 9 из которых- на тему ГШ, 6 статей по БШ+СГ. Поиск материала осуществлялся только среди англоязычных источников. Для сравнения динамики снижения веса в работе использовался показатель процента потери избыточной ИМТ (ЕВМІL, %), рассчитываемый по формуле : $(\text{ИМТ до операции}-\text{ИМТ на данный момент}) \times 100\% / (\text{ИМТ до операции} - 25)$ . Критерии отбора статей для метаанализа: проспективные результаты лечения ожирения двумя видами шунтирующих операций (ГШ, БШ+СГ).

**Результаты:** показатель ЕВМІL через 3 месяца после БШ+СГ превосходил результат после ГШ на 11%. Через год и 2 года разница составляла около 8%. Через 5 лет данный показатель превышал 70 % в обеих группах без достоверного различия. Через 2 года после БШ+СГ полной ремиссии сахарного диабета II типа достигли 100% пациентов, после ГШ- 82% через год и 85% - через 5 лет. Общий холестерин (общий ХС), ЛПВП и триглицериды (ТГ) нормализовались после обоих типов операций через 3 месяца, с сохранением на 5-ый год. Показатели снижения общего ХС, ЛПВП и ТГ после БШ+СГ опережали группу после ГШ, где через год прием гиполипидемических препаратов не требовался лишь у 72% пациентов, а гипотензивной терапии- у 51,5% пациентов. Длительность проведения ГШ превышает БШ+СГ более, чем на 1 час. После БШ+СГ возможна эндоскопическая и рентгенологическая диагностика и лечение желудка и 12-перстной кишки, что крайне затруднено после ГШ.

**Выводы:** по данным изученной литературы, наиболее эффективными методами хирургического лечения пациентов с ожирением являются рестриктивные операции с мальабсорбтивным компонентом. Показанием к выполнению шунтирующих бариатрических операций является ИМТ более 35 кг/м<sup>2</sup> в сочетании с ассоциированными с ожирением заболеваниями или ИМТ более 40 кг/м<sup>2</sup> при их отсутствии. По результатам проведенного метаанализа, БШ+СГ эффективнее ГШ для коррекции метаболических нарушений. После БШ+СГ возможна рентгенологическая и эндоскопическая диагностика желудка и двенадцатиперстной кишки, а также эндоскопический ретроградный трансдуоденальный доступ к желчным протокам, что чаще не осуществимо после ГШ.

## **ПРЕИМУЩЕСТВА РЕВЕРСИВНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ**

**Новиков-Теницкий Константин Геннадьевич**

Лечебный факультет, 6 курс, 4 группа

Кафедра травматологии, ортопедии и медицины катастроф

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени  
А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,  
доцент Смыслов Андрей Владимирович

**Актуальность:** эндопротезирование плечевого сустава – один из основных методов оперативного лечения многооскольчатых переломов проксимального отдела плечевой кости, особенно учитывая наличие в преклонном и старческом возрасте нарушения минеральной плотности кости. Для достижения хороших функциональных результатов при выполнении гемиартропластики плечевого сустава, необходимо добиться восстановления пространственной анатомии плечевого сустава, за счет правильного расположения бугорков плечевой кости, корректной глубины посадки плечевого компонента эндопротеза, восстановления оффсета проксимального отдела плечевой кости и правильной ротации эндопротеза. Гемиартропластика плечевого сустава, выполненная в связи с оскольчатым переломом проксимального отдела плечевой кости у пожилых пациентов, часто приводит к неудовлетворительным функциональным результатам. Показаний к реверсивному эндопротезированию имеет преимущества, в связи с отсутствием необходимости сращения бугорков для нормальной функции конечности. Кроме того, протоколы реабилитации после реверсивного эндопротезирования значительно проще, а функциональный результат может превосходить таковой после стандартного эндопротезирования.

**Цели и задачи:**

1. Провести сравнительную оценку функционального результата реверсивного и анатомического эндопротеза.
2. Выявить преимущество и недостатки каждого эндопротеза.
3. Сделать вывод о каждом эндопротезе и выбрать наиболее оптимальный.

**Материалы и методы:** работа основана на анализе результатов лечения 55 пациентов на базе «Городской клинической больницы №68», оперированных различными типами протезирования, из которых 17 - гемиартропластик и 38 - реверсивных эндопротезов.

**Результаты и выводы:** реверсивное эндопротезирование плечевого сустава при переломах проксимального отдела плечевой кости может обеспечить более предсказуемые результаты, чем гемиартропластика, вне зависимости от анатомического восстановления крепления большого и малого бугорков плечевой кости, а также позволяет компенсировать нарушенную функцию вращательной манжеты плеча. Указанные выше особенности, привели к увеличению частоты применения реверсивного эндопротезирования плечевого сустава при переломах проксимального отдела плечевой кости у пожилых пациентов. Реабилитация после реверсивного эндопротезирования плечевого сустава, позволяет осуществлять раннюю

разработку движений в плечевом суставе, что определяет более ранний возврат функций верхней конечности.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫПОЛНЕНИЮ АНАТОМИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ**

**Романенко Ольга Сергеевна**, лечебный факультет, 6 курс, 2 группа, **Фетисов Даниил Геннадьевич**, лечебный факультет, 6 курс, 14 группа, Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России  
Научный руководитель: ассистент Кошелев Игорь Андреевич

**Актуальность:** на сегодняшний день одной из основных составляющих безопасности резекций печени любого объема является профилактика интраоперационной кровопотери. Повышение безопасности во многом определяется правильным предоперационным планированием объема резекции, с учетом индивидуальных особенностей сосудистой анатомии печени, а также технических аспектов предстоящей резекции и возможностей современного оборудования.

**Цели и задачи:** оценить новые подходы к планированию оперативного вмешательства с построением 3D модели сосудов печени и выполнения анатомической резекции с использованием современных СВЧ генераторов.

**Материалы и методы:** на дооперационном этапе всем больным для определения объема оперативного вмешательства проводилось МСКТ органов брюшной полости с контрастным усилением. Следующим этапом проводилось 3D моделирование с использованием программного обеспечения MYRIAN XP-Liver с сосудистой трёхмерной реконструкцией и волюметрическим анализом, что позволило четко определить хирургическую тактику.

На интраоперационном этапе после ревизии органов брюшной полости проводилось ультразвуковое сканирование печени, с целью определения локализации сосудистой ножки, и последующая маркировка коагуляцией ее проекции на капсуле печени. Далее использовался микроволновый аппликатор сверхвысокочастотного (СВЧ) генератора нового поколения SURBLATE Vison Medical, с максимальной мощностью 120 Вт, при постоянной частоте микроволнового излучения 2,45 ГГц. с кластерным электродом производилась коагуляция тканей печени в проекции сосудистой ножки, что позволяло обеспечить мгновенный некроз тканей в зоне воздействия. Далее осуществлялся доступ к секторальной ножке с последующей ее перевязкой. По формирующейся демаркационной линии с использованием того же

аппликатора проводилась резекция печени в объеме сегментэктомии. В результате такого подхода в клинике нам удалось снизить объем интраоперационной кровопотери, снизить частоту послеоперационных осложнений и сократить послеоперационный и общий койко-день.

**Выводы:** развитие подходов планирования оперативного вмешательства с использованием 3D моделирования и при выполнении анатомических резекций печени с использованием нового СВЧ генератора с кластерными электродами позволяет в значительной степени снизить риск интра- и послеоперационных осложнений, а также сократить количество койко-дней при госпитализации.

## **РЕВЕРСИВНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ МНОГООСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ. ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ**

**Эседов Гирамутдин Имамутдинович**, лечебный факультет, 6 курс, 7 группа

**Плескушкина Анна Сергеевна**, лечебный факультет, 6 курс, 7 группа

Кафедра травматологии, ортопедии и медицины катастроф

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Смыслов Андрей Владимирович

**Актуальность:** переломы проксимального отдела плечевой кости составляют 5% от всех переломов, а у пациентов пожилого и старческого возраста достигают 17% [Russo R., 2005]. Интерес к этой теме обусловлен также большим количеством неудовлетворительных функциональных результатов оперативного лечения переломов проксимального метаэпифиза плечевой кости. В настоящее время методом выбора оперативного лечения многооскольчатых переломов проксимального отдела плечевой кости, безусловно является эндопротезирование плечевого сустава, особенно если речь идет о пациентах с выраженным дефицитом минеральной плотности кости. Наиболее часто при данной патологии выполняется однополюсное эндопротезирование, либо тотальное эндопротезирование анатомическим протезом плечевого сустава. Однополюсное эндопротезирование, либо тотальное эндопротезирование плечевого сустава анатомическим протезом, выполненные по поводу оскольчатых переломов проксимального отдела плечевой кости у пожилых пациентов, часто приводит к неудовлетворительным функциональным результатам, которые обычно обусловлены анатомически невосстановимым повреждением бугорков и наличием дегенеративных изменений мышц и сухожилий вращательной манжеты.

Ревёрсивное эндопротезирование плечевого сустава при переломах проксимального отдела плечевой кости имеет ряд неоспоримых преимуществ и может улучшить функциональные результаты вне зависимости от анатомического восстановления большого и малого бугорков плечевой кости, а также позволяет компенсировать нарушенную функцию вращательной манжеты плеча. Но несмотря на все преимущества данного вида лечения, существует ряд осложнений которые мы осветим в данном докладе.

**Цели и задачи:**

1. Оценить эффективность лечения пациентов пожилого возраста с переломами проксимального метаэпифиза плечевой кости с использованием реверсивного эндопротезирования плечевого сустава.
2. Определить методы профилактики и лечения осложнений.

**Материалы и методы:** статистический, библиографический, клинический.

**Результаты и выводы:** эндопротезирование плечевого сустава – один из основных методов оперативного лечения многооскольчатых переломов проксимального отдела плечевой кости, особенно у пожилых пациентов с плохим качеством костной ткани. Функциональные показатели после эндопротезирования во многом зависят от внутренней мотивации пациента и корректной установки компонентов эндопротеза.

**СИНДРОМ ДИССЕМНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ  
В ДЕТСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ Яшин Сергей Сергеевич**

Лечебный факультет, 6 курс, 11 группа

Кафедра анестезиологии-реаниматологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени  
А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.м.н.,  
профессор Спиридонова Елена Александровна

**Актуальность:** кровотечения остаются проблемой в хирургии, несмотря на стремительное развитие медицинской науки. А кровотечения, в зависимости от массивности, ведут к коагулопатии, та в свою очередь может осложниться развитием синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания и как итог – полиорганная недостаточность (ПОН). Смертность от ПОН, по данным различных источников, составляет от 44% до 50% у взрослых и с 11% до 54% у педиатрических больных. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром) - приобретённая, вторичная острая патология гемостаза, сопутствует только критическому состоянию,

относится к коагулопатиям потребления, при которых потребляются компоненты свертывающей и, что самое важное с точки зрения исхода заболевания - противосвертывающей системы крови. Клинически ДВС-синдром может сопровождаться как кровотечением, так и тромбозами в зоне микроциркуляции с формированием полиорганной недостаточности. Коагулопатия всегда сопутствует кровопотере, а ее трансформация в ДВС-синдром связана с повышенным уровнем летальности.

**Цель:** охарактеризовать особенности развития и течения ДВС-синдрома при кровотечениях, а также выявить основные предикторы его формирования при оперативных вмешательствах у детей.

**Материалы и методы:** исследование материалов по анестезиологическо-реанимационной помощи детям в возрасте до 18 лет с онкологической патологией, получавших хирургическое лечение. Проанализирована помощь детям, получавшим гемотрансфузии и гемостатическую терапию при интраоперационном кровотечении. В работе сравниваются две группы детей: дети с ДВС-синдромом и дети без ДВС-синдрома.

**Результаты:** было установлено, что ДВС-синдром у детей с онкологическими заболеваниями часто развивается при операциях в области забрюшинного пространства и печени. Полиорганная недостаточность (ПОН) была более тяжелой и была представлена легочной, печеночной и почечной недостаточностью в группе с выявленным ДВС-синдромом. Развитие ПОН сопровождалось снижением показателей тканевой перфузии и ростом D-димера. Вероятность выявления острого тромбоза после операции была в 4,5 раза выше в группе пациентов с ДВС-синдромом, чем в группе без ДВС-синдрома. 90-дневная выживаемость составила в группе пациентов с ДВС-синдромом – 84,41%, а в группе без ДВС-синдрома – 96,22%. Анализ показал, что возраст менее 8 лет, количество тромбоцитов менее  $150 \times 10^9/\text{л}$ , гипокальциемия менее 1 ммоль/л и период интраоперационной критической гипотонии более 25 минут являются предикторами развития ДВС-синдрома после операции.

**Выводы:** у детей с онкологической патологией, при наличии кровотечения, коагулопатия в послеоперационном периоде трансформируется в ДВС-синдром, протекающий клинически с развитием органной недостаточности. Возраст менее 8 лет, количество тромбоцитов менее  $150 \times 10^9/\text{л}$ , гипокальциемия менее 1 ммоль/л и период интраоперационной критической гипотонии более 25 минут являются предикторами развития ДВС-синдрома. Крайним выражением ДВС-синдрома «органного типа» является прогрессирование тромботического синдрома до реализации жизни угрожающих осложнений, что и уменьшает 90-дневную выживаемость на 12%.

# СЕКЦИЯ ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЯ

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НЕПРЯМОГО МЕТОДА ФИКСАЦИИ БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ ПУТЕМ ПОДБОРА ОПТИМАЛЬНОГО МАТЕРИАЛА КАПШЫ

**Афанасьева Яна Игоревна**

Стоматологический факультет, 5 курс, 3 группа

Кафедра ортодонтии и детского протезирования

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Попова Инесса Викторовна

**Актуальность:** в настоящее время в практике врача-ортодонта все большую популярность получает методика непрямого фиксации брекет-системы благодаря возможности более точного позиционирования брекетов, удобству в работе с пациентом, сокращению времени его пребывания в стоматологическом кресле, что может быть реализовано при достижении максимально точной и надежной фиксации брекет-системы. Это, в свою очередь, возможно при выборе оптимального по свойствам материала, используемого для изготовления переносной капшы-шаблона. Однако, большое количество врачей-ортодентов испытывают трудности при использовании материалов, наиболее часто применяющихся при изготовлении капшы: нередко материал не обладает достаточной светопрозрачностью, настолько сильно фиксирует брекет, что часть из них в процессе переноса остается в самой капше, а не приклеивается к зубу и т.д. В связи с этим вопрос выбора доступного и оптимального по свойствам материала, обеспечивающего качественную непрямоу фиксацию брекетов и

удобство в работе остается актуальным.

**Цель:** совершенствование непрямого метода фиксации брекет-системы путем определения наиболее оптимального материала для изготовления капшы с последующим ее применением в клинической практике.

**Задачи:** изучение свойств и методик применения материалов, наиболее часто используемых для изготовления капшы и предложенного нами материала Elite Transparent<sup>TM</sup>; проведение сравнительного анализа отобранных материалов по следующим параметрам: токсичность/безопасность использования, светопрозрачность, простота использования, удобство переноса брекет-системы из капшы на зубы, доступность, стоимость; на основании полученных данных определить наиболее оптимальный материал для изготовления капшы с последующей ее апробацией в клинической практике.

**Материалы и методы:** для данного исследования были отобраны следующие материалы: термоклей, термоформовочные пластины Easy-Vac Gasket, а также предложенный нами материал Elite Transparent<sup>TM</sup>. Светопроницаемость каждого исследуемого материала была определена с помощью прибора люксметра, на фотовоспринимающий датчик которого помещались образцы материалов с последующим направлением через них света полимеризационной стоматологической лампы с длиной волны 450 нм. Подготовка гипсовых моделей для изготовления каппы заключалась в нанесении ориентиров для будущего расположения брекетов, последующим покрытием модели изоляционным лаком Изокол-69 и фиксацией брекетов на композит Enlight. Изготовление капы из термоклея осуществлялось с помощью нагретых палочек термического клея клеевым пистолетом MIRAX, каппы из термоформовочной пластины Easy-Vac Gasket толщиной 0.5 мм (первый слой) и 1.5 мм (второй слой) – путем их нагрева с последующим обжимом гипсовой модели вакуумформером Sheu Dental Ministar, каппы из Elite Transparent<sup>TM</sup> – путем нанесения материала на гипсовую модель. Изготовленные каппы оценивались по степени отображения рельефа зубов и брекетов, наличию участков ретенции брекетов и пор в материале. Для последующей апробации каппы из материала Elite Transparent<sup>TM</sup> в клинической практике, зубной ряд пациента был подготовлен по стандартному протоколу: нанесение 37% ортофосфорной кислоты с последующим ее смыванием и высушиванием эмали, праймера OrhoSolo с дальнейшей его полимеризацией. Перед наложением каппы на зубной ряд, на внутреннюю поверхность брекетов был нанесен композит Enlight, после чего осуществлялась его полимеризация через каппу стоматологической полимеризационной лампой с длиной волны 450 нм. **Результаты и выводы:** по результатам исследования показатель светопроницаемости материала термоклей составил 458 Люкс, термоформовочных пластин Easy-Vac Gasket - 528 Люкс, Elite Transparent<sup>TM</sup> - 588 люкс, что может характеризовать его как наиболее светонепроницаемый материал из исследуемой группы. В ходе сравнительного анализа исследуемых материалов установлено значительное преимущество материала Elite Transparent<sup>TM</sup>: простота применения, широкое распространение на рынке стоматологических материалов при относительно невысокой цене, в отличие от термоклея, применение которого в настоящее время не сертифицировано в стоматологической практике и термоформовочных пластин, применение которых ограничивает необходимость в дополнительном оборудовании, сложность в процессе изготовления каппы, а также высокая стоимость. Оптимальная светопроницаемость, четкое отображение рельефа зубов и брекетов, отсутствие ретенции крючков брекетов в капке из материала Elite Transparent<sup>TM</sup> позволило провести ее апробацию в клинической практике, в процессе которой не возникло прочих сложностей. Данный материал может быть рекомендован для успешного использования при непрямом

методе фиксации брекет-системы и обеспечить точное позиционирование брекетов, удобство в работе и рационализацию рабочего времени.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ИНДЕКСА CPQ ДЛЯ ОЦЕНКИ ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЁННОЙ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА Богдашова**

**Алина Максовна**, стоматологический факультет, 4 курс, 5 группа **Солодков Антон Юрьевич**, стоматологический факультет, 4 курс, 6 группа Кафедра детской стоматологии  
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н. Алибекова Аминат Алаудиновна

**Актуальность:** любое лечебно-профилактическое вмешательство в подростковом возрасте должно учитывать отношение пациента к своему внешнему виду, связанному с состоянием полости рта. Важным способом оценки подобного отношения является измерение качества жизни. Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, основанная на субъективном восприятии своего состояния в контексте объективно существующих медицинских проблем.

**Цель:** изучить влияние проведённой санации полости рта на качество жизни подростков.

**Материалы и методы:** одним из широко используемых индексов по оценке качества жизни у подростков является опросник для оценки качества жизни у детей - CPQ11-14 (Child Perceptions Questionnaire) Данный опросник используется для измерения влияния стоматологического статуса на повседневные функции у детей. Также его положительной чертой является чувствительность к проведению профилактических программ и лечебных мероприятий. В ходе исследования было проведено стоматологическое обследование 15 подростков. Критерии включения в исследование: возраст 13-18 лет; наличие кариозных, запломбированных и удаленных зубов в полости рта, а также осложнений кариеса; санация полости рта после обращения в клинику. Критерии исключения: возраст младше 13 лет и старше 18 лет; другие стоматологические заболевания твердых тканей зубов (некариозные поражения, травма зубов); незаконченная санация полости рта. Группу сравнения составили 15 подростков в возрасте от 13 до 18 лет, не имеющих кариозных поражений зубов. Среди подростков группы исследования было проведено первичное анкетирование для оценки качества жизни по анкете-опроснику CPQ в день обращения и повторное анкетирование для оценки характера возникших изменений сразу после санации полости рта и через 3 месяца. Также оценивались следующие параметры стоматологического статуса: интенсивность

кариеса по индексу «КПУ», гигиеническое состояние полости рта (индекс гигиены ОНI-S). Среди подростков группы сравнения было также проведено стоматологическое обследование и однократное анкетирование для оценки качества жизни по анкете-опроснику CPQ.

**Результаты:** анализ гигиенического состояния полости рта в группе сравнения вывил хороший уровень гигиены, среднее значение индекса ОНI-S составило 0,51. Интенсивность кариеса в группе исследования была равна 5,56. Оценка гигиенического состояния полости рта в группе исследования показала удовлетворительный уровень гигиены, среднее значение составило 0,85. При сравнительном анализе показателя индекса CPQ в группе исследования до и после лечения установлено, что сразу после санации полости рта средний балл индекса не изменился (отличие 0%), через 3 месяца после санации полости рта данный показатель снизился на 28,48% (с 1,5 до 1,08 балла). Нами также было проведено сравнение среднего балла индекса CPQ у подростков группы исследования после лечения и контрольной группы. Через 3 месяца после санации полости рта у подростков группы исследования средний балл анкеты был ниже на 8,47%, чем в группе сравнения. В группе исследования балл был равен 1,08, а в группе сравнения – 1,18.

**Выводы:** наилучшие показатели качества жизни выявлены у подростков с интактными зубами, без кариозных поражений, а наихудшие показатели качества жизни выявлены у подростков, обратившихся для лечения кариозных поражений. Сразу после санации полости рта не происходит улучшение параметров качества жизни у подростков, наоборот, в разделах «Физический дискомфорт» и «Эмоциональное благополучие» выявлено небольшое ухудшение. Через 3 месяца после стоматологического лечения отмечено улучшение качества жизни в целом и по всем разделам анкеты.

## **РАЗРАБОТКА КОМПЬЮТЕРНОЙ ВЕРСИИ ОЦЕНКИ ЭСТЕТИКИ И СОРАЗМЕРНОСТИ ПАРАМЕТРОВ ЛИЦА.**

**Каплан Даниил Борисович**, стоматологический факультет, 5 курс, 3 группа **Зарецкая  
Элина Георгиевна**, стоматологический факультет, 5 курс, 1 группа Кафедра ортодонтии и  
детского протезирования

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени  
А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научные руководители: ассистент  
Мержвинская Екатерина Ивановна; к.м.н., доцент Порохин Андрей Юрьевич

**Актуальность:** в настоящее время телерентгенография (ТРГ) головы в боковой проекции является одним из наиболее информативных и доступных диагностических методов в

практике врача-ортодонта, с помощью которого обнаруживаются аномалии размеров и положения челюстей. Но не всегда референтные линии, предлагаемые для ее анализа, полностью удовлетворяют требованиям полноценной диагностики. Поэтому для расширения возможностей диагностики и оценки результатов лечения предлагается проведение многофакторного анализа мягкотканых и костных параметров относительно референтной линии Ро-п, которая позволяла бы судить не только о наличии зубочелюстных аномалий, но и об их отражении на эстетике лица. В связи с чем возникла необходимость в разработке компьютерной версии оценки эстетики и соразмерности параметров лица, позволяющая рационализировать рабочее время врача-ортодонта и архивировать полученные данные.

**Цель:** проведение многофакторного анализа мягкотканых и костных параметров относительно референтной линии Ро-п с дальнейшей разработкой компьютерной версии анализа лицевой эстетики, коррелирующей с параметрами ТРГ. **Задачами** исследования являлись: изучение индексных угловых и линейных параметров у лиц с нормальной окклюзией, определение корреляционных связей средней и сильной силы, разработка компьютерной версии оценки соразмерности параметров лица. **Материалы и методы:** в клинической части работы было отобрано 30 пациентов с нормальной окклюзией в возрасте 17-25 лет, из них – 10 мужчин, 20 – женщин. После осмотра всем пациенты прошли фотометрическую диагностику. После чего производилась оценка угловых и линейных параметров, а также индексных показателей. Поэтому, исходя из рекомендаций антропологов, в качестве референтной линии использовали линию Ро-п. **Результаты и выводы:** в результате исследования были определены индексные показатели между параметрами лица при нормальной окклюзии ( $n-sn/sn-pg$ ,  $sn-sto/sto-gn$ ,  $\angle n-sn-pg$ ,  $\angle Ro-n-sn$ ,  $\angle Ro-n-sm$ ,  $\angle Ro-n-pg$ ) при нормальной окклюзии, проведена оценка мягкотканых параметров от линии Ро-п, разработана компьютерная версия оценки параметров лица и их соразмерности, которую можно использовать у лиц с нормальной окклюзией, а также при аномалиях окклюзии.

## **ИЗУЧЕНИЕ ПРЕДПОЧТЕНИЙ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ ДЕТСКИХ В ВЫБОРЕ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ И ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ**

**Курбанова Рухшона Музаффаровна**

Стоматологический факультет, 4 курс, 5 группа

Кафедра детской стоматологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

**Актуальность:** в последние годы проблема лечения кариеса временных зубов у детей становится всё более актуальной. Это обусловлено, прежде всего, анатомо-морфологическими особенностями строения временных зубов. В настоящее время стеклоиономерные цементы (СИЦ) остаются доминирующими реставрационными материалами в практике врача-стоматолога детского. Общеизвестно, что они обладают низкими прочностными свойствами и низкой цветостабильностью. Однако, в отечественной литературе крайне мало информации о применении компомеров и композитных материалов во временных зубах у детей в зависимости от локализации кариеса.

**Цель:** провести анализ применения различных пломбировочных материалов и технологий при лечении кариеса временных зубов на основании анкетирования врачей-стоматологов детских. **Материалы и методы:** в рамках исследования проводилось анкетирование среди врачей-стоматологов детских из государственных и частных учреждений.

**Результаты:** всего в опросе приняли участие 58 врачей-стоматологов детских. Среди них: 22 человек в возрасте до 30 лет, 19 человек в возрасте 31 – 40 лет, 5 – в возрасте 41-50 лет, 10 в возрасте 50-60 лет, двое – старше 60 лет. Большинство опрошенных врачей (85%) составили врачи-стоматологи детские, работающие на терапевтическом приёме, 2% – врачи-стоматологи детские, работающие на хирургическом приёме, 13% докторов ведут смешанный приём. Стаж работы 34% опрошенных докторов составляет от 2 до 10 лет, 28%

врачей имели опыт работы до года, группы врачей с опытом работы от 11 до 20 лет и свыше 20 лет составляли по 19%. Подавляющее большинство докторов (69%) работают в государственных клиниках, 25% работают в коммерческих структурах, 6% совмещают работу

в муниципальных и частных клиниках. Большинство врачей-стоматологов детских при лечении кариеса временных зубов используют стеклоиономерные цементы, особенно при локализации кариеса по I и II классу Блэка – 92% и 89% соответственно. Композиционные пломбировочные материалы при лечении кариеса временных зубов используют реже, в основном при лечении кариеса по I и II классу – 77% и 76% соответственно, при этом предпочтение отдают фотополимеризуемым композитам. Крайне редко при лечении кариеса временных зубов врачи-стоматологи детские используют компомеры: 26% и 21% при локализации пломб по I и II классу и по 17% – по III и IV, и V классам соответственно. Среди опрошенных врачей-стоматологов детских лишь 4% в своей клинической практике при лечении кариеса для восстановления временных зубов применяют стандартные стальные коронки; остальные не используют их, мотивируя это тем, что не знакомы с данной технологией.

**Выводы:** при лечении кариеса временных зубов независимо от его локализации врачи-стоматологи детские чаще всего используют стеклоиономерные цементы: до 89% и 92% при кариозных дефектах по II и I классу по Блэку, композитные пломбировочные материалы применяют реже – до 76–77% соответственно. Крайне редко при лечении кариеса временных зубов врачи используют компомеры: 21% и 26% при лечении кариеса той же локализации. Стандартные стальные коронки для восстановления зубов применяют лишь 4% врачей.

## **АДГЕЗИВНАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА К РАЗЛИЧНЫМ ВИДАМ СЪЕМНЫХ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ**

**Макарова Екатерина Дмитриевна**

Стоматологический факультет, 5 курс, 4 группа

Кафедра ортодонтии и детского протезирования

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,

ассистент Колесов Максим Андреевич

**Актуальность:** в последнее время лечение на элайнерах стало весьма популярной альтернативой брекет-системе. Элайнеры позиционируются не только как более эстетичный метод лечения, но и как более гигиеничный. Известно, что в полости рта человека обитает более 1300 видов микроорганизмов. Многие из этих видов рассматриваются как патогенные или условно-патогенные виды, дисбаланс которых может привести к кариесу, гингивиту, другим стоматологическим заболеваниям и заболеваниям общесоматическим.

**Цель:** изучить адгезивную предрасположенность микрофлоры полости рта к различным видам съемных ортодонтических аппаратов.

**Материалы и методы:** в данной работе был проведен анализ современной научной литературы о влиянии съемных ортодонтических аппаратов на микрофлору полости рта. Изучено разнообразие материалов, используемых для изготовления съемных ортодонтических аппаратов. Собраны соскобы для проведения микробиологического исследования.

В исследовании участвовало 15 пациентов, без соматических патологий, находящихся на ортодонтическом лечении съемной аппаратурой не менее 2х месяцев. Так как срок действия кап составлял от 10 до 14 дней, съемные ортодонтические аппараты должны были носиться не менее 7 суток. Соскобы производились не менее часа после приема пищи и/или проведения чистки зубов. Ортодонтические аппараты вынимались из полости рта исследователем, с предварительной обработкой перчаток спиртовым раствором, для исключения контаминации

анализа чужеродной микрофлорой. Соскобы брались со всех поверхностей ортодонтических аппаратов, стерильным тампоном из набора жидких аминных транспортных сред Transwab. Соскобы доставлялись на микробиологическое исследование в лабораторию не более чем через 4 часа после взятия.

**Результаты:** литературных источников, в которых проводилось исследование предрасположенности адгезии микробов к различным материалам, из которых сделаны элайнеры, нами найдено не было.

На микробиологическом исследовании в соскобах были выявлены следующие виды: *S.mutans*, *S.salivaris*, *N.flavescens*, *N.subflava*, что свидетельствует о возможности адгезии микрофлоры к материалам капп.

**Выводы:** в результате нашей работы мы пришли к следующим выводам: съемные ортодонтические аппараты способны адгезировать микрофлору. Это может влиять на микробиом полости рта. Так как выявленные виды рассматриваются как кариесогенные, а общесоматические последствия нарушения микробиома полости рта до конца не изучены, пациентам стоит предлагать обрабатывать каппы в дезинфицирующем растворе.

## **КОМПЛЕКСНАЯ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЕЕ РОЛЬ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.**

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Набиева Элина Элистановна**

Стоматологический факультет, 5 курс, 11 группа

Кафедра ортодонтии и детского протезирования

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н., ассистент Климова Татьяна Витальевна

**Актуальность:** рецидив ортодонтического лечения является одним из самых распространенных осложнений и имеет множество причин. По данным литературы, только 30 процентов пролеченных пациентов сохраняют стабильный результат через 10 лет, которые в будущем уменьшаются до 20 процентов через 20 лет наблюдения. Врач-ортодонт упускает возможность исследовать шейный отдел позвоночника, который может быть хорошо визуализирован на ТРГ в боковой проекции, что на сегодняшний день, имеет не менее важное диагностическое значение, в профилактике рецидивов ортодонтического лечения.

**Цель:** совершенствование методов диагностики пациентов для профилактики рецидивов ортодонтического лечения

**Задачи:** 1) Дать характеристику окклюзии по данным клинического осмотра и анализа гипсовых моделей челюстей у пациентов, обратившихся в клинику Ортодонтии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, с установленной аномалией Киммерле; 2) Изучить параметры телерентгенограмм в боковой проекции у пациентов обратившихся в клинику Ортодонтии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, с установленной аномалией Киммерле; 3) Проанализировать характер и степень нарушения морфофункционального состояния ЗЧС по показателям кинезиографии, у пациентов с установленной аномалией Киммерле.

**Материалы и методы:** нами было отобрано 7 человек обоего пола в возрасте от 18-25 лет, обратившихся в клинику кафедры ортодонтии МГМСУ им А.И. Евдокимова. Всем пациентам было проведен клинический осмотр, анализ параметров гипсовых моделей челюстей, выполнены и проанализированы ортопантограммы и телерентгенограммы головы в боковой проекции, сделаны фасная и профильная фотографии лица и полости рта, проведена оценка функции ЧЛЮ при помощи кинезиографии нижней челюсти (Кинезиограф VKN,Италия).

**Результаты:** у всех обследованных пациентов определена аномалия смыкания передних зубов - вертикальная резцовая дизокклюзия, сочетавшаяся в 42% случаев с обратной резцовой дизокклюзией и в 42% случаев с трансверсальной резцовой дизокклюзией (3 человека). У 85% обследованных пациентов (6 человек) смыкание зубов–антагонистов в боковых отделах было физиологическим, а у 15% пациентов (1 человек) наблюдалось нарушение смыкания боковых зубов в сагиттальном направлении: дистальная окклюзия. Также у всех обследованных пациентов, в ходе расчета гипсовых моделей челюстей, определено укорочение апикального базиса верхней челюсти. По результатам анализа боковой ТРГ, у всех обратившихся пациентов была выявлена аномалия Киммерле. В ходе расчета основных параметров ТРГ, у всех обследованных пациентов были установлены определенные закономерности, а именно: уменьшение длины верхней челюсти в среднем на 14% от нормы (параметр  $A'-snp$ ), увеличение межчелюстного угла на 25% (ML/NL), вертикальный тип роста. По данным кинезиографии нижней челюсти у всех обследованных пациентов с аномалией Киммерле было установлено ограничение опускания нижней челюсти на 25-30% от нормативных показателей. Также отмечалось значительное снижение скорости сокращения мышц ЧЛЮ на 70% от нормы, и значительное нарушение функции глотания, что указывает на наличие функциональных нарушений у этих пациентов.

Аналогичные данные были получены во время диагностики пациента 19 лет, обратившегося в клинику с жалобой на невозможность откусить пищу передними зубами.

**Выводы:** тщательная диагностика, составление грамотного плана ортодонтического лечения гарантирует получение стабильного результата в течение максимально продолжительного

времени после ортодонтического лечения. Во время диагностики пациентов необходимо уделять внимание шейному отделу на боковой ТРГ, где могут визуализироваться аномалии (аномалия Киммерле), которые не входят в сферу профессиональной деятельности стоматолога, но которые оказывают очень сильное влияние как на ход лечения, так и на отдаленные Результаты: и стабильность лечения.

## **ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА И ОБУЧЕНИЕ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА**

**Николенко Вера Михайловна**

Стоматологический факультет, 4 курс, 7 группа

Кафедра профилактики стоматологических заболеваний

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н. Лаптева Людмила Ивановна

**Актуальность:** индивидуальная гигиена полости рта занимает важное место в профилактике основных стоматологических заболеваний. Мероприятия по формированию привычки ухода за полостью рта необходимо проводить среди детей, так как от этого зависит их стоматологическое здоровье в будущем. Особое внимание следует уделять детям-инвалидам, учитывая, что лечение этих пациентов затруднено. Одним из самых распространённых врождённых генетических заболеваний является синдром Дауна. По статистическим данным, представленным на официальном сайте Министерства здравоохранения РФ, число зарегистрированных людей с синдромом Дауна в России за период 2013-2017г. увеличилось на 34%. На сегодняшний день стоматологическое здоровье детей с синдромом Дауна изучено недостаточно и требует отдельного внимания.

**Цель:** оценить гигиенический статус полости рта у детей с синдромом Дауна.

**Задачи:**

1. Определить уровень гигиены полости рта у детей с синдромом Дауна;
2. Провести гигиеническое обучение детей и их родителей;
3. Оценить уровень гигиены полости рта у детей с генетической патологией после проведенных мероприятий.

**Материалы и методы:** в исследовании приняло участие 40 детей с синдромом Дауна в возрасте от 6 месяцев до 17 лет и их родители. Проведено 120 стоматологических осмотров. Для определения уровня гигиены полости рта детей, использовали индекс для оценки зубного налёта у детей раннего возраста (Э.М.Кузьмина, 2000), индекс Федорова-Володкиной(1971) и

индекс J.C.Green, J.R.Vermillion(1964). Стоматологический осмотр детей проводили каждые три месяца в течение полугода. Детей и их родителей обучали методам чистки зубов соответственно возрасту ребёнка.

**Результаты:** при первичном стоматологическом осмотре детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет (n=5) среднее значение индекса Э.М.Кузьминой (2000) соответствовало плохому уровню гигиены (0,8). В группе детей в возрасте от 2,5 до 6 лет (n=12) среднее значение индекса Федорова-Володкиной(1971) определили также, как очень плохой (4,5). В группе детей от 7 до 17 лет (n=23) при определении среднего значения индекса J.C.Green, J.R.Vermillion(1964) получили значение 2,4, что соответствует плохому уровню гигиены. После проведения занятий с детьми и их родителями по гигиеническому обучению показатели уровня гигиены улучшились во всех возрастных группах. В группе от 6 месяцев до 2 лет через 3 месяца результаты достигли хороших значений (0). В группе от 2,5 до 6 лет значения уровня гигиены стали удовлетворительными. В возрасте от 7 до 17 лет среднее значение индекса гигиены также соответствовал удовлетворительному результату. Через полгода во всех группах среднее значение индексов гигиены достигли хороших значений: в группе от 6 месяцев до 2 лет (0), от 2,5 до 6 лет (1,3), от 7 до 17 лет (0,9).

**Выводы:** занятия по стоматологическому просвещению и гигиеническому обучению среди участников исследования позволили улучшить уровень гигиены полости рта во всех возрастных группах детей с синдромом Дауна. Дети с синдромом Дауна требуют особого внимания и нуждаются в профилактических мероприятиях, позволяющих предотвратить возникновения стоматологических заболеваний, уменьшая психологическую нагрузку на детей и их родителей при необходимом лечении.

## **КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОРНЕЙ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ У ДЕТЕЙ В МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Обрывин Сергей Сергеевич**

Стоматологический факультет, 4 курс, 4 группа

Кафедра детской стоматологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н, ассистент Шевченко Максим Александрович

**Актуальность:** минерализация эмали в постоянных зубах у детей продолжается в течении 2-3 лет после прорезывания и данный период является кариес-подверженн. Поражение постоянных зубов кариесом начинается с момента их прорезывания у детей в возрасте с 5-6 лет.

**Цель:** изучение сроков формирования корней в постоянных зубах у детей с использованием данных конусно-лучевой компьютерной томографии.

**Материалы и методы:** проведено изучение особенностей формирования корней 500 постоянных зубов у детей с 6 до 15 лет, которым была выполнена конусно-лучевая компьютерная томография по ортодонтическим показаниям. Исследование выполнялось на конусно-лучевом компьютерном томографе I-CAT (USA, Imaging Sciences International Inc.). Изучение формирование корней проводилось в сагиттальной, аксиальной, коронарной проекциях и произвольной плоскостях.

**Результаты:** формирование корней в центральных резцах на верхней челюсти заканчивается в -9,3 лет, а в центральных резцах на нижней челюсти – в 8,2 лет. В боковых резцах на верхней челюсти формирование корней заканчивается к 10 годам, в боковых резцах на нижней челюсти в 9 лет. Корни в клыках верхней челюсти- формируются в 12,3 лет, а в клыках нижней челюсти в 11, 9лет. Формирование корней в первых премолярах верхней челюсти происходит в 12,4 лет, а в первых премолярах нижней челюсти- в 14,2 лет. Во вторых премолярах верхней челюсти корни сформированы в 12,6 лет, а во вторых премолярах нижней челюсти в 12,8 лет.

Корни в первых молярах верхней челюсти формируются в 9,8 лет, в первых молярах на нижней челюсти в 9лет. Во вторых молярах верхней челюсти - окончание формирование корней в 14 лет, а во вторых молярах нижней челюсти- 13,3 лет.

**Выводы:** конусно-лучевая компьютерная томография объективный метод визуализации зубов обеих челюстей, который позволяет с минимальной лучевой нагрузкой и высокой точностью определить сроки формирования корней в постоянных зубах у детей за одно исследование. Стадии формирования корней являются определяющим фактором для выбора метода эндодонтического лечения постоянных зубов в детском возрасте.

## **ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ПРОЦЕСС СОЗРЕВАНИЯ ЭМАЛИ ФИССУР ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ**

**Погорелова Арина Витальевна**, стоматологический факультет, 4 курс, 5 группа **Дубова  
Ксения Сергеевна**, стоматологический факультет, 4 курс, 5 группа Кафедра детской  
стоматологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени  
А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

**Актуальность:** в настоящее время общепринятым фактом является положение о том, что сниженная минерализация эмали и дентина в постоянных зубах у детей является патогенетическим фактором в развитии кариеса в первые годы после их прорезывания. Для определения исходного уровня минерализации эмали прорезывающихся постоянных зубов, так и для определения динамики дальнейших процессов созревания эмали и возникновения в ней очагов деминерализации, широко применяется электрометрический метод. Однако в современной литературе крайне редко встречаются данные о применении данного метода на временных зубах, а также о применении современных местных патогенетических средств профилактики, направленных на регуляцию процесса созревания эмали временных зубов у детей раннего возраста.

**Цель:** оценить эффективность применения местной патогенетической терапии на регуляцию процессов созревания эмали временных зубов.

**Материалы и методы:** для изучения динамики процессов созревания эмали временных зубов было проведено клинико-лабораторное обследование 16 интактных первых временных моляров нижней челюсти у 16 детей в возрасте от 2 до 4 лет, обратившихся в отделение детской стоматологии Клинического центра челюстно-лицевой, пластической хирургии и стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Изучение уровня минерализации эмали и динамики ее созревания проводилось 2 раза (в начале исследования и через 3 месяца) с помощью электрометрического метода в области центральной ямки жевательных поверхностей вторых временных моляров. Дети были случайным образом разделены на две группы по 8 детей. В первой группе сочеталось применение реминерализующего геля и фторидсодержащего лака, второй была группа сравнения.

**Результаты:** за 3 месяца наблюдения выявлено, в группе исследования степень минерализации эмали во вторых временных молярах повысилась на 83%. Тогда как в группе сравнения степень минерализации повысилась на 47%.

**Выводы:** установлена высокая эффективность комплексного применения кальцийфосфатсодержащих и фторидсодержащих препаратов на регуляцию созревания эмали. Созревание эмали вторых временных моляров через 3 месяца в группе исследования достигает 83%, что на 36% больше, чем в группе сравнения.

## **ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ**

**Севан Сюзанна Мухаммедовна**, институт Стоматологии, 5 курс, 1 группа

**Тимощенко Татьяна Валерьевна, к.м.н., доцент**  
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии  
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский  
Университет)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Мамедов Адиль Аскерович

**Актуальность:** на сегодняшний день невозможно отрицать взаимосвязь соматической патологии и состояния полости рта. Безусловно заболевания почек оказывают влияние на состояние ЗЧС, так как почки являются главным органом в регуляции фосфорно-кальциевого обмена. Это и объясняет интерес к изучению особенностей течения стоматологических заболеваний на фоне различных форм соматических нарушений.

**Цель:** выявление взаимосвязи развития аномалий окклюзии на фоне заболеваний почек.

**Задачи:** изучение распространенности зубочелюстных аномалий у детей с заболеваниями почек и сравнение распространенности зубочелюстных аномалий у здоровых детей и детей с заболеваниями почек.

**Материалы и методы:** нами были проанализированы 18 зарубежных и 5 отечественных литературных источников по этой теме. За период с 2018-го по 2020 год на базе ДГКБ №9 имени Г.Н.Сперанского проводился клинический осмотр 29 детей в возрасте 5-16 лет с уронефрологической патологией, осуществлялся ортодонтический фотопротокол, забор слюны и мочи. Условно мы поделили заболевания почек на следующие группы: инфекционно-воспалительные заболевания(острые и хронические),врожденные заболевания и дистрофические заболевания почек.

**Результаты и выводы:** распространённость заболеваний почек среди исследуемой группы 29-и детей в возрасте 5-16 лет следующая: инфекционно-воспалительные заболевания 90%, и врожденные заболевания10%.У 46% пациентов имеется хроническое инфекционно-воспалительное заболевание, у 19% острое инфекционно-воспалительное заболевание, у остальных 35% имеются как и врожденные заболевания, так и кисты почек, отсутствие почек и синдром Шершевского Тернера. Мы выявили соотношение аномалий прикуса у пациентов с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями почек, так как по нашему мнению длительное течение заболевания могло оказать свое влияние на этапах развития ЗЧС. В результате у 33% пациентов с хроническим инфекционно-воспалительным заболеванием почек аномалии положения зубов, у 9% глубокое резцовое перекрытие, у 25% дистальная окклюзия и у 33% мезиальная окклюзия. Сравнив распространённость зубочелюстных аномалий у детей с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями почек с распространённостью аномалий у здоровых детей, приведённые Хорошилкиной

Ф.Я.(Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. - М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2006. -544 с: ил.), мы пришли к выводу, что показатели в среднем разнятся: встречаемость мезиальной окклюзии у пациентов с заболеваниями почек на 22% чаще и дистальной окклюзии на 4% реже. Следовательно можно предположить, что хронические инфекционно-воспалительные заболевания почек оказывают влияние на развитие аномалий прикуса, но для более достоверных данных необходимо увеличить выборку и продолжить исследование.

## **ДИСКОМФОРТ, АССОЦИИРУЕМЫЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ БРЕКЕТ-СИСТЕМ**

**Талыбова Алина Талыбовна**

Стоматологический факультет, 5 курс, 3 группа

Кафедра ортодонтии и детского протезирования

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.м.н.,

профессор Слабковская Анна Борисовна

**Актуальность:** современные ортодонтические системы совершенствуются с каждым годом, достигая всё большей эффективности. Однако страх боли и дискомфорта всё еще является причиной, по которой пациенты не хотят обращаться за ортодонтической помощью. **Цель:** оценка дискомфорта у пациентов с различными видами брекет-систем. **Задачи:** 1. Сравнить уровень дискомфорта у пациентов с лигатурной брекет-системой и системой самолигирования. 2. Сравнить между собой дискомфорт у пациентов с эстетическими и металлическими видами брекет-систем. **Материалы и методы:** обследовано 40 человек. Все пациенты были распределены на группы в зависимости от пола, возраста, времени лечения и вида ортодонтической аппаратуры. Группа пациентов с лигатурными (23 чел.) и самолигируемыми (17 чел.) брекет-системами была разделена также на две подгруппы: эстетические виды брекет-систем (керамические, сапфировые) и металлические. Для диагностики дискомфорта была разработана анкета, включающая в себя графу паспортных данных и вопросы о различных видах дискомфорта. **Результаты:** 43,5% пациентов с лигатурными брекетами и 35,3% пациентов с самолигирующей системой ограничивают себя в приёме любимой еды. Сам же процесс приёма пищи оказался гораздо более дискомфортным для пациентов с лигатурными брекет-системой (52,5 %), особенно при откусывании твёрдой пищи (52,5 %). Среди опрошенных

пациентов в группе эстетических брекет-систем никто не отметил появления дискомфорта при общении с людьми после фиксации системы. В группе металлических брекет-систем максимальное количество испытывающих дискомфорт пациентов оказалось в группе самолигирования (17,6%). Появление проблем с дикцией отметило большее количество пациентов с лигатурной системой (26%) и меньшее с системой самолигирования (11,8%). 8,7% пациентов в группе лигатурных и 17,6% пациентов в группе самолигирования отмечали влияние брекет-системы на работу. Такой же процент пациентов отмечал появление тревожного сна. Среди пациентов с лигатурными брекетами 13% отмечали периоды депрессии во время лечения и 23,6% в группе самолигирующей брекет-системы. Среди обследованных 5,9% в группе эстетической самолигируемой брекет-системы отметили, что стали стесняться улыбаться и делать фото. В группе металлических брекетов 29,4 % пациента ответили «да» на вопрос об улыбке, и 35,3% отметили, что начали стесняться фотографироваться. Изменения в мимике лица и губ в основном наблюдали пациенты именно с лигатурной брекет-системой (73,9 %), в то время как в группе пациентов с самолигирующей брекет-системой изменения отметили только 47,1% опрошенных. **Выводы:** 1. Лигатурные брекететы вызывают больший дискомфорт при еде и откусывании пищи по сравнению с системой самолигирования, а также сильнее влияют на дикцию и мимику пациентов. Однако лигатурные брекететы способствуют более простой социальной адаптации по сравнению с системой самолигирования, не вызывают нарушения сна, депрессии и снижение работоспособности. 2. Пациенты с эстетическими видами брекет-систем гораздо проще проходят процесс социальной адаптации и эстетического восприятия собственной внешности, чем пациенты с металлическими брекет-системами.

## **СЕКЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ**

### **ГЕОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ ЛИЦА И УЛЫБКИ ПАЦИЕНТА В ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**Алишлалов Саид Алигаджиевич**

Стоматологический факультет, 4 курс, 46 группа

Кафедра клинической стоматологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Маркова Галина Борисовна

**Актуальность:** современное ортопедическое лечение направлено на восстановление не только анатомической и функциональной целостности, но и эстетических параметров. Планирование естественной и эстетической улыбки пациента является одной из наиболее важных задач в стоматологии, что предполагает комплексный и мультидисциплинарный подход к планированию лечения. Тщательный геометрический анализ параметров лица пациента с применением инновационных компьютерных технологий, гармоничное сопоставление его отделов с планируемым дизайном будущих реставраций – наиболее эффективные способы решения этой задачи на сегодняшний день.

**Цель:** проведение геометрического анализа параметров лица и улыбки пациентов в планировании ортопедического лечения для получения наиболее качественного эстетического результата.

**Материалы и методы:** на кафедре клинической стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова было обследовано 7 пациентов с различными дефектами в области фронтальной группы зубов. Каждому пациенту было проведено комплексное обследование, включающее в себя опрос с выяснением жалоб и индивидуальных эстетических пожеланий, сбор анамнеза, объективный осмотр и проведение дентального фотопротокола анфас и в профиль. Установив и обработав полученные данные на электронный носитель, был проведен тщательный геометрический анализ эстетических параметров лица и улыбки: срединно-сагиттальной, межзрачковой, комиссуральной линии, соотношений расположения носа, губ, ушей и бровей, пропорций верхней, средней и нижней третей лица. Затем, оценивая степень визуализации десны при улыбке, положение зубов, их ширину и высоту, были определены типы улыбки. После чего, отметив резцовые, цервикальные линии, точки контактных пунктов, определив форму и цвет зубов был смоделирован согласованный с пациентом дизайн будущих реставраций. Выполненная работа на электронном носителе была передана в зуботехническую лабораторию, где производилось восковое моделирование на гипсовой модели зубов верхней челюсти пациента и снятие силиконового оттиска. Затем планируемые реставрации с использованием методики Mock-Up были перенесены в полость рта.

**Результаты и выводы:** по итогам проведенной работы было проведено анкетирование пациентов, в котором исследуемая группа отметила наиболее точное соотношение ожиданий после демонстрации виртуально визуализированного проекта с завершенным результатом. Таким образом, проведение геометрического анализа эстетических параметров лица и улыбки пациента в планировании ортопедического лечения позволяет наиболее эффективно перевести субъективную оценку врача-стоматолога в объективно точные клинические

результаты и изготовить качественные реставрации, удовлетворяющие всем эстетическим требованиям пациентов.

## **ОЦЕНКА ГЕРМЕТИЧНОСТИ СОЕДИНЕНИЯ ИМПЛАНТАТА С АБАТМЕНТОМ ПУТЕМ СРАВНЕНИЯ СТАНДАРТНОГО ПРОТОКОЛА ЗАКРЫТИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАТЕРИАЛА GAP**

**SEAL Аюрова Долгор Бавасановна**

Стоматологический факультет, 4 курс, 7

группа Кафедра клинической стоматологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный

руководитель: к.м.н., ассистент Крамар Сергей Владимирович

**Актуальность:** лечение частичного отсутствия зубов с помощью денальных имплантатов на сегодняшний день имеет большие преимущества по сравнению с остальными способами лечения данной патологии. Так как позволяет сохранить зубы по краям дефекта интактными. В этой связи происходит увеличение популярности данного метода восстановления отсутствующих зубов, год от года. Наиболее распространенным методом стало применение двухкомпонентных структур. Материалы и техника установки имплантатов разработаны очень точно, и по словам производителей соединения супраструктуры и имплантата достаточно герметичное 2-3 мкм. Но, так же известно, что линейный размер бактерий полости рта составляет в среднем 0,5 – 3 мкм. В то же время внутри имплантата создается достаточно благоприятная среда для жизни и развития микроорганизмов. Данные микроразоры осуществляют микроутечки из внутреннего содержимого имплантата в окружающие ткани и обратно, что увеличивает риски возникновения периимплантита. На сегодняшний день нет быстродействующей терапии этого осложнения. Поэтому лучшим подходом является его профилактика.

**Цель:** выявление оптимального алгоритма работы, путем сравнения стандартного протокола закрытия шахты имплантата и закрытия шахты с использованием герметика Gap Seal.

**Материалы и методы:** с целью сравнения герметичности соединений имплантата и ортопедических конструкций, наша работа была разделена на два этапа. Первый этап лабораторный, на котором мы определяли степень герметизма имплантационной системы с использованием препарата Gap Seal и без него. Для чего имплантаты с установленными на них супраструктурами погружали на сутки в краситель метиленовую синь, и далее визуально оценивали степень проникновения красителя в зазоры соединения имплантатов и абатментов.

Второй этап работы проводился на базе МГМСУ кафедры клинической стоматологии, где приняли участие 8 пациентов, которым было показано ортопедическое лечение с использованием имплантатов. Критерии выбора пациентов участвующих в исследовании: Диагноз частичная вторичное отсутствие зубов с протяженностью дефектов 1-2 зуба. Было выделено две группы: одна с использованием материала Gar Seal, вторая группа сравнения у которых применялся стандартный протокол закрытия шахты имплантатов. Всем пациентам были установлены имплантаты системы Dentium. Во всех случаях были изготовлены коронки с винтовой фиксацией. Пациентам 1 ой группы во время установки фиксирующих винтов полости абатмента и шахты имплантата заполнялись герметизирующим силиконом. Выделена дата контрольного посещения через 1 месяц. Через месяц производилось снятие ортопедической конструкции и супраструктуры. С помощью стерильных бумажных штифтов выполнен забор биологического материала из периимплантационной щели и с поверхности винта фиксирующего абатмент к имплантату. Транспорт штифтов производился на среде Стюарта. В микробиологической лаборатории на среде 5 % красного кровяного агара в термостате при температуре 37° 36-38 часов. Затем производилась оценка выросших колоний и их подсчет. Выделенные чистые культуры идентифицировали с помощью культуральных, биохимических и бактериостатических методов.

**Результаты:** у пациентов группы сравнения с использованием стандартного протокола количество колоний микроорганизмов выросших на среде в десятки раз превышает Результаты: первой группы. В группе сравнения выявлены и сапрофиты, и условно патогенные бактерии в большом количестве, что лишний раз доказывает теорию микроазоров. В первой группе биологический материал взятый из перимплантационной щели показывает наличие сапрофитов и меньшее количество патогенов. А мазок, взятый с фиксирующего винта, характеризует условия приближенные к полному герметичному закрытию шахты имплантата и распространению микроорганизмов из периодонтальные щели в микроазоры и наоборот.

**Выводы:** в ходе лабораторных и клинических исследований нами отмечается значительное улучшение герметизма в местах соединений имплантата и супраструктуры при прокрашивании, в группе, где применялся материал Gar Seal. В ходе клинических испытаний доказано, что в группе с использованием материала Gar Seal, обсемененность внутренних соединений имплантата гораздо меньше, чем в группе, где он не применялся.

#### **ВЛИЯНИЕ АЛГОРИТМОВ ПОСТОБРАБОТКИ НА ПРОЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОНСТРУКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ИСПОЛЬЗУЕМОГО ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ МЕТОДОМ 3D-ПЕЧАТИ**

**Батов Роман Владимирович**  
Стоматологический факультет, 3 курс, 16 группа

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический  
университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: ассистент, Киракосян Левон Гамлетович

**Актуальность:** технология изготовления временных ортопедических стоматологических конструкций методом 3D-печати получила широкое распространение в клинической практике. Большое влияние на качество поверхности и прочностные характеристики готовых изделий оказывает должным образом проведенная постобработка. На сегодняшний день производители фотополимерных материалов рекомендуют способы постобработки, но не предоставляют протоколы ее проведения. [3] Последовательность действий и время экспозиции определяется эмпирическим путем на основе собственного опыта и опыта коллег, поэтому для улучшения качества стоматологических конструкций, изготавливаемых методом 3D-печати необходимо поставить алгоритмы постобработки на доказательную основу.

**Цели и задачи:** исследовать прочностные характеристики изделий, изготовленных методом 3D-печати из фотополимерных смол для изготовления временных зубных протезов после проведения постобработки по нескольким распространенным протоколам для выявления оптимального.

**Материалы и методы:** проводилось компьютерное моделирование пластин для испытаний на изгиб, согласно ГОСТ 4648-2014, и для испытаний на растяжение, в соответствии с ГОСТ 11262-2017. [1,2] Создание 3D-моделей проводилось в программе TinkerCAD. 3D-модели экспортировались в программу Anycubic Photon Slicer и Phrozen PZslice, где создавалось по 10 копий каждой модели, они размещались в виртуальном пространстве, отображающем рабочее поле 3D-принтера, расставлялись поддержки, выставлялись необходимые параметры печати. Далее программа «разрезала» модели на слои для последующей печати.

В исследовании было задействовано 2 3D-принтера: Anycubic Photon и Phrozen. Всего было изготовлено 8 наборов пластин из материала DentalSand A1-A2 фирмы HarzLabs,

используемого для изготовления временных зубных протезов – по 4 на каждом принтере. Была проведена постобработка образцов по 7 различным протоколам. Испытания прочности на изгиб и на растяжение проводились на испытательной машине ТМ2101-17 на базе НИЦ «Курчатовский институт».

**Результаты и выводы:** по результатам проведенных испытаний, наибольшую прочность на изгиб и растяжение показали образцы, напечатанные на 3D-принтере Phrozen и обработанные по протоколу, включающему нагревание при температуре 70°C в течение 30 минут с последующей дополнительной засветкой в течение 30 минут с использованием ультрафиолетовой лампы фирмы Wanhao. Средняя прочность образцов на изгиб и на растяжение в данном случае составила 101,18Мпа и 69,41Мпа, соответственно. Образцы, напечатанные на 3D-принтере Anycubic Photon, обработанные аналогичным способом, показали результаты в 91,86Мпа и 53,37Мпа, соответственно.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И АППАРАТНЫХ МЕТОДИК ДИАГНОСТИКИ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА Бу-Хасан Амр**

**Башарович**, стоматологический факультет, 5 курс, 3 группа **Красовский Глеб Романович**, стоматологический факультет, 5 курс, 19 группа Кафедра ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н., доцент Ступников Алексей Анатольевич

**Актуальность:** несмотря на явные успехи, достигнутые в диагностике и лечении больных с краниомандибулярной дисфункцией, многие вопросы остаются нерешенными в связи с отсутствием оптимального протокола обследования таких больных. Для диагностики заболеваний ВНЧС существуют различные клинические (Гамбургский тест, окклюзиограмма) и аппаратные методы диагностики (электровибрография, электромиография, T-SCAN и др.).

В связи с таким большим разнообразием инструментов, использующихся для выявления заболеваний ВНЧС, нет единого протокола диагностики таких пациентов. Использование большого количества различных методов обследования дает огромный объем данных, который доктор не всегда может правильно проанализировать и интерпретировать. Поэтому одной из важнейших задач ортопедической стоматологии является разработка диагностического стандарта ведения пациентов с дисфункциями ВНЧС.

**Цель:** совершенствование методов диагностики заболеваний ВНЧС на стоматологическом приеме.

**Задачи:** проведение обследования студентов с использованием Гамбургского теста для выявления пациентов с мышечно-суставной дисфункцией и пациентов без патологии; формирование 2-х групп пациентов: основной группы с окклюзионно-артикуляционными нарушениями и контрольной группы; проведение функционально-диагностического обследования пациентов контрольной группы и пациентов с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС с использованием клинических: Гамбургского теста, окклюзиограммы; и аппаратных методик: электровибрографии, поверхностной электромиографии, T-SCAN для оценки окклюзии; проведение сравнительной оценки полученных данных функционально-диагностического обследования контрольной и основной групп.

**Материалы и методы:** на первом этапе исследования для предварительного отбора пациентов проведено клиническое обследование при помощи Гамбургского теста среди 122 студентов в возрастной группе от 18 до 24 лет. По результатам данных теста было отобрано 20 студентов, которых разделили на 2 группы: 1 группа (10 человек) – контрольная группа, 2 группа (10 человек) – основная группа, пациенты с окклюзионно-артикуляционной патологией. С помощью цифровых (электромиография, электровибрография, T-SCAN) и клинических методов (Гамбургский тест, окклюзиограмма) диагностики было проведено функционально-диагностическое обследование пациентов контрольной группы и пациентов с окклюзионно-артикуляционной патологией. Были осуществлены оценка и сравнительный анализ полученных данных.

**Результаты:**

- 1) Выяснено, что только использование аппаратных методов диагностики помогло выявить в контрольной группе 3-х пациентов с мышечными и 5-х пациентов с окклюзионными нарушениями – двух основных факторов риска развития заболеваний ВНЧС, не обнаруженных при использовании клинических методов исследования;
- 2) Подтверждено наличие мышечно-суставной дисфункции у пациентов основной группы(100%) с помощью аппаратных методов диагностики.

**Вывод:** на сегодняшний день использование только клинических методов диагностики на первичном стоматологическом приеме является недостаточно информативным. Цифровые же методы диагностики позволяют выявить пациентов с факторами риска развития дисфункции ВНЧС на ранних стадиях, тем самым предупреждая развитие мышечно-суставных нарушений ВНЧС. Таким образом, использование цифровых технологий на первичном стоматологическом приёме должно стать «золотым стандартом», так как это – самый объективный метод обследования пациентов, позволяющее оказывать

высококвалифицированную реабилитацию стоматологических пациентов в повседневной практике врача.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОГО И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ**

**Вавилычева Елена Дмитриевна**

Стоматологический факультет, 5 курс, 37 группа

Кафедра пародонтологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Иконников Геннадий Геннадьевич

**Актуальность:** на сегодняшний день патологические состояния жевательных мышц являются одной из ведущих проблем в стоматологии. В настоящее время существует множество методов обследования жевательных мышц, однако функциональные методы исследования, такие как электромиография и ультразвуковая диагностика, являются наиболее высокоинформативными. При заболеваниях пародонта и нарушениях окклюзии изучение биоэлектрической активности и эхоструктуры жевательных мышц является актуальным и может использоваться для качественного диагностического контроля.

**Цель:** выявить взаимосвязь между биоэлектрической активностью и топографическими особенностями жевательных мышц при различных функциональных пробах у лиц молодого возраста.

**Задачи:** 1. Оценить биоэлектрическую активность (БЭА) жевательных мышц у лиц молодого возраста. 2. Изучить топографию жевательных мышц с помощью ультразвукового исследования 3. Выявить взаимосвязь между функциональными методами электромиографического и ультразвукового исследования.

**Материалы и методы:** обследовано 20 добровольцев молодого возраста от 21-24 лет, студентов стоматологического факультета МГМСУ. Для проведения ультразвукового исследования использовался портативный ультразвуковой сканер Logicscan 128 с линейным ультразвуковым датчиком с рабочей частотой зондирования от 5 до 12 МГц. Обработка результатов исследования проводилась в программном обеспечении аппарата Echo Wave II. Для оценки биоэлектрической активности мышц использовалась поверхностная электромиография на портативном электромиографе Синапсис (Россия). Обработка полученных данных проводилась с помощью программного обеспечения Synapsis компании

Нейротех (Россия). У каждого добровольца проводилось две пробы: проба покоя и проба напряжения жевательных мышц. У каждого добровольца проводилось две пробы: проба покоя и проба напряжения жевательных мышц.

**Результаты:** при оценке динамики изменения толщины жевательных мышц (проба покоя -  $13,28 \pm 0,23$  мм и проба напряжения -  $14,26 \pm 0,34$  мм) на УЗИ отмечается их динамическое увеличение размеров на 7,3%. По данным электромиографического исследования в пробе напряжения амплитуда биоэлектрического потенциала (БЭП) левой височной мышцы ( $645,66 \pm 72,73$  мкВ) больше БЭП правой височной мышцы ( $574,33 \pm 37,02$  мкВ) на 12,4 %. Амплитуда БЭП правой жевательной мышцы ( $365,66 \pm 52,53$  мкВ) больше БЭП левой жевательной мышцы ( $361,33 \pm 51,49$  мкВ) на 1,1 %. По данным ЭМГ исследования при сравнении проб покоя и напряжения происходит значительное увеличение показателей БЭП более чем в 10 раз. При этом объём жевательных мышц увеличен на 7,3%, что свидетельствует о большой активности биоэлектрического потенциала при небольших изменениях в структуре жевательной мышцы.

**Выводы:** по данным ЭМГ исследования у лиц молодого возраста выявлено преобладание БЭП левой височной мышцы, над БЭП правой височной мышцей на 12,4% и преобладание БЭП правой собственно жевательной мышцы над БЭП левой собственно жевательной мышцей на 1,1%. Этот факт свидетельствует о преобладании БЭА правых жевательных мышц над левыми жевательными мышцами. При этом по данным УЗИ у добровольцев отмечается динамическое увеличение толщины жевательных мышц от состояния покоя к состоянию напряжения на 7,3 %.

## **ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРЕННИХ НАРУШЕНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

**Волошина Ирина Валерьевна**

Стоматологический факультет, 3 курс, 1 группа

Кафедра ортопедической стоматологии и протетики

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Макурдумян Диана Алексеевна

**Актуальность:** заболевания височно-нижнечелюстного сустава занимают особое место среди стоматологических заболеваний ввиду высокой распространенности, недостаточности изучения нарушений ВНЧС и данных об эффективности безоперационного лечения среди молодых людей.

**Цель:** повышение эффективности ортопедического лечения пациентов с нарушениями ВНЧС

**Задачи:** выявить клинические признаки нарушений ВНЧС, обосновать объем и характер ортопедических мероприятий в зависимости от структурных нарушений ВНЧС, осуществить репозицию диска без хирургического вмешательства, проанализировать Результаты: применения данных ортопедических методов при лечении внутренних нарушений ВНЧС **Материалы и методы:** анкетирование, опрос, фотоанализ (портретные и дентальные фото), осмотр (внешний осмотр ЧЛЮ, осмотр полости рта, пальпация жевательных мышц и области ВНЧС), окклюзиограмма, рентгенологическое обследование, МРТ, сплент-терапия. **Результаты:** Online-анкетирование 46 человек показало, что 28,3% (13) опрошенных испытывают боль в области уха при открывании рта, 56,5% (26) жалуются на щелчок, хруст в области ВНЧС при открывании рта, 28,3% (13) отмечают затрудненное открывание рта, тугоподвижность и/или чрезмерную подвижность сустава, 30,4% (14) жалуются на шум в ушах и понижение слуха, 37% (17) стискивают зубы или скрипят зубами в течение суток, 46,7% (21) испытывают головные боли. Отобрано 11 человек исследуемых, пальпация которых дала следующие результаты: у 8 (72%) пациентов наблюдалась болезненность собственно жевательных мышц, у 8 (72%) отмечались боль или дискомфорт в области пучков височных, латеральных и крыловидных мышц. Пальпация области ВНЧС показала, что 18% испытывают боль, 55%-дискомфорт. Назначена магнитно-резонансная томография, определена форма нарушения ВНЧС, назначена сплент-терапия. Шина изготавливалась с расчетом позиционирования головок нижней челюсти в центральное положение.

**Выводы:** из 46 обследованных пациентов у 11 (24%) выявлены клинические признаки дисфункции ВНЧС. Из контрольной группы у 8 пациентов (72%) наблюдалась болезненность или дискомфорт собственно жевательных мышц, а у 3 (28%) отсутствовала. Боль при пальпации пучков височных мышц испытали 4 (36%) обследованных. Пальпация медиальных и латеральных крыловидных мышц была болезненна у 4 (36%) пациентов, а пальпация области ВНЧС при открывании рта, сопровождающаяся щелчками и хрустом, - у 2 (18%) пациентов. Все пациенты были направлены на рентгенологическое исследование и МРТ, при помощи которых выявлены пациенты с хроническим вывихом, подвывихом ВНЧС. Для осуществления репозиции диска применялась сплент-система у 100% пациентов. Использование репозиционных и миорелаксирующих шин позволило осуществить безоперационную репозицию диска, все клинические проявления нарушений ВНЧС уменьшились (у 82% пациентов положительная динамика). Алгоритм диагностики и лечения пациентов с дисфункцией ВНЧС включает в себя как клинические, так и лучевые исследования. Комплексное использование данных методов позволяет провести дифференциальную диагностику патологий ВНЧС и повысить эффективность лечения данных заболеваний.

Ортопедическое лечение патологий ВНЧС должно включать сплент-терапию для нормализации окклюзии и артикуляции нижней челюсти.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ПОСТУРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ КРАНИОМАНДИБУЛЯРНЫХ ДИСФУНКЦИЙ**

**Дубова Ксения Сергеевна**

Стоматологический факультет, 4 курс, 5 группа

Кафедра ортопедической стоматологии и гнатологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научные руководители: ассистент Джириков Руслан Юрьевич; ассистент Никольский Вадим Дмитриевич

**Актуальность:** нарушения поструральной системы широко распространены и зачастую возникают у людей с раннего (детского/подросткового) возраста. Взаимосвязь поструральной и краниомандибулярной систем изучается в ряде отечественных и зарубежных исследований, однако анализ научной литературы показал отсутствие единого мнения по данному вопросу на сегодняшний день. Представляет научный интерес взаимосвязь заболеваний поструральной системы (деформирующие дорсопатии, а именно: кифоз, лордоз, сколиоз) с нарушениями функции зубочелюстной системы.

**Цели и задачи:** выявить взаимосвязь между наличием патологии поструральной системы (деформирующими дорсопатиями: М-40[кифоз и лордоз], М-41[сколиоз] по МКБ) и возникновением дисфункциональных состояний зубочелюстной системы. На основании полученных данных сформировать рекомендации по профилактике и ведению пациентов с краниомандибулярной дисфункцией.

**Материалы и методы:** анализ научной литературы. Клиническое обследование. Гамбургское тестирование. Клиническая часть исследования включает в себя 30 пациентов.

Критерии включения/не включения: пациенты возраста 18-25 лет не проходившие ранее ортодонтическое лечение, без аномалий прикуса и положения отдельных зубов, без разрушенных зубов, с полными зубными рядами. Пациенты были разделены на 2 группы: основная (20 человек с диагнозом деформирующей дорсопатии – М-40 [кифоз и лордоз], М-41[сколиоз] по МКБ) и контрольная (10 человек с отсутствием данных патологий в анамнезе). Анкетирование: были разработаны индивидуальные анкеты (12 вопросов, двухуровневая система оценки) и карты для участников исследования. Статистический анализ полученных данных с помощью программы Excel.

**Результаты:** в основной группе: 15% (3 чел.) - боль в области ВНЧС при жевании или широком открывании рта, 80% (16 чел.) - хруст в области ВНЧС во время функции, 15% (3 чел.) - изменение конфигурации лица, 10% (2 чел.) - смещение срединной линии резцов; 55% (11 чел.) - девиация нижней челюсти, 25% (5 чел.) - дефлексия. Пальпаторно, у 10% (2 чел.) - асимметрия мышечной активности височных, 90% (18 чел.) - асимметрия собственно жевательных мышц, 95% (19 чел.)- асимметрия в движении головок ВНЧС. У 70% (14 чел.) обнаружены супер-контакты зубов. В контрольной группе: боль в ВНЧС – 0% (0 чел.), хруст в ВНЧС – 20% (2 чел.), изменение конфигурации лица - 0% (0 чел.), смещение центральной линии зубов – 0% (0 чел.), девиация НЧ – 10% (1 чел.), дефлексия НЧ – 10% (1 чел.), асимметрия височных мышц- 0% (0 чел.), асимметрия собственно жевательных мышц – 40% (4 чел.), асимметрия в движении сустава - 30% (3 чел.), наличие супер-контактов – 40% (4 чел.).

**Выводы:** в ходе проведенного исследования, у всех пациентов с подтвержденным диагнозом деформирующих дорсопатий (сколиоз, кифоз, лордоз) выявлены различные симптомы дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. В группе пациентов без патологии постуральной системы данные симптомы либо не встречались, либо обнаруживались в намного меньшем проценте случаев. Выявлена взаимосвязь между наличием патологии постуральной системы и возникновением дисфункциональных состояний зубочелюстной системы. С целью предупреждения развития и дальнейшего прогрессирования мышечно-суставной дисфункции рекомендуется своевременная профилактика, диагностика и лечение патологий постуральной системы у детей и подростков.

## **РАЗРАБОТКА СПОСОБА ОЦЕНКИ ПЛОЩАДИ СОХРАНИВШЕЙСЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ РЕСТАВРАЦИИ БОКОВОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ**

**Каплан Даниил Борисович**

Стоматологический факультет, 5 курс, 3 группа

Кафедра ортопедической стоматологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научные руководители: д.м.н., профессор Дубова Любовь Валерьевна;

Апокин Александр Дмитриевич.

**Актуальность:** в 1984 году В.Ю. Миликевичем был разработан индекс разрушения окклюзионной поверхности зубов, который включен в клинические рекомендации. Врачи-

стоматологи, используя ИРОПЗ в своей практике, получают показания к выбору восстановления коронковой части зуба с использованием композитных реставраций или ортопедических конструкций. В связи с распространением системы изоляции зубов и зубных рядов коффердамом и применением современных адгезивных систем (4 и 5 поколения) в практике врача-стоматолога терапевта произошло расширение показаний к выполнению им композитных реставраций, что зачастую приводит к неоправданно завышенным показаниям к прямым реставрациям. В силу того, что врачи-стоматологи не всегда точно рассчитывают ИРОПЗ, они могут необоснованно расширить показания к восстановлению коронковой части зубов композитными реставрациями. В нашей работе мы попытались разработать более современные и точные критерии для определения метода восстановления зубов с использованием прямых и непрямых реставраций. Для этого мы выбрали циркуль золотого сечения. Подтверждение достоверности пропорций зубов, измеренных циркулем золотого сечения, могут послужить базой для создания более совершенных и технологичных инструментов для внутриротовых измерений окклюзионной поверхности зубов. **Цель:** создание критериев выбора для определения метода восстановления коронковой части зуба.

**Задачи:** подбор необходимого инструмента и разработка доступного и простого метода оценки сохраненной коронковой части зуба, формирование параметров измерения, которые послужат базой для создания индексов сохраненной коронковой части зуба, оценка результатов, полученных с использованием циркуля золотого сечения и компьютерных технологий.

**Материалы и методы:** в пилотном исследовании мы проводили данную работу следующим образом: на клиническом этапе исследования мы получили 28 одноэтапных двухслойных оттисков у 14 пациентов в возрасте от 22 до 25 лет с сохраненными зубами и зубными рядами С силиконом. После чего производили отливку гипсовых моделей из супергипса 4 класса с последующей обрезкой на триммере. После визуальной оценки, сохраненной коронковой части жевательной группы зубов, было отобрано для дальнейшего исследования 48 первых и вторых премоляров верхней и нижней челюсти и 44 первых моляров верхней и нижней челюсти. Всего исследовали 140 зубов. В дальнейшем мы планируем использовать интраоральное сканирование зубных рядов для оптимизации и совершенствования метода оценки сохраненной коронковой части зуба.

**Результаты и выводы:** в результате исследования были определены наиболее достоверные корреляционные связи, выявленные между анатомическими ориентирами. Разработана методология и алгоритм изучения морфологии жевательной поверхности зубов. Данная методика позволяет собирать относительные данные о пропорциях коронковых частей

жевательной группы зубов как прямым, так и непрямым методом, не прибегая к дорогостоящим аппаратным исследованиям (3D сканер), но не исключая их, а также данная методика позволяет быстро получить ответ о расположении таких морфологических частей окклюзионной поверхности жевательной группы зубов, как центральная фиссура, вершины бугров и расстояние между буграми, что часто требуется в процессе восстановления окклюзионной поверхности зуба путем прямого моделирования из композитного материала светового отверждения при обширных дефектах 1 и 2 класса.

## **ИЗУЧЕНИЕ ДИФфуЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ИЗДЕЛИЙ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ МЕТОДОМ 3D-ПЕЧАТИ**

**Магомедбекова Мария Видадиевна**, стоматологический факультет, 3 курс, 8 группа

**Ротова Ангелина Алексеевна**, стоматологический факультет, 5 курс, 2 группа

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научные руководители: д.м.н., доцент Степанов Александр Геннадьевич;

старший лаборант Левченко Иван Михайлович

**Актуальность:** 3D-технологии с каждым днем все больше и больше применяются в стоматологии. С помощью 3D-принтера можно изготавливать различные ортопедические конструкции, хирургические шаблоны, ортодонтические каппы и др. Это существенно облегчает и ускоряет работу зуботехнических лабораторий. Наиболее часто применяемым материалом для работы на 3D-принтере служит полиметилметакрилат (ПММА). Известный факт, что после горячей полимеризации ПММА в нём остаётся остаточная низкомолекулярная фракция примерно 0,1%, а холодной полимеризации 0,3%. На сегодняшний день по данным литературных источников нет информации о степени конверсии ПММА, изготовленным аддитивным способом 3D-печати.

**Цель и задачи:** изучить степень конверсии образцов ПММА, изготовленных аддитивным способом 3D-печати.

**Материалы и методы:** в виртуальном ресурсе для работы с 3D-объектами <https://www.tinkercad.com/> были смоделированы STL-файлы 4 одинаковых цилиндров, высотой 2 см, диаметром 1 см. Настройки параметров печати материала Harzlabs Dental Pink мы брали на сайте производителя harzlabs.com в раздел Настройки для Anycubic Photon. Параметры печати, рекомендованные фирмой производителем, были введены в данные слайсера принтера Anycubic Photon. Цилиндры размещали в слайсере под углом в 40°, после

чего построили поддержку и отправили задание на печать в принтер, время печати 1 ч 58 мин. Для изучения диффузионной способности изделий мы использовали высокоточные весы Explorer Pro. Все образцы после постобработки в изопропиловом спирте подвергались взвешиванию. Взвешивание проводили ежедневно в одно и то же время. Образцы хранились при комнатной температуре 23°С в хорошо проветриваемом помещении без доступа солнечного света. Каждый образец взвешивался на весах 3 раза в сутки, далее производилось вычисление средней арифметической массы, значения вносили в электронную таблицу Excel для статистических расчетов. Единица измерения веса - грамм.

**Результаты и выводы:** по результатам исследования все образцы имели один и тот же вес с погрешностью в 0,02 г. Наибольшая потеря массы образцов отмечалась в первые сутки на 0,01 г, в последующие дни на 0,002 г, с прекращением потери массы через 7 дней. Очевидно, что высвобождение остаточной низкомолекулярной фракции происходит в первые 24 часа и составляет 0,4% от общей массы тела образца. При повторном взвешивании образцов через месяц потеря массы образцов не выявлена. Аддитивные технологии и материалы, используемые в 3D-печати, очень динамично развиваются, и следует ожидать в ближайшее время совершенствования технологии и материалов.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА, ОСЛОЖНЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА Мсоева Алла Альбертовна**

Факультет стоматологии и фармации, специальность стоматология, 5 курс, 1 группа Кафедра ортопедической стоматологии, пропедевтики и постдипломного образования ФГБОУ ВО Северо-Осетинский государственный университет имени К. Л. Хетагурова Научный руководитель: д.м.н. Золоев Родион Владимирович

**Актуальность:** патологическая стираемость зубов - быстро прогрессирующий процесс, сопровождающийся морфологическими, эстетическими и функциональными изменениями. Актуальной, на сегодняшний день, является проблема подбора методов лечения патологической стираемости, осложненной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

**Цель:** разработка рекомендаций о правильном планировании и терапии патологической стираемости твердых тканей зуба, осложненной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, с использованием современных методов диагностики и лечения.

**Задачи:**

1 - исследовать особенности течения патологической стираемости зубов, осложненной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

2 - провести комплексное обследование пациентов с данной патологией.

3 - определить наиболее рациональные методы лечения пациентов с патологической стираемостью зубов, осложненной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

**Материалы и методы:** обследование пациентов проводили по алгоритму, включающему сбор анамнеза, внешний осмотр, осмотр полости рта, изучение диагностических моделей челюстей, прицельную рентгенографию и ортопантомографию. Состояние регионального кровотока жевательных мышц оценивали путем ультразвуковой доплерографии. Состояние микроциркуляторного русла пародонта определяли путем лазерной доплеровской флуометрии.

**Результаты:** под нашим наблюдением находилось 25 пациентов (14 женщин и 11 мужчин) в возрастном диапазоне от 40 до 70 лет с патологической стираемостью твердых тканей зубов.

У 17 из них имелись клинические признаки дисфункции ВНЧС (у 8 пациентов - крепитация в области ВНЧС, у 4-затрудненное открывание рта, у 5-боль в области ВНЧС). У 2 пациентов имелись интактные зубные ряды, а у остальных 23 - дефекты зубных рядов различной топографии и величины. Исходно, по данным ультразвуковой доплерографии, у всех больных выявлена асимметрия линейной скорости кровотока по верхнечелюстной артерии.

Через 4 недели после начала комплексного лечения асимметрия уменьшилась на 3-4%, что позволило осуществить наиболее рациональное протезирование. Данные лазерной доплеровской флуометрии указывают на функциональную перегрузку пародонта. Лечение патологической стираемости без дисфункции ВНЧС должно включать протезирование с одномоментным восстановлением высоты прикуса. При 2 и 3 степенях стираемости и дисфункции ВНЧС лечение необходимо проводить в 2 этапа. На 1 этапе следует перестроить функцию жевательных мышц, поднять высоту прикуса (на 2мм) с использованием капп или временных протезов. Через 1-2 месяца рекомендуется увеличить толщину каппы и довести высоту прикуса до необходимой. Также необходимо нормализовать положение нижней челюсти при ее дистальном или боковом сдвиге. При этом, одномоментно перемещать нижнюю челюсть следует не более, чем на 1,5-2мм. На 2 этапе лечения проводится зубное протезирование.

**Результаты:** нашего комплексного лечения оказались положительными у подавляющего большинства пациентов с патологической стираемостью и дисфункцией ВНЧС.

**Выводы:** таким образом, результаты клинических и лабораторных исследований позволяют рекомендовать для практического применения, разработанные нами методы лечения этой патологии.

# ИЗГОТОВЛЕНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ КОНСТРУКЦИЙ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДА АДДИТИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ

**Осипов Григорий Григорьевич**

Стоматологический факультет, 4 курс, 20 группа

Кафедра ортопедической стоматологии и гнатологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научные руководители: к.м.н., доцент Цаллагов Асланбек Константинович; ассистент

Никольский Вадим Дмитриевич

**Актуальность:** применение аддитивных технологий для изготовления лечебных и вспомогательных конструкций является современным, перспективным, однако недостаточно полно изученным направлением в стоматологии. Этот факт, как и недостаточная систематизация научной информации о новой технологии, является препятствием к ее широкому применению, в частности, при ортопедическом лечении пациентов с опорой на дентальные имплантаты.

**Цель:** проведение ретроспективного клинико-лабораторного наблюдательного исследования методики аддитивной печати. Изучение данных научной литературы о различных аддитивных методах изготовления лечебных и вспомогательных стоматологических конструкций; применение в клинике предмета исследования - технологии лазерной стереолитографии при ортопедическом лечении пациентов с использованием дентальных имплантатов.

**Задачи:** 1. Провести анализ научной литературы о возможностях и сферах применения в стоматологии различных методов добавления конструкционных и вспомогательных материалов (SLA,SLS,SLM) 2. Применить на практике метод аддитивной технологии - лазерной стереолитографии (SLA - Stereolithography), для моделировки, изготовления и применения навигационного шаблона.

**Материалы и методы:** изучение научной литературы с использованием ресурсов Центральной медицинской библиотеки и научной библиотеки МГМСУ. Следующим этапом было планирование дентальной имплантации с использованием современного компьютерного программного обеспечения. Был проведен полный этап создания навигационного шаблона на примере двух клинических случаев - два пациента: 1 – дефект при полном отсутствии зубов на верхней челюсти, 2 – одиночный включенный дефект верхней челюсти. Слепки пациентов в первом случае - восстановленные на гипсовой модели зубы при помощи

воскового моделирования WaxUp, во втором клиническом случае – гипсовая модель – были отсканированы на техническом сканере и переведены в цифровое изображение. После этого виртуальные изображения были отправлены в программное обеспечение 3 Shape, где они были интегрированы с компьютерными томографиями пациентов для дальнейшего проектирования расположения имплантатов. Затем в этой же программе был виртуально смоделирован навигационный шаблон и отправлен для изготовления при помощи аддитивной печати методом лазерной стереолитографии в лабораторию. Следующим этапом была печать шаблона из полимерной смолы с использованием технологии – SLA – лазерной стереолитографии – одного из самых современных видов аддитивной технологии, используемой в стоматологии. Заключительным этапом данной работы являлось клиническое применения навигационного шаблона для установки дентальных имплантатов пациентам.

**Результаты:** изучены данные научной литературы о применении аддитивной технологии в стоматологии. Была успешно применена на практике технология Стереолитографии (SLA) при изготовлении навигационных шаблонов.

**Выводы:** 1. Аддитивные технологии позволяют производить стоматологические конструкции, которые могут быть применены во всех разделах стоматологии, не уступая другим методикам изготовления и соответствуя всем клиническим требованиям, что является крайне важной перспективой применения цифровых технологий в практическом здравоохранении. 2. При помощи метода аддитивной технологии, лазерной стереолитографии, успешно смоделирован, изготовлен и применен на практике навигационный шаблон.

## **МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БРУКСИЗМОМ**

**Секретёва Анна Олеговна**

Стоматологический факультет, 4 курс, 1 группа

Кафедра медицинской реабилитации

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Иваненко Татьяна Анатольевна

**Актуальность:** бруксизм - распространенное стоматологическое заболевание, при котором возникает неконтролируемый спазм жевательных мышц. Этиология данной патологии довольно обширна, а клиническое течение осложняется и сопутствующими симптомами, в конечном итоге замыкающими патологический круг бруксизма. При прогрессировании заболевания возникают нарушения в орофациальной области: повышенная стираемость зубов, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, миофасциальный болевой синдром,

снижение эффекта ортопедического лечения. Позднее присоединяется и общесоматическая симптоматика: возникает нарушение сна, головные боли, нарушения кровоснабжения и иннервации мускулатуры и т.д. В связи с этим важной задачей является поиск лечения, которое было бы направлено не на устранение ряда симптомов, а на избавление от парафункций мускулатуры как основного звена в этиологии и патогенезе заболевания.

**Цель:** заключается в разработке метода лечения бруксизма с использованием средств медицинской реабилитации для нормализации тонуса и биомеханики жевательных мышц.

**Материалы и методы:** нами было обследовано 14 пациентов в возрасте от 19 до 39 лет (8-м., 6-ж.) с диагнозом бруксизм. Больным провели комплексное обследование, включающее опрос, осмотр, пальпацию жевательных и мимических мышц, психоэмоциональное тестирование, были проанализированы данные стоматологического обследования. У пациентов выявлены: дисбаланс жевательных мышц, нарушение мышечного тонуса, триггерные точки, снижение психоэмоционального тонуса. Далее в течение трех недель проводилось лечение на мышцы и зоны в области лица по разработанному нами методу, включающему аналитические упражнения; метод PNF; Войт-терапию; Боуэн терапию; кросс-тейпирование на область височно-нижнечелюстного сустава. Пациенты прошли обучение на тему самостоятельного применения методов лечения. Использование аналитических упражнений привело к приобретению пациентами умения чувствовать начало мышечного спазма, при возникновении которого они самостоятельно могли выполнять метод Боуэн терапии, который, в свою очередь, обладает быстрым расслабляющим эффектом.

**Результаты:** по окончании курса лечения у всех пациентов наблюдалось улучшение состояния: у 100% пациентов исчезли жалобы на лицевые боли в дневное время; 85% пациентов (12 человек) отметили исчезновение болевого синдрома по утрам, что говорит об уменьшении приступов бруксизма во время сна. Все пациенты перестали чувствовать мышечное напряжение при разговоре и жевании, перестали скрежетать зубами в дневное время. Благодаря самостоятельному расслаблению жевательной мускулатуры с помощью метода Боуэн терапии все пациенты отмечали комфортные ощущения в области лица в течение дня. У всех пациентов восстановился тонус мышц лица и биомеханика жевательной мускулатуры, пальпация мышц лица была безболезненной, улучшилось психоэмоциональное состояние (100%). Также пациентам были даны рекомендации касательно самостоятельному ежедневному использованию разработанного метода в профилактических целях дальнейших рецидивов заболевания (1 раз в день по упрощенной схеме). Результаты: лечения были сравнены с результатами пациентов, которые лечились по стандартной схеме в виде использования ночной защитной капы, при регулярном ношении которой улучшения наступали у 4 пациентов из группы (28%).

**Выводы:** разработанный нами метод с помощью средств медицинской реабилитации позволяет восстановить тонус и биомеханику мышц лица, проводить профилактику спазма жевательных мышц во время работы, вызывающей напряжение мускулатуры, самостоятельно отслеживать изменения в своем состоянии и при необходимости предотвращать спазм жевательных мышц, таким образом улучшая психоэмоциональное состояние и качество жизни пациента.

## **СЕКЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ**

### **ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНОЙ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РЕСТАВРАЦИИ**

**Вовк Сузанна Николаевна**

Стоматологический факультет, 5 курс, 39 группа

Кафедра кариесологии и эндодонтии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научные руководители: д.м.н., профессор Митронин Александр Валентинович;

к.м.н., доцент Куваева Марина Николаевна

**Актуальность:** основополагающим принципом успеха в применении материалов для стимуляции репаративного дентиногенеза, будь то прямое, либо непрямое покрытие пульпы, является последующая герметичная реставрация. Одной из главных причин несостоятельности эстетических реставраций является нарушение протокола применяемых адгезивных и пломбирочных материалов. Изучаемый вопрос включает в себя поиски причин нарушения качественной фиксации реставрации при лечении твёрдых тканей зубов.

**Цель:** изучить с помощью метода электронной микроскопии структуру гибридной зоны и дентина после удаления композитного материала на зубах с высоким уровнем износа реставрации и гибридную зону при использовании адгезивной системы при повторной эстетической реставрации.

**Задачи:** изучить состояние гибридной зоны в реставрации, подвергшейся значительному износу до удаления пломбирочного материала; Исследовать область взаимодействия тканей зуба и адгезивного материала (гибридный слой) после подготовки полости для новой реставрации; Оценить структуру гибридного слоя при использовании адгезивной системы при подготовке полости для повторной эстетической реставрации.

**Материалы и методы:** частота использования различных адгезивных систем была изучена методом медико-социального анкетирования в которой приняли участие 308 врачей-стоматологов Москвы и Московской области. На основании результатов опроса для дальнейшего исследования была выбрана адгезивная система V поколения OptiBond Solo Plus.

В исследование было включено 20 удаленных зубов жевательной группы, которые имели несостоятельные реставрации на окклюзионной поверхности с высокой степенью износа и давностью постановки от 3 до 5 лет. В исследуемых образцах производилось снятие композитного материала у 15 зубов со всей поверхности зуба. Далее сформированные кариозные полости были условно разделены на 2 части, соответственно двум группам исследования: 1) Без адгезивной подготовки. 2) С адгезивной подготовкой для повторной реставрации. Затем проводилась адгезивная подготовка у каждого зуба системой OptiBond Solo Plus в дистальной части кариозной полости. Была произведена сепарация зубов, изготавливались продольные шлифы, исследуемые поверхности опылялись золотом. Для изучения нативных 5 образцов зубов был разработан и применён авторский метод исследования. Образцы 20 зубов исследовали с помощью сканирующего электронного микроскопа Tescan Mira LMU, позволяющего изучать их в естественном состоянии.

**Результаты:** в 1 группе исследования было выявлен остаточный слой адгезивной системы, после удаления несостоятельной реставрации, который проникал на глубину 10 мкм. В 2 группе соответственно было выявлено отсутствие проникновения адгезивной системы в дентинные трубочки в связи с их obturацией. Таким образом при увеличении 8000 kx не выявлено проникновение адгезивной системы в глубь дентинных трубочек, так как участок зуба на поверхности имел сохранившийся слой адгезивного материала от несостоятельной реставрации.

**Выводы:** методом электронной микроскопии выявлено, что одной из главных причин нарушения краевого прилегания реставрации является не качественная герметичность на уровне гибридного слоя. Клиническая оценка качества эстетической реставрации в полости рта у пациента не всегда говорит о стабильной герметичности реставрации. Качество гибридного слоя (адгезивного) при повторной реставрации зависит от тщательной подготовки твердых тканей полости, полном удалении адгезивного слоя от предыдущей реставрации, что не всегда возможно оценить визуально без увеличительной техники.

## **ШУМОВОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА**

**Горин Марк Мерабович**

Стоматологический факультет, 3 курс, 58 группа

Кафедра клинической стоматологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Маркова Галина Борисовна

**Актуальность:** профессия врача-стоматолога считается одной из наиболее вредных для здоровья, так как врач данной категории постоянно подвержен множеству факторов, сказывающихся негативным образом на организм. Одним из таких факторов является шумовое загрязнение, оказывающее как специфическое воздействие на состояние организма (неврит слухового нерва), так и неспецифическое (проявляется в виде астенического синдрома).

**Цель и задачи:** основными инструментами врача-стоматолога являются высокооборотные наконечники, которые используются врачами практически на постоянной основе и создают во время работы наиболее вредные для организма высокочастотные шумы. Для осуществления профилактических мероприятий необходимо точно оценить интенсивность шумового загрязнения на рабочем месте врача.

**Материалы и методы:** исследование производилось в лечебных залах на кафедре «Клинической стоматологии» МГМСУ имени А.И. Евдокимова, где ведут терапевтический прием по системе ОМС студенты, ординаторы и штатные врачи, совместно с научно-учебной лабораторией кафедры «Технической акустики» МГТУ им. Н.Э. Баумана, где были откалиброваны и подготовлены измерительные приборы. Измерения проводились в соответствии с ГОСТ 12.1.050-86 «Методы измерения шума на рабочих местах». Уровень шума измерялся аппаратом SVAN 979. Анализ и оценка полученных результатов проводились в соответствии с СН № 2.2.4/2.1.8.562-96 "Шум на рабочих местах, в помещениях жилых, общественных зданий и на территории жилой застройки". Шум, издаваемый наконечниками, не должен превышать 80 дБ (СанПиН 2.2.4.3359-16).

**Результаты и выводы:** постоянный уровень шума на рабочих местах характеризуется уровнем звуковых давлений в децибелах в октавных полосах со среднегеометрическими частотами 31,5; 63; 125; 250; 500; 1000; 2000; 4000; и 8000Гц, определяемые по формуле:  $L_p = 20 L_g (P / P_{оп})$ , где  $P$  - среднеквадратичное значение звукового давления, Па;  $P_{оп}$  – опорное значение звукового давления в воздухе. По окончании исследования было установлено, что высокооборотные турбины создают широкополосной шум, содержащий спектральные компоненты с частотой от 1000 до 8000 Гц, с уровнем шума от 55 до 80 дБ, длительное воздействие которых наносит акустическую травму. Для предотвращения развития расстройств нервной системы и профессиональной тугоухости следует организовать профилактические мероприятия, направленные на устранение шумового загрязнения, такие

как использование звукопоглощающих акустических панелей. Так же рекомендовано использовать механические повышающие наконечники, наименее шумные в работе, либо турбинные наконечники с керамическими шарикоподшипниками.

## **ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ НА ТВЁРДЫЕ ТКАНИ ЗУБОВ И ПАРАДОНТ**

**Дренина Юлия Владимировна**

Стоматологический факультет, 4 курс, 8 группа

Кафедра кариесологии и эндодонтии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Юрцева Евгения Дмитриевна

**Актуальность:** миллионы людей каждый день сталкиваются со множеством проблем. В результате организм даёт ответную защитную реакцию - состояние стресса. В наше время мало кто может сказать, что этот недуг ему не знаком. Стресс – это не всегда плохо. Кратковременная нагрузка на нервную систему иногда может оказаться даже полезной и поможет мобилизовать ресурсы организма для выполнения какой-либо важной задачи. Однако многие находятся в этом состоянии на регулярной основе. В погоне за повышенной продуктивностью мы перестаём прислушиваться к своему организму, за что приходится платить здоровьем. Проблемы могут начаться в любой системе, в том числе и в твёрдых тканях зубов и пародонте.

**Цель:** изучение негативного влияния стрессовых воздействий на состояние твердых тканей зубов и пародонта.

**Материалы и методы:** в эксперименте приняло участие 20 человек в возрасте от 48 до 69 лет, регулярно оказывающиеся в стрессовых ситуациях в рамках своей профессии: врачи различных специальностей (педиатры, рентгенолог, гастроэнтеролог, неонатолог), медсёстры и санитарки. Все испытуемые были условно поделены на две группы людей: первая группа - 10 человек, регулярно дежурящих ночью, и вторая группа - 10 человек, не имеющих ночных дежурств. Исследование проводилось на базе ГБУЗ МО ЭЦГБ в детском соматическом отделении. Было проведено обследование полости рта на предмет патологических изменений твёрдых тканей зубов и пародонта, тщательный сбор анамнеза с особым упором на наличие эпизодов стрессовых состояний в течение жизни и выяснение стрессоустойчивости обследуемого по методике «Тест самооценки стрессоустойчивости С. Коухена и Г.

Виллиансона». Примерное время тестирования 5-10 минут. Опросник состоит из 10 вопросов, в каждом вопросе важно выбрать один наиболее подходящий вариант

**Результаты:** в результате подсчёта результатов теста оказалось, что: в 1 группе у 7 человек показатель стрессоустойчивости оказался эквивалентен значению «тревожно», у 2 человек он был равен оценке «очень тревожно», у 1 человека «удовлетворительно»; 5 человек из 1 группы с показателем тревожности «тревожно» заявили о том, что проблемы в полости рта (а именно: выпадение зубов, множественный кариес, образование зубного камня) начались после перенесённого стресса (у 2 по причине совершенных аборт, у 1 по семейным обстоятельствам, 2 отказались называть причину); 1 человек с показателем стрессоустойчивости «тревожно» отметил, что после перенесённой депрессии у него ухудшилась гигиена полости рта, что повлекло за собой возникновение множественных патологических процессов; у 1 человека с показателем стрессоустойчивости «очень тревожно» после 10 лет работы на посту врача-рентгенолога и регулярных дежурств в области зуба 3.4 на язычной стороне образовалась гранулёма (чему могло поспособствовать регулярное нахождение в стрессовом состоянии). Во 2 группе у 6 человек показатель стрессоустойчивости оказался равен «тревожно», у 4 - «удовлетворительно». 2 человека с показателем «тревожно», имеющие частичную адентию и подвижность зубов II степени, сообщили о том, что проблемы с зубами начались после 45 лет из-за отсутствия должного наблюдения за состоянием полости рта (по причине боязни врачей-стоматологов) и пренебрежения профилактикой. У 4 оставшихся людей с показателем «тревожно» и 4 с «удовлетворительно» отсутствовали какие-либо стрессовые состояния в анамнезе, в том числе так называемая «боязнь белого халата», и состояние зубов и мягких тканей удовлетворительное.

**Выводы:** результаты проведённого исследования позволяют считать, что стрессовое состояние является как минимум фактором риска и как максимум одной из причин возникновения патологических процессов в твёрдых тканях зубов и пародонте.

## **СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Заблоцкая Маргарита Вячеславовна**

Стоматологический факультет, 5 курс, 18

группа Кафедра кариесологии и эндодонтии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Митронин Александр Валентинович

**Цель:** изучить состояние стоматологического здоровья (стоматологический статус) у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в сравнении с пациентами без этого заболевания.

**Задачи:**

1. Изучить особенности повреждений твердых тканей зубов (ТТЗ), тканей пародонта и слизистой оболочки у больных ГЭРБ: характер поражений и распространенность.
2. Выявить зависимость проявлений патологических процессов в полости рта от тяжести и длительности течения ГЭРБ.

**Материал и методы:** обследованы 50 человек добровольно согласившихся принять участие в исследовании. При этом 25 человек являлись обычными пациентами стоматологической клиники (группа сравнения), проходящими санацию полости рта, а другие 25 человек – больные ГЭРБ (основная группа), поступившие в гастроэнтерологический стационар для последующего лечения у гастроэнтеролога. Больным ГЭРБ в стационаре проводили суточное мониторирование рН пищевода. У всех больных проводили комплексное стоматологическое обследование, включавшее оценку состояния твердых тканей зубов, тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта.

**Результаты:** при распространенности кариеса зубов у больных ГЭРБ 100%, его интенсивность по индексу КПУ является высокой, составляя в среднем 17,2 и превышая среднюю по г. Москве. Распространенность эрозивных поражений ТТЗ у больных ГЭРБ в среднем в 10,4 раза, гиперестезии – практически в 2 раза, а патологической стираемости зубов – в 2,6 раза превышает таковую у пациентов без ГЭРБ. Каждый третий больной имеет клиновидные дефекты зубов. Для больных ГЭРБ характерно наличие воспалительных заболеваний пародонта с распространенностью 96%. Каждый второй больной имеет признаки отека слизистой оболочки полости рта, а каждый пятый – ангулярный или эксфолиативный хейлит. У больных ГЭРБ увеличена распространенность хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

**Выводы:** основной причиной развития патологии тканей полости рта при ГЭРБ является спровоцированное кислотными рефлюксами нарушение кислотно-основного баланса во рту на фоне пониженного слюноотделения. Это требует совместного подхода к профилактике и лечению стоматологических проявлений со стороны полости рта гастроэнтеролога и стоматолога.

# СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ ГУТТАПЕРЧЕВЫМИ И ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫМИ ШТИФТАМИ

**Заблоцкая Маргарита Вячеславовна**

Стоматологический факультет, 5 курс, 18

группа Кафедра кариесологии и эндодонтии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Митронин Александр Валентинович

**Актуальность:** существенным фактором, обеспечивающим хорошие Результаты: эндодонтического лечения зубов наряду с инструментальной и медикаментозной обработкой, является качественное пломбирование корневых каналов. Одним из материалов, ставшим традиционным и используемым для obturation корневых каналов вместе с силерами, является гуттаперча. Однако, у гуттаперчевых штифтов имеются недостатки: отсутствие адгезии к стенкам канала, низкая эластичность, легкая деформируемость при введении. Сегодня на стоматологическом рынке имеются штифты нового поколения, с которыми не все стоматологи знакомы. Это полипропиленовые штифты, выпускаемые японской фирмой «Neo Dental Chemical Products». Они отличаются стабильностью физических свойств, являются более гибкими и легко вводятся в корневой канал.

**Цель:** в лабораторном исследовании сравнить качество obturation корневых каналов зубов с применением филлеров из гуттаперчи и полипропилена.

**Задачи:** 1. С помощью световой микроскопии оценить степень проникновения красителя в корневые каналы зубов при использовании для их пломбирования двух видов штифтов с силерами. 2. С помощью электронной микроскопии оценить качество obturation корневых каналов зубов при использовании для их пломбирования двух видов штифтов с силерами.

**Материалы и методы:** с письменного согласия 16 добровольцев в возрасте от 21 до 49 лет (10 мужчин и 8 женщин) у них были эндодонтически пролечены 20 однокорневых зубов, подлежащих в дальнейшем удалению по ортодонтическим показаниям или в связи с предстоящим протезированием. Депульпирование зубов проводили методом витальной пульпэктомии согласно клиническим рекомендациям по эндодонтическому лечению зубов. При пломбировании корневых каналов использовали в качестве силера материал «Dentalis KEZ» (Япония), содержащий гидроксид кальция и йодоформ. В 10 зубах в качестве филлера применяли гуттаперчевые штифты (метод латеральной конденсации), а в других 10 зубах – полипропиленовые штифты «Flex Point Neo» (Япония, метод моноштифта). Размеры

использованных штифтов были от 15 до 40 по ISO. После лечения, спустя 1 – 7 дней зубы удаляли, очищали от остатков периодонта и погружали на 1 сутки в 3% раствор метиленовой сини для выявления степени проникновения красителя в макроканал. После ванночки с красителем зубы отмывали и распиливали тонким алмазным диском по оси через корневой канал. С помощью светового USB-микроскопа (при увеличении от 10 до 40 раз) оценивали проникновение красителя в корневой канал и дентин корня по 4-бальной системе, где 0 баллов означало отсутствие красителя в дентине корня и корневом канале, 1 балл – проникновение красителя в дентин не более 2/3 толщины стенки корня, 2 балла – проникновение красителя на всю глубину дентина, а 3 балла – проникновение красителя в корневой канал зуба. Во второй части исследования образцы распилов зубов подвергали изучению в просвечивающем электронном микроскопе «Теспаи» (США) при увеличении от 55 до 503 раз.

**Результаты:** по результатам световой микроскопии с красителем оказалось, что при использовании в качестве филлеров гуттаперчевых штифтов методом латеральной конденсации степень проникновения метиленового синего в дентин корня и корневые каналы зубов была более, чем в 2 раза выраженнее, чем при использовании полипропиленовых штифтов. А электронная микроскопия позволила выявить в корневой пломбе с гуттаперчей существенно больше пространств, не заполненных пломбировочным материалов в сравнении с пломбой, где применяли полипропиленовые штифты. Это может быть обусловлено тем, что при конденсации гуттаперчи происходит смещение штифтов в то время, как введение полипропиленового штифта позволяет обеспечить в корневом канале большее давление, распределяющее силер по стенкам и, соответственно, лучшее качество obturation.

**Выводы:** полипропиленовые штифты, применяемые для пломбирования корневых каналов, удобны в использовании. Они не требуют конденсации. Штифты «Flex Point Neo» при введении не требуют применения дополнительных инструментов, экономия времени по сравнению с гуттаперчей – до 15-20 минут. При этом полностью исключена возможность чрезмерного выведения материала за верхушку корня. При пломбировании гуттаперчевыми штифтами возможно нарушение obturation при конденсации гуттаперчи.

## **ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЧУВСТВА СТРАХА ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЕМОМ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ**

**Зопунян Алина Самвеловна**, стоматологический факультет, 5 курс, 17 группа **Фокина**

**Александра Алексеевна**, стоматологический факультет, 5 курс, 9 группа Кафедра

профилактики стоматологических заболеваний

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

**Актуальность:** одной из причин несвоевременного обращения людей разного возраста за стоматологической помощью является страх. По данным различных авторов испытывают страх перед приемом врача – стоматолога от 30 % до 71% населения (Пузин М.Н., 2001; Анисимова Н.Ю., 2011., Humphris G.M., Cooper C.I., 1998;). Уровень страха перед стоматологическим лечением с возрастом повышается (Лунева Н.А. 2009.). Страх может выражаться у пациентов тревожным настроением и паникой, а также изменением гемодинамических показателей, дыхания, уровня сахара в крови и приводить к неотложным состояниям (Зорян Е.В.; 2011;). Таким пациентам врач должен уделять особое внимание, стараться помочь им в преодолении страха, что требует еще и дополнительных временных затрат. Изучение данной проблемы актуально в современной стоматологии.

**Цель:** оценить распространенность проблемы возникновения чувства страха перед стоматологическим приемом среди детей и взрослых.

**Задачи:** 1) Разработать анкеты для детей и взрослых. 2) Провести опрос и анкетирование. 3) Оценить результаты проведенного исследования.

**Материалы и методы:** в исследовании приняли участие 333 человека, среди которых 248 детей и 85 взрослых, проживающих в ЦАО г. Москва. Участники исследования ответили на вопросы разработанных нами анкет. При опросе детей 5-7-летнего возраста ребенку задавали вопросы: 1) был ли он на приеме у врача-стоматолога? 2) боится ли приходить на прием к врачу-стоматологу? Детям старше 9-ти лет и взрослым людям было предложено выбрать следующие варианты ответов, которые определяют их настроение перед приемом врача-стоматолога: 1) не испытываю неприятных ощущений; 2) ощущаю дискомфорт; 3) чувствую беспокойство или тревогу 4) чувствую сильную тревогу или страх.

**Результаты:** результаты опроса детей 5-7-летнего возраста выявили, что 97% опрошиваемых были на приеме у врача – стоматолога. 62% из них боятся идти на прием к стоматологу, а 38% не боятся посещать врача. Среди 9-10 –летних детей – 34% не боятся посещать стоматолога, 30% испытывают перед приемом дискомфорт, беспокойство или тревогу и 36% чувствуют страх. Среди 11-12-летних детей не боятся посещать стоматолога 46%; 8% - ощущают дискомфорт, 28% - беспокойство или тревогу, 18% испытывают страх. Среди 13-15 – летних подростков больше 60% указали, что не волнуются перед приемом врача, почти 7% ощущают дискомфорт, 15% чувствуют беспокойство или тревогу, 18% испытывают страх. Опрос взрослых респондентов показал, что всего 2% не волнуются перед приемом врача, 40% ощущают дискомфорт, 41% чувствуют беспокойство или тревогу, а 17% испытывают страх.

**Выводы:** полученные нами результаты указывают на то, что большинство детей и взрослых испытывают отрицательные эмоции перед стоматологическим приемом. Данные нашего исследования сопоставимы с данными литературных источников по количеству людей в процентном соотношении, которые испытывают страх перед приемом врача-стоматолога. Наибольшее количество детей, испытывающих страх, выявлено среди участников 9-10-летнего возраста. Нередко появление страха у человека возникает как результат негативного опыта стоматологического лечения ранее. Результаты исследования указывают на необходимость проведения мероприятий по предупреждению и устранению у пациентов чувства дискомфорта, тревоги и страха, особенно среди детей. Возникновение чувства дискомфорта и тревоги часто связано с тем, что человек находится в незнакомом месте, и не осведомлен о предстоящем лечении. Внимательное отношение медицинского персонала и стоматологическое просвещение, особенно, среди детей и подростков, а также применение в практической работе с пациентами методов психологического общения таких, как компромисс и сотрудничество (методика Кеннета Томаса) могут снизить уровень неприятных ощущений у пациентов перед приемом стоматолога.

## **ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УДАЛЕНИЯ БИОКЕРАМИЧЕСКОГО СИЛЕРА ПРИ ПОВТОРНОМ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ**

**Митронин Юрий Александрович**

Стоматологический факультет, 3 курс, 8 группа

Кафедра кариесологии и эндодонтии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Митронин Александр Валентинович

**Актуальность:** научный интерес представляет изучение биокерамических силеров, которые с недавнего времени применяются при эндодонтическом лечении. Тем не менее, даже качественное пломбирование корневых каналов с использованием материалов с высокой биосовместимостью и биоактивностью не является гарантией положительных отдаленных результатов лечения, не исключена вероятность возникновения эпизодов обострения. При повторном эндодонтическом лечении наличие остаточного внутриканального пломбирочного материала может служить своеобразным механическим барьером между дезинфицирующими средствами и биопленкой, особенно в труднодоступных местах и латеральных разветвлениях. Возможность извлечения нового современного

биокерамического силера TotalFill BC Sealer (FKG, Switzerland) ранее не была изучена, что определяет целесообразность проводимого исследования для разработки метода проведения качественного повторного эндодонтического лечения.

**Цель:** определить наиболее эффективный алгоритм удаления биокерамического силера TotalFill BC Sealer (FKG, Switzerland) при повторном эндодонтическом лечении, основываясь на данных оценки остаточного пломбировочного материала на стенках дентина корня, восстановления рабочей длины и апикальной проходимости корневых каналов.

**Задачи:** 1 – провести эндодонтическое лечение удаленных зубов с их последующим пломбированием биокерамическим силером; 2 – распломбировать корневые каналы, используя сочетания различных эндодонтических систем, медикаментозных средств и ультразвука (УЗ) различной мощности; 3 – изучить продольные срезы зубов методом сканирующей электронной микроскопии после перелечивания; 4 – определить алгоритм повторного эндодонтического лечения, имеющий наибольшую эффективность удаления биокерамического силера из системы корневых каналов.

**Материалы и методы:** тридцать удаленных резцов верхней челюсти были эндодонтически обработаны системой iRaCe (FKG, Switzerland) до размера 30.04 по ISO, obturированы с использованием методики одного штифта и биокерамического силера TotalFill BC Sealer (FKG, Switzerland) и случайным образом распределены на 6 групп по 5 зубов согласно используемой методике перелечивания: 1А, D-Race + XP-endo Shaper + XP-Endo Finisher R; 1Б, D-Race +XP-endo Shaper + XP-Endo Finisher R + УЗ (1,8 Вт); 1В, D-Race +XP-endo Shaper + XP-Endo Finisher R + УЗ (3,0 Вт); 2А, ProTaper Universal Retreatment; 2Б, ProTaper Universal Retreatment + УЗ (1,8 Вт); 2В, ProTaper Universal Retreatment + УЗ (3,0 Вт). Была проведена оценка восстановления рабочей длины корневого канала и апикальной проходимости. После распломбирования корневых каналов были выполнены продольные срезы зубов и изучена поверхность дентина корня на предмет количества остаточного пломбировочного материала с помощью сканирующей электронной микроскопии. Данные были проанализированы методами вариационной статистики с использованием пакета программ Microsoft Office Excel 2007 и Statistica Statsoft 8.0.

**Результаты:** было выявлено достоверно меньшее количество остаточного пломбировочного материала в системе корневых каналов в группах с применением УЗ, однако, эффективность очистки стенок дентина корня была различной в группах с разной мощностью озвучивания ирригационного раствора ( $P < 0,05$ ). Наилучшие Результаты: перелечивания были выявлены в группе с применением алгоритма D-Race + XP-endo Shaper + XP-Endo Finisher R + УЗ (1,8 Вт), согласно которым эффективность удаления пломбировочного материала составила более 85%, что на 12% и 15% больше в сравнении с подгруппами (2Б) и (2В) соответственно. Кроме того,

апикальная проходимость корневого канала может быть восстановлена только в 75% зубов, obturированных биокерамическим силером TotalFill BC.

**Выводы:** эффективность очистки системы корневых каналов при использовании трех инструментов группы XP-ENDO была в 1,5 раза выше при применении ультразвука мощностью 1,8 Вт и на 15% больше, чем при использовании алгоритмов перелечивания другими эндодонтическими системами.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ КОФФЕРДАМ ДЛЯ ИЗОЛЯЦИИ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ**

**Монтейро Сузана Лурдиш Жезуш**

Стоматологический факультет, 4 курс, 8 группа

Кафедра кариесологии и эндодонтии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Ведмицкая Виктория Владимировна

**Актуальность:** появление новых технологий, материалов и методов повысило требования к качеству стоматологического лечения. Попадание крови или слюны влияет на степень адгезии материала к зубу, поэтому при работе с композитами необходимо тщательно изолировать рабочую область. С изоляцией рабочего поля отлично справляется раббердам. Раббердам (коффердам) обеспечивает асептику и сухость операционного поля, а также предупреждает заглатывание или аспирацию инструмента и инородных тел.

**Цель:** определение эффективности системы коффердам для изоляции операционного поля при лечении кариозных поражений II класса.

**Задачи:** 1. Определить на основании анкетирования врачей и пациентов их отношение к применению системы коффердам; 2. Оценить зависимость качества краевого прилегания пломб от условий изоляции рабочего поля; 3. Провести сравнительную оценку отдаленных результатов лечения кариеса с использованием для изоляции операционного поля системы коффердам и без него.

**Методы и материалы:** 1. Было проведено анкетирование 22 врачей-стоматологов терапевтов. Для уточнения отношения пациентов к применению системы коффердам было проведено анкетирование 50 первичных больных, пришедших на прием; 2. Для исследования было проведено лечение кариеса премоляров и моляров на нижней челюсти II класса; 3. Краевую проницаемость границы пломба - зуб оценивали с помощью витального окрашивания 2% раствором метиленового синего.

**Результаты:** 1. Большинство врачей (55%), не применяющих коффердам, объясняют это ограничением времени приема пациента, а также нежеланием самого пациента подвергаться этой процедуре, что связано с незнанием и бережливостью. По данным анкетирования подавляющее большинство пациентов (81,4%) положительно относятся к применению коффердама. 13% посчитали это лишней тратой денег. Остальные 5,6% пациентов отметили дискомфорт при его использовании; 2. Через 5 месяцев у 11,1% (3 из 22) пациентов для лечения которых использовалась система коффердам, наблюдалось окрашивание по краю пломбы. Пациенты, с изоляцией ватными валиками получили более высокий процент окрашивания – 80% (4 из 5).

**Выводы:** 1. При использовании любого из методов изоляции, прилегание пломбы со временем ухудшается. Наиболее значимыми условиями пломбирования кариозных полостей является способ изоляции рабочего поля; 2. По данным окрашивания 2% раствором метиленового синего, краевая адаптация композитных пломб к эмали при использовании коффердама в 4 раза лучше, по сравнению с изоляцией ватными валиками; 3. Для достижения стабильно хорошего краевого прилегания пломбировочного материала при лечении кариозных полостей рекомендуется использовать изоляцию раббердамом (коффердамом).

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФАЗЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТА FLOW CAST С МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ**

**Олейникова Анастасия Олеговна**

Стоматологический факультет, 4 курс, 7 группа

Кафедра обезболивания в стоматологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: Громовик Мария Васильевна

**Актуальность:** в настоящее время, распространенность аллергических заболеваний среди населения всего мира составляет от 30 до 60%, и этот процент непрерывно растет. За последние 10 лет по данным всемирной организации здравоохранения их число увеличилось на 20%. По данным официального издания федеральной службы государственной статистики «Здравоохранение в России» (2019 г.) в России 30% взрослого и 15% детского населения страдают аллергическими заболеваниями. Известно уже более 20 000 аллергенов, ведущими из которых являются лекарственные вещества.

Самыми достоверными на данный момент диагностическими тестами для определения гиперчувствительности к местным анестетикам (МА) являются тесты *in vivo*: провокационные дозируемые исследования. Несмотря на то, что они демонстрируют высокоточные результаты, они не безопасны для человека, так как могут вызвать тяжелые системные реакции организма. Тесты *in vitro* для определения чувствительности к МА не являются абсолютно достоверными и могут давать как ложноотрицательные, так и ложноположительные Результаты: Одной из передовых методик определения гиперчувствительности к МА *in vitro* является тест активации базофилов методом проточной цитофлуориметрии (Flow2 CAST test).

**Цель:** повышение безопасности стоматологического лечения пациентов с подозрением на гиперчувствительность к местноанестезирующим препаратам.

**Задачи:**

1. Проведение анализа данных исследований гиперчувствительности к местным анестетикам с помощью активации базофилов методом проточной цитофлуориметрии;
2. Определение информативности теста активации базофилов методом проточной цитофлуориметрии в зависимости от фазы аллергической реакции.

**Материалы и методы:** поиск проводился по фонду Internet: elibrary.ru, dissercat.com,.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed. Было изучено 23 публикации, изданных с 1993 по 2020 год в различных странах мира. В клиническом исследовании принял участие пациент с подозрением на реакцию гиперчувствительности к местноанестезирующему препарату на основе артикаина, обратившийся за стоматологической помощью в острой стадии аллергического заболевания.

**Результаты и выводы:** тест активации базофилов методом проточной цитофлуориметрии является высокоинформативным исследованием, но, как и другие тесты *in vitro* для определения чувствительности к местным анестетикам, не позволяет смоделировать все процессы взаимодействия клеточных и гуморальных факторов, происходящих в живом организме, что не позволяет абсолютно однозначно судить о наличии или отсутствии аллергической реакции на исследуемый аллерген. Что говорит о необходимости продолжения исследования влияния фазы аллергической реакции на показатели flow cast теста с местными анестетиками.

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕГИОНАРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАКУУМТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА**

**Ондар Аиран Евгеньевна**

Стоматологический факультет, 5 курс, 23 группа

## Кафедра пародонтологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Немерюк Дмитрий Алексеевич

**Актуальность:** лечение заболеваний тканей пародонта является одной из актуальных задач современной стоматологии. По данным ВОЗ, их распространенность в молодом возрасте составляет 44-64%, что приводит к необходимости поиска новых способов диагностики и лечения данной патологии. Воспалительные явления в пародонте отражаются на его гемодинамике. Медикаментозная терапия не всегда является действенным методом лечения, и вследствие этого все большую популярность получают альтернативные способы лечения заболеваний пародонта, в частности, проведение вакуумтерапии, действие которой расширяет и обновляет капилляры пародонта, устраняет застойные явления регионарного кровотока и улучшает реологические показатели крови. Поэтому оценка состояния гемодинамики при использовании вакуум-массажа является актуальным.

**Цели:** изучить влияние вакуумтерапии на состояние гемодинамики у пациентов молодого возраста с хроническим гингивитом.

### **Задачи:**

1. Исследовать клиническое состояние тканей пародонта у лиц молодого возраста.
2. Оценить состояние регионарной гемодинамики пародонта до и после лечения методом вакуумтерапии.

**Материалы и методы:** на кафедре пародонтологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова обследовались 10 пациентов молодого возраста с хроническим гингивитом. Оценка качества гигиены полости рта проводилась с помощью индекса гигиены по Грину-Вермиллиону. Степень воспаления десны оценивалась с помощью индекса РМА. Для определения состояния гемодинамики использовался аппарат АВС-01 «МЕДАСС» (Россия). Была оценена гемодинамика с помощью фокусирующей реопародонтография с использованием двухэлектродной системы и слепочного позиционера в межкорневой области зубов 1.1-1.2, 2.1-2.2. С помощью программы «Диастом» (Медасс, Россия) автоматически рассчитывались: реографический индекс (РИ), показатель тонуса сосудов (ПТС), индекс периферического сопротивления (ИПС) и индекс эластичности сосудов (ИЭ). Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе «Excel». После определения состояния гемодинамики была проведена профессиональная гигиена полости рта. Вакуум-массаж проводился с помощью аппарата «АКП-ПАРОДОНТОЛОГ» (Россия) с давлением 0,35 атм, по 3 минуты на исследуемый участок ежедневно в течение 5 дней.

**Результаты:** по данным клинического исследования уровень воспаления десны по индексу РМА до начала лечения составил 42%, что соответствует средней степени воспаления десны. После проведенного комплексного лечения индекс снизился в 1,5 раза.

До лечения данные реопародонтограммы в области зубов 1.1-1.2, 2.1-2.2 регистрировались на уровне: РИ-0,18±0,01; ПТС-26,7±1,33; ИПС-66,1±3,28; ИЭ-110,9±5,45.

После комплексного лечения через 7 дней данные реопародонтограммы в области 1.1-1.2, 2.1-2.2 составили: РИ-0,16±0,01; ПТС-28,5±1,44; ИПС-65,3±3,55; ИЭ-106,4±5,24, что свидетельствует о снижении степени воспаления.

**Вывод:** таким образом, согласно результатам фокусирующей реопародонтографии, комплексное лечение в сочетании с вакуумтерапией снижает степень воспаления в тканях пародонта и нормализует гемодинамику.

## **ЦИФРОВОЙ АНАЛИЗ ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ У КУРЯЩИХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**Постолакян Феликс Андраникович**

Стоматологический факультет, 3 курс, 5 группа

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Пивоваров Антон Александрович

**Актуальность:** пародонтит является одной из основных патологий полости рта. В настоящее время пародонтит активно изучается с использованием различных методик, в том числе и неинвазивных. Одной из них является количественное исследование десневой жидкости (ДЖ), что является веским доказательством воспаления в тканях пародонта (Янушевич О.О., Вавилова Т.П., Островская И.Г., 2019). Одним из этиологических факторов пародонтита является курение, неблагоприятное воздействие на пародонт которого в некоторой степени уже изучено. Тем не менее данные о влиянии курения на объем ДЖ остаются противоречивыми. В связи с этим является актуальным изучение влияния курения на параметры ДЖ.

**Цель:** изучить влияние курения на десневую жидкость

**Задачи:** 1. Провести цифровой анализ десневой жидкости у двух групп участников. 2. Определить пародонтологические и гигиенические индексы с целью нивелирования различий в выборках

**Материалы и методы:** в исследовании приняло участие 16 добровольцев без соматической патологии в возрасте 18-26 лет. Все участники подписали информированное добровольное согласие. На основании заполненной электронной анкеты участники были распределены на 2 группы: курящие (8 человек: 5 мужчин и 3 женщины) и некурящие (8 человек: 4 мужчины и 4 женщины), составившие контрольную группу. Перед исследованием участников просили воздержаться от приема пищи, чистки зубов и курения (для исследуемой группы) на 1-2 часа. Проводили определение объема десневой жидкости (ДЖ) в области зубов 1.4, 1.1, 3.4, 3.1. Забор ДЖ производили внутрибороздковым методом (N. Brill, V. Krasse, 1959). Область каждого зуба аккуратно высушивали и изолировали ватными валиками. Далее в зубодесневую борозду на 30 секунд помещали стандартную лакмусовую полоску. После этого полоски фотографировали, а фотографию загружали в программу AutoCAD 2020 и масштабировали и обводили окрашенную часть лакмусовой полоски. Программа автоматически вычисляла площадь полученной фигуры в мм<sup>2</sup>. Кроме того, определяли индексы РМА и РНР по принятой методике. Статистический анализ данных проводили с использованием обеспечения IBM SPSS. Нормальность распределения данных определяли с использованием теста Колмогорова-Смирнова. Для анализа объема ДЖ использовали непарный t-критерий Стьюдента ( $p < 0,05$ ). Для анализа показателей индексов РМА и РНР использовали U-критерий Манна-Уитни.

**Результаты:** показатели индекса РМА для курящих лиц в среднем составили  $1,0160 \pm 2,0853$ , а для некурящих – 0. Тем не менее, различия были статистически незначимы ( $p = 0,442$ ). Показатель индекса РНР у курящих лиц составил  $1,8333 \pm 0,8017$ , а у контрольной группы -  $1,3889 \pm 0,7862$ . Различия так же были статистически незначимы ( $p = 0,091$ ). В результате цифрового анализа ДЖ были получены следующие данные в группе курящих лиц для зуба 1.4:  $0,4834 \pm 0,3846$  мм<sup>2</sup>; для зуба 1.1:  $0,1719 \pm 0,1330$  мм<sup>2</sup>; для зуба 3.1:  $0,2540 \pm 0,1816$  мм<sup>2</sup>; для зуба 3.4:  $0,4008 \pm 0,3350$  мм<sup>2</sup>. В контрольной группе аналогичные данные для зуба 1.4 составили:  $0,4453 \pm 0,3360$  мм<sup>2</sup>; для зуба 1.1:  $0,1838 \pm 0,0648$  мм<sup>2</sup>; для зуба 3.1:  $0,6237 \pm 0,6798$  мм<sup>2</sup>; для зуба 3.4:  $0,3834 \pm 0,2893$  мм<sup>2</sup>. В результате статистического анализа не было получено статистически достоверных различий между двумя группами.

**Выводы:** не было выявлено статистически значимых различий между количественными показателями ДЖ у курящих и некурящих лиц.

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЭМАЛИ ЗУБОВ МЕТОДОМ ОПТИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕСЪЕМНОЙ АППАРАТУРЫ** Прикуле Диана

**Владиславовна**

Стоматологический факультет, 3 курс, 3 группа

## Кафедра пародонтологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ермольев Сергей Николаевич;

к.м.н., ассистент Текучева Светлана Владимировна

**Актуальность:** при ортодонтическом лечении с применением аппаратуры (брекет-системы) осуществляется химическое протравливание эмали коронковой части зуба. Следовательно, имеется вероятность нарушения структуры эмали. Существующие способы оценки структуры эмали не позволяют осуществить полноценную диагностику изменения структурных компонентов эмалевой призмы. Актуальным является определение качества изменения структурных показателей эмали зубов после фиксации брекетов.

**Цель:** разработать и предложить способ оценки структуры эмали зубов у пациентов, в том числе, находящихся на ортодонтическом лечении.

**Задачи:** 1. Оценить состояние структуры эмали интактных зубов методом оптической лазерной спектроскопии. 2. Оценить состояние структуры эмали зубов у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении с применением брекет-системы, методом оптической лазерной спектроскопии. 3. Провести сравнительную оценку состояния структуры эмали интактных зубов и зубов с установленными брекетами. 4. Разработать протокол оценки состояния эмали зубов у пациентов с установленной брекет-системой.

**Материалы и методы:** были проведены исследования у 40 пациентов в возрасте от 14 до 30 лет в равном распределении по гендерному признаку. Пациенты были разделены на две группы: I (основная) – 20 человек, находящихся на этапе ортодонтического лечения, и II (контрольная) – 20 человек с интактной эмалью. Перед исследованием осуществлено калибрование аппаратно-программного комплекса «Инспектр-М» (Россия) по эталонному образцу гидроксиапатита. Были осуществлены следующие методы: 1. Раман-флуоресцентная спектроскопия АПК «Инспектр-М» эмали зубов с длиной волны лазерного излучения 532 нм при контактно-стабильной методике в четырех точках вокруг брекета и в соответствующих областях на интактных зубах. 2. Количественная оценка зубного налета с помощью ИГР-У (J. C. Green, J. R. Vermillion, 1964). Был использован статистический пакет программы Microsoft Excel 2019.

**Результаты:** наблюдали уменьшение количественных показателей спектральной интенсивности гидроксиапатита эмали зубов у пациентов в области установленных брекетов на верхней челюсти в области моляров на 18,2% ( $p < 0,05$ ), премоляров на 15,8% ( $p < 0,05$ ), клыков на 13,6% ( $p < 0,05$ ), резцов на 14,3% ( $p < 0,05$ ). Выявлено наличие превалирующего

удовлетворительного уровня ИГР-У (57% осмотренных), а также плохого (32%) и хорошего (11%) уровней у пациентов в области места фиксации брекет-системы.

**Выводы:** 1. Методом Раман-флуоресцентной диагностики эмали, оценивающей интенсивность флуоресценции гидроксиапатита, в четырех исследуемых областях коронковой части зубов у пациентов с интактной эмалью отмечены следующие средние статистические показатели: интенсивность флуоресценции в области моляров составила 138,6 отн. ед., премоляров – 146,8 отн. ед., клыков - 153,3 отн. ед., резцов – 133,4 отн. ед. 2. В результате анализа показателей интенсивности флуоресцентной диагностики эмали у пациентов, проходящих ортодонтическое лечение, вокруг брекетов с четырех сторон зафиксированы следующие средние статистические показатели: в области моляров – 113,4 отн. ед., премоляров – 123,6 отн. ед., клыков – 132,4 отн. ед., резцов – 114,3 отн. ед. 3. Установлено снижение показателей спектральной интенсивности гидроксиапатита эмали зубов у пациентов

в области установленных брекетов на верхней челюсти по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы в области моляров на 18,2% ( $p<0,05$ ), премоляров на 15,8% ( $p<0,05$ ), клыков на 13,6% ( $p<0,05$ ), резцов на 14,3% ( $p<0,05$ ). 4. На основании полученных результатов разработан алгоритм исследования структуры эмали зубов методом Раман-флуоресцентной спектроскопии, при котором проводится воздействие лазерным излучением длиной волны 532 нм по контактно-стабильной методике к поверхности зубов в исследуемых анатомо-топографических зонах коронковой части зуба после контроля гигиены полости рта с последующей сравнительной оценкой с показателями, полученными до начала ортодонтического лечения. Таким образом, Раман-флуоресцентная диагностика подтвердила свою высокую воспроизводимость и возможность исследования твердых тканей зуба *in vivo*.

## **МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОДНЫХ РАСТВОРОВ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКЕ ПОЛОСТИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА**

**Родионова Алина Андреевна**

Стоматологический факультет, 3 курс, 7 группа

Кафедра кариесологии и эндодонтии

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научные руководители: к.м.н., ассистент Юрцева Евгения Дмитриевна;

Подпорин Михаил Сергеевич

**Актуальность:** медикаментозная обработка кариозной полости - это один из важнейших этапов в лечении кариеса. Врачом-стоматологом преследуется цель очищения полости от опилок дентина и слюны, бактерицидного воздействия на микрофлору, находящуюся в полости и пристеночном дентине, а также просушивание сформированной полости. В работе предложено рассмотреть более подробно бактерицидную функцию растворов, так как именно недостаточное удаление патогенных микроорганизмов может в последующем послужить причиной развития вторичного кариеса. С появлением большого числа композитов мнения многих врачей-стоматологов о том, какой именно раствор подходит для медикаментозной обработки, все чаще расходятся. В стоматологии все еще открыт вопрос о том, какой медикаментозный раствор является наиболее эффективным в отношении микрофлоры кариозной полости? А также не редко в мире стоматологии обсуждается вопрос необходимости медикаментозной обработки полости в целом. Быть может на сегодняшний день этот этап не является необходимостью.

**Цель:** исследовать с помощью бакпосевов бактерицидную эффективность трех растворов для медикаментозной обработки кариозной полости: 0,05% р-р хлоргексидина, 20% р-р димексида и раствор фермента химотрипсина, а также подтвердить, что медикаментозная обработка кариозной полости после препарирования является необходимым и эффективным этапом в процессе лечения кариеса.

**Материалы и методы:** для проведения исследования было подобрано 9 пациентов со средним и глубоким кариесом. Пациенты были разделены на 3 группы. В 1 группе проводилась медикаментозная обработка кариозной полости раствором хлоргексидина 0,05%, а во 2 и 3 группе соответственно - 20% раствором димексида и раствором фермента химотрипсина. Этап медикаментозной обработки был подразделен на 3 части: забор материала из кариозной полости до препарирования, забор материала из сформированной полости и забор материала из сформированной полости после медикаментозной обработки соответствующим раствором. Забор материала осуществлялся стоматологическими аппликаторами и помещался в пробирку с транспортной средой Эймса, способную до 3 дней поддерживать рост микроорганизмов. Затем производился посев на питательные среды в чашки Петри и спустя некоторое время анализировалась бактерицидная эффективность.

**Результаты:** в 1 группе в 3 чашках с биологическими материалами от 3 пациентов, у которых медикаментозную обработку сформированной полости проводилась раствором 0,05% хлоргексидина, согласно микробиологическому анализу вычислена эффективность равная 86,63 %. Во 2 группе процент эффективности медикаментозной обработки 20% раствором димексида выше и равняется 95%. Результат эффективности медикаментозной обработки химотрипсином в 3 группе составил 73 %. Была подтверждена необходимость проведения

медикаментозной обработки полости перед этапами пломбирования, так как эффективность препарирования кариозной полости и иссечения некротизированных тканей в отношении бактериальной флоры была равна 79%.

**Вывод:** таким образом, было проведено исследование бактерицидного и обеззараживающего действия трех растворов для медикаментозной обработки полости в процессе лечения кариеса и выяснено, что наибольшим противомикробным эффектом в сравнении с 0,05% раствором хлоргексидина и раствором фермента химотрипсина, обладает 20% раствор димексида. В процессе исследования также была доказана необходимость проведения данного этапа в процессе лечения кариеса.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ МГМСУ ИМ. А.И. ЕВДОКИМОВА**

**Симнаков Олег Владимирович**, стоматологический факультет, 2 курс, 16 группа  
**Минакова Екатерина Игоревна**, стоматологический факультет, 2 курс, 16 группа  
Кафедра профилактики стоматологических заболеваний

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.

Лаптева Людмила Ивановна

**Актуальность:** низкий уровень гигиены полости рта является важным фактором риска в развитии кариеса и воспалительных заболеваний пародонта. Важным аспектом в повышении уровня стоматологического здоровья населения является стоматологическое просвещение, заключающееся в обучении населения правильному уходу за полостью рта, а также в формировании мотивации к регулярному посещению врача-стоматолога. В отечественных и зарубежных научных источниках исследований указывается на то, что 80% стоматологического здоровья зависит от усилий самого пациента. Шведские ученые утверждают, что лишь 10% населения умеет чистить зубы эффективно. Важным аспектом повышения стоматологического здоровья населения является стоматологическое и гигиеническое просвещение, формирование мотивации у людей к регулярному и эффективному уходу и постоянным посещениям врача стоматолога.

**Цель:** определить уровень стоматологического просвещения среди московских школьников и студентов.

**Задачи:**

1. Разработать анкеты для школьников и студентов и осуществить анкетирование;
2. Провести анализ полученных результатов.

**Материалы и методы:** в нашей работе приняли участие 110 человек, среди которых 24 студента стоматологического факультета, 45 школьников 15-ти лет, 41 школьник в возрасте 12 лет. Анкеты включали в себя вопросы по чистке зубов, средствам гигиены полости рта и питанию.

**Результаты:** 79,2% опрошенных студентов посещают стоматолога раз в полгода, среди старших школьников - 38%, а среди младших школьников - 58,5%. 2 раза в день и больше чистят зубы 83,2% студентов, а также 71% 15-и летних школьников, и среди младших школьников - 73,4 %. 79,2% студентов утром чистят зубы до завтрака, среди старших классов до завтрака чистят 58% от числа опрошенных, среди младших - 46,5%. Доп. средства гигиены применяют 54,2 % из числа студентов, среди старших школьников - 69%, среди младших-32%. Большинство студентов и школьников употребляют сладкое почти каждый день. Сладкие газированные напитки часто употребляют 50% студентов, 100% 15 летних подростков и 68% 12-летних детей. Среди студентов раз в три месяца меняют зубную щетку 70,8%; среди старшеклассников 60%, а среди младших классов - 54% участников опроса. 87,5% студентов ответили, что чистят зубы 3 минуты, аналогичный ответ среди старшеклассников дали 78%, а среди младших классов 41,5 % детей.

**Выводы:** результаты нашей работы позволили сделать вывод о недостаточном уровне стоматологического просвещения и гигиенического обучения среди студентов и школьников, а также о необходимости внедрения образовательных программ среди учащихся школ.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА В РЕГИОНАХ С РАЗЛИЧНЫМИ ПИТЬЕВЫМИ ИСТОЧНИКАМИ**

**Султанова Амина Романовна**

Стоматологический факультет, 4 курс, 43 группа

Кафедра кариесологии и эндодонтии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: ассистент Авакова Дина Робертовна

**Актуальность:** с начала XX-го столетия кариес зубов остается одной из самых основных проблем в терапевтической стоматологии. Широкое распространение кариеса объясняется неполноценностью твердых тканей зубов, что обусловлено недостаточным поступлением в них ионов: F, Ca и др., а также их дисбалансом. Недостаточное поступление макро- и микроэлементов в организм человека может привести к различным патологическим процессам, влияя на заболеваемость твердых тканей зубов. Многие ученые уделяли особое

внимание мониторингу фторидов и их влиянию на твердые ткани зубов. По итогам многочисленных исследований ВОЗ установил среднюю суточную норму содержания фтора в питьевой воде от 0,5-до 1,0 мг (для южной полосы 0,7-0,8 мг/л). Объектом исследования взято с. Ахты, Ахтынского района республики Дагестан, являющееся эндемической зоной многих заболеваний, причинами которых являются географическое положение, широкая разнообразность климатогеографических зон на территории республики и разнообразием питьевых источников. Особенностью данной местности является наличие двух крупных рек, одна из которых – р. Ахтычай, – условно разделяет село на две части, а другая – р. Самур, – протекает по окраине села, в результате чего две группы населения потребляют два разных питьевых источника. В данном населенном пункте отмечается высокая обращаемость населения к врачам-стоматологам с жалобами на зубную боль. Таким образом, становится очевидным проведение исследования в данном населенном пункте, так как в описаниях множества статей и материалов, прослеживается взаимосвязь строения твердых тканей зубов и элементного химического состава питьевой воды; взаимосвязь химического состава питьевой воды и заболеваемость кариесом зубов, а так же современные методы лечения кариеса на разных стадиях.

**Цель:** повышение эффективности лечения кариеса зубов у взрослого населения в данном населенном пункте.

**Задачи:** 1) Изучить химический состав воды в питьевых источниках. 2) Определить интенсивность и распространённость кариеса в каждой группе населения. 3) Проанализировать эффективность различных средств индивидуальной гигиены полости рта с учетом особенности минерального состава питьевой воды. 4) Предложить наиболее актуальные методы лечения кариеса в зависимости от клинической картины.

**Материалы и методы:** для достижения поставленной цели было проведено стоматологическое обследование на базе Ахтынской ЦРБ, групп населения в возрасте от 35-до 45 лет, родившихся и постоянно проживающих на территории с. Ахты. Изучены выписки о химическом составе воды обеих рек из ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Дагестан».

**Результаты:** по итогам исследования показатель интенсивности кариеса (КПУ) составил значение для обеих групп (70 человек) 14,45, что согласно критериям ВОЗ соответствует высокому уровню. Распространенность кариеса–88%, что также соответствует высокому уровню. В I группе (35 человек) с питьевым источником р. Ахтычай индекс КПУ=17,1 (по ВОЗ–очень высокий уровень интенсивности кариеса). Компонент «К» 98%, «П» 100%, «У» 86%. В полости рта отмечается уплотненный зубной налет в виде зубного камня (у 100%) и множественный кариес на разных стадиях у всех групп зубов. Распространенность кариеса–

98% (по ВОЗ-высокий уровень). В II группе (35 человек) с питьевым источником р. Самур индекс КПУ=11,1 (по ВОЗ-средний уровень интенсивности кариеса). Компонент «К» (кариес эмали) 78%, «П» 100%, «У» 39%. Распространенность кариеса– 66% (по ВОЗ– средний уровень).

**Выводы:** лабораторный анализ питьевой воды в р. Ахтычай показал, что концентрация ионов F<sup>-</sup> ниже среднесуточной нормы (менее 0,1 мг/л), а Са 8,7 мг/л (при норме 1,5-4 мг/л); в р. Самур – концентрация ионов F<sup>-</sup> менее 0,5 мг/л, а Са 1,2 мг/л. Таким образом, показатели распространенности и интенсивности кариеса превалируют в I группе, где отмечается низкая концентрация фторидов в питьевой воде, а показатели во II группе имеют среднее значение. На основании полученных данных и клинической картины, рекомендованы и подобраны средства индивидуальной гигиены полости рта: пасты и ополаскиватели с содержанием ионов F<sup>-</sup>, щетки средней жесткости. Для лечения кариеса в данном населенном пункте предложены: реминерализующая терапия и применение СИЦ с последующим пробированием по «сэндвич-технике».

## **ГЛУБИНА ПРОНИКНОВЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО РАСТВОРА ДЛЯ ИРРИГАЦИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ ЕГО АКТИВАЦИИ**

**Хромова Лили Алиевна**, стоматологический факультет 5 курс, 2 группа

**Солопова Александра Романовна**, стоматологический факультет 5 курс, 2 группа  
Кафедра кариесологии и эндодонтии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научные руководители: д.м.н., профессор Митронин Александр Валентинович;

к.м.н., ассистент Ведмицкая Виктория Владимировна

**Актуальность:** полное очищение и дезинфекция корневого канала - ключевой фактор, определяющий успешность эндодонтического лечения. В связи с чем в последние годы большое внимание уделяется поиску наилучшего протокола ирригации, а также методам активации раствора.

**Цель:** определить, влияет ли активация раствора для ирригации на глубину его проникновения в корневом канале, а также выявить самый эффективный метод активации антибактериального раствора при эндодонтическом лечении

**Материалы и методы:** была произведена механическая обработка корневых каналов 80 удаленных зубов до размера 35 6%. Зубы были разделены на 4 группы. Ирригация первой

группы зубов проводилась без активации. Второй группы - с мануальной активацией гуттаперчевым штифтом, третьей - с активацией эндодонтическим устройством для промывки и дезинфекции корневых каналов (EndoActivator Dentsply Maillefer), четвертой - с активацией ультразвуком. Для определения глубины проникновения ирриганта в каналы вводился раствор метиленового синего и также активировался. После проведения ирригации и окрашивания зубов, были изготовлены горизонтальные шлифы корня трёх зон (апикальная, средняя, верхняя треть). Шлифы изучались под цифровым световым микроскопом. Глубина проникновения красителя измерялась в 24 точках на каждом шлифе. Затем был проведен статистический анализ полученных результатов. Были получены данные как для целых зубов, так и отдельно для верхней, средней и нижней трети корня.

**Результаты:** глубина проникновения ирриганта составила 25-65% для различных методов активации и различных участков корневого канала. Наименьшая глубина проникновения ирриганта была обнаружена в группе 1, в которой ирригация проводилась без активации. Глубина проникновения ирригантов оставалась примерно одинаковой в остальных трех группах, с немного меньшей пенетрацией раствора в апикальной трети в группе 2, в которой активация проводилась мануальным методом с помощью гуттаперчевого штифта.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА В СОЧЕТАНИИ С ТРАДИЦИОННЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ДЕНТИНА**

**Ярбабаева Нозанин Сухробовна**

Стоматологический факультет, 5 курс, 19 группа

Кафедра кариесологии и эндодонтии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Ведмицкая Виктория Владимировна

**Актуальность:** в современной практике использование лазерных биомедицинских технологий, при лечении различных нозологических форм в стоматологии, остаётся незаменимым и актуальным считаясь одним из щадящих и эффективных методов лечения. Активно внедряясь в терапевтическую стоматологию, данная технология открывает ряд возможностей в лечении различных патологий твердых тканей зуба. Одной из таких нозологий является повышенная чувствительность зубов. По данным отечественных и зарубежных источников, распространенность гиперчувствительности зубов в разных странах варьирует от 57 до 68% (Фёдоров Ю. А., Туманова С. А., Леонова Е. В.). Являясь достаточно

распространённым заболеванием среди населения, основной задачей остаётся поиск эффективного метода лечения данной патологии. В повседневной практике при лечении гиперчувствительности используют ряд препаратов, действие которых основано на запечатывании открытых дентинных канальцев и блокирование нервной проводимости путем диффузии ионов. Однако, традиционные методы лечения не дают полного и стойкого терапевтического эффекта. В связи с этим был предложен комбинированный метод лечения, включающий в себя традиционный (аппликационный) метод в сочетании с использованием диодного лазера, главным образом за счет способности лазера изменять поверхность дентина при определённых условиях.

**Цель:** оценка эффективности использования диодного лазера в сочетании с традиционными методами лечения гиперчувствительности дентина.

**Задачи:** 1. Сравнить эффективность лечения гиперчувствительности зубов диодным лазером с традиционными методами лечения.

2. Оценить ближайшие и отдаленные Результаты: лечения гиперчувствительности зубов диодным лазером и традиционным методом лечения.

3. Оценить эффективность использования диодного лазера в сочетании с традиционными методами лечения.

**Материалы и методы:** в исследовании приняли участие 48 пациентов в возрасте от 35 до 50 лет, обратившиеся с жалобами на гиперчувствительность зубов. После проведенного обследования и постановки диагноза пациентам проводили профессиональную гигиену полости рта, далее пациенты были разделены на 3 контрольные группы: 1 группа: состояла из 16 пациентов, лечение гиперчувствительности проводилось диодным лазером (обработка поверхности дентина лазерным лучом проводилась при соблюдении следующих параметров: мощность 4.5 Вт, энергия 1200 Дж, время экспозиции 300 сек, количество циклов: 2); 2 группа: состояла из 16 пациентов, лечение гиперчувствительности проводилось традиционным методом (аппликация каждого зуба препаратом для глубокого фторирования «Дентин/эмаль герметизирующий ликвид»); 3 группа: состояла из 16 пациентов, лечение гиперчувствительности проводилось диодным лазером в сочетании с традиционным методом (аппликация каждого зуба препаратом для глубокого фторирования «Дентин/эмаль герметизирующий ликвид»). До и после каждой процедуры пациентам проводилась электроодонтодиагностика для оценки электровозбудимости пульпы и эффективности проведенного лечения.

**Результаты:** после проведенного лечения пациентам 1-й группы, лечение которых проводилось диодным лазером, до полного исчезновения симптомов гиперчувствительности понадобилось от 3-5 процедур. 75% пациентов данной группы отмечали уменьшение

гиперчувствительности только после 2-й процедуры, а остальные 15% сразу после 1-й процедуры. Длительность терапевтического эффекта составила от 6-8 месяцев. При динамическом наблюдении 75% пациентов не требовалось повторного курса лечения в связи с отсутствием жалоб, остальные 15% пациентов обращались с жалобами на возобновление симптомов. Данным пациентам рекомендовалось проводить курс лечения диодным лазером 1 раз в 6 месяцев для поддержания терапевтического эффекта.

Пациентам 2-й группы, лечение которых проводилось традиционными методами лечения, в частности препаратом для глубокого фторирования «Дентин/эмаль герметизирующий ликвид», до полного исчезновения симптоматики требовалось от 3-5 процедур. 81% пациентов данной группы отмечали уменьшение гиперчувствительности зубов только после 2-3 процедуры лечения традиционным методом, а 19% сразу после 1-й процедуры. Длительность терапевтического эффекта составила 1-2 месяца. При динамическом наблюдении 19% пациентов не требовалось повторного курса лечения, остальные 81% пациентов обращались с жалобами на возобновление симптомов, данным пациентам рекомендовалось пройти повторный курс лечения при возобновлении симптомов гиперчувствительности зубов.

Пациентам 3-й группы, лечение которых проводилось диодным лазером в сочетании с традиционным методом лечения, до полного исчезновения симптомов гиперчувствительности понадобилось от 1-3 процедур. 94% пациентов данной группы отмечали уменьшение гиперчувствительности сразу после 1-й процедуры, а остальные 6% после 2-й процедуры. Длительность терапевтического эффекта составила от 8 месяцев до года. При динамическом наблюдении 94% пациентов не требовалось повторного курса лечения в связи с отсутствием жалоб, остальные 6% пациентов обращались с жалобами на возобновление симптомов. Данным пациентам рекомендовалось провести повторный курс лечения комбинированным методом для поддержания терапевтического эффекта.

**Выводы:** по результатам проведенного исследования 94 % пациентов, лечение которых проводилось комбинированным методом, отмечали уменьшение симптомов гиперчувствительности после 1-й процедуры. Количество необходимых процедур варьировало от 1-3. Длительность терапевтического эффекта составляла от 8 месяцев до 1 года. На основании анализа ближайших и отдаленных результатов комбинированный метод лечения, включающий в себя использование диодного лазера в сочетании с традиционным методом лечения, может быть рекомендован к использованию в составе комплексного лечения повышенной чувствительности зубов.

# СЕКЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ Фолликулярных кист у детей

Алексиадис Анна Никосовна

Стоматологический факультет, 5 курс, 2 группа

Кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Аснина Светлана Александровна

**Актуальность:** кисты челюстей являются самыми частыми одонтогенными образованиями челюстно-лицевой области. Этиология происхождения кист различна: они могут образовываться в следствие воспаления в периапикальных тканях зубов или в результате пороков развития зубообразующего эпителия. Одонтогенные кисты развиваются в костной ткани челюстей и представляют собой полости, имеющие соединительнотканную оболочку, изнутри выстланную многослойным плоским эпителием, и заполненные жидкостью, в составе которой имеются кристаллы холестерина. Фолликулярная киста – одна из разновидностей эпителиальных одонтогенных кист челюстей, развивающаяся в результате спонтанной пролиферации клеток эмалевого органа непрорезавшегося зуба. В структуре эпителиальных кист челюстей фолликулярные кисты составляют 20%. При этом, они являются самыми частыми одонтогенными образованиями челюстно-лицевой области у детей. Хирургическое лечение одонтогенных кист у детей должно быть нацелено на сохранение зубов, расположенных в области кисты, восстановление их функции, щадящее отношение к фолликулам постоянных зубов и создание оптимальных условий для восполнения дефекта костной ткани. К основным методам хирургического лечения кист челюстей относятся: цистотомия, цистэктомия и двухэтапная операция.

**Цель:** изучить результаты применения методики цистотомии у детей с фолликулярными кистами челюстей и возможность сохранения постоянных зубов, расположенных в зоне кисты.

### **Задачи:**

1. Разработать методику обследования пациентов с кистами челюстных костей, для выбора метода оперативного вмешательства.
2. Разработать метод оперативного вмешательства.
3. Совместно с ортодонтом разработать тактику сохранения ретенированного зуба.

**Материалы и методы:** на базе кафедры челюстно-лицевой и пластической хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова было проведено лечение пациента в возрасте 12 лет по поводу фолликулярной кисты верхней челюсти.

**Результаты: и их обсуждение:** больной наблюдается в течение 3-х месяцев. Наданный момент пациент находится на этапе ортодонтического лечения. При осмотре полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, в области оперативного вмешательства имеется углубление, обтуратор удален, края раны эпителизованы. Зуб 2.5 перемещен на 2/3 высоты коронки, неподвижен, в цвете не изменен, при перкуссии безболезненный. На повторной компьютерной томограмме дно верхнечелюстного синуса в правильном анатомическом ракурсе, костная структура верхнечелюстного синуса прослеживается на всем протяжении, в области переднечелюстного корня зуба 2.6 определяется расширение периодонтальной щели 0,2 мм.

**Выводы:**

1. При задержке прорезывания зуба, особенно при наличии прорезавшегося симметричного зуба с другой стороны, рекомендуется направлять пациентов на ортопантографию для ранней диагностики одонтогенных образований челюстей с бессимптомным течением.

Дополнительно, проводить компьютерную томографию для уточнения размеров и локализации кисты, ее расположения относительно окружающих анатомических структур, состояния фолликула зуба и его расположения относительно кисты.

2. При выборе методики оперативного вмешательства пациентам детского возраста рекомендуется делать выбор в пользу менее травматичных операций.

3. Вопрос о сохранении ретенированного зуба должен решаться индивидуально для каждого пациента. Пациенты должны быть направлены на ортодонтическое лечение и нуждаются в диспансерном наблюдении.

## **СИНДРОМ ГИАЛИНОВОГО ФИБРОМАТОЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

**Алексиадис Анна Никосовна**

Стоматологический факультет, 5 курс, 2 группа

Кафедра детской челюстно-лицевой хирургии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,

доцент Тугуева Татьяна Анатольевна

**Актуальность:** гиалиновый фиброматоз — редкое, системное, генетическое заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, характеризующееся отложением гиалина в тканях организма. В литературе описано всего около 150 случаев данного синдрома.

**Цель:** ознакомить врачей-стоматологов со стоматологическим статусом, течением и возможностями лечения пациента с гиалиновым фиброматозом.

**Задача:** представить клинический случай и результаты этапного лечения пациента с гиалиновым фиброматозом.

**Материалы и методы:** пациент М., 4 года, поступил с жалобами на нарушение функции пережевывания пищи, наличие разрастаний на деснах, отсутствие подвижности в суставах рук и ног. Диагноз ребенка подтвержден путем микрометрического анализа (секвенирования гена аналогичного пациента). Случай в семье единичный, у родителей (носителей гена в рецессивном состоянии) никаких клинических проявлений заболевания нет. Ребенку была произведена операция по иссечению фиброматозных разрастаний в области углов рта и левой ушной раковины на базе клиники кафедры детской челюстно-лицевой хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова. Учитывая анамнез, данные генетического исследования, местный и общий статус, данные дополнительных исследований поставлен диагноз гиалиновый фиброматоз.

**Выводы:** междисциплинарное комплексное лечение ребенка предусматривает:

1. Стоматологическую реабилитацию:
  - Обучение гигиене полости рта
  - Ортодонтическое лечение
  - Терапевтическую санацию
  - Консультации и занятия с логопедом
2. Реабилитацию у врача-ортопеда, нефролога, кардиолога, оториноларинголога, педиатра.

## **ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АМБУЛАТОРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

**Байрамова Афаг Башир кызы**

Стоматологический факультет, 4 курс, 32 группа

Кафедра хирургии полости рта

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Лабис Варвара Владимировна

**Актуальность:** при проведении амбулаторных хирургических вмешательств, таких как: удаление зубов, дентальная имплантация, операции по направленной костной регенерации, операции синуслифтинга, - происходит травма не только мягких тканей, но и костной ткани. Поиск маркеров врожденного иммунитета, которыми могут быть провоспалительные и противовоспалительные цитокины, определяемые местно в ране и в венозной крови, - делает возможным оценить выраженность воспаления и его направленность. Как известно, IL-10 является противовоспалительным цитокином, подавляющим воспаление. IL-17- определяется в тканях при возникновении хронического воспаления, в частности, при аутоиммунных заболеваниях, внеклеточных инфекциях, аллергических реакциях. В том числе, образование IL-17, связано с работой остеокластов, что делает данный цитокин маркером активности костной резорбции.

**Цель:** роль цитокинов венозной крови и костного ложа как маркеров течения воспалительных процессов при проведении амбулаторных хирургических вмешательств

**Задачи:**

1. Провести анализ литературных источников, используя междисциплинарный подход в изучении статей по иммунологии, в частности, на английском языке.
2. Ассистировать при проведении операций на кафедре хирургии полости рта, осуществляя забор венозной и капиллярной крови из костного ложа пациентов, подготовку пробирок с сывороткой, транспортировку и хранение.
3. Провести постановку иммуноферментного анализа на определение интерлейкинов IL-10 и IL-17 как в сыворотке венозной крови, так и местно из костного ложа.
4. Оценить значимость изменения IL-10 и IL-17 в венозной крови и местно, в костном ложе.

**Материал и методы:** в ходе исследования было собрано 33 микропробирки с сывороткой венозной и капиллярной крови. Всего в исследовании участвовало 16 пациентов. После однократного размораживания всех сывороток произведена постановка иммуноферментного анализа с использованием тест-систем на определение содержания как IL-10, так и IL-17: «ИФА-IL-17А» и «ИФА-IL-10» с помощью фотометра Multiskan Ex, (Китай).

**Результаты:** получены данные, позволяющие сравнить и оценить степень выраженности воспалительной реакции как местно, в тканях, так и в венозной крови пациентов, при проведении амбулаторных хирургических вмешательств.

**Выводы:** выраженность воспаления в тканях местно, как на клиническом, так и на молекулярном уровне выше, нежели по результатам, полученным в сыворотке венозной крови пациентов. При этом для группы пациентов с хроническими очагами инфекции вне обострения были характерны изменения IL-10, связанные с противовоспалительным

эффектом данного цитокина местно в тканях. У группы пациентов после проведения операции дентальной имплантации важным оказались изменения в значениях IL-17.

## **МЕТОДЫ ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЁННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Вастистова Анастасия Алексеевна**

Лечебный факультет, 4 курс, 34 группа

Кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., доцент Кулаков Олег Борисович

**Актуальность:** расщелины верхней губы, твёрдого и мягкого нёба (РГТМН) являются врождённой мультифакторной аномалией, которая в среднем встречается в 1 случае из 700 новорожденных. По литературным данным, на 10,000 новорожденных изолированные расщелины: верхней губы встречаются в 3,1 случаях, а твёрдого нёба – в 5,9 случаях; частота сочетанного повреждения губы и нёба составляет 5,6 случаев. На первом году жизни пациентам с сочетанными расщелинами необходима операция – хейлопластика. Затем в возрасте 12-15 месяцев проводится реконструкция твёрдого и мягкого нёба – уранопластика. Данные операции нередко приводят к гипоплазии верхней челюсти и формированию зубо-челюстных аномалий в возрасте 12-15 лет, когда происходит прорезывание постоянных зубов. Наиболее часто недоразвитие верхней челюсти проявляется в виде мезиальной окклюзии и сужении альвеолярного отростка верхней челюсти. По данным статистики, 25% - 60% пациентов с РГТМН обращались за коррекцией гипоплазии верхней челюсти. Ранее с этой целью применяли остеотомию по Le-Fort I с тотальным distractionным остеогенезом. Однако, в 2019г Таникаве Х. описал лечение зубо-челюстной аномалии у пациента после реконструкции врожденной расщелины губы и нёба при помощи методики переднего сегментарного distractionного остеогенеза (ПСДО) в сочетании с ортодонтическим лечением. Особенность данной методики заключается в том, что под воздействием дистрактора происходит сдвиг не всей верхней челюсти, а изолированно её переднего сегмента. Поэтому при использовании методики ПСДО риск возникновения велофрингеальной недостаточности значительно снижен, так как в процессе distraction назофарингеальный комплекс остаётся интактным. Формирование зубо-челюстных аномалий у пациентов с врожденными расщелинами верхней губы, твердого и мягкого неба могут происходить, как в сагитальном, так и в трансверзальном направлениях. Также существует

методика остеотомии верхней челюсти по Le-Fort I в сочетании с трансверзальным дистракционным остеогенезом, которая широко используется при лечении аномалий челюстей, но недостаточно распространена при лечении пациентов с РГТМН.

**Цели и задачи:** изучить и обосновать результативность применения методики остеотомии по Le-Fort I в сочетании с трансверзальным остеогенезом у пациентов с врождёнными РГТМН.

**Материалы и методы:** под нашим наблюдением с февраля 2017г. по июнь 2019 находилась пациентка В. 31 года с мезиальной окклюзией, сужением верхней челюсти и скученным положением фронтальной группы зубов, а также небным положением премоляров слева.

**Результаты:** с целью создания условий для проведения ортодонтического лечения выполнена остеотомия верхней челюсти по Le Fort I и средней линии с фиксацией небного дистракционного аппарата. Учитывая, что в области расщелины альвеолярного отростка сохранялся 12 зуб, и слизистая оболочка была сохранена после ранее проведенных операций, интраоперационно выполнена фиксация фрагментов верхней челюсти справа пластиной для остеосинтеза. Данное действие позволило равномерно расширить верхнюю челюсть на 7 мм и, таким образом, создать дополнительное место для правильного формирования зубной дуги верхней челюсти. Учитывая выполненное расширение верхней челюсти на 7 мм, при проведении ортодонтического лечения нам удалось сместить фронтальную группу зубов к средней линии и устранить мезиальное положение, а также создать необходимое перекрытие во фронтальном отделе зубного ряда. В результате проведенного комплекса лечения все велофарингеальные функции были сохранены. Срок лечения составил 28 месяцев.

**Выводы:** таким образом, применение метода трансверзального дистракционного остеогенеза при недоразвитии верхней челюсти в сочетании с ортодонтическим лечением может устранять аномалии развития челюстей и зубных рядов у пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области.

## **ОСОБЕННОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**Деккушев Рамазан Абдул-Кадирович**

Стоматологический факультет, 4 курс, 24 группа

Кафедра хирургии полости рта

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Лабис Варвара Владимировна

**Актуальность:** несмотря на совершенствование эндодонтического лечения хронических периодонтитов, а также консервативного лечения радикулярных кист челюстей, остаются востребованными такие хирургические вмешательства как: ампутация корней, гемисекция или резекция верхушек корней зубов, цистэктомии, цистотомии. По результатам проведенного обзора литературы основным контингентом среди пациентов являются взрослые люди, средний возраст которых составил 39,68 года. Чаще всего радикулярные кисты определяются у женщин в 51,96% случаев, а у мужчин лишь в 48,01% случаях. Основной их локализацией чаще всего является нижняя челюсть в области первых моляров.

**Цель:** анализ результатов гистологических исследований оболочек радикулярных кист при проведении хирургических вмешательств.

**Задачи:**

1. Изучить обзор литературы по теме: «Радикулярные кисты челюстей»;
2. При проведении оперативных вмешательств у пациентов с диагнозом: «Радикулярная киста» провести забор биоптатов удаляемых новообразований;
3. Выполнить гистологическое исследование полученных биоптатов;
4. Проанализировать результаты гистологических исследований биоптатов.

**Материал и методы:** образцы тканей в виде столбиков фиксировали в нейтральном буферном формалине в течении 24 часов. Затем промывали в проточной воде. Образцы тканей заливали в блоки и приготавливали полусерийные срезы толщиной 5 мкм. Срезы окрашивали по гематоксилином и эозином. Наиболее удачные срезы документировали с использованием микроскопа Leica DM2500 цифровой камерой с матрицей 5МПикс.

**Результаты:** было проанализировано три клинических случая с результатами гистологических исследований при проведении таких операций, как: ампутация щечных корней 26 зуба, цистэктомия 45 зуба, цистэктомия в области 36 зубов с его удалением. Выявлена особенность течения агрессивного роста радикулярной кисты, за счет включения пломбировочного материала в состав самой капсулы новообразования, а также фрагменты некротизированной костной ткани в третьем клиническом случае.

**Выводы:** эндодонтическое лечение не всегда приводит к успешному результату консервативных способов терапии, а иногда даже потенцирует рост новообразования в ответ на пломбировочные материалы, выводимые за верхушку корня.

## **РАЗРАБОТКА СПОСОБА ПОЛУЧЕНИЯ МИКРОЧАСТИЦ С ПОВЕРХНОСТЕЙ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ И ИХ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ С НАНОЧАСТИЦАМИ МЕТОДОМ ДИНАМИЧЕСКОГО СВЕТОРАССЕЯНИЯ**

**Джашеева Диана Иссаевна**

Стоматологический факультет, 4 курс, 23 группа

Кафедра хирургии полости рта

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Лабис Варвара Владимировна

**Актуальность:** дентальная имплантация является одним из самых востребованных и эффективных способов реабилитации пациентов с диагнозом: «вторичная адентия», - который проводится с применением как хирургических, так и ортопедических методов лечения. Риск возникновения осложнений воспалительного генеза в периимплантатном ложе остается актуальной проблемой, требующей изучения. Существует множество факторов, влияющих на процессы остеоинтеграции и дезинтеграции дентальных имплантатов. Обработка поверхности дентального имплантата, состав используемого сплава на основе  $TiO_2$ , по нашему мнению, может влиять на характер эмиссии нано и микрочастиц, высвобождающихся при механической нагрузке на дентальный имплантат. Такая эмиссия нано и микрочастиц может по-разному влиять на биологические процессы, происходящие в тканях, в частности на процесс воспаления.

**Цель:** сравнительный анализ нано и микрочастиц методом динамического светорассеяния с поверхностей двух систем дентальных имплантатов

**Задачи:**

1. Получить супернатанты, содержащие наночастицы, с поверхности двух систем дентальных имплантатов А. и Б.
2. Разработать способ получения супернатантов с поверхности дентальных имплантатов, содержащих микрочастицы.
3. Получить супернатанты, содержащие микрочастицы, с поверхности двух систем дентальных имплантатов А. и Б.
4. Провести сравнительный анализ супернатантов, содержащих нано и микрочастицы, с поверхности двух систем дентальных имплантатов А. и Б. методом динамического светорассеяния.

**Материал и методы:** в ходе исследования было использовано две системы дентальных имплантатов А. (8 единиц) и Б. (8 единиц), а также 4 контроля. Разработан способ получения микрочастиц с поверхности дентальных имплантатов в условиях *in vitro*. С поверхности 8 дентальных имплантатов систем А. и Б. получены микрочастицы в составе супернатантов. С поверхности других 8 дентальных имплантатов систем А. и Б., получены наночастицы в составе супернатантов, по разработанному ранее методу, описанному в патенте №2611013.

Всего исследовано 16 супернатантов и 4 контроля. Методом динамического светорассеяния проведено измерение и сравнительный анализ супернатантов, содержащих нано и микрочастицы, по трем параметрам: D (nm), ACR (kcps), PD (%).

**Результаты:** получены супернатанты, содержащие наночастицы с двух систем дентальных имплантатов А. и Б. Разработан способ получения микрочастиц с поверхностей дентальных имплантатов. Получены супернатанты, содержащие микрочастицы с двух систем дентальных имплантатов А. и Б. Проведена сравнительная характеристика полученных супернатантов, содержащих нано и микрочастицы.

**Выводы:** исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о разнице характеристик нано и микрочастиц, полученных разными способами с одной и той же поверхности дентальных имплантатов, как системы А., так и системы Б.

## **РАЗРАБОТКА НОВОГО ПРОТОКОЛА НЕМЕДЛЕННОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ НАЛИЧИИ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА**

**Кузьмин Максим Андреевич**

Стоматологический факультет, 4 курс, 23 группа

Кафедра хирургии полости рта

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Лабис Варвара Владимировна

**Актуальность:** немедленная имплантация, в частности, в области моляров верхней челюсти, является одной из наиболее сложных манипуляций в амбулаторной хирургической стоматологии из-за анатомических особенностей, связанных со взаимоотношениями корней зубов и верхне-челюстного синуса. Одним из осложнений при удалении зубов в данной области является перфорация Шнайдеровой мембраны, что на сегодняшний день делает одномоментную установку дентального имплантата невозможным, исходя из существующих хирургических протоколов. В связи с необходимостью сокращения сроков лечения, применения инновационных технологий и оптимизации лечебного процесса нами будет предложен протокол немедленной дентальной имплантации в области моляров верхней челюсти при наличии перфорации гайморовой пазухи.

**Цель:** разработка протокола немедленной дентальной имплантации при наличии перфорации гайморовой пазухи после удаления зубов верхней челюсти.

**Задачи:**

1. Оценить частоту вероятности перфорации гайморовой пазухи при удалении зубов на верхней челюсти;
2. Изучить способы закрытия перфораций гайморовой пазухи при удалении зубов и проведение операций синус-лифтинга;
3. Участие в проведении амбулаторных хирургических вмешательств: открытый синус-лифтинг; закрытие перфорации гайморовой пазухи при удалении моляра на верхней челюсти; одномоментная имплантация при наличии перфорации гайморовой пазухи;
4. Сформулировать и обосновать новый протокол немедленной дентальной имплантации при наличии перфорации гайморовой пазухи после удаления зубов в области верхней челюсти.

**Материалы и методы:** на основе проведенного обзора литературы и участия на операциях, сформулирован и предложен к применению новый метод комплексного лечения, предусматривающий одномоментное удаление зубов по поводу хронического периодонтита вне обострения. Проведение открытого синус-лифтинга при наличии перфорации гайморовой пазухи, без признаков хронического полипозного синусита в анамнезе пациента, одномоментную установку дентального имплантата в область сохраненной костной перегородки, с выкраиванием лоскута с вестибулярной стороны и ушиванием лунки удаленного зуба наглухо.

**Результаты:** разработан и предложен для дальнейшего внедрения в практику амбулаторного хирургического стоматологического приема новый метод комплексного лечения, включающий удаления хронического очага инфекции с одномоментным его восполнением, что оптимизирует время и качество лечения.

**Выводы:** современное оснащение клиники амбулаторной хирургической стоматологии позволяет использовать разработанный нами метод при удалении хронических очагов инфекции при наличии анатомически обоснованной перфорации верхнечелюстного синуса, с одномоментным проведением операции открытого синус-лифтинга и немедленной дентальной имплантации. Для внедрения разработанного метода в практику требуется отработка данной методики на животных моделях и клинические исследования, что станет целью нашей будущей научной деятельности.

**КОАГУЛОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ  
ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ К НОВЫМ ОРАЛЬНЫМ  
АНТИКОАГУЛЯНТАМ, С ЦЕЛЬЮ МИНИМИЗАЦИИ РИСКОВ РАЗВИТИЯ  
ПОСТЭКСТРАКЦИОННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.**

**Лабзенкова Мария Александровна**

Стоматологический факультет, 5 курс, 4 группа

Кафедра обезболивания в стоматологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Рязанцев Никита Андреевич

**Актуальность:** на сегодняшний день, самыми высокоэффективными, безопасными и удобными в применении лекарственными средствами являются новые оральные антикоагулянты (дабигатран, ривароксабан). Вмешательства в систему свертывания крови - это всегда риск геморрагических осложнений. Поэтому возникает закономерное и необходимое желание врача-стоматолога визуализировать действие препарата посредством лабораторного исследования. В стандартную систему контроля свертывающей системы крови входят следующие показатели: АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время), ПВ (протромбиновое время) и корреляционно зависимый с ним Протромбин по Квику, а также показатель МНО. Данные показатели определяют наличие в плазме пациента антикоагулянта.

В настоящее время отсутствует единый стандарт оптимально чувствительных к новым оральным антикоагулянтам показателей коагулограмм, который мог бы быть применим в ежедневной практике врача-стоматолога.

**Цель:** повышение безопасности стоматологического лечения пациентов, принимающих новые оральные антикоагулянты, на амбулаторном стоматологическом приеме, путем визуализации действия препаратов, посредством стандартных показателей коагулограмм.

**Задачи:**

1. Определить путем анализа коагулограмм 50 пациентов оптимально чувствительные к НОАК показатели.
2. Составить таблицу статистически значимых отклонений стандартных показателей гемостазиограмм от референсных значений.

**Материалы и методы:** в нашем исследовании приняли участие 50 пациентов: 36 мужчин и 14 женщин, средний возраст  $\pm 69$  лет. Лабораторная диагностика системы свертывания крови производилась с использованием анализаторов ACL TOP 500. Статистическая оценка результатов рассчитывалась по международной системе соотношения полученных значений и количества исследуемых лиц.

**Результаты и выводы:** из полученных данных можно сделать вывод, что на фоне приема ривароксабана удлиняется ПВ ( $\pm 22$  ссек) и незначительно АЧТВ (преимущественно при проведении скринингового теста на максимальной концентрации препарата в плазме крови). На фоне дабигатрана удлинены показатели АЧТВ ( $\pm 58$  ссек). Данные показатели

коагулограммы могут быть использованы для определения наличия препарата в крови пациента и расчета риска возможных геморрагических осложнений в ходе хирургических вмешательств.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОРТОГНАТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

**Михайлов Алексей Владимирович**, педиатрический факультет, 5 курс, 15 группа  
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

**Зарецкая Элина Георгиевна**, стоматологический факультет, 5 курс, 1 группа

**Дробышева Лия Алексеевна**, лечебный факультет, 4 курс, 33 группа

Кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.м.н.,

ассистент Свиридов Евгений Геннадьевич

**Актуальность:** в раннем послеоперационном периоде после ортогнатических операций одной из особенностей течения послеоперационного периода является выраженный отек мягких тканей лица. Факт наличия отека удлиняет период реабилитации пациентов и объективно доставляет дискомфорт в послеоперационном периоде. Кинезиотейпирование - относительно недавно пришедший в российскую медицину метод восстановительного лечения. В связи с чем начата работа по изучению возможностей кинезиотейпирования в реабилитации пациентов в челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.

**Материалы и методы:** отобрано 34 человека со скелетной аномалией и деформацией зубных рядов, обусловленной нарушением размеров и формы челюстей. Всем пациентам на дооперационном этапе была проведена фотография челюстно-лицевой области, сделано УЗИ мягких тканей лица с двух сторон. Группа включения: пациенты мужского и женского пола, оперированные по поводу мезиальной и дистальной окклюзии, гнатическая форма. У всех пациентов отсутствовали абсолютные противопоказания к операции. Группа не включения: отказавшиеся от участия в научной работе пациенты. Группа исключения: пациенты, оперированные по поводу других проблем, а также имеющие абсолютные противопоказания к проведению операции. Все пациенты прошли ортодонтический этап лечения, который был направлен на коррекцию зубных рядов для создания оптимальных условий к проведению ортогнатической операции. Всем пациентам в послеоперационном периоде была назначена одинаковая медикаментозная противоотечная терапия. 21 пациентам с мезиальной окклюзией

и 13 пациентам с дистальной окклюзией аппликации кинезиотейпов наложены на одну сторону средней и нижней трети лица на момент окончания операции с целью улучшения оттока лимфы в близлежащие регионарные лимфоузлы (поднижнечелюстные, надключичные)

для достижения противоотечного эффекта. УЗИ контроль и фотометрия проводилась на 3-й и 7-й день после операции, проведен анализ выраженности отека стороны с фиксированными тейпами со стороны, свободной от аппликаций.

**Результаты:** в послеоперационном периоде у всех пациентов наблюдался отек мягких тканей лица, однако у 26 человек на стороне с фиксированными тейпами отмечено выраженное уменьшение отека в сравнении с незатейпированной стороной. У 2 пациентов наблюдалось незначительное нарастание отека на стороне с фиксированными тейпами. У 6 пациентов величина отека с двух сторон была одинакова. Результаты подтверждены фотометрией и УЗИ контролем.

**Выводы:** пациентам после проведения ортогнатических операций рекомендовано использование кинезиотейпов с целью уменьшения послеоперационного отека и уменьшение сроков реабилитации пациентов.

## **РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ АНАЛИЗА КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

**Муртазалиева Бике Магомедовна**

Стоматологический факультет, 4 курс, 5 группа

Кафедра хирургической стоматологии

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет Министерства  
здравоохранения России

Научные руководители: к.м.н., доцент Абакаров Тагир Абакарович;

к.т.н., доцент Гафуров Керим Абсаламович

**Актуальность:** в современной стоматологической практике существует большой арсенал технических средств и инструментов, позволяющих сделать работу врача-специалиста более эффективной и надежной. Одним из бурно развивающихся направлений современной хирургической стоматологии является имплантология. Возможность проведения процедуры замены удаленного зуба имплантом позволяет получить комфортный для пациента зубочелюстной аппарат, без установки металлокерамических протезов, мостов и т.д. Технология установки зубных имплантов совершенствуется уже не первый год, и на сегодня является отлаженным технологическим процессом в стоматологической практике. При этом, вопросы, связанные с толщиной челюстной кости, ее прочностью, рыхлостью и возможности

установки в нее зубного импланта являются открытыми и требуют более глубокой проработки. Существующие на сегодняшний день методы ультразвукового зондирования, различные механические приспособления являются либо дорогостоящими, либо не обладают высокой точностью.

**Цель и задачи:** получение более усовершенствованного метода изучения плотности костной ткани, который основан на прохождении, анализе и измерении теплового потока через костную ткань. Определение структуры костной ткани челюстей и возможности установки в нее зубного импланта.

**Материалы и методы:** для разработки методики внутриворотного зондирования толщины и прочности челюстной кости в месте установки зубного импланта нами была выбрана методика анализа внутреннего состояния материалов посредством измерения и анализа теплового потока, проходящего через кость. Для этого с передней стороны челюсти в месте установки зубного импланта устанавливаются высокоточные термопреобразователи, преобразующие электрическое напряжение в тепловой поток. Данные элементы представляют собой полупроводниковые термоэлектрические преобразователи, работающие на эффекте Пельтье. На внутренней стороне челюстной кости противоположно установке термопреобразователей устанавливаются высокоточные датчики регистрации теплового потока, работающие на эффекте Зеебека.

**Результаты:** таким образом, мы получаем четкую картину теплового поля, прошедшего сквозь костную ткань и по скорости прохождения теплового потока регистрируем области с более плотным наполнением костной ткани.

**Выводы:** проведение экспериментальных исследований позволит разработать методические рекомендации по применению предлагаемой методики в хирургической стоматологии при проведении имплантации.

## **ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МАТЕРИАЛА «БИОПЛАНТ-К» НА КОСТНУЮ РЕГЕНЕРАЦИЮ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЦИСТЭКТОМИИ**

**Сапрыкина Екатерина Денисовна**

Стоматологический факультет, 4 курс, 7 группа

Кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный

руководитель: к.м.н., доцент Аснина Светлана Александровна

**Актуальность:** одонтогенные кисты в практике стоматолога-хирурга встречаются в 40,6 % клинических случаев. Основным методом лечения небольших кист (до 3 зубов в полости) является цистэктомия с резекцией верхушки корня. Но для резекции существуют определенные показания, такие как невозможность полного удаления кистозной оболочки из-за ее расположения. Следует отметить, что резекция верхушки корня приводит к функциональной непригодности зубов и впоследствии к их удалению. Для улучшенной регенерации послеоперационного костного дефекта используют различные остеопластические материалы как отечественного, так и зарубежного происхождения, например, «Колапол», «Биопласт-Дент», «Bio-Oss», «OsteOss» и другие. Но так как многие из них уже апробированы, то в этом исследовании изучается регенеративная способность деминерализованного костного трансплантата «Биоплант-К».

**Цель:** оценка регенерации костной ткани после цистэктомии с использованием остеопластического материала «Биоплант-К».

**Задачи:**

- 1) разработать методику заполнения костной полости деминерализованной костной крошкой «Биоплант-К»;
- 2) контроль за регенерацией кости в определенные сроки;
- 3) сравнение результатов остеопластики через 1, 3 и 6 месяцев.

**Материалы и методы:** для исследования выбрана группа из 18 пациентов, имеющих в анамнезе радикулярную кисту в области фронтальных зубов верхней челюсти. После проведения цистэктомии костный дефект заполнен биокомпозитным материалом отечественного происхождения «Биоплант-К». Для оценки результативности костной регенерации пациенты назначены на плановые осмотры и компьютерную томографию (КТ) с измерением плотности костного регенерата единицами Хаунсфилда спустя 1, 3 и 6 месяцев после проведения стоматологического вмешательства.

**Результаты:** рентгенологическое исследование, проведенное спустя 1 месяц после операции, показывает неровные и нечеткие контуры новообразованной кости. Спустя 3 месяца обнаружено появление трабекулярного рисунка на КТ. Через 6 месяцев наблюдается увеличение костного регенерата, единицы Хаунсфилда свидетельствуют об образовании костной ткани.

**Выводы:** таким образом, остеопластический материал «Биоплант-К» может быть использован в повседневной практике стоматолога-хирурга. «Биоплант-К» - деминерализованная ксенокость, которая благодаря индукции мезенхимальных клеток, стимуляции трофики тканей и восстановлению микроциркуляторного русла обеспечивает костную регенерацию

послеоперационного дефекта и, соответственно, сокращает время реабилитационного периода пациентов после проведения цистэктомии.

## **СВОБОДНАЯ ПЛАСТИКА ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ**

**ОБЛАСТИ Химин Нельсон Павлович**

Стоматологический факультет, 5 курс, 3 группа

Кафедра травматологии челюстно-лицевой области

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., доцент Кулаков Олег Борисович

**Актуальность:** в челюстно-лицевой хирургии широко практикуется методика свободной пересадки тканей, обеспечивающая физическую, функциональную и эстетическую реабилитацию пациентов с врожденными и приобретенными дефектами челюстно-лицевой области. Благодаря опыту предшествующих поколений врачей-хирургов, а также стремительному развитию методик и техник использования современных инструментов, сложных операционных систем, достижениям в области генной инженерии в наши дни для трансплантации могут использоваться многие ткани.

**Цель:** изучить биологическую основу свободно пересаженных тканей, показания к свободной пересадке тканей, современную технику пересадки на дефект, тактику ведения пациентов со свободно пересаженным кожным трансплантатом, оценить этапы и сроки регенерации тканей в области дефекта.

**Материал и методы:** этапы дермотрансплантации в челюстно-лицевой хирургии: анестезия зоны реципиентного участка, подготовка реципиентного участка, анестезия донорского участка, затем - забор кожного трансплантата с донорского (от руки с помощью скальпеля или дерматомного ножа Педжета, клеевого или электро- или пневмодерматомов). Кожный трансплантат с донорского участка переносят на реципиентную раневую поверхность с помощью лигатурных держалок, прошитых через края трансплантата, и подшивают к краям раны воспринимающего ложа по его периметру в положении физиологического натяжения тканей трансплантата. Для повышения вероятности приживления свободного аутодермотрансплантата в первые 1–2 дня после операции применяют локальную гипотермию и оксигенацию тканей, пропитывая повязки над трансплантатом 3%-ным или 6%-ным растворами перекисью водорода с глицерином

**Результаты:** для достижения быстрой регенерации первичным натяжением необходима тщательная оценка показаний и противопоказаний к свободной пересадке, выбора методики в

зависимости от размера дефекта. Период регенерации совпадает с началом реваскуляризации трансплантата, что отмечается с 3-го дня и продолжается до конца 2-го, а иногда и 3-го месяца. Наиболее активно процессы регенерации протекают между 5-ми и 10-ми сутками. Процесс завершается восстановлением эстетики и функциональной способности области дефекта.

**Выводы:** методика свободной пересадки, основанная на биологических свойствах тканей, отделенных от материнской почвы, благодаря хорошему кровоснабжению, быстрому восстановлению иннервации способствует заживлению первичным натяжением, предупреждению развития атрофических процессов в пересаженных тканях.

## **ГЕНОМНОЕ СЕКВЕНИРОВАНИЕ МИКРОБИОТЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

**Чахойн Карлен Сергеевич**

Стоматологический факультет, 4 курс, 23 группа

Кафедра хирургии полости рта

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Лабис Варвара Владимировна

**Актуальность:** несмотря на достигнутые успехи в современной дентальной имплантологии, актуальной остаётся проблема дезинтеграции дентальных имплантатов в отсроченном послеоперационном периоде, в частности, при проведении операций немедленной имплантации при удалении зубов с хроническими очагами инфекции. Этот процесс начинается с возникновения мукозита, в развитии которого, по литературным данным, активное участие принимают представители нормальной микрофлоры полости рта. При этом микробиота полости рта человека при таких состояниях остается недостаточно изученной, что в значительной степени связано с некорректным построением дизайна исследований, а также использованием устаревших и несовершенных методов микробиологической диагностики. На сегодняшний день одним из наиболее перспективных и точных исследований микробиоты различных локусов тела человека является полногеномное секвенирование образцов методом NGS.

**Цель:** разработка дизайна микробиологического исследования с отработкой методологических подходов и первичной пробоподготовкой исследуемого материала от пациентов после проведения операции дентальной имплантации.

**Задачи:**

1. Разработать дизайн исследования микробиоты полости рта пациентов после проведения операций дентальной имплантации в отсроченном послеоперационном периоде.
2. Отработать методологические подходы к пробоподготовке исследуемого материала для молекулярно – генетического исследования.
3. Отобрать и подготовить исследуемый материал для последующего проведения полногеномного секвенирования.

**Материалы и методы:** с помощью анатомической пипетки был произведен забор десневой жидкости 250 мкл из десневой борозды в области ранее установленных дентальных имплантатов у 5 пациентов после проведения операций дентальной имплантации в отсроченном периоде, не ранее чем через год после окончания ортопедического этапа лечения.

В качестве контрольного был отобран образец от пациента с «природной санацией» полости рта, не получавшего ранее стоматологического лечения. Отобранный материал 250 мкл десневой жидкости помещали в пробирки типа Эппендорф, добавляли консервант DNA/RNA Shield 1:2 и затем замораживали до  $-25^{\circ}\text{C}$ .

**Выводы:** отработаны методологические подходы, отобран и подготовлен исследуемый материал для последующего проведения полногеномного секвенирования. Исследование образцов методом NGS планируется на базе лаборатории клеточного симбиоза Института клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН. На следующем этапе будут проведены экстракция тотальной ДНК, подготовка, секвенирование библиотек ДНК и биоинформационный анализ полученных результатов исследования.

## **ПРИМЕНЕНИЕ НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ БЕСПИГМЕНТНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ФОТОАБЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА Чунихин**

**Никита Андреевич**, стоматологический факультет, 5 курс, 9 группа **Химин Нельсон Павлович**, стоматологический факультет, 5 курс, 9 группа Кафедра хирургии полости рта ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.м.н., профессор **Базикян Эрнест Арамович**

**Актуальность:** в последнее время заболевания пародонта имеют широкое распространение во всех возрастных группах, в том числе у лиц трудоспособного возраста, что оказывает существенное влияние на качество жизни. Агрессивное течение заболевания часто приводит к потере зубов. Патология пародонта связана не только с воспалительным процессом, но и с деструкцией костной ткани челюстных костей. Лечение данной патологии должно быть

комплексным и направлено как на устранение микробных агентов, так и на стимуляцию регенерации костной ткани. Таких результатов можно достичь только при использовании многофакторного подхода к лечению болезней пародонта с использованием физических факторов, в частности лазерных технологий. На сегодняшний день разрабатываются новые лазерные устройства, обладающие уникальными свойствами лазерного излучения, которые могут влиять на микробный фактор, удаление патологических тканей с помощью лазерной микрохирургии и одновременную стимуляцию регенерации. На кафедре хирургии полости рта разработали такое устройство, которое прошло лабораторные испытания. Чтобы изучить возможности нового лазерного устройства, необходимо проведение клинических исследований для определения эффективности его применения в комплексной терапии заболеваний пародонта.

**Цель:** сравнительная оценка клинических результатов, полученных при лечении болезней пародонта с применением новой лазерной технологии беспигментной лазерной фотоабляции и стандартной фотодинамической терапии.

**Материалы и методы:** в клиническое исследование было включено 30 пациентов средней возрастной группы (43 года (35-55 лет), 19 женщин и 11 мужчин с пародонтитом средней степени тяжести в соответствии с критериями включения, невключения и исключения. Все пациенты проходили лечение на базе клиничко-диагностического центра МГМСУ на кафедре хирургии полости рта и дали информированное согласие на участие в клиническом исследовании, были разделены на две равные группы, прошли клиническое обследование с определением пародонтального индекса (PI, Russel, 1956). Комплексную терапию начинали со механической и медикаментозной обработки пародонтальных карманов. Затем, в основной группе проводили беспигментную лазерную фотоабляцию тканей пародонта с использованием нового лазерного устройства с длиной волны 1265 нм в наносекундном импульсном режиме. В группе сравнения проводили стандартную фотодинамическую терапию с применением фотосенсибилизатора на основе хлоринов. Клиническую оценку состояния тканей пародонта проводили с использованием пародонтального индекса через 6 и 12 месяцев после проведенного лечения.

**Результаты:** до начала лечения в основной группе было обследовано 386 зубов. Значения пародонтального индекса до начала лечения: 0 – 32 зуба, 1 – 58 зубов, 2 – 108 зубов, 6 – 188 зубов. Через 6 месяцев после проведенного лечения: 0 – 78 зубов, 1 – 123 зуба, 2 – 201. Через 12 месяцев после проведенного лечения: 0 – 73 зуба, 1 – 105 зубов, 2 – 183 зуба, 6 – 25 зубов.

В группе сравнения до начала лечения было обследовано 375 зубов. Значения пародонтального индекса Рассела: 0 – 34 зуба, 1 – 56 зубов, 2 – 105 зубов, 6 – 180 зубов. Через

6 месяцев после проведенного лечения: 0 – 55 зубов, 1 – 92 зуба, 2 – 142 зуба, 6 – 86 зубов.

Через 12 месяцев после проведенного лечения: 0 – 44 зуба, 1 – 83 зуба, 2 – 118 зубов, 6 – 130 зубов. Таким образом, через 12 месяцев после проведенной терапии в основной группе количество зубов с пародонтальным индексом 6 значительно уменьшилось (с 188 до 25), чем в группе сравнения (со 180 до 130).

**Выводы:** включение в комплексную терапию болезней пародонта новой технологии беспиговой лазерной фотоабляции без использования фотосенсибилизаторов с длиной волны 1265 нм в наносекундном импульсном режиме излучения способствует уменьшению воспаления, снижению глубины пародонтальных карманов и достижению устойчивой ремиссии через 12 месяцев наблюдения.

## **СЕКЦИЯ ГУМАНИТАРНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ, ЭКОНОМИКА И ОСНОВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

### **ОТЛИЧИЕ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ ОТ ДЕФЕКТА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Алиева Зарипат Мунировна**

Лечебный факультет, 4 курс, 25 группа

Кафедра судебной медицины и медицинского права

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Косухина Оксана Игоревна

**Актуальность:** заключается необходимости проведения просветительской работы в рамках правового поля для студентов медицинских ВУЗов на фоне роста комиссионных экспертиз по делам врачей. Участие в написании новой учебной программы.

**Цель:** Представить разницу понятий «врачебная ошибка» и «дефект медицинской помощи» для студентов медицинского ВУЗа.

**Задачи:** - провести дифференцировку понятий «врачебная ошибка» и «дефект медицинской помощи»;

- объяснить специфику специалиста в области судебно-медицинской экспертизы и его роль при участии в комиссионных экспертизах;

**Материалы и методы:** материалами являются данные литературы по судебно-медицинской экспертизе и медицинскому праву, материалы архивных комиссионных экспертиз, уголовный

и гражданский кодекс Российской Федерации. В данном исследовании применен общелогический метод – классификация путем сравнения

**Результаты и выводы:** результатом является полное понимание в различении понятий «врачебная ошибка» и «дефект оказания медицинской помощи», исходя из результата, можно сделать вывод о необходимости проведения исследования в рамках участия в написании новой учебной программы.

Судебно-медицинский эксперт — врач, занимающий штатную должность в учреждениях судебно-медицинской экспертизы, прошедший обучение по специальности судебно-медицинская экспертиза и имеющий сертификат специалиста в данной области. Сертификата специалиста узкого профиля, например, «терапия», «кардиология», судебно-медицинский эксперт не имеет. Таким образом в рамках комиссионной экспертизы по врачебным делам привлекают консультантов той или иной специальности, либо специалиста в области организации здравоохранения (они оценивают, согласно ли стандартам врач провел лечение). Судебно-медицинский эксперт свою очередь анализирует заключения специалистов, которые оценили действия врача, и решает вопрос о наличии дефектов и связанный с ними неблагоприятный исход, переводя для юристов (суда) язык медицинский на язык юридический. Прежде чем пояснить положения о дефектах лечения, необходимо сказать, что такое недостатки лечения. Недостаток — любое действие (бездействие) медицинского работника при оказании медицинской помощи, которое по своим характеристикам не соответствует современным стандартам, требованиям нормативных актов, научно обоснованным принципам медицинской практики, теоретическим знаниям.

В свою очередь, дефект— недостаток, являющийся причиной наступившего неблагоприятного исхода, имеющий с ним прямую причинно-следственную связь Врачебная ошибка-невиновное причинение вреда вследствие добросовестного заблуждения без небрежности, легкомыслие, халатности.

Врачебную ошибки подразделяют на объективные и субъективные.

Субъективные:недостаточный практический опыт и квалификации, особо тяжелые заболевания и формы, требующие высокотехнологичных методик, особенности психофизического состояния.

Объективные: несовершенство знаний, несовершенство методик диагностики и лечения, трудность диагностики, недостаточное оснащение диагностической и лечебной аппаратуры, отсутствие достаточного количества времени, тяжелое состояние пациента.[1]

С учетом объективных причин к врачебным ошибкам, не влекущим юридическую ответственность, следует относить невиновные действия лечебных учреждений (их сотрудников), не нарушающие правила, установленные нормативными правовыми актами, но

повлекшие повреждения здоровья или смерть. Неслучайно термин «врачебные ошибки» отделен от термина «дефекты медицинской помощи». [2] Выделяют классификацию дефектов:

- 1) Дефекты определения тактики: необоснованный отказ в госпитализации, позднее направление на стационарное лечение, преждевременная выписка
- 2) Дефекты транспортировки: до стационара, внутри стационара
- 3) Дефекты диагностики: невыполнение минимума исследований, отсутствие дополнительных методов исследования в случае дифференциальной диагностики, неверная интерпретация данных, дефекты при проведении процедур
- 4) Дефекты лечения: несвоевременное медикаментозное лечение, назначение нескольких, несовместимых друг с другом препаратов, проведения противопоказанного лечения.[3]

Таким образом, существуют наиболее часто встречающиеся дефекты лечения, которые необходимо систематизировать. Данное положение имеет большую значимость, так как более четкое определение дефектов лечения в нормативных актах поможет будущим врачам быть осторожными при диагностике и лечении с целью достижения наиболее эффективного результата. Особенно, учитывая сегодняшнюю тенденцию к увеличению количества судебных исков о неправомерной деятельности медицинского персонала.

## **КИБЕРСТРАХОВАНИЕ КАК НОВЫЙ ВАЖНЫЙ ВИД СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ**

**Жукова Инесса Игоревна**

Факультет социальной работы, 3 курс 1 группа

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Хмель Александр Анатольевич

**Актуальность:** с развитием IT-технологий стала очень актуальной такая проблема как киберпреступность. Киберпреступность-это совокупность преступлений, совершаемых в киберпространстве с помощью или посредством компьютерных систем или компьютерных сетей, а также иных средств доступа к киберпространству, в рамках компьютерных систем или сетей, и против компьютерных систем, компьютерных сетей и компьютерных данных. К таким преступлениям относятся: распространение вредоносных вирусов, взлом паролей от важных учетных записей, кража номером банковских карт и их реквизитов, вмешательство в работу банковских систем, систем государственных органов с целью кражи важных данных.

Многие государственные системы, крупные банки и просто обычные пользователи сильно обеспокоены данной проблемой. Тем более, на сегодняшний день безналичная форма денег стала очень распространенной, а украсть безналичные деньги гораздо проще, чем наличные. И компаниям приходится искать выход из данной ситуации.

**Цель:** доказать, что киберстрахование – важный вид страхования, который необходимо развивать в РФ

**Задачи исследования:**

- 1) узнать данные о количестве киберпреступлений в России и в мире
- 2) выявить, развито ли в России киберстрахование
- 3) изучить законодательство РФ в сфере киберстрахования
- 4) предложить варианты развития киберстрахования в РФ

**Материалы и методы:** анализ данных Генеральной прокуратуры РФ по количеству киберпреступлений за 2019 год. Изучение политики в сфере киберстрахования таких крупных компаний как Сбербанк, АльфаСтрахование. AIG, Allianz. Используются такие методы исследования как анализ и синтез полученной информации.

**Полученные результаты:** в России за первые восемь месяцев 2019 года было совершено 180153 киберпреступления. Многие государственные системы, крупные банки и просто обычные пользователи сильно обеспокоены данной проблемой. Тем более, на сегодняшний день безналичная форма денег стала очень распространенной, а украсть безналичные деньги гораздо проще, чем наличные. В России многие компании, такие как Сбербанк, АльфаСтрахование. AIG, Allianz и многие другие, предлагают страховую защиту различных видов киберрисков.

На данный момент в России нет каких-либо стандартов в киберстраховании. В Федеральном законе от 27.11.1992 № 4015-1 "Об организации страхового дела в РФ" нет отдельной статьи, посвященной нарушениям в сфере IT-технологий.

Предполагается, что в ближайшее время ситуация в РФ изменится. В рамках национального проекта "Цифровая экономика" планируется создать масштабный рынок киберстрахования. Такой вид страхования может стать обязательным для крупных банков, аэропортов, вокзалов, стратегических отраслей промышленности и т.д. В рамках данного проекта планируют внести поправки в ФЗ "Об организации страхового дела в РФ" путем добавления в закон нового вида страхования.

**Основные выводы:** на данный момент рынок киберстрахования в России находится на начальном этапе и многие компании и организации еще не совсем понимают всю важность данного вида страхования. Но с каждым годом IT-технологии все больше внедряются в нашу жизнь, количество киберпреступлений увеличивается. Государство сильно обеспокоено

данной проблемой, и уже в ближайшие годы планируется мощное развитие киберстрахования. Оно может стать обязательным с 2020 года для фирм, которые относятся к стратегическим отраслям российской экономики. По нашему мнению, должна быть введена государственная поддержка с целью стимулирования развития данного вида страхования. Ведь государство также имеет риск кибер-атак различных систем, где хранится важная информация.

Также представляется целесообразным развитие государственно-частного партнерства в сфере киберстрахования.

## **ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КАК КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Кряжева Ксения Александровна**

Лечебный факультет, 5 курс, 1 группа

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Хмель Александр Анатольевич

**Актуальность:** с учетом современных тенденций, любая государственная и общественная структура, в том числе и система здравоохранения, требует периодической оценки качества своей работы, поэтому вопрос, связанный с оценкой различных показателей качества работы системы здравоохранения, является актуальным. Одним из важнейших направлений оценки качества работы системы здравоохранения является оценка медико-демографических показателей и их сравнение с другими странами. Своевременный контроль данных, преимущественно, обеспечит не только стабильность достигнутых показателей, но и послужит триггером к дальнейшему развитию медицины в целом.

**Цели и задачи:** оценить показатели ожидаемой продолжительности жизни населения, младенческой и материнской смертности, коэффициента общей смертности населения, как одну из групп критериев оценки качества системы здравоохранения. Провести сравнительную оценку исследуемых статистических данных Российской Федерации и Германии.

**Материалы и методы:** объект изучения – динамика показателей, приведенная в перечне научных статей и в государственных источниках Российской Федерации. Проведен анализ динамики показателей ожидаемой продолжительности жизни при рождении в Российской Федерации, коэффициента общей смертности, младенческой и материнской смертности за период с 2000 года по 2018 год в сравнении с Германией, имеющей сходную с российской возрастную-половую структуру населения, вследствие понесенных тяжелых демографических потерь в XX веке.

**Результат:** анализ динамики показателя средней продолжительности предстоящей жизни (СППЖ) в РФ указывает на то, что в период с 2000 года по 2003 год он составлял 64-65 лет, период роста начинается с 2004 года и продолжается вплоть до 2010 года (68-69 лет), что, однако значительно ниже, чем в Германии. Ожидаемая продолжительность жизни населения в Германии на 2000 год составила 77,98 лет, а на 2018 – 81,18 лет. В РФ происходит незначительное снижение положительной динамики на 2010 год, но в последствие, интенсивность роста продолжительности жизни повышается, составив к 2015-2018 году 71 - 72 г. В период с 2000 года по 2018, коэффициент общей смертности в РФ снизилось с 14,9 - 2000 года до 12,9 – 2018 года. В Германии коэффициент общей смертности на 2000 год достигал около 10,5, на 2018 год – 11,3. На 2000 год младенческая смертность в РФ составляла 15,3 на 1000, материнская – 45,15 на 100000 родившихся живыми, данный показатель с каждым годом стремительно уменьшался, и к 2018 году материнская смертность составила – 6,7 случая на 100 тысяч. Младенческая же смертность составила – 5,3 на 1 тыс. родившихся. Младенческая смертность в Германии в 2000 году составляла 4,39 на 1000 рожденных живыми, а на 2018 год - 3,03 на 1000 рожденных живыми. Материнская смертность на 2000 год равнялась примерно 7,0 на 100000, а на 2018 - 7,1 на 100000, но в промежутке с 2000 по 2015 год наблюдалось снижение материнской смертности до 5,0 на 100000.

**Выводы:** рассмотренная динамика демографических показателей, указывает на прогресс в работе здравоохранения. Сравнение рассмотренных медико-демографических показателей РФ и Германии указывает на определенное отставание показателей нашей страны. Но следует учитывать тот факт, что исследуемые статистические данные, зависят не только от работы здравоохранения. Это многофакторные показатели, зависящие и от благосостояния самого населения и социально-экономического уровня страны. Подводя итоги, можно сказать, что для дальнейшей положительной динамики цифр демографических показателей, следует уделить внимание не только усовершенствованию работы здравоохранения страны, но и остальным факторам влияния. Сравнив, также, демографические показатели Российской Федерации и Германии можно сделать вывод, что основная разница цифр наблюдается в ожидаемой продолжительности жизни населения. Значит основа разницы показателей заключается не столько в качестве работы здравоохранительных, сколько в условиях жизни населения и других факторов влияния.

## **МИФОЛОГИЧЕСКИЙ ОБРАЗ «СОН» В КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ.**

**Кузнецов Денис Сергеевич, лечебный факультет, 1 курс, 1 группа Кузнецов Данил**

**Сергеевич, лечебный факультет, 1 курс, 1 группа Кафедра латинского языка и основ**

терминологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени  
А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: к.ф.н.,  
доцент Тритенко Татьяна Владимировна

**Актуальность:** становление и развитие любой науки, а также формирование его терминологического аппарата, не может развиваться отдельно от исторического и культурного опыта. Это положение явилось темой, предлагаемой для рассмотрения в докладе.

В медицине присутствует достаточное количество терминов, описывающих состояние человека связанных с понятием «сон». Эти термины, связанные, как с патологией, так и с нормальным развитием человеческого организма, психики человека, включающие в состав греко–латинские корни (ТЭ), представляют интерес с точки зрения их номинации.

Например, термины, включающие в себя латинский термиоэлемент «*somn-*» - инсомния, парасомния, сомнобулизм, гиперсомния, диссомния. Данный ТЭ образован от латинского слова «*somnus*» - «сон». Но в культурно-философском мировоззрении это понятие связано с именем римского Бога сна «*Somnus*».

С другой стороны, продолжая ряд терминов со значением «сон», можно упомянуть термины, включающие в себя греческий термиоэлемент «*hypn-*» - гипноз, гетерогипноз, гипнонаркоз, гипнолепсия, гипнопедия, гипнотизация, который образован от греческого слова «*υπνος*» - сон.

В греческой мифологии «*Υπνος*», также, представляет образ Бога сна. Таким образом, целью работы является рассмотрение ряда терминов клинической терминологии со значением «сон» и их смысловые связи с образами греческой и римской мифологии. Области употребления терминов с тем или иным ТЭ, возможные закономерности функционирования терминов.

**Материалы и методы:** в исследовании материалом послужили медицинские клинические словари, психологические словари, учебник по латинскому языку и основам медицинской терминологии, мифологических словари.

В ходе исследования:

1. Проанализированы термины, в состав которых входит ТЭ «*somn-*» (от лат. «*somnus*»- «сон»), : «*insomnia*» («*in-*, латинская приставка со значением «отсутствие»»), «*parasomnia*» («*para-* греческая приставка со значением «отклонение от нормы»»), «*somnambulismus*» («*ambul-* ходить во сне»). Можно допустить, что данные термины обозначают патологические заболевания (отклонение, избыточность).
2. Проанализированы термины в состав которых входит ТЭ «*hypn-*»: «*heterohypnosis*» («*hetero* греч.- один из двух, другой, иной»), «*hypnolepsia*» («*leps* греч.- брать, хватать»), «*hypnopaedia*» («*paedia* греч.- учение, воспитание»), «*hypnonarcosis*» («*narcosis* греч.- онемение,

оцепенение»). Все представленные термины являются онтологическими или обозначают не патологические состояния.

**Вывод:** На примере рассмотренного материала можно предположить, что термины с ТЭ «*somn-*» в медицинской терминологии обозначают патологические состояния, болезни. Термины с ТЭ «*hypn-*» не носят понятия патологии, больше связаны с различными состояниями психики человека или выявляют воздействие со стороны на психику здорового индивида.

3. Существует ряд терминов-синонимов с тем же значением «патология» сна, например, «Синдром Эльпинора», также, имеющим отношение к мифологическим образам. В ряде клинических терминов, связанных с понятиями области сна, присутствуют имена «родственников» мифологических героев, олицетворяющих «сон»: Морфей, Фантас, Фобетор, Танатос, Лета и др. (летаргия – долгий сон, морфий, применяющийся в медицине для обезболевания, гипнофобия – боязнь гипнотического воздействия, фантазии - самоизображение бессознательного, с точки зрения патопсихологии) и др.

**Вывод:** все вышеуказанные термины связаны с образами мифологических героев, напрямую или опосредовано. Можно предположить, что понятие медицинского термина (терминологические характеристики) и литературного образа (личностные, поведенческие и изобразительные характеристики), так или иначе, совпадают. Следовательно, мифологическое общекультурное знание является составной частью специального медицинского знания, помогает определению, запоминанию, усвоению специального научного знания. И, с другой стороны, помогает погружению в область культурологических образов.

## ТЕМА СИФИЛИСА В ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

**Медведев Кирилл Игоревич**

Лечебный факультет, 4 курс, 10 группа

Кафедра кожных и венерических болезней

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.м.н.,

профессор Голоусенко Игорь Юрьевич

**Актуальность:** несмотря на снижение показателей заболеваемости сифилисом в РФ, эпидемиологическая ситуация остается неблагоприятной: отмечается рост латентных форм, увеличение числа случаев нейросифилиса и выявления ранних форм у подростков. Так как в художественных произведениях 16-20 веков мастерски описывается клиническая картина

этого тяжелого заболевания, мы посчитали возможным вспомнить наиболее яркие образы в доступной нам литературе.

**Цель и задачи:** целью нашего исследования явился поиск описания проявления разных форм сифилиса в литературе.

В задачи исследования входило изучение художественной литературы разных лет и выявление описанных авторами случаев сифилиса.

**Материал и методы:** материалом служили произведения авторов от Д. Фракасторо (16 век) до С. С. Юшкевича (1911), в которых имелись упоминания о сифилисе, намеки на него в той или иной форме.

**Результаты:** в результате проведенного изучения зарубежных и отечественных литературных произведений были найдены красочно, интересно и талантливо описанные случаи вторичного и третичного сифилиса.

**Выводы:** учитывая отсутствие в современной художественной литературе яркого описания проявлений различных периодов сифилиса, можно рекомендовать чтение таких писателей как: М. Горький, Д.С. Мережковский, А. И. Куприн, А. Конан Дойль. Умение этих авторов создавать яркие художественно-образные формы помогут навсегда запечатлеть в умах читателей тяжелые последствия этого заболевания.

## **ЭВОЛЮЦИЯ ТЕРМИНА «БРУКСИЗМ»: КОНТЕКСТ И МЕДИЦИНСКАЯ ТРАДИЦИЯ**

**Родионова Алина Андреевна**

Стоматологический факультет, 3 курс, 7 группа

Кафедра латинского языка и основ терминологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени  
А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: старший  
преподаватель Дрозд Елена Алексеевна

**Цель:** состоит в том, чтобы рассмотреть историю развития понятия «бруксизм», в общих чертах коснуться проблемы его врачевания, описанного в медицинской литературе в различных исторических эпохах.

**Задачи:** проанализировать медицинские источники Античности, Средневековья и Возрождения, провести этимологический анализ понятия «бруксизм» в греческом, латинском, романских и русском языке, рассмотреть некоторые фразеологические обороты.

**Актуальность:** состоит в том, что в современном мире люди, страдающие различными тяжелыми заболеваниями, в том числе и бруксизмом, чувствуют себя незащищенными и социально не адаптированными. Мы должны сделать все, чтобы они почувствовали себя полноценными членами общества.

**Материалы и методы:** материалом исследования послужили тексты античных и средневековых медицинских авторов, ученых эпохи Возрождения, современные исследования, энциклопедические словари, медицинские справочники, религиозные источники. В работе используется историко-филологический метод исследования.

**Результаты работы:** в ходе исследования были изучены основные теории возникновения бруксизма. Нельзя не обратить внимания на то, что античная медицина в вопросе об этиологии бруксизма высказала важные, принципиальные суждения. В докладе подробно представлены все известные описания бруксизма. В докладе прослеживается определение бруксизма у Гиппократ, К.Гален, Э.Бурде. Гиппократ (около 460 г. до н.э.) выделял психологический и неврологический фактор в этиологии бруксизма, признавал его полиэтиологичность. Выдающийся древнеримский врач К.Гален (129-207гг. н.э.) так же придерживался неврологической теории возникновения бруксизма. Проанализировав различные религиозные источники, можно отметить, что в Средневековье бруксизм не относился к категории болезни. Скрежетание зубами представлялось как связь с дьяволом, «божья кара». Французский дантист Этьен Бурде не только диагностировал, но и лечил такое заболевание как бруксизм. Методика лечения заключалась в том, что дантист подпиливал зубы, поправлял прикус. В исследовательской работе представлены иллюстрации из анатомического атласа, гравюры и литографии, иконы, позволяющие визуально оценить, как люди представляли себе страдающих скрежетанием зубов и их душевное состояние. Лингвистический анализ показал, что, термин «бруксизм» - (bruxismus: греч. «brucho» - скрежетать зубами) впервые встречается у М.Кароли, который в 1901г. предложил обозначить бруксизм как «травматическая невралгия - «neuralgia traumatica». Под этим понятием обозначался спазм жевательной мускулатуры, связанный с изменениями в центральной нервной системе. Стоит отметить, что в некоторых научных источниках нередко встречается термин «бруксомания» от греческого «bruschein» - стирание зубов и «mania» - расстройство психической деятельности. В работе рассматриваются примеры фразеологических оборотов с термином бруксизм из классической литературы.

**Вывод:** анализ результатов исследования позволяет сделать вывод, что античная медицина высказала важные принципиальные представления о проявлении этого заболевания. Но вопросы этиологии, клинических симптомов и эффективных методик лечения бруксизма остаются до сих пор открытыми. Не стоит забывать простую истину, которую завещал

Гиппократ: «Болезнь легче предупредить, чем лечить». Современная медицина немаловажное значение уделяет разработке профилактических мер по возникновению бруксизма.

## **РОЛЬ ТРУДОВ ГИППОКРАТА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ**

**Ротова Ульяна Алексеевна**, стоматологический факультет, 1 курс, 4

группа **Ротова Ангелина Алексеевна**, стоматологический факультет, 5

курс, 2 группа Кафедра латинского языка и основ терминологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.ф.н.,

профессор Новодранова Валентина Фёдоровна

**Актуальность:** греческий врач Гиппократ является «отцом» европейской медицины. Его легендарное имя стало символом врачебного искусства не только древней Греции, но и всего древнего мира. Мало кто не слышал о «Клятве Гиппократа» с её нравственными правилами: не одно поколение медицинских работников из года в год даёт данную клятву на благо людей.

В настоящее время, когда общество активно участвует в обсуждении проблемы «качество здоровья», труды Гиппократа не теряют своей актуальности.

**Цель и задачи:** сравнение современных и античных принципов медицинской биоэтики и врачевания на основе анализа литературных источников.

**Материалы и методы исследования:** был проведен анализ 37 отечественных и 55 зарубежных литературных источников. В нашем исследовании осуществлено сравнение медицинских методов лечения времён античности и современности. За основу были взяты сведения о трудах Гиппократа отечественных и зарубежных авторов, сохранившиеся до наших дней, философские и нравственные принципы медицины, применяемые в современной системе врачевания и врачебной этике.

**Результаты и выводы:** по результатам анализа литературных источников, можно сделать вывод о том, что современная медицина несомненно связана с именем этого выдающегося врача. Медицинская наука обязана Гиппократу за учения о темпераменте человека, за определение стадийности протекания различных заболеваний. Фундаментом для большинства научных открытий служат работы, вошедшие в «Сборник Гиппократа». Гиппократ сформулировал ряд правил врачебной этики, сохранившихся и применяемых в медицинских учреждениях в наши дни. Об этом свидетельствует основополагающий принцип «Не навреди», вошедший в книгу «Принципы биомедицинской этики» Тома Бичампа и Джеймса Чилдрессона, где за основу были взяты строки из «Клятвы Гиппократа». Стоит отметить, что одной из заслуг Гиппократа является принцип индивидуального подхода к пациенту: «Как бы

ни был взволнован больной, какие бы основания не имелись для этого волнения, врач, в первую очередь, должен и своим видом, и словом успокоить больного». В «Сборник Гиппократата» вошли термины, употребляемые в медицине в наши дни. Многие термины носят имя Гиппократата: скамья Гиппократата, шапочка Гиппократата, маска Гиппократата и другие.

## **ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В РОССИИ, КАК ФАКТОРА РИСКА ЗДОРОВЬЮ**

**Рувинаова Раиса Давидовна**

Лечебный факультет, 5 курс, 1 группа

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Хмель Александр Анатольевич

**Актуальность:** улучшение показателя общественного здоровья невозможно без успешной борьбы с поведенческими факторами риска здоровью, к числу наиболее опасных из которых относится употребление алкоголя. Алкогольная зависимость и злоупотребление алкоголем (спиртными напитками) - одна из основных причин высокой смертности и низкого качества жизни, которая в свою очередь довольно серьезно отражается на демографических показателях. По данным ВОЗ превышение 8 литров алкоголя на душу населения в год – опасно для жизни и здоровья человека.

**Цель и задачи:** сопоставление потребления алкоголя и смертности в пределах нашей страны и анализ фактических данных.

**Материалы и методы:** в ходе исследования использовался метод выкопировки данных из различных медико-статистических источников.

**Результат:** рассмотрим динамику потребления алкоголя в РФ, в литрах на душу населения за последние 15 лет. По статистике министерства здравоохранения Российской Федерации в 2005 году (далее упоминается как г.) - 18,7 литров (далее упоминается как л.); в 2006 г. - 17,5 л.; в 2007 г. - 17,8 л.; в 2008 г. - 15,7 л.; в 2009 г. -13,5 л.; в 2010 г. – 11,4 л.; в 2011г. - 12,9 л.; в 2012 г. - 12,3 л.; в 2013 г. -11,6 л.; в 2014 г. -11,5 л.; в 2015 г. -10,7 л.; в 2016 г. -11,7 л.; в 2017 г. - 9,5 л.; в 2018 г. - 9,3 л. За время с 2005 по 2015г. стандартный коэффициент смертности из-за причин, связанных с употреблением алкоголя снизился у мужчин на 46% и у женщин на 49%. С 2008 по 2017гг. снизилось количество больных с диагнозом «алкоголизм» на 37% (с 1,46 % до 0,88 % населения). Согласно статистике Росстата, смертность в 2015 г., связанная с алкоголем - более 58,4 тысяч человек, а это 3% смертей от всех причин. С 2016 г. смертность

снизилась на 13,5%. Тем не менее в 2018 г. смертность от употребления алкоголя все еще больше, чем суммарное количество смертей вызванных транспортными происшествиями разных видов (1%), убийств (0,4%), самоубийств (1%). С 15,7 литров на человека в 2008 году потребление алкоголя снизилось до 9,3 в 2018 году.

**Выводы:** причины высокого потребления алкоголя, как нам представляется, является стресс, переживаемый значительными группами населения вследствие крупномасштабных общественно-политических, экономических и социальных перемен 1990-х годов и начала 2000-х годов. В тех сложных условиях население искало доступные стресс-стабилизаторы, к числу которых относится употребление алкоголя. Стабилизация и снижение потребления алкоголя во второй половине 2000-х и в 2010-е годы XXI века, может свидетельствовать о стабилизации экономического положения государства, подъеме национального самосознания, успешной реализации Федерального Закона №171-ФЗ «о государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции». По нашему мнению, уточнение данной рабочей гипотезы возможно путем проведения медико-статистических и социологических исследований в различных возрастных и социальных группах населения.

## **PER ASPERA AD ASTRA: «ЗВЕЗДНЫЕ» СЛОВА В ЯЗЫКЕ НАУКИ, КУЛЬТУРЫ И МЕДИЦИНЫ**

**Турсунов Ибрагим Исмоилжонович**

Лечебный факультет, 1 курс, 8 группа

Кафедра латинского языка и основ терминологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: старший преподаватель Васильева Татьяна Валерьевна

**Актуальность:** греко-латинская лексика является неиссякаемым источником для образования терминов различных областей знания, науки и культуры. В их числе греческие термины (ТЭ) *astero-*, *astro-* «звезда» и латинские *stella* «звезда», *stellaris* «звездный». Они относятся к терминологии тех дисциплин, которые используют эти ТЭ в их прямом значении: «Астро.. – часть сложных слов, относящихся к внеземным объектам и изучающим их наукам» (Санько Н.В. *Астрономический словарь*). Вместе с тем сфера употребления данных ТЭ значительно шире и охватывает также и другие области знания. ТЭ, реализующие в процессе своего словоупотребления не только прямое значение, но и переносное, метафорическое, всегда использовались в терминологии тех наук, которые так или иначе

связаны с человеком и его деятельностью в самом широком смысле. Таким образом, изучение «звездных слов» – терминов и ТЭ со значением «звезда», «звездный» в языке науки, культуры и медицины позволило бы расширить горизонты, уточнить наши знания о мире и о себе.

**Цель:** анализ терминов и ТЭ, имеющих значение «звезда», «звездный» в научной и медицинской терминологии, а также в языке культуры, с точки зрения их значения и словоупотребления.

**Задачи:** выявить слова, термины и ТЭ со значением «звезда», «звездный», «звездчатый»; дать этимологический и лексико-семантический анализ терминов и ТЭ *astero-*, *astro-*, *astrum*, *stella*, *stellaris*, *stellatus*. **Материалом** для исследования послужили различные словари: энциклопедические, мифологические, специальные, этимологические; научно-исследовательская литература.

**Методы:** в исследовании применялись методы сплошной выборки, этимологического и лексико-семантического анализа.

**Результаты:** анализ показал, что все исследуемые ТЭ имеют общий индоевропейский корень *\*ster-/\*stel-* «звезда», который встречается также и в других индоевропейских языках: готском, армянском, таджикском, тохарском, кельтском, немецком (*Stern*), английском (*star*) и др. Греч. *astron* (отсюда – астрология, букв. «берущий звезды», древний астрономический инструмент) в латинском языке стало писаться как *astrum*. Уже от него образовано прилагательное *astralis* (астральный), которым называются мифы о созвездиях; а в оккультизме – тонкий, иноматериальный мир. Выражение *Stella Maris* «Морская Звезда» является одним из названий Полярной Звезды, а в католической традиции – олицетворением Девы Марии. Лат. прилагательное *stellatus* «звездчатый» образует термин *Arothron stellatus*, вид тропических лучепёрых рыб из семейства иглобрюхих. ТЭ *astro-* является частью термина *astrocytus* астроцит: нейроглиальная звездчатая клетка. Эти клетки стали объектом пристального внимания нейробиологов, которые обнаружили у них ранее не известные функции. Вот заголовок статьи на эту тему: *Astrocytes: Multitalented Stars of the Central Nervous System* (Астроциты: звезды центральной нервной системы, обладающие многочисленными талантами). Как мы видим, содержащаяся в термине *astrocytus* метафора позволяет автору статьи выгодно обыграть ее, актуализировать, и тем самым привлечь внимание к своей работе. **Выводы:** термины и ТЭ со значением «звезда», «звездный», «звездчатый» широко используются в различных областях знания, в языке науки, культуры и медицины. Кроме того, они в форме афористической мысли напоминают человеку о его предназначении – быть творцом своей жизни, добиваться успеха, идти к своей мечте: *Per aspera ad astra!*

# ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ДОВЕРИЯ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ В РФ

Углёва Диана Витальевна

Экономический факультет, 3 курс, 1 группа

Кафедра экономического анализа и прогнозирования

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.э.н., доцент Халтурин Роман Александрович

**Актуальность:** медицина является одной из нескольких уникальных отраслей по количеству и вовлеченности в нее человек, что предполагает большой масштаб взаимодействия людей. В настоящее время в медицине теряется индивидуально-личностная ориентированность на пациента, медицинская услуга оказывается строго по утвержденным стандартам, уходя все больше в правовое поле. Как показывает практика, со стороны пациентов такой подход вызывает скептическое отношение, поэтому многие люди не доверяют врачам и предпочитают, сначала самостоятельно разбираться в вопросе, например с использованием интернета. Доверие выступает важной категорией в системе взаимоотношений врача и пациента, может выступать показателем эффективной медицинской помощи. Сегодня как никогда важно развивать между врачом и пациентом модель взаимоотношений в виде партнерства и сотрудничества. Выстраивание доверительных отношений между пациентами и врачами для эффективного функционирования системы медицинской помощи представляется актуальной темой исследования. В медицине необходимо ориентироваться на формирование эффективных коммуникаций, создать атмосферу доверительности и ответственности, успешно доводить до пациентов медицинскую информацию, мотивируя их к лечению.

**Цель:** проанализировать уровень доверия пациентов к медицинским работникам в РФ.

**Задачи исследования:**

1. Рассмотреть взаимоотношения пациентов и медицинских работников в РФ.
2. Выявить основные причины недоверия пациентов к медицинским работникам.
3. Разработать рекомендации по повышению уровня доверия пациентов к медицинским работникам.

**Материалы и методы:** автор использует современный методологический инструментарий, активно применяемый исследователями. В работе использованы методы анализа первичных и вторичных источников, синтеза, дедукции, формализации и др. Исследованы научные издания и публикации, нормативно-правовые акты, данные Федеральной службы государственной

статистики и Всероссийского центра изучения общественного мнения, свободные Интернет-ресурсы, печатные издания, доклады и выступления должностных лиц на конференциях, форумах и т.д.

**Результаты проведенных исследований:** проведенный анализ показал, что уровень доверия граждан к медицинским работникам в Российской Федерации в последние несколько лет значительно уменьшился. Помимо этого, ниже, чем раньше стали оцениваться такие показатели, как статус и доходность профессии врача. Стоит отметить такие проблемы, как недоступность медицинской помощи, нехватка оборудования и медицинского персонала.

В свою очередь, пациенты государственных или муниципальных клиник отмечают следующие наиболее вероятные причины недоверия к врачам: несвоевременное оказание медицинской помощи, долгое ожидание записи к нужному специалисту, назначение платных услуг, невозможность получить все услуги в одном месте, низкий уровень культуры медицинских работников, возникновение конфликтных ситуаций при посещении медицинской организации.

**Выводы:** по результатам исследования можно предложить следующие рекомендации по установлению доверительного отношения пациентов к медицинским работникам в Российской Федерации:

- повысить уровень культуры медицинских работников;
- предоставлять пациенту полную и доступную информацию о диагнозе;
- обеспечивать комфортное пребывание в медицинской организации;
- поддерживать высокий уровень доступности и качества оказываемых услуг;
- увеличить количество медицинского персонала в отделениях;
- скорректировать время общения непосредственно врача и пациента по сравнению с тем временем, что уделяется бумагам и компьютеру;
- проводить психологические тренинги с медицинскими работниками по профилактике эмоционального выгорания, воспитания «терпимости» к больному.

## **АВЛ КОРНЕЛИЙ ЦЕЛЬС О ЗДОРОВЬЕ: ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

**Федоров Александр Алексеевич**

Лечебный факультет, 1 курс, 8 группа

Кафедра латинского языка и основ терминологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: старший преподаватель Васильева Татьяна Валерьевна

**Актуальность:** трактат Авла Корнелия Цельса «О медицине» является важным источником наших знаний об античной медицине догаленовского периода. Не меньшую ценность представляет и язык этого произведения, которое знакомит образованного римского читателя с богатством греческой медицинской мысли и пестротой ее терминологии. Поиск адекватного перевода греческих терминов, а также обобщение и систематизация уже существующей латинской медицинской лексики привели Цельса к созданию латинской медицинской терминологии. Большая часть терминов трактата вошла в международную анатомическую номенклатуру, некоторые из них стали частью клинической, а ряд высказываний Цельса, связанных с врачеванием и здоровым образом жизни, стал достоянием медицинской афористики.

**Целью:** исследования является анализ терминов, обозначающих здоровье. Для достижения поставленной цели ставятся следующие задачи: определить научные взгляды автора и его отношение к различным медицинским школам, его методологический подход к способам лечения, медицинской практике; выявить в тексте трактата термины, обозначающие здоровье и дать их лексико-семантическую характеристику.

**Материалом:** исследования послужил текст научного трактата Авла Корнелия Цельса «О медицине», данные этимологических и толковых словарей латинского языка. В работе были использованы методы этимологического, словообразовательного и лексико-семантического анализа, метод сплошной выборки.

**Результаты:** исследования показали, что в своей методологии Цельс использует принципы как догматической, так и эмпирической школы, не примыкая ни к одной из них. Он стоит на основе рациональной медицины, но с упором на практическую деятельность врача. Главной задачей медицины Цельс считает сохранение здоровья для здоровых людей и восстановление здоровья для больных. Анализ показал, что для обозначения здоровья автор использует два основных термина: *sanitas* и *valetudo*. При этом первый обозначает также «здоровье, здравый смысл, рассудительность, разумность». Основное значение термина *valetudo* – «состояние здоровья, самочувствие», что предполагает некоторую вариативность. Идея хорошего самочувствия выражается у Цельса двусловным термином *secunda valetudo*, а идея плохого самочувствия – *adversa valetudo*. Прилагательные *secunda* и *adversa* являются антонимами, имеющими первоначальное значение «направленность действия»: «направленный в сторону следования, попутный» и «направленный в лицо, встречный». Переносное значение развилось под влиянием религиозной практики гаданий: *secunda valetudo* значит «здоровье, обретенное при благоприятных предзнаменованиях», а *adversa valetudo* – «здоровье, обретенное при неблагоприятных предзнаменованиях». Термины *sanitas* и *valetudo* образуют целый комплекс

однокоренных слов и дериватов, представленных в лексических фондах многих европейских языков.

**Выводы:** употребление Цельсом терминов, обозначающих здоровье, обусловлено той идеологической задачей, которую ставит автор произведения: обозначить важность соблюдения правильного образа жизни, сохраняющего здоровье, и опасность его нарушения, приводящего к нездоровью.

## **ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО КАК ИНСТРУМЕНТ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ВНЕБЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВ В СФЕРУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Хлус Максим Сергеевич**

Экономический факультет, 4 курс, 1 группа

Кафедра экономического анализа и прогнозирования

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.э.н., доцент Халтурин Роман Александрович

**Актуальность:** в настоящее время в России реализуется большое количество масштабных инфраструктурных проектов, в частности в сфере здравоохранения, которое можно отнести к социальной инфраструктуре. Для реализации инфраструктурных проектов мало лишь бюджетного финансирования, необходимо изыскивать внебюджетные инвестиции. Одним из источников внебюджетного финансирования социальной инфраструктуры может стать инструмент государственно-частного партнерства (далее – ГЧП). Партнерское взаимодействие государства и бизнеса является необходимым условием развития инфраструктуры страны. ГЧП представляет стратегическую значимость для повышения показателя ВВП России. Применение механизмов ГЧП на практике требует от представителей власти и частного бизнеса знаний административного права, финансового права, налогового права, гражданского права, а также общей теории права и экономики. Сфера здравоохранения является привлекательной для бизнеса ввиду компенсации затрат за счет платежей системы обязательного медицинского страхования и платных услуг. Таким образом, открываются широкие возможности использования ГЧП в сфере здравоохранения, что подчеркивает актуальность данного исследования.

**Цель:** провести анализ функционирования государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.

**Задачи исследования:**

4. Рассмотреть ключевые аспекты функционирования ГЧП в РФ.

5. Выявить особенности применения ГЧП в сфере здравоохранения.
6. Оценить перспективы развития механизма ГЧП в сфере здравоохранения в РФ.

**Материалы и методы:** в работе используются методы анализа первичных и вторичных источников, индуктивных обобщений, дедукция, формализация и др. Автор исследовал и проанализировал учебники, монографии и учебные пособия по исследуемой теме, научные статьи, нормативно-правовые акты и документы Российской Федерации (как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов РФ) в сфере ГЧП, словарь экономических терминов, данные Национального Центра ГЧП, свободные Интернет-ресурсы, доклады и выступления ученых на конференциях и форумах и т.д.

**Результаты проведенных исследований:** исследование показало, что для строительства и модернизации инфраструктурных объектов в сфере здравоохранения недостаточно только бюджетных средств, необходимо привлекать частный бизнес, который обладает необходимыми средствами и технологиями, а также современными навыками управления крупными проектами. ГЧП в сфере здравоохранения представляет собой долгосрочный контракт, заключаемый между государственной организацией и одной или несколькими частными компаниями, которые имеют статус юридических лиц. Этот контракт реализуется в виде концессионного соглашения или соглашения о государственно-частном партнерстве. Концессионные соглашения являются наиболее распространенной моделью взаимодействия государственного сектора с частным. В качестве примеров проектов ГЧП в здравоохранении стоит отметить реконструкцию «Центра планирования семьи и репродукции» в г. Казань, строительство и оснащение корпуса Центра экстракорпоральной гемокоррекции и трансклинической физиологии ГБУ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Сердавина» в Самарской области, создание сети поликлиник в г. Новосибирск и др.

**Выводы:** проведенный анализ реализации проектов в сфере здравоохранения показал, что оказание медицинской услуги частным сектором позволяет сократить издержки на содержание объекта и повышает качество управления им. ГЧП является перспективным и эффективным способом сократить государственные расходы на реализацию инфраструктурных проектов в сфере здравоохранения, поэтому органы власти заинтересованы в применении механизма ГЧП. В настоящее время накоплен определенный опыт реализации проектов ГЧП в сфере здравоохранения, который позволяет повысить их количество и качество, а государству и бизнесу получить выгоды.

## **ВОЛАНД И ИЕШУА БУЛГАКОВА: ФИЛОСОФСКИЕ И ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ**

**Чернышева Ольга Олеговна**, лечебный факультет, 3 курс, 12 группа

**Костикова Светлана Александровна**, лечебный факультет, 3 курс, 12 группа Кафедра латинского языка и основ терминологии ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России  
Научный руководитель: Шиловский Дмитрий Павлович

**Актуальность:** одним из важнейших вопросов проблематики романа М.А. Булгакова «Мастер и Маргарита» является вопрос места и роли человека в борьбе добра и зла. Авторский взгляд на противостояние Бога и дьявола по сей день является предметом изучения для исследователей. Сложные и неоднозначные взаимоотношения положительного и отрицательного полюсов бытия являются основой, в том числе и идеологического выражения авторского рассмотрения бытия и не всегда сводятся к традиционно понятному их противостоянию. В настоящее время любая попытка понимания авторской концепции требует изучения литературных и философских источников образов двух центральных героев романа:

Воланда и Иешуа Га-Ноцри, как двух противоположно направленных сил.

**Цель и задачи:** обозначение и анализ литературных произведений и некоторых философских концепций, лежащих в основе образов Воланда и Иешуа Га-Ноцри в романе М.А. Булгакова «Мастер и Маргарита».

**Материалы и методы:** в ходе исследования для анализа привлекались тексты романов М.А. Булгакова «Черный маг», «Копыто инженера», «Вечер страшной субботы», «Великий канцлер», «Фантастический роман», «Золотое копьё», «Князь тьмы»; полная рукописная и окончательная редакции романа «Мастер и Маргарита». Роман Ф.М. Достоевского «Идиот». Использованы тексты Ветхого и Нового Заветов, трагедии Иоганна Вольфганга фон Гете «Фауст», различная справочная литература.

**Результаты и выводы:** в литературном образе Иешуа Га-Ноцри, среди прочего, прослеживаются отсылки к апокрифическим текстам, а также к образу князя Мышкина из романа Ф.М. Достоевского «Идиот». Учение Иешуа содержит утопические идеи и элементы Толстовства. В основе литературного образа Воланда прозрачны аналогии с Мефистофелем из трагедии Гете. Очевидны также элементы учения гностиков. Следует отметить, что ни Иешуа Га-Ноцри, ни Воланд не соответствуют традиционным христианским представлениям о соотношении Бога и дьявола, как противоборствующих сил.

## СЕКЦИЯ ПСИХОЛОГИЯ

# ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИИ И САМОСОЗНАНИЯ У ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ

Аганина Мария Олеговна

Факультет клинической психологии, 5 курс, 1 группа

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.псх.н., д.м.н., Панфилова Марина Александровна

**Актуальность:** в настоящий момент по данным ВОЗ уровень суицидального поведения среди подростков в возрасте от 15-19 лет продолжает увеличиваться [3]. Всемирная психиатрическая организация утверждает, что этот возрастной период крайне чувствителен и уязвим в отношении самоубийства [2]. Страны СНГ занимают второе место среди других стран мира по количеству суицидов, что не может не волновать. Научное сообщество прогнозирует дальнейший рост суицидального поведения подростков, как со стороны ухудшения психического здоровья, так и в следствии различных травматических воздействий из внешней среды, например, в виду информационной опасности [1].

Актуальность: определяется частотой суицидального поведения среди несовершеннолетних.

**Цель:** изучить особенности агрессии и самосознания у подростков с суицидальным риском.

Задачи исследования:

1. Проанализировать литературу по теме агрессии и суицидального поведения среди подростков.
2. Выявить суицидальный риск у подростков, выделить экспериментальную группу (с высоким показателем суицидального риска) и контрольную группу (с низким показателем суицидального риска).
3. Изучить особенности агрессии подростков в экспериментальной и контрольной группе.
4. Определить особенности самооценки и притязаний у подростков в экспериментальной и контрольной группе.
5. Изучить самоактуализацию подростков в экспериментальной и контрольной группе.
6. Провести качественный и количественный анализ особенности агрессии и самосознания условно здоровых подростков и тех, кто имеет риск суицидального поведения.

**Методы:** библиографический, эмпирический, статистический.

**Методики:** опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой), методика Дембо-Рубинштейн (в модификации А.М. Прихожан), опросник Басса-Дарки, тест самоактуализации личности (САМОАЛ).

**Результаты:** в группе подростков с высоким уровнем суицидального риска доминируют следующие характеристики: демонстративность, эмоциональность, уникальность, социальный пессимизм, временная перспектива. В обеих группах выявлены одинаковые средние показатели самооценки по критериям: уверенность в себе, характер. У подростков с высоким уровнем суицидального риска выявлено, что показатель агрессивности выше, чем у подростков с низким уровнем суицидального риска. У подростков с высоким уровнем суицидального риска показатели ориентация во времени, ценности, взгляд на природу, потребность в познании, креативность, аутосимпатия, самопонимание, контактность, гибкость в общении ниже средних показателей, чем в контрольной группе.

**Выводы:** в результате анализа теоретической и эмпирической части сделаны выводы, что в подростковом возрасте на уровень суицидального риска влияет психологические особенности, к примеру, особенности развития самосознания и как агрессивности, так и враждебности, самооценка, а также самоактуализация личности. Дальнейшие исследования в данной области могут быть значимыми для профилактической и коррекционной работы с лицами подросткового возраста с суицидальным риском.

## **ОСОБЕННОСТИ ВЫСШИХ ЭМОЦИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОСТИ**

**Алексеева Анна Алексеевна**

Факультет клинической психологии, 2 курс, 1 группа

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Воробьева Татьяна Викторовна

**Актуальность:** несмотря на сложность и многообразие взаимосвязей и взаимозависимостей между эмоциональной и психосексуальной сферами жизни человека, в рамках психологии сексуальности чаще рассматриваются проблемы влияния эмоций и чувств на психосексуальную активность человека. Литературы же, касающейся вопросов обратного влияния, где анализу подвергаются особенности проявления высших эмоций лицами с расстройствами психосексуальности, найти непросто. Между тем, хотя нарушения функционирования сексуальной сферы непосредственно и не угрожают жизни человека, её расстройства могут вызывать тяжелые эмоциональные переживания, зачастую перерастающие в депрессии и другие психические патологии, негативно сказывающиеся на взаимоотношениях с половым партнером, семьей, и, как следствие, приводящие к ухудшению

качества жизни в целом. Дефицит клинических наблюдений и целостного подхода к изучению особенностей проявления высших эмоций у лиц с расстройствами психосексуальности и определили основную цель настоящего исследования.

**Цель:** описать современные научные данные об особенностях высших эмоций при расстройствах психосексуальности.

**Задачи исследования:**

1. Описать современное состояние проблемы изучения высших эмоций;
2. Описать современные клинико-психологические аспекты психосексуальности и сексуальных расстройств;
3. Описать современные научные данные об изучении высших эмоций при расстройствах психосексуальности.

**Методы исследования:** теоретический (историко-теоретический) – анализ, синтез и обобщение научной литературы.

**Результаты:** в работе были рассмотрены следующие аспекты:

1. Современное состояние проблемы изучения высших эмоций, связанных с психосексуальностью;
2. Современное состояние проблемы изучения клинико-психологических аспектов психосексуальности и сексуальных расстройств;
3. Современные исследования высших эмоций у лиц с расстройствами психосексуальности.

**Выводы:** как психосексуальность, так и высшие эмоции являются составляющими самосознания человека. Находясь во взаимовлиянии, они обуславливают индивидуальные личностные паттерны, которые могут иметь характер патологических.

Сексуальность, будучи потребностью, выходящей за пределы собственного организма и ориентированной на другого человека, предполагает коммуникацию, т.е. реализацию соответствующих программ социального взаимодействия.

Высшие эмоции (чувства) являются психическими процессами, одна из многочисленных функций которых – коммуникативная, т.е. предназначением эмоциональной сферы человека, среди прочего, является социализация.

Т.о., какое-либо неблагоприятное состояние в высшей эмоциональной сфере индивида может отражаться на его сексуальности и/или лежать в основе нарушений психосексуальности и сексуальных расстройств, как и, в свою очередь, расстройства психосексуальности могут иметь влияние на специфику высших эмоций индивида.

В наибольшей степени изучены особенности эмоциональной сферы при половых дисфункциях.

Теоретико-гипотетические разработки П. Куттера, Р. Стернберга, Е.П. Ильина, Ц.П. Короленко, Г.М. Бреслава и др. позволяют предположить наличие особенностей высших эмоций при различных типах расстройств психосексуальности.

Чувства человека при возникновении сексуальных дисфункций одновременно с общими закономерностями появления и протекания имеют свои специфические особенности.

Психосексуальное неблагополучие является почвой для генеза, в основном, отрицательно окрашенных чувств, таких, как страх, ревность, вина, стыд и т.д.

Принципиально важным для благоприятного исхода коррекции как самих половых расстройств, так и связанных с ними негативно окрашенных чувств, является наличие или отсутствие любви между сексуальными партнерами.

## **НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**Андрианова Ольга Вячеславовна**

Факультет клинической психологии, 5 курс, 1 группа

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., к.п.н. Челышева Марина Валерьевна

**Актуальность:** с каждым годом происходит увеличение количества наркозависимых среди различных социальных и возрастных групп, при сохранно низкой эффективности существующих программ профилактики, лечения и реабилитации. Исследование когнитивных нарушений, развившихся вследствие хронического злоупотребления, может стать основой для разработки наиболее эффективных программ лечения, с учетом имеющихся у больного особенностей когнитивной сферы.

**Цель:** нейропсихологическое изучение когнитивных нарушений у больных наркоманией.

**Задачи:**

1. Качественное исследование нарушений когнитивных функций наркозависимых;
2. Сравнение характера и степени выраженности когнитивных нарушений у лиц, злоупотребляющих наркотиками, и у лиц, злоупотребляющих алкоголем;
3. Выявление нейропсихологических синдромов, характерных для наркозависимых.

**Материалы и методы:** классический набор нейропсихологических тестов, разработанный на основе батареи проб А.Р.Лурии. Также применялись методы клинической беседы, наблюдения и сбор анамнестических данных

**Характеристика выборки:** в исследовании приняли участие две группы испытуемых. Экспериментальную группу составили 15 мужчин с наркотической зависимостью (29-39 лет, средний возраст 34 года), контрольную группу составили 15 мужчин с алкогольной зависимостью (26-46лет). Все больные проходят лечение в Клиническом филиале №2 ГБУЗ МНПЦ Наркомании ДЗМ и находятся на 2 стадии зависимости.

**Результаты:** у всех испытуемых группы есть нарушения двигательной сферы. Нарушения кинетического компонента наблюдаются у 100% испытуемых экспериментальной группы и у 80% испытуемых контрольной группы, что заключается в трудности усвоения двигательной программы, дезавтоматизации и стереотипия. Нарушение пространственного компонента наблюдалось у 91,7% больных экспериментальной группы и 40% больных контрольной группы. Нарушениях кинестетического праксиса наблюдались в обеих группах (20%). Ведущим нарушением гностической сферы в обеих группах является нарушение зрительно-пространственного компонента (91,7% и 60%): наиболее распространёнными ошибками в экспериментальной группе были проекционные ошибки (66,7%), в контрольной-метрические(60%). У всех испытуемых экспериментальной группе наблюдались мнестические нарушения, при чём в 100% случаев наблюдались нарушения слухо-речевой памяти, а у 50% и слухо-речевой, и зрительной памяти, что проявлялось в снижении продуктивности запоминания (83,3%), повышении тормозимости следов (83,3%) и нарушениях воспроизведения порядка стимулов (75%). Среди пациентов контрольной группы: 80% имеют нарушения слухо-речевой памяти, а 20% и слухо-речевой, и зрительной. У 91,7% пациентов экспериментальной группы есть интеллектуальные нарушения, преимущественно связанные с нарушениями счёта.

**Выводы:**

1. Больным наркоманией свойственны определённые особенности нарушений когнитивных функций. На передний план выступают нарушения регуляции, контроля и программирования произвольных действий в двигательной и интеллектуальной сферах, нарушения пространственного компонента психической деятельности, модально-неспецифические нарушения мнестической деятельности, снижение работоспособности и повышенная истощаемость. В контрольной группе центральными нарушениями являются нарушения слухо-речевой памяти, пространственного и кинетического составляющих двигательной сферы, модально-специфические гностические нарушения.
2. В экспериментальной группе ведущими являются нарушения третьего структурно-функционального блока мозга, блока программирования, регуляции и контроля психической деятельности. В контрольной группе - нарушения второго блока мозга, блока приёма, переработки и хранения внешней информации.

# СРАВНЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ КАННАБИНОИДОВ И ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬЮ

Бескаровойный Антон Евгеньевич

Факультет клинической психологии, 5 курс, 1 группа

Кафедра психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.

Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Малыгин Владимир Леонидович

**Актуальность:** до определенного момента большое количество научных работ, связанных с проблемой зависимости, было посвящено исследованию зависимости от ПАВ, и только с 1996 г в работах американских ученых – клинического психолога Кимберли Янг[2] и психиатра Ивана Голдберга[1] разработаны первые критерии диагностики данного расстройства, а также онлайн опросник для выявления интернет-аддиктов. Актуальность выбранной темы обусловлена стремительным развитием сети Интернет, корреляцией между проявлениями различных зависимостей, в том числе сходство проявлений в сфере защитно-совладающего поведения.

**Цель:** изучить особенности защитно-совладающего поведения у подростков с различными формами зависимости. **Задачи:** Определить значение понятий "защитно-совладающее поведение», «зависимость», «зависимость от ПАВ» и «интернет-зависимость»; Описать специфические особенности подросткового возраста; Провести сравнительный анализ особенностей защитно-совладающего поведения у подростков с различными формами зависимости.

**Методики:** «Шкала Интернет-зависимости Чен (шкала CIAS) в адаптации В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова»; «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (С.Норман, Д.Ф.Эндлер, Д.А.Джеймс, М.И.Паркер; адаптированный вариант Т.А.Крюковой); Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса (под ред. Вассермана); Опросник Плутчика-Келлермана-Конте. Методика Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI).

Выборка состояла из 21 подростка в возрасте 16-17 лет (10 класс), которые были разделены на две группы: 1) Подростки с зависимостью от психоактивных веществ и интернет-зависимостью 2) Подростки с интернет-зависимостью.

**Результаты:** по результатам методики «Шкала Интернет-зависимости Чен» подростки с зависимостью от Интернета демонстрируют значимо более высокие показатели по шкалам

«Компульсивные симптомы» ( $15 \pm 1,789$ ,  $p=0,004$ ), «Симптомы толерантности» ( $12,9 \pm 1,841$ ,  $p=0,004$ ), «Ключевые симптомы» ( $41,9 \pm 5,531$ ,  $p=0,013$ ) и «Общий CIAS балл» ( $72,7 \pm 6,861$ ,  $p=0,001$ ), чем подростки из группы с сочетанной зависимостью ( $11,9 \pm 2,331$ ,  $10,5 \pm 1,841$ ,  $36,6 \pm 3,688$ ,  $66 \pm 1,414$  соответственно). По результатам методики «Способы совладающего поведения Лазаруса» у группы подростков с Интернет-зависимостью наиболее выраженными стратегиями защитно-совладающего поведения являются «Дистанцирование» ( $63,9 \pm 11,076$ ) и «Бегство-избегание» ( $59 \pm 5,689$ ). В то время как у подростков с сочетанной зависимостью более выражена стратегия «Конфронтация» ( $53,6 \pm 10,731$ ), а выраженность стратегий «Бегство-избегание» ( $62,2 \pm 3,295$ ) и «Дистанцирование» ( $56 \pm 9,392$ ) находится на том же уровне. По результатам методики «Индекс жизненного стиля» подростки из группы с сочетанной зависимостью демонстрируют значимо более высокие значения по шкале «Проекция» ( $72,306 \pm 7,429$ ,  $p=0,036$ ), чем подростки с зависимостью от Интернета ( $62,308 \pm 11,642$ ).

#### **Выводы:**

1. Несмотря на наличие устойчивого паттерна Интернет-зависимого поведения у группы подростков с полизависимостью от ПАВ и Интернета меньше проявлений симптоматики зависимости от Интернета по сравнению с подростками с зависимостью только от Интернета.
2. Подростки с зависимостью от Интернета демонстрируют меньшую выраженность механизма психологической защиты «Проекция», чем подростки с полизависимостью.

### **АНАЛИЗ МИШЕНЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МГМСУ ИМ. А.И. ЕВДОКИМОВА**

**Зайцева Лидия Владимировна**, факультет клинической психологии, 2 курс, 2 группа  
**Лапенина Елизавета Алексеевна**, факультет клинической психологии,  
2 курс, 1 группа Кафедра психологического консультирования,  
психокоррекции и психотерапии ФГБОУ ВО Московский государственный  
медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства  
здравоохранения России

Научный руководитель: Меркурьева Юлия Александровна

**Актуальность:** каждый день миллионы людей на планете сталкиваются с различными стрессорами, которые либо преодолеваются благополучно, либо являются настолько агрессивными, что повышают риск дезадаптивного, в том числе и психопатологического реагирования. Студенты не являются исключением, и даже наоборот, являются частью населения, более подверженной стрессогенному влиянию в определенные периоды (сессия, аттестация, подготовка домашних заданий и т.п.). Создание службы психологической помощи

университета, куда обучающиеся могли бы обратиться для решения своих проблем, остается одной из актуальных задач по повышению качества образовательного процесса и его психологического сопровождения. В связи с чем актуально исследование возможных целей, задач подобной службы в контексте актуальных запросов студентов МГМСУ.

**Цель:** изучить репертуар запросов на психологическую помощь среди студентов МГМСУ.

**Задачи:** 1. Проанализировать структуру запросов на создание и функционирования психологической службы в рамках МГМСУ им.Евдокимова у студентов. 2. Изучить причины отказов обращения за психологической помощью среди респондентов.

**Материалы и методы:** в исследовании приняли участие 108 человек, среди них студентов лечебного факультета - 27 человек (25% от всей выборки), стоматологического - 48 человек (44,4% от всей выборки), Факультета клинической психологии - 27 человек (25% от всей выборки), экономического – 3 человека (3%), социальной работы – 2 человека (2%), факультет СПО – 1 человек (1%). Исследование проводилось с помощью авторской анкеты, разработанной совместно с сотрудниками факультета клинической психологии МГМСУ и направленной на уточнение имеющегося у респондента опыта работы с психологом, его результатов, желания поработать с психологом в будущем и на какие темы. Опрос производился онлайн с помощью технологии «Google-формы».

**Результаты:** У большинства респондентов (62%) на момент обследования не имелось опыта работы с психологом. Большинство респондентов, имеющих опыт работы с психологом (25,9%), отзываются о нем положительно.

Среди актуальных мишеней для психологической помощи студенты МГМСУ отмечают: «Повышение стрессоустойчивости» (76,9%), «взаимоотношения в коллективе» (37%), «тайм-менеджмент» (31,5), «лидерство и командная работа» (25,9), «профорентация» (24,1).

У большинства студентов (56,5%) возникало желание обратиться к психологу, но лишь 25% из них сделали это. Остальные 75% не обратились за помощью по разным причинам: «нет на это денег» (42,9%), «мало информации» (28,6%), «не верю, что мне это поможет» (18,2%), «страшно» (15,6%), труднодоступно (10,4%), «не приветствуется в обществе» (5,2%).

Полученные сведения указывают на основные причины отказа от обращения за психологической помощью среди студентов.

**Вывод:** основные запросы на работу в рамках службы психологической помощи: «повышение стрессоустойчивости» и «улучшение взаимоотношений в коллективе». Данные мишени могут быть проработаны как путем индивидуальной психокоррекционной работы, так и в формате групповых тренинговых занятий. Реализация задач психологической службы университета должна в первую очередь ориентироваться на ее финансовую доступность для студентов, а

также на включать в себя информирование обучающихся о ее возможностях и способах работы.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О БОЛЕЗНИ И ЕЕ ЛЕЧЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ**

**Канатбек кызы Айдана**

Факультет клинической психологии, 5 курс, 1 группа

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научные руководители: д.м.н., профессор Ялтонский Владимир Михайлович; к.п.н. Огарев

Валерий Владимирович

**Актуальность:** сегодня сохраняется высокий уровень заболеваемости и обнаруживается тенденция к омоложению колоректального рака (American cancer society, 2015; Федоров, 2017). Как правило, у половины пациентов колоректальный рак манифестирует внезапно и требует неотложной хирургической помощи, что создает психотравмирующую ситуацию, определяющую эмоциональное состояние и поведение человека в ситуации болезни, которые зависят от формирующейся в экстренных условиях внутренней картины болезни и лечения. Исследование представлений человека о колоректальном раке и его хирургическом лечении является необходимым для их включения в терапевтический процесс и повышения его качества жизни.

**Цель:** выявление представлений пациентов о колоректальном раке и его лечении.

**Задачи:** 1) изучить параметры восприятия болезни и оперативного лечения; 2) исследовать способы совладающего поведения пациентов и их самоэффективность в отношении к болезни; 3) определить уровень дистресса и компоненты беспокойства о прогрессировании заболевания.

**Методы исследования:** обследовано 36 пациентов с колоректальным раком (шифр С18 - С20 по МКБ-10) в возрасте от 50 до 80 лет в раннем постоперационном периоде. Методики исследования: «Краткий опросник восприятия болезни» Э. Бродбент (2006) (адаптирован В.М. Ялтонским, Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, А.В. Ялтонской (2017)); «Опросник восприятия операции на пищеварительном тракте», Хирани (пилотажная версия В.М. Ялтонского); «Опросник способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями», Л.И. Вассерман и соавторы (2009); «Методика диагностики беспокойства о прогрессировании онкологического заболевания», Н.А. Сирота, Д.В. Московченко (2016);

«Опросник самоофективности в отношении болезни», Е.И. Рассказова, А.Ш. Тхостов;  
«Скрининговый опросник дистресса», NCCN.

**Результаты:** на основании результатов изучения субъективного восприятия угрозы жизни, которую несёт болезнь (методика «Краткий опросник восприятия болезни») все испытуемые были разделены на две группы: с умеренной угрозой и выраженной угрозой.

Группы с выраженной и умеренной угрозой болезни для жизни значимо различаются по показателям восприятия болезни: длительности заболевания ( $p < 0,05$ ), контроля лечения ( $p < 0,01$ ), согласованности ( $p < 0,01$ ) и озабоченности болезнью ( $p < 0,05$ ). Восприятие операции в группах с выраженной и умеренной угрозой значимо различается ( $p < 0,05$ ) по показателю «Излечимость болезни».

Репертуары копинг-стратегий в группах с выраженной и умеренной угрозой значимо не различаются. При этом обнаружены значимые различия ( $p < 0,01$ ) между группами по показателю «самоофективность».

Обнаружены межгрупповые значимые различия по параметрам беспокойства о прогрессировании болезни: убежденности в эффективности лечения ( $p < 0,01$ ), семейным страхам ( $p < 0,01$ ), страху утраты автономии ( $p < 0,01$ ), подавлению негативных мыслей ( $p < 0,05$ ) и позитивному переформулированию ( $p < 0,01$ ). В отношении уровня дистресса межгрупповых различий не обнаружено.

**Выводы:** колоректальный рак воспринимается пациентами как малопонятное, трудно контролируемое заболевание, которое средне идентифицируется по его симптомам, вызывает умеренную озабоченность и имеет умеренные последствия. Пациенты с колоректальным раком выражают удовлетворенность оперативным лечением и верят в его эффективность.

Для пациентов с колоректальным раком характерен адаптивный репертуар копинг-стратегий и высокий уровень самоофективности.

Пациенты с колоректальным раком испытывают умеренный уровень дистресса и беспокойства о прогрессировании заболевания.

## **ЛЮБОВЬ, КАК ПРИВЯЗАННОСТЬ ПРИ МАТЕРИНСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ У ПОДРОСТКОВ**

**Коновалова Анжелика Сергеевна**

Факультет клинической психологии, 5 курс, 2 группа

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Воробьева Татьяна Викторовна

**Актуальность:** ввиду существования всевозможных неблагоприятных условий жизни, среди которых оказываются подростки-сироты по обстоятельствам, которые от них не зависят, у них нет возможности пользоваться своими социальными правами в такой же мере, как ими пользуются дети, воспитывающихся в семьях, дома. Разрушительное воздействие социального окружения, которому подвергаются подобные дети, значительно влияют на то, как сложится их дальнейший жизненный путь. Особенности проживания, воспитания, взаимодействий с социумом, а именно обделенность перечисленного, отражаются в последующих трудностях ведения домашнего хозяйства, узкого круга интересов, проблемах межличностного взаимодействия, а также создании собственной семьи. Важным статистическим фактом является то, что браки, заключающиеся воспитанниками детских домов, распадаются чаще, а также отмечается большое количество матерей из числа детей-сирот, которые отказываются от своих собственных детей. Из этого следует, что необходимо проявить довольно большое внимание к взаимосвязи феномена материнской депривации и психоэмоционального развития, преимущественно в подростковом возрасте, который является одним из важных и значительных периодов становления и развития личности.

**Цель:** выявить и описать особенности любви, как привязанности при материнской депривации у подростков.

**Задачи:**

1. Изучить характеристики неблагоприятного детского опыта у подростков-сирот;
2. Изучить особенности привязанности к близким людям подростков-сирот;
3. Изучить особенности представлений о любви у подростков-сирот.

**Методы исследования:** эмпирический (психодиагностический) метод был осуществлен следующими методиками: Тест на определение неблагоприятного детского опыта (Колесникова И.); Опросник привязанности к близким людям (Сабельникова Н. В., Каширский Д. В., 2015); Опросник представлений о любви (Джидарьян И. А., Беловол Е. В., Маслова О. В., 2014); Социально-демографическая анкета.

**Характеристика выборки:** для проверки выдвинутой гипотезы было обследовано 10 человек в возрасте от 13 до 17 лет – подростков, находящихся в условиях материнской депривации. Исследование проводилось на базе ГБУ ЦССВ «Берег надежды» г. Москва.

**Результаты:** по результатам анализа неблагоприятного детского опыта было выявлено, что незначительный неблагоприятный опыт (до 3 баллов) получили 50% детей, остальная половина детей получила значительный неблагоприятный детский опыт. При анализе типов привязанности к близким людям было выявлено, что до 50 баллов (можно трактовать как

низкий уровень), по шкале «Избегание» набрали 50% респондентов. У остальных респондентов наблюдается средний уровень выраженности избегания. Также, до 50 баллов (можно трактовать как низкий уровень) по шкале «Беспокойство» набрали 10% респондентов. У остальных респондентов наблюдается средний уровень выраженности беспокойства. Средние показатели выраженности представлений о любви у подростков-сирот указывают на то, что преобладающим представлением является любовь как возвышающая человека сила (63,01). Менее выражено представление о любви-самоотдаче (54,41) и любви-помехе (48,09). Также, половина респондентов (50%) в большей степени полагают (от 50 баллов и выше), что любовь - существенное препятствие, помеха в жизни и не является конструктивным чувством. Большее число респондентов (80%) в большей степени полагают (от 50 баллов и выше), что любовь связана с самоотдачей, жертвенностью, служением и жизнью в другом, умением отдавать, а также со смыслом жизни. А также, 90% респондентов в большей степени рассматривают (от 50 баллов и выше) любовь, как источник всего доброго и светлого, проявление уникального и лучшего в человеке.

#### **Выводы:**

1. Неблагоприятный опыт имеется у 100% исследуемых подростков, полученный вследствие таких жизненных обстоятельств, как развод родителей, проявление агрессии со стороны взрослых, физическое и сексуальное насилие, недостаточное финансовое обеспечение, проживание с употребляющими психоактивные вещества, страдающими психическими заболеваниями, значительно выражен;
2. У 90% исследуемых нами подростков-сирот в отношениях с близкими людьми и привязанности к ним преобладает проявление беспокойства, характеризующееся ожиданием отрицательных событий, ощущением неопределенности, отсутствием искренности, страхом потерять близкого, обидеть или разочаровать его;
3. Отношение к любви у 90% подростков, находящихся в условиях материнской депривации, преимущественно как к возвышающей человека силе, что проявляется в идеализации, представлениях всемогущества данного чувства, способного все преодолеть.

## **КОГНИТИВНЫЕ ПАТТЕРНЫ И СПОСОБНОСТЬ К ИНТИМНОСТИ В МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ**

**Лугачева Анастасия Юрьевна**

Факультет клинической психологии, 4 курс, 1 группа

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

**Актуальность:** анорексия является третьей самой распространенной хронической болезнью среди подростков с самой высокой смертностью (National Institutes of Health, 2018). Уровень смертности среди больных анорексией и булимией, занимает первое место по сравнению со всеми остальными психическими заболеваниями (Ахмадеева Е.В., Колганова К.А., 2017). Одним из путей к пониманию этой многогранной болезни является характеристика когнитивных паттернов. Когнитивные паттерны - это модели познания действительности, некий набор правил и критериев. Как правило, данные стратегии вырабатываются в детстве и в дальнейшем оказывают влияние на взаимодействие индивида с миром.

**Цель:** изучение отношений между существованием раннего детского травматического опыта, формированием ранних дезадаптивных схем и способностью к интимности в межличностных отношениях у больных нервной анорексией. В задачи исследования входят: изучить особенности психологических аспектов при нервной анорексии, особенности межличностных отношений, особенности психосексуальности; организация эмпирического исследования особенностей когнитивных паттернов и способности к интимности в межличностных отношениях у больных нервной анорексией. Методы, используемые в работе, - библиографический, психодиагностический.

**Материалы и методы:** для изучения особенностей когнитивных паттернов и способности к интимности в межличностных отношениях у девушек больных нервной анорексией будет проведено комплексное исследование, включающее в себя опросники: «Диагностика ранних дезадаптивных схем адапт. Касьяник П.М., Романова Е.В.» позволяющее выявить патологические паттерны восприятия действительности, сформированных в детстве и влияющие на эмоции и поведение человека на протяжении всей жизни. «Шкала когнитивного инсайта А.Бэка», направленная на изучение возможности оценки и коррекции ошибочных или не соответствующих ситуации убеждений и ложных интерпретаций. «Коэффициент интимности Г. Алена и К. Мартина» выбран для определения способности человека к интимности: чему и как он научился в отношениях с другими людьми с раннего детства. Опросник «Установки к сексу Г. Айзенка» выявляет потенциальные и действительные отклонения в сексуальной жизни. Так же используются анкеты, направленные на получение демографических данных об испытуемых, их отношении к весу и способам его контроля, а так же на существование раннего детского травматического опыта в анамнезе.

Анализ литературы показал, что психологическими причинами нервной анорексией могут выступать проблемы в семье, влияние СМИ, иные психические заболевания, зависимости и личностная незрелость. Теории и концепции заболевания описывает психодинамическое

направление, теория объектных отношений, гештальт-теория. Ключевыми психопатологическими характеристиками является недостаточная когнитивно–личностная дифференциация, обуславливающая нарушения самосознания и образа «Я». Межличностные отношения среди членов семьи обычно неадекватны, имеется внутрисемейный патологический очаг. Существует большое разнообразие и глубина сексуальных нарушений, которые охватывают патологические состояния полового самосознания и половой роли, с глубиной выраженности до степени синдрома отрицания пола вплоть до его хирургического изменения и наличием в ряде случаев гомосексуальной практики.

**Выводы:** исследование позволит определить существует ли связь между паттернами восприятия действительности и нервной анорексией, влияет ли это на межличностные отношения. Что поможет более полно рассмотреть феномен заболевания и обозреть возможные «цели» дальнейшей коррекции и психологической помощи. Это может повлиять на совершенствование стратегии лечения, дополняя фармакологическую терапию психологической работой со сложившимися неэффективными моделями поведения, что в свою очередь может послужить профилактикой рецидивов.

## **ОСОБЕННОСТИ САМОПРЕЗЕНТАЦИИ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Рыжинская Наталья Игоревна**

Факультет клинической психологии, 5 курс, 1 группа

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России  
Научный руководитель: к.псх.н. Лайшева Галина Александровна

**Актуальность:** информационные технологии, в частности социальные сети, проникают во все сферы жизнедеятельности человека и перед ним встает задача предъявления своего образа в новой форме социальной реальности. Депрессивные расстройства в свою очередь оказывают влияние на поведение пользователей, что находит отражение в самопрезентации. До сих пор значительное число больных остается вне поля зрения специалистов. Таким образом, появление социальных медиа представляет собой многообещающую возможность для раннего обнаружения и вмешательства при психических расстройствах.

**Цель:** изучить влияние различных особенностей личности (перфекционизма; самооценки) на структуру самопрезентации в социальных сетях пациентов с аффективными расстройствами.

**Задачи:** 1. Выявить особенности личности, оказывающие влияние на самопрезентацию в социальных сетях пациентов с аффективными расстройствами. 2. Провести анализ фотографий в профиле «Instagram» и предпочтений пациентов с аффективными расстройствами для исследования преобладающих категорий изображений. 3. Проанализировать особенности самопрезентации в социальных сетях пациентов с аффективными расстройствами.

**Материалы исследования:** экспериментальную группу составили 10 пациентов мужского (7) и женского пола (3) в возрасте от 18 до 43 лет (средний возраст—27 лет), стационарно лечившихся в ФГБНУ НЦПЗ. Диагнозы: депрессивные эпизоды средней и тяжелой степени; рекуррентное депрессивное расстройство средней степени (F32.1; F32.2; F33.1). Контрольная группа состояла из 15 респондентов мужского (2) и женского пола (13), которые не имели психиатрических диагнозов. Возраст обследуемых от 19 до 43 лет (средний возраст—22,4 года). **Методы исследования:** 1. «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта, Г. Флетта (И.И. Грачева, 2006); 2. «Шкала депрессии» А. Бека; 3. «Шкала измерения тактик самопрезентации» С. Ли, Б. Куигли (О.А. Пикулева, 2004); 4. «Методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн»; 5. Анкета для исследования особенностей использования «Instagram» (время использования, частота публикаций, время редактирования фотографий, интерес к определенным категориям изображений). 6. Проводился анализ фотографий в профиле «Instagram» для исследования преобладающих категорий изображений [1].

**Результаты:** у пациентов с клинической депрессией в 80% случаев выявлены признаки депрессивного состояния различной степени тяжести, у контрольной группы 87% эти показатели отсутствуют. Для обеих групп характерен высокий показатель перфекционизма ориентированного на себя (ЭГ—65,1; КГ—64,87) (сильная связь со степенью выраженности депрессивного состояния  $0,7 < r < 0,784 < 1$ ) и высокий интегральный показатель (ЭГ—178,6; КГ—187,6). Преобладающими тактиками самопрезентации у экспериментальной группы выступают: извинение (31,4) отречение (26) и желание понравится (25,1), что характерно и для контрольной группы. Негативная оценка других (КГ—15,8; ЭГ—11,2) и преувеличение своих достижений (18,27 против 13,5) свойственно последним в большей степени. Половина респондентов обеих групп имеют адекватную самооценку. По шкалам внешность, авторитет, счастье и привлекательность пациенты с депрессией оценивают себя ниже, чем контрольная группа. Анализ анкеты показал, что наиболее предпочитаемыми категориями фотографий для просмотра являются «Город» (ЭГ-50%; КГ—67%) и «Путешествия» (ЭГ-50%; ЭГ—80%), а наиболее популярная категория для публикации: «С близкими/коллегами...» (ЭГ—50%; КГ—60%). Экспериментальная группа меньше количество времени в день использует данный ресурс (среднее —67 мин.), в отличие от контрольной группы (90 мин.). Анализ фотографий в

профиле «Instagram» показал, что для контрольной группы характерно точное отображение себя, событий жизни, ценностей (62% всех фотографий). Экспериментальной группе наиболее свойственна передача некоего смысла конкретной аудитории (59%) с помощью обмена эмоциями, различными выразительными сигналами. «Игривая презентация», а именно провоцирование реакций, нарушение правил, глобальная идеализация: как хотелось бы, чтобы было; социальная идеализация: «Вещатель счастливых новостей», «идеальное Я», «должное Я» проявляется в небольшом количестве фотографий в основном у экспериментальной группы (5%).

**Выводы:** 1. Для депрессивных пациентов характерны высокий показатель перфекционизма и отказ от использования социальных сетей, при разрушении перфекционистического образа себя; чаще, чем у здоровых, наблюдается заниженная самооценка по шкалам внешность, авторитет, счастье и привлекательность; в качестве преобладающих тактик самопрезентации выступают желание понравится, отречение, извинение, в меньшей степени используют негативную оценку других и преувеличение своих достижений, в отличие от контрольной группы. 2. Для пациентов с депрессивным расстройством характерно долгое редактирование фото, относительно малое количество времени, затрачиваемого на мониторинг «Instagram» и меньшая широта интересов. Для них свойственна публикация фото с целью передачи некоего смысла конкретной аудитории, в отличие от контрольной группы, где предпочтительно точное отображение себя.

## **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ОВЗ В ИНКЛЮЗИВНОМ КОЛЛЕКТИВЕ**

**Савчук Мария Михайловна**, факультет клинической психологии, 4 курс, 2 группа

**Шалина Ольга Сергеевна**, к.псих.н., доцент

Кафедра общей психологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.псих.н., доцент Шалина Ольга Сергеевна

**Актуальность:** В связи с переориентацией современного общества на формирование индивидуальных качеств личности и саморазвитие с 80-х годов XX века люди с ограниченными возможностями здоровья (далее - ОВЗ) активно начали входить в процесс обучения с условно здоровыми людьми. Формирование отношения к людям с ограниченными возможностями как к равным имеет долгую историю – от полной изоляции людей с какими-либо отклонениями от понятия нормы, до попытки принятия. По данным Всемирной

организации здравоохранения, около 15% населения Земли имеет инвалидность (Зеллик Р.Б., Чен М., 2011). Для наиболее активной социальной жизни каждому человеку нужно помочь в адаптации в социальной среде, для чего разрабатываются проекты инклюзивного образования. Учет социально-психологического статуса ребенка позволит улучшить реализацию этого проекта.

**Цель:** выявление особенностей социально-психологического статуса детей с ОВЗ и отношения к ним сверстников в инклюзивном коллективе.

**Задачи:** анализ особенностей социально-психологического статуса детей с ОВЗ, проведение эмпирического исследования особенностей социального статуса детей с ОВЗ в инклюзивном коллективе.

**Методы и материалы:** библиографический, психодиагностический. В работе используются материалы психологического обследования детей с ОВЗ, учеников инклюзивного класса московской школы.

Анализ литературы показывает, что психический статус ребенка с ОВЗ в обобщенном виде будет представлять снижение познавательной активности, возможные ограничения в коммуникации, скудные представления об окружающем мире, большую впечатлительность или тревожность. Дети с ОВЗ затрачивают больше усилий, усваивая определенный объем заданного материала, быстрее утомляются, это выражается в повышенной плаксивости или раздражительности, снижении концентрации внимания (Апиш М. Н., 2015). С помощью методики «Социометрия», было опрошено 8 учеников 2 «К» класса, из которых 2 детей с установленным ОВЗ (Вова Г., Софья Л.), а 3, по мнению учителей, нуждаются в освидетельствовании ЦПМК, так как их поведение и характер обучения носит характер аномального, отклоняющегося (Дарья Ч., Дмитрий Г., Алена Л).

**Результаты:** 2 детей с ОВЗ имеют крайне низкие оценки. Вова Г. является изгоем в классе, что может свидетельствовать о низком уровне социальной адаптации. Агрессия возникает у ребенка как защитная реакция в ответ на непринятие его коллективом. Софья Л. набрала наименьшее количество результатов. Это говорит о том, что коллектив мало взаимодействует или не взаимодействует с ребенком. Дарья Ч., Дмитрий Г. также набирают низкие Результаты: Алена Л. набирает большое количество положительных оценок, половина класса выделяет ее как лидера в классе. Это может говорить о том, что ребенок хорошо адаптирован в классе. Рассмотрев инклюзивный класс, можем отметить его разобщенность, несформированность, отсутствие коллектива. Это объясняется довольно низкими показателями в целом по классу.

**Выводы:** как в этом, так и во многих исследованиях наблюдаются сложности социальной адаптации у детей с ОВЗ. Эти трудности связаны как с начальными ограничениями, то есть с наличием определенного дефекта, так и с его влиянием на дальнейшее развитие ребенка.

Дефект, будь он психический или физический, нарушает связи и отношения человека с окружающим миром, изменяет способы взаимодействия со средой и другими людьми. Именно поэтому так важно уделить внимание процессам социальной адаптации детей в школе.

## **ПАРАМЕТРЫ АДАПТАЦИИ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

**Семененко Анна Владиславовна**

Факультет клинической психологии, 5 курс, 1 группа

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.псих.н., доцент Абросимов Илья Николаевич

**Актуальность** данной работы заключается в том, что множество современных исследований (Ялтонский и соавт., 2018) указывает на ведущую роль индивидуального восприятия пациентом своей болезни в процессе психологической адаптации его к условиям заболевания. Особо важное значение данный параметр приобретает в контексте сердечно-сосудистых заболеваний, широко распространенных в нашей популяции (Л.А.Бокерия, И.Н.Орлов и соавт., 2017) и требующих специализированного психологического сопровождения в период лечебного процесса, акцентирующего внимание на том, как справляется с болезнью человек, придерживается ли он лечению и рекомендациям врача.

**Цель:** изучение когнитивного уровня внутренней картины болезни пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы.

**Задачи:**

1. Описание особенностей восприятия болезни пациентами с патологией сердечно-сосудистой системы.
2. Исследование стратегий совладающего поведения у пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы.
3. Оценка приверженности лечению взрослых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Методы исследования:** выборку исследования составили 24 человека в возрасте от 27 лет до 60 лет, из них 12 пациентов, с сердечно-сосудистым заболеванием, проходящие лечение в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России. Группа сравнения – 12 человек без патологии сердца, некоторые имеют хронические заболевания (сахарный диабет, гастрит, заболевание дыхательных путей), однако не проходящие стационарного лечения.

**Результаты:** результаты исследования по восприятию болезни проводились исследование на пациентах с сердечно-сосудистыми заболеваниями и группе условно здоровых по методике «Краткий опросник восприятия болезни». Впоследствии была обнаружена взаимосвязь в сравниваемых группах по шкалам последствия болезни ( $8,1 \pm 2,8; 3,3 \pm 1,9; P=0,001$ ), течение болезни во времени ( $7,4 \pm 3,1; 3,6 \pm 2,6; P=0,003$ ), идентификация болезни ( $8,1 \pm 2,6; 4,7 \pm 2,2; P=0,002$ ), озабоченность заболеванием ( $8,8 \pm 1,6; 4,7 \pm 2,2; P=0,001$ ). Полученные результаты говорят нам, что люди с заболеваниями сердечно-сосудистой системы намного лучше понимают, оценивают, воспринимают и осознают последствия своего заболевания, в сравнении с группой условно здоровых.

Результаты исследования по способам совладания с различными ситуациями проводилось по методике «Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями по Вассерману». Впоследствии была обнаружена взаимосвязь в сравниваемых группах по шкалам конфронтация ( $41,4 \pm 7,9; 50,9 \pm 8,8; P=0,011$ ), самоконтроль ( $39,9 \pm 9,1; 47,7 \pm 8,7; P=0,045$ ), принятие ответственности ( $42,1 \pm 9,6; 50,4 \pm 7,9; P=0,030$ ), положительная переоценка ( $39,3 \pm 9,2; 51,4 \pm 12,8; P=0,015$ ). Полученные результаты говорят нам, что люди с заболеваниями сердечно-сосудистой системы воспринимают свою жизненную ситуацию как отсутствие положительных событий и в жизни, которых слишком много негативизма. В связи с чем у них наблюдается сложность в переоценивании своей жизненной ситуации и включенности в лечение своей болезни.

Результаты исследования о включенности пациента в лечение своей болезни проводилось по методике «Опросник о фармлечении болезни сердца», по которой впоследствии не было обнаружено взаимосвязи в сравниваемых группах ни по одной из шкал. Полученные результаты говорят нам о том, что пациенты имеют одинаково негативное и настороженное отношение к лечению и медицинскому персоналу, что не дает им видеть положительные стороны лечения, не испытывают надежды на выздоровление.

**Выводы:** исследование восприятие болезни у пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы выявило, что данная группа людей более осознанно оценивает свое состояние здоровья, а также последствия заболевания в отличие от сравниваемой группы условно-здоровых.

Исследование по способам совладания с различными ситуациями у лиц с патологией сердечно-сосудистой системы носит малоадаптивный в условиях хронической болезни характер, в сравнении с людьми условно здоровой группы.

Исследование о приверженности к лечению у людей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показало негативное и настороженное отношению к лечению, кроме того не испытывают надежды на выздоровление в будущем.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки программ психологического сопровождения лиц с патологией сердечно-сосудистой системы, где в качестве мишеней психокоррекционной работы будут рассмотрены особенности субъективного восприятия болезни пациентом и его выбор стратегий совладающего поведения в условиях болезни как параметры его адаптации к болезни.

**Практическая значимость:** приобретенные данные нашего исследования могут быть использованы и учитываться в дальнейшем при проведении исследований, связанных с восприятием болезни и приверженности к лечению у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Учет результатов данного исследования может способствовать оптимизации и развитию психологического сопровождения пациентов с данным типом патологии.

## **ВОСПРИЯТИЕ ВРЕМЕНИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ**

**Скрипник Карина Дмитриевна**, факультет клинической психологии, 4 курс, 2 группа

**Шалина Ольга Сергеевна**, к.псих.н., доцент

Кафедра общей психологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.псих.н., доцент Шалина Ольга Сергеевна

**Актуальность:** так как адекватность ощущения реального времени человеком является важной предпосылкой к успешной адаптации к нетипичным и стрессовым условиям окружающей среды, то изучение специфики восприятия временных интервалов актуальная тема в наше время.

Изучение данной проблематики позволит выяснить специфические аспекты восприятия времени в космическом пространстве, что, в свою очередь, позволит применять эти данные на практике и разработать рекомендации по оптимизации подготовки космонавтов и их повседневной деятельности в космосе.

**Целью работы** является обзор теоретических работ, посвященных восприятию временных интервалов, и эмпирических исследований.

### **Задачи:**

1. Провести анализ понятия временных интервалов и определить их виды.
2. Выявить особенности оценки и воспроизведения временных интервалов.
3. Выявить специфику восприятия временных интервалов в космической деятельности.

4. Разработать план психологического исследования восприятия временных интервалов членами экипажа космических полётов и наземных моделирующих экспериментов.

**Метод и материалы:** метод, используемый в данном исследовании, – библиографический. В работе используются материалы различных психологических исследований космонавтов в наземных моделирующих и космических экспериментов.

Проанализировала имеющуюся литература, были выявлены следующие виды времени: социальное, психологическое, биологическое, физическое.

А также основные виды изучения времени: психологический, психофизиологический, личностный.

Был разработан план психологического исследования восприятия временных интервалов членами наземных моделирующих экспериментов в условиях штатной и нештатной работы.

Объектом исследования является восприятие временных интервалов. Предмет исследования – особенности восприятия времени космонавтами.

Целью работы является выявление особенностей восприятия временных интервалов представителями экстремальных профессий (космонавтами).

Характеристика выборки: шесть многонациональных членов экипажа (космонавты-испытатели), включая 3 женщин и 3 мужчин.

Будут использованы такие методики, как: определение длительности «индивидуальной минуты», тест социальной перцепции временных характеристик личности, метрика жизни, шкала переживания времени Кроника и Головахи, опросник Дерогатиса, уровень реализованности, лексическая шкала удаленности, опросник эмоциональной дисрегуляции, анкета антисоциального поведения, вербальная беглость, тест Векслера.

**Выводы:** мы выяснили факторы, влияющие на восприятие временных промежутков в космическом пространстве, выяснили, как влияет стресс и психическое состояние космонавта. Узнали, что темперамент, уровень оптимизма и личные проблемы человека могут исказить время. Теперь главным практическим вопросом является: как же обеспечить адекватное отражение действительности, в данном случае временных отношений, в космическом пространстве, к которым человек исторически не приспособлен? Что мы и постараемся сделать в нашем исследовании.

## **ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ЧУВСТВА УДОВОЛЬСТВИЯ И ГЕДОНИСТИЧЕСКИЕ МОТИВЫ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА**

**Турок Андрей Андреевич**

Факультет клинической психологии, 5 курс, 1 группа

**Актуальность:** особую роль в проблеме зависимости от психоактивных веществ отдают мотивационной сфере, в частности мотивам употребления. Специфика мотивов у людей, употребляющих или зависимых от психоактивных веществ, определяет процесс профилактики, лечения, реабилитации. Видоизмененная мотивационная сфера способствует укреплению и развитию заболевания. Гедонистические мотивы являются одними из типов мотивации к употреблению. Они в большинстве своем являются начальной ступенью к формированию зависимости, особенно среди молодежи. Получение удовольствия при употреблении психоактивных веществ становится основным мотивом, который движет индивидом, несмотря на психический и физический вред. Знания об особенностях гедонистических мотивов, направленных на получения удовольствия, могут быть использованы при оказании психологической помощи.

**Цель:** выявить и описать особенности переживания чувства удовольствия и особенности гедонистических мотивов лиц, употребляющих психоактивные вещества.

**Задачи:**

1. Изучить особенности переживания чувства удовольствия лиц, употребляющих разные виды психоактивных веществ
2. Изучить особенности гедонистических ценностей лиц, употребляющих разные виды психоактивных веществ
3. Изучить особенности психосексуальности лиц, употребляющих разные виды психоактивных веществ

**Методы исследования:** эмпирический (психодиагностический) метод был осуществлен следующими методиками: Шкала дифференциальных эмоций К. Изарда; Методика «Каков ваш коэффициент интимности?» Г. Алена, К. Мартина; Опросник установок к сексу Айзенка.; Ценностный опросник Шварца.

**Характеристика выборки:** для проверки выдвинутой гипотезы были обследованы 18 человек в возрасте от 19 до 24 лет. Из них 9 мужчин (50%) и 9 женщин (50%). Участники обследования, в большинстве своем, являются студентами высших учебных заведений города Москвы. Испытуемые были разделены на две группы сравнения: 1 группа- лица, употребляющие только алкоголь; 2 группа- лица с сочетанным употреблением психоактивных веществ, таких как каннабис, стимуляторы, галлюциногены, алкоголь.

**Результаты исследования:** анализ дифференциальных эмоций показал, что в первой группе показатели по шкалам интерес ( $24,62 \pm 8,76$ ), радость ( $24,37 \pm 6,73$ ), удивление ( $28,12 \pm 6,70$ ) ниже, нежели у второй группы. Результаты первой группы ( $25,70 \pm 7,34$ ) по шкале положительные эмоции можно трактовать как результаты ниже среднего, в соответствии с нормативными показателями (ниже среднего: от 20 до 28 баллов). Результаты группы с сочетанным употреблением ( $30,76 \pm 5,46$ ) относятся к результатам выше среднего показателя (выше среднего: от 29 до 36 баллов). Исследование чувства удовольствия и гедонизма с помощью методики Г. Алена и К. Мартина – «Каков ваш коэффициент интимности?», показало высокие показатели по шкалам «ребенок, родитель и взрослый» (1 группа-  $3,75 \pm 2,12$ ; 2 группа-  $3,5 \pm 1,58$ ), «игривость и творчество» (1 группа-  $6,75 \pm 0,70$ ; 2 группа-  $6,2 \pm 1,87$ ), «любовь как потребность» (1 группа-  $6,0 \pm 0$ ; 2 группа-  $5,2 \pm 1,87$ ). По методике ценностный опросник Шварца были получены следующие данные- в обеих группах доминирующей ценностью является гедонизм (1 группа- 37,5% ставили гедонизм на первое место, 37,5% ставили гедонизм на второе место; 2 группа- 60% ставили гедонизм на первое место). При анализе опросника установок к сексу высокие показатели были получены по следующим шкалам: сексуальная невротичность (1 группа-  $5,75 \pm 3,19$ ; 2 группа-  $5,6 \pm 2,87$ ), порнография (1 группа-  $4,5 \pm 2,77$ ; 2 группа-  $5,1 \pm 2,60$ ), сексуальное отвращение (1 группа-  $4,37 \pm 2,06$ ; 2 группа-  $4,1 \pm 0,99$ ), физический секс (1 группа-  $6,12 \pm 2,41$ ; 2 группа-  $5,4 \pm 2,41$ ).

#### **Выводы:**

- 1) Получение удовольствия является доминирующим мотивом в обеих группах, об этом свидетельствует преобладанием позитивных эмоций, связанных с употреблением психоактивных веществ. Лица, употребляющие различные психоактивные вещества и употребляющие только алкоголь, способны с меньшими трудностями испытывать и переживать чувство удовольствия. Также чувство удовольствия у лиц, употребляющих различные психоактивные вещества в большей мере связано с высокой интенсивностью положительных эмоций, по сравнению с лицами, употребляющими только алкоголь.
- 2) Особенности гедонистических мотивов у лиц, употребляющих психоактивных веществ, является доминирующая позиция в ценностно-мотивационной сфере. Так, у 70% людей, употребляющих только алкоголь, и у 60% людей с сочетанным употреблением гедонизм занимает доминирующие позиции.
- 3) Различия между группами в психосексуальной сфере отсутствуют. Ключевой особенностью психосексуальной сферы лиц, употребляющих психоактивные вещества, является нереализованная потребность в сексе и сексуальная невротичность.

## СЕКЦИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ НАУКИ

### ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИЙ И ХРОНОТИП НА УСПЕШНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ

#### СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ ЛЕТ ПОСТУПЛЕНИЯ В МГМСУ **Абрамова Анастасия**

**Владимировна**, лечебный факультет, 2 курс, 11 группа **Туманов Дмитрий Дмитриевич**, лечебный факультет, 2 курс, 12 группа Кафедра нормальной физиологии и медицинской физики ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель:

д.м.н., профессор **Дегтярев Виталий Прокофьевич**

**Актуальность:** биологические ритмы— периодически повторяющиеся изменения характера и интенсивности биологических процессов и явлений. Для человека характерен хронотип, который определяет наиболее продуктивное для работы время в зависимости от типа. Хронотип человека определяет организацию физиологических функций организма и его способность к адаптации, может использоваться и как универсальный критерий общего функционального состояния организма. Выделяют 5 основных хронотипических групп: «жаворонок» - утренний тип, «слабый жаворонок» - полуутренний тип, «голубь» - дневной тип, «слабая сова» - вечерний тип, «сова» - ночной тип. Мотивация - состояние, формирующее деятельность, направленную на удовлетворение биологических или социальных потребностей. Потребности возникают при изменении гомеостатических или социальных условий и создают стремление к их устранению. Мотивация достижения успеха формирует стремление добиваться целей, достигать успеха в различных видах деятельности. Мотив избегания неудач подразумевает потребность человека в любой ситуации действовать так, чтобы избежать неудачи, особенно в тех случаях, когда результаты его деятельности воспринимаются и оцениваются другими людьми. Для многих студентов в учебном процессе характерна интеллектуальная работа в навязанном режиме, когда возникает рассогласование между индивидуальным графиком работы и внутренними биоритмами. Такое несоответствие формирует отрицательное эмоциональное состояние и может приводить к развитию патологических состояний. Стремление к повышению качества образования предполагает коррекцию организационных и методических аспектов образовательного процесса со стороны управляющих организаций. В этой связи представляет большой интерес вопрос об успешности обучения современных студентов и обучавшихся 10 лет назад, принадлежащих к разным хронотипам.

**Цель:** сравнить успешность обучения современных студентов и обучавшихся 10 лет назад, принадлежащих к разным хронотипам.

**Задачи:** 1. Определить распределение студентов по выраженности мотивации достижения успеха и избегания неудач у современных студентов и обучавшихся 10 лет назад. 2. Сравнить представленность различных хронотипов у этих же студентов. 3. Выявить особенности распределения показателей успешности обучения в зависимости от хронотипа у этих же студентов.

**Материалы и методы:** анализировали результаты тестирования 512 студентов, обучающихся на 2 курсе лечебного факультета в настоящее время и 867 студентов, обучавшихся в 2008 году на лечебном и стоматологическом факультетах МГМСУ. Выраженность мотиваций достижения успеха и избегания неудач определяли с помощью теста Мехрабиана. Хронотип студентов определяли по методике О. Остберга. В качестве меры успешности обучения использовали среднюю арифметическую величину из суммы оценок на экзаменах, полученных за прошедший период обучения. Данные подвергнуты обработке с помощью программ EXCEL и STATISTICA.

**Результаты:** У большинства студентов мотивация избегания неудач существенно превышала представленность мотивации достижения успеха независимо от периода обучения в вузе. По хронотипу наибольшее число испытуемых относилось к «голубям», наименьшее - к «жаворонкам», немногим больше насчитывали «сов». Принадлежность к определенному хронотипу существенно не отражалась на успешности обучения независимо от его периода.

**Выводы:** 1. У современных студентов возросло количество студентов с доминированием мотивации избегания неудач по сравнению со студентами предыдущих лет обучения. 2. Распределение студентов по хронотипу независимо от периода обучения не имело существенных отличий. 3. Распределение студентов по успешности обучения не имело существенных отличий в разные периоды обучения студентов с разным хронотипом.

## **ФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ТКАНЕЙ ЗУБА**

**Бершадская Софья Игоревна**, стоматологический факультет, 1 курс, 11 группа **Хасанов**

**Фахриддин**, стоматологический факультет, 5 курс, 26 группа Кафедра нормальной физиологии и медицинской физики

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.б.н.,

профессор **Муслов Сергей Александрович**

**Актуальность:** изменение физических свойств может являться предиктором заболеваний зуба. В связи с этим исследование физических параметров зубных тканей имеет весьма непосредственное клиническое значение, несет информацию о их состоянии и рекомендуется к применению в диагностических и лечебных целях. Кроме того, оно имеет неоспоримую научную ценность, поскольку физические характеристики являются структурночувствительными показателями тканей, а их знание способствует пониманию сложной многоуровневой структуры дентина и эмали как биологических композитов и гетерогенных сред.

**Цель и задачи:** в данном сообщении мы сделали попытку объединить литературные данные о физических свойствах твердых тканей зуба – эмали и дентина: механических, теплофизических, биоэлектрических и оптических.

**Материалы и методы:** научные статьи и учебная литература по выбранной тематике.

**Результаты и выводы:** механические свойства. На наш взгляд наиболее изученными из всех являются физико-механические свойства зуба и околозубных тканей. Им посвящено наибольшее количество различных исследований. При этом исследование упругих свойств исторически имело первостепенное значение и было чрезвычайно популярно при механических испытаниях. Наибольшее число публикаций посвящено изучению упругих модулей (Юнга  $E$  и сдвига  $G$ ), коэффициента Пуассона (поперечной деформации)  $\mu$  и твердости  $H$  эмали и дентина. В основном применялись ультразвуковой метод и методы индентирования (в последние годы – наноиндентирования), реже испытания на разрыв или сжатие. Как и все физические физико-механические характеристики биологических объектов эмаль и дентин оказались чрезвычайно переменными и зависящими от метода исследования, положения зуба в зубном ряду, образца в объеме зуба, возраста пациентов, наличия той или иной патологии и т.д. На наш взгляд надежными являются следующие данные. Твердость эмали при нагрузке от 50 и 150 мН варьировалась от  $4.66 \pm 0.23$  до  $5.15 \pm 0.53$  (среднее  $4.88 \pm 0.41$  ГПа) и  $4.64 \pm 0.22$  до  $5.12 \pm 0.34$  ГПа (среднее  $4.87 \pm 0.29$  ГПа), соответственно. Для дентина твердость изменялась от  $0.78 \pm 0.07$  до  $1.07 \pm 0.07$  ГПа (среднее  $0.95 \pm 0.11$  ГПа) при нагрузке 50 мН и  $0.76 \pm 0.03$  до  $1.07 \pm 0.08$  ГПа (среднее  $0.90 \pm 0.09$  ГПа) при 150 мН. Модуль упругости эмали зубов варьировался от  $74.47 \pm 2.85$  до  $99.94 \pm 3.95$  ГПа (среднее  $80.94 \pm 6.65$  ГПа) при 50 мН и  $73.31 \pm 3.53$  до  $95.15 \pm 8.36$  ГПа (среднее  $79.77 \pm 8.86$  ГПа) при нагрузке 150 мН. Для дентина при нагрузке 50 мН модуль упругости изменялся от  $18.23 \pm 0.81$  до  $23.97 \pm 0.72$  ГПа (среднее  $20.55 \pm 2.00$  ГПа), тогда как при нагрузке 150 мН он был от  $16.39 \pm 0.31$  до  $22.53 \pm 1.03$  ГПа (среднее  $19.22 \pm 1.84$  ГПа). Согласно широко цитируемым данным коэффициент Пуассона эмали 0.28, дентина 0.32. Приведем также усредненные данные по вязкости разрушения  $K_{Ic}$  – важного показателя прочностных свойств материалов: 2.34 у

дентина, 1.06 – эмали и  $0.67 \text{ МПа} \cdot \text{м}^{1/2}$  – кристаллов гидроксиапатита. Теплофизические свойства. К этим свойствам относят те, которые связаны с изменением температуры. Традиционно к ним относят: плотность  $\rho$ ; теплопроводность  $\lambda$ , Вт/(м·град); теплоемкость  $c$ , кДж/(кг·град); температуропроводность  $\alpha$ ,  $\text{м}^2/\text{сек}$ ; тепловое расширение, КТР,  $^{\circ}\text{C}^{-1}$ . За истинные мы приняли приведенные в [4] данные: плотность  $2.95 \pm 0.15$  – эмаль,  $2.18 \pm 0.5 \text{ г/см}^3$  – дентин; теплопроводность  $7.9 \pm 0.9$  – эмаль,  $7.1 \pm 0.9 \text{ мВт/см} \cdot \text{град}$  – дентин; удельная теплоемкость  $0.95 \pm 0.02$  – эмаль,  $1.45 \pm 0.04 \text{ Дж/г} \cdot \text{град}$  – дентин; температуропроводность  $2.8 \pm 0.2$  – эмаль,  $2.2 \pm 0.2 \cdot 10^{-3} \text{ см}^2/\text{с}$  – дентин; КТР 11.4 – эмаль, 8.3 ppm – дентин.

Биоэлектрические свойства. Вопросы электропроводности твердых тканей зуба представляют большой интерес, например, в целях ранней диагностики кариеса. Численные данные крайне разнятся потому что зависят от длинного списка факторов. Особенно широкий диапазон сопротивления отмечается для интактных зубов *in vitro*: от 30 кОм до 300 МОм, *in vivo* разброс данных менее выражен: от 1.2 до 7.1 МОм; удельное сопротивление 0.16-3.31 – эмаль, 0.01-4.0 Ом·м· $10^4$  – дентин. Для дентина удельное сопротивление перпендикулярно дентинным канальцам выше, чем по ходу. Импеданс вследствие дисперсии сильно зависит от частоты. В измерениях Atkinson et al эмалевые призмы и дентинные канальцы были перпендикулярны плоскости препаратов. Установлено, что эмаль обладает в  $10^4$  раз большим омическим сопротивлением, чем дентин. Напротив, емкостная составляющая эмали равнялась 7-8 пФ, а дентина  $1,0 \cdot 10^4$  пФ, то есть для дентина она более чем в 1000 раз больше. Вероятно, это связано с различиями в морфологическом строении эмали и дентина. Для эмали емкостная составляющая очень мала в связи с дефицитом клеточных структур. Оптические свойства. Показатель преломления эмали 1.62-1.73, дентина 1.41-1.59. Коэффициент диффузного отражения эмали 0.609, пропускания 0.137, поглощения  $0.327-0.629 \text{ мм}^{-1}$  в диапазоне длин волн 425-700 нм и растет с увеличением длины волны. Отражение света от поверхности эмали зубов в любой возрастной группе выше, чем у дентина.

## **ДИНАМИКА СОМАТОСЕНСОРНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ ПРИ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ ХРОНОТИПОМ**

**Бондаренко Олег Ростиславович**, лечебный факультет, 2 курс, 12 группа

**Терехов Алексей Павлович**, лечебный факультет, 2 курс, 12 группа

Кафедра нормальной физиологии и медицинской физики

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Дегтярев Виталий Прокофьевич

**Актуальность:** известно, что организм человека обладает индивидуальным околосуточным (циркадианным) биоритмом, в соответствии с которым были выделены 3 основных хронотипа: «совы», «жаворонки» и «голуби». Хронотип – индивидуальная способность адаптации организма к суточным ритмам. Одно из объяснений существования хронотипов опирается на данные о наличии разного уровня выработки кортизола и мелатонина, который зависит от времени суток. Индивидуальные особенности биоритмов у «жаворонков» и «сов» объясняют различиями в порогах возбудимости ЦНС. Установлено, что у представителей вечернего типа имеют место более высокие пороги возбудимости, что отражается на проявлениях электрической активности мозга. Вызванный потенциал (ВП)— электрическая реакция головного мозга на внешний раздражитель или на выполнение умственной (когнитивной) задачи. Согласно существующей концепции, возбуждение поступает в мозг по специфическим и неспецифическим путям. Поэтому разные стадии формирования ВП позволяют оценить разные этапы анализа информации. Считают, что в первые 100 мс происходит анализ физических характеристик воздействия, в течение следующих 100 мс – происходит опознание действующего раздражителя, а в последующие 100 мс происходит принятие решения, которое позволяет отнести сигнал к определенной категории действительности. Установлено, что решение разного рода задач при доминировании различных мотиваций сопровождается разнонаправленными изменениями компонентов ВП, возникающих с разными латентными периодами. Нам не удалось найти в литературе сведений о влиянии хронотипа на характеристики ВП. В этой связи нами и было проведено данное исследование.

**Цель:** изучить динамику характеристик соматосенсорных ВП в процессе реализации психомоторного теста у студентов с разными хронотипами.

**Задачи:** 1. Определить характеристика ВП в состоянии относительного покоя. 2. Выявить особенности изменений ВП при выполнении психомоторного теста. 3. Выявить отличия в характеристиках ВП у представителей разных хронотипов.

**Материалы и методы:** в исследовании участвовали 19 студентов МГМСУ, принадлежащие к двум группам: «совы» и «голуби». Осуществляли регистрацию вертексных соматосенсорных ВП при ЭКР области выхода подбородочного нерва. Исследование проводили во второй половине дня (16.00-18.00). Оно включало 3 этапа: регистрацию ВП в состоянии относительного покоя, в процессе выполнения психомоторного теста и после 10 минутного отдыха. Для регистрации ВП использовали электронейромиограф «Нейро-МВП». Анализировали величину латентных периодов и амплитуд вторичных компонентов ВП: N80, P100, N140, P 200, N280. Данные подвергнуты обработке с помощью программ EXCEL и STATISTICA.

**Результаты:** в состоянии покоя в группе «голубей» латентный период компонента N80 был на 30 мс меньше, а ЛП других компонентов на 9 – 30 мс больше стандартных величин. Наиболее выраженным был компонент P100. Другие компоненты имели значительно меньшую амплитуду. В группе «сов» наибольшие отличия от стандартных величин имели компонент N80 – на 19 мс, и компонент N140 – на 38 мс. Наибольшую амплитуду также имел компонент P100. При выполнении психомоторного теста происходило незначительное увеличение латентных периодов в группе «голубей» и уменьшение их амплитуд, тогда как в группе «сов» происходило однонаправленное уменьшение ЛП и амплитуд всех компонентов ВП. После отдыха происходило заметное увеличение амплитуды компонента P100 в обеих группах.

**Выводы:** 1. В обеих группах исследованных лиц при ЭКР компоненты ВП N80, P100, N140 характеризовались незначительным отклонением параметров от стандартных, компоненты P200, N280 были слабо выражены. 2. При выполнении психомоторного теста происходило уменьшение ЛП и амплитуды компонентов ВП. 3. У представителей разных хронотипов существенных различий в параметрах ВП обнаружить не удалось.

**Задачи:** 1. Установить характеристики ВСР в условиях относительного покоя. 2. Определить особенности изменений ВСР при выполнении психомоторного теста в условиях электрокожного раздражения. 3. Выявить направленность изменений ВСР в зависимости от хронотипа.

**Материалы и методы исследования:** в исследовании участвовали 19 студентов МГМСУ, принадлежащие к двум группам: «совы» и «голуби». Для оценки функциональных возможностей организма использовали метод регистрации variability сердечного ритма (ВСР). Исследование проводили во второй половине дня (16.00-18.00). Оно включало 7 этапов: ВСР в покое, ВСР с выполнением компьютерного теста «реакция на движущийся объект», ВСР с действием электро-кожного раздражения (ЭКР) пороговой величины, комплекс – ВСР с компьютерным тестом и ЭКР, и повтор этих манипуляций после 10 минутного перерыва. Одновременно регистрировали соматосенсорные вызванные потенциалы. Провели сравнение показателей ВСР на разных этапах работы «сов» и «голубей»: HR, PNN50, AMO, TP, LF\_HF. Хронотип студентов определяли по методике О. Остберга. Данные подвергнуты обработке с помощью программ EXCEL и STATISTICA.

**Результаты:** установлено, что у «сов» на всех этапах сохранялась нормокардия, у «голубей» - тахикардия. Для «голубей» характерным оказалось преобладание симпатического отдела ВНС в регулировании работы сердца, а у «сов» - парасимпатического отдела. У «сов» о парасимпатикотонии свидетельствует показатель PNN50, сохраняющий высокое значение на всех этапах. У «голубей» индикатором преобладания симпатического отдела ВНС является SI

- его высокое значение сохранялось и повышалось даже после отдыха. Кроме того, у «голубей» о симпатикотонии свидетельствует высокое значение HF/LF и АМО.

**Выводы:** 1. В условиях покоя у «голубей» показатели ВСР свидетельствуют о более выраженном тоне симпатического отдела АНС. 2. Выполнение психомоторного теста в условиях ЭКР сопровождалось увеличением индекса напряжения и соотношения спектрального показателя LF/HF у «сов», что говорит об увеличении у них доли симпатических влияний на сердечный ритм. У «голубей» происходили противоположные сдвиги этих показателей, что может свидетельствовать об увеличении тону парасимпатического отдела АНС. 3. Более высокие показатели АМО, индекса напряжения и показателя LF/HF на всех этапах работы и после отдыха свидетельствуют о наличии более высокого симпатического тону у «голубей» по сравнению с «совами».

## **ПРОБЛЕМЕ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Гутник Ванесса Васильевна**

Лечебный факультет, 4 курс

Кафедра патологической физиологии

Учреждение образования Белорусский государственный медицинский университет

Научный руководитель: Чепелев Сергей Николаевич

**Актуальность:** железодефицитная анемия (ЖДА) является самой распространенной анемией, которая составляет порядка 90% от всех анемий у детей раннего возраста [1, 2, 3]. Вопросы более углубленного изучения патофизиологических особенностей ЖДА у детей явились предметом данного исследования.

**Цель:** изучение патофизиологических аспектов развития ЖДА у детей раннего возраста.

**Материалы и методы:** в ходе исследования проведено анонимное анкетирование 388 матерей, возраст детей которых составил от 1 до 3 лет. Исследование выполнено на базе УЗ «б-я городская детская клиническая поликлиника» (г. Минск) в 2019 году. В представленной анкете были затронуты следующие вопросы: возраст и пол ребенка, критерий доношенности ребенка, наличие ЖДА у матери во время беременности, наличие ЖДА у ребенка, вид вскармливания ребенка в первый год жизни. Оценка значимости различий определялась по рассчитанному коэффициенту соответствия Хи-квадрат. Значения  $p < 0,05$  рассматривались как достоверные.

**Результаты и их обсуждение:** При анализе полученных данных установлено, что распределение по возрасту детей было следующим: 12-18 месяцев – 114 (29,38%) детей, 18-24

месяца – 94 (24,23%) ребенка, 24-36 месяцев – 180 (46,39%) детей. По полу дети были распределены следующим образом: 199 (51,29%) девочек и 189 (48,71%) мальчиков.

На вопрос «Родился ли ребенок в срок?» получены следующие ответы: «да (ребенок доношенный)» – 374 ответа (96,39%), «нет (ребенок недоношенный)» – 14 ответов (3,61%).

При анализе ответов на вопрос «Наблюдалась ли у Вас анемия во время беременности?» получены следующие результаты: «да» – 270 ответов (69,59%), «нет» – 44 ответа (11,34%), «не знаю» – 74 ответа (19,07%). При анкетировании выявлено, что 109 (28,09%) детей имели ЖДА, а у 279 (71,91%) детей ЖДА отсутствовала.

При анализе наличия ЖДА у детей установлено, что в группе матерей, которые у себя отметили наличие ЖДА во время беременности 84 (31,11%) ребенка имели также ЖДА и 186 (68,89%) детей ЖДА не имели; в группе матерей, которые у себя отрицают наличие ЖДА во время беременности 7 (15,91%) детей имели ЖДА и 37 (84,09%) детей ЖДА не имели; в группе матерей, которые не помнят про наличие либо отсутствие ЖДА во время беременности 18 (24,32%) детей имели ЖДА и 56 (75,68%) детей ЖДА не имели. Установлено, что у детей, матери которых имели ЖДА, имеется статистически значимо выше вероятность развития ЖДА после рождения ( $\chi^2=4,25$ ,  $p<0,05$ ).

Распределение детей с ЖДА по виду вскармливания в первый год жизни было следующим: на грудном вскармливании находилось 18 (16,51%) детей, искусственном – 73 (66,97%) ребенка и смешанном – 18 (16,51%) детей. Среди детей без ЖДА распределение по виду вскармливания в первый год жизни было следующим: на грудном вскармливании находилось 54 (19,35%) ребенка, искусственном – 60 (21,51%) детей и смешанном – 165 (59,14%) детей. Установлено, что у детей, находящихся на искусственном вскармливании, статистически значимо выше вероятность развития ЖДА по сравнению с другими видами вскармливания ( $\chi^2=71,92$ ,  $p<0,001$ ).

**Выводы:** У детей, матери которых имели ЖДА, имеется статистически значимо выше вероятность развития ЖДА после рождения ( $p<0,05$ ). Дети, находящиеся на искусственном вскармливании, имеют статистически значимо выше вероятность развития ЖДА по сравнению с другими видами вскармливания ( $p<0,001$ ).

## **СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО ЧИСЛА ЛЕЙКОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ КРЫС ПОСЛЕ 24-Ч ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА В УСЛОВИЯХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ИНГИБИТОРА**

### **ТOLL-ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ**

**Джафарова Аида Рамизовна**

Лечебный факультет, 3 курс, 26 группа

Кафедра нормальной физиологии и медицинской физики ФГБОУ ВО Московский  
государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова  
Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.м.н., профессор Перцов  
Сергей Сергеевич

**Актуальность:** одним из критериев оценки влияния на организм млекопитающих такого экзогенного фактора, как иммобилизационный стресс, является изучение изменения состояния иммунной системы. В современных научных работах для верификации степени и характера колебаний иммунного статуса при различных нозологических формах широко применяется ингибитор рецепторов врожденного иммунного ответа (CLI-095). Актуальным представляется исследование содержания общего числа лейкоцитов в периферической крови как неспецифических маркеров иммунного ответа при стрессе.

**Цель:** изучение показателей общего числа лейкоцитов периферической крови крыс после 24-ч иммобилизационного стресса в условиях предварительного ингибирования Toll-подобных рецепторов (TLRs).

**Материалы и методы исследования:** работа проведена на 40 крысах Вистар. При проведении опытов руководствовались «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных», утвержденными на заседании этической комиссии НИИ нормальной физиологии имени П.К. Анохина (протокол №1 от 3.09.2005), требованиями Всемирного общества защиты животных (WSPA) и Европейской конвенции по защите экспериментальных животных. Крысы были поделены на 4 группы. I группа (n=10) животных служила контролем. Крысам вводили 1% раствор ДМСО в физиологическом растворе в переднюю поясную кору, затем животных помещали в «домашние» клетки. II группе (n=10) вводили 1% раствор ДМСО в физиологическом растворе, затем подвергали 24-ч иммобилизации в индивидуальных пластиковых боксах. III группа (n=10) крыс получала внутримозговую инъекцию CLI-095 в дозе 0,02 мг/мкл в 1% растворе ДМСО до 5 мкл физиологического раствора. IV группа (n=10) крыс подвергалась 24-ч иммобилизационному стрессу на фоне предварительного введения CLI-095. Результаты опытов обрабатывали с помощью соответствующих статистических и аналитических методов с использованием пакетов программ STATISTICA 10.0 и Microsoft Office Excel 2010.

**Результаты:** при проведении анализа показателей общего числа лейкоцитов в периферической крови у крыс, подвергшихся 24-ч иммобилизационному стрессу при предварительном внутримозговом введении CLI-095, были получены следующие Результаты: После 24-ч стресса без введения CLI-095 обнаружено статически значительное снижение лейкоцитов в периферической крови крыс на 2-е сутки после проведенных манипуляций (на

17,48% от исходного уровня,  $p < 0,01$ ). Также установлено статистически незначительное понижение уровня содержания лейкоцитов при проведении ложной операции (89,91% от исходного уровня). В свою очередь, установлено, что введение CLI-095 в сочетании с 24-ч. иммобилизационным стрессом приводит к статистически незначительному снижению общего числа лейкоцитов в периферической крови (74,23% от исходного уровня).

**Вывод:** таким образом, после 24-ч. иммобилизационного стресса в условиях предварительного внутримозгового введения ингибитора Toll-подобных рецепторов значительно меняется общее число лейкоцитов в периферической крови крыс.

## ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ ПО СЛУХУ

**Дроздова Валерия Андреевна**

Факультет социальной работы, 4 курс, группа СР-2016

Кафедра социальной медицины и социальной работы

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.м.н.,

профессор Мартыненко Александр Владимирович

**Актуальность:** дети являются важнейшим общественным потенциалом, а распространяющаяся инвалидность в период с 2000 года по настоящее время не имеет тенденции к снижению. Ведущая к ограничениям жизнедеятельности, инвалидность диктует необходимость в реабилитации различного профиля: медицинской, психолого-педагогической, социально-психологической и социокультурной, координатором процесса которой должен выступать специалист по социальной работе.

**Цель:** предложить игротерапию в качестве технологии при работе с детьми-инвалидами по слуху.

**Задачи:** рассмотреть основные причины инвалидности по слуху и методы корректировки слуха, выявить ограничения жизнедеятельности детей-инвалидов по слуху, а также представить социальный проект, цель которого – содействие в социализации детей-инвалидов по слуху путём игротерапии.

**Материалы и методы:** в данной работе мы использовали материалы государственной статистики, нормативно-правовую базу, научную литературу. Нами были использованы методы анкетирования, а также метод интервьюирования.

**Результаты работы:**

1. Игровой метод работы с детьми-инвалидами по слуху содействует развитию абстрактно-логического мышления, избавляет реабилитантов от дефицита общения, а также способствует их социализации.
2. Специалисты различного профиля, в том числе и специалисты по социальной работе могут применять игротерапию в процессе реабилитации и абилитации детей-инвалидов.
3. Проведенное интервью среди специалистов Центра реабилитации слуха и речи «Тоша & Со» показало, что возраст реабилитантов для проведения игротерапии варьируется от полутора лет, по мнению психолога, до возраста 4-5 лет по мнению сурдопедагогов и музыкального терапевта.

**Вывод:** успешность процесса реабилитации и абилитации детей-инвалидов по слуху требует участия команды специалистов различного профиля, в том числе специалиста по социальной работе, который, помимо социально-технологических функций, будет обладать функциями организатора и координатора реабилитационного процесса.

## **ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА СТУДЕНТОВ МГМСУ**

**Левченко Екатерина Игоревна**, лечебный факультет, 1 курс, 7 группа **Корнеев Дмитрий Викторович**, лечебный факультет, 1 курс, 7 группа Кафедра нормальной физиологии и медицинской физики

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.б.н., профессор Муслов Сергей Александрович

**Актуальность:** индекс массы тела (англ. body mass index (BMI), ИМТ) – величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста и тем самым косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной. Он важен при определении показаний для необходимости лечения. ИМТ рассчитывается по формуле  $ИМТ = M/H^2$ , где где: М – масса тела в килограммах, Н – рост в метрах. В России, если применять показатели ИМТ, рекомендованные ВОЗ, то получится что больше половины женщин и мужчин старше 30 лет в России страдают избытком веса, и около трети – ожирением. Расчет ИМТ требует определенных рутинных расчетов, поэтому их автоматизация может облегчить мониторинг ИМТ при большом числе респондентов.

**Цель и задачи:** разработка минипрограммы для мобильных устройств, действующих на базе операционной системы Андроид “BM Index”, которая минимизирует необходимые

вычисления и при необходимости выдает необходимые рекомендации по величине массы тела.

**Материалы и методы:** стартовая страница программы предлагает исследователю ввести в соответствующее поле массу тела в кг согласно определению и рост в см. После нажатия на кнопку “Вычислить” происходит счет программы, визуализируется результат и интерпретируется значение ИМТ в соответствии с требованиями ВОЗ. В зависимости от величины ИМТ подается соответствующий рингтон. Кроме того, при отклонении ИМТ от нормы определяется минимальная масса, на которую пациенту нужно поправиться или, наоборот, похудеть, чтобы индекс пришел в норму, рекомендуемую ВОЗ. Программа проста в использовании и снабжена мини-справкой. Язык программирования Java. Доступна версия на английском языке. Предназначена студентам медицинских вузов и врачам-исследователям, а также всем интересующимся здоровым образом жизни. Работа программы была протестирована при мониторинге ИМТ студентов стоматологического и лечебного факультетов МГМСУ им. А.И. Евдокимова в 2017-20 гг. и исследовании его связи с другими физиологическими показателями.

**Результаты и выводы:** в 2020 г. среднее значение ИМТ $\pm$ 95% доверительный интервал (ДИ) составило 21,21 $\pm$ 0,43 кг/м<sup>2</sup>, что несколько меньше, чем в предыдущие годы: 21,66 $\pm$ 0,40 кг/м<sup>2</sup> (2019), 21,53 $\pm$ 0,62 (2018) и 21,63 $\pm$ 0,62 кг/м<sup>2</sup> (2017), однако по данным ВОЗ находится в норме. Установлена сильная корреляционная связь между ИМТ и массой костного компонента (рассчитывалась по формуле Я. Матейко)  $r=0,83$ . В 2019 г. исследован индекс массы тела и характер его взаимосвязей с показателями артериального кровяного давления среди студентов МГМСУ. Опрос респондентов в группах проводился анонимно, затем данные подвергались статистической обработке ( $n=265$ ). При расчете доли лиц в %, образующих ту или иную категорию применяли критерии ВОЗ. Были вычислены среднее значение по выборке индекса массы тела, систолического (СД) и диастолического (ДД) артериального давления (21,66 $\pm$ 0,40) кг/м<sup>2</sup>, 116,75 $\pm$ 1,73 и 71,46 $\pm$ 1,15 мм рт.ст., соответственно (М $\pm$ ДИ). Получены регрессионные зависимости индекса массы тела от артериального давления СД=77,11+1,83ИМТ (достоверность аппроксимации  $R^2=0,18$ ), ДД=67,75+0,004ИМТ ( $R^2=0,03$ ). Установлена сила связи: слабая ( $r=0,43$ ) для переменных (ИМТ, СД) и очень слабая ( $r=0,06$ ) для величин (ИМТ, ДД). Изучена сила корреляционной связи (ИМТ, АД=СД, ДД) в отдельно взятых категориях ИМТ. Выявлена сильная (ИМТ, АД) и средней силы (ИМТ, ДД) связь между ИМТ и АД среди лиц с ожирением. Таким образом, установлено, что рост ИМТ вызывает отклонение СД и ДД от нормы, что подтверждает литературные данные, согласно которым избыточный вес и ожирение создают угрозу здоровью и жизни. В 2018 г. изучили ИМТ отдельно по факультетам МГМСУ. Среднее значение ИМТ на лечебном факультете

составило  $(21,93 \pm 0,62)$  кг/м<sup>2</sup>, на стоматологическом –  $(21,12 \pm 0,62)$  кг/м<sup>2</sup> ( $M \pm m$ ). Вариабельность данных на лечебном факультете была выше. Тем не менее, статистических различий в ИМТ студентов лечебного и стоматологического факультета установлено не было ( $p < 0,05$ ). ИМТ студентов лечебного факультета оказался в норме в 69,59% случаев, стоматологического – в 79,31% случаев. Максимальное значение ИМТ имело место на лечебном факультете – 38,57 кг/м<sup>2</sup> (ожирение 2-й степени), минимальное – 15,57 кг/м<sup>2</sup> (выраженный дефицит массы) – на стоматологическом. Избыточная масса тела чаще наблюдалась у студентов лечебного факультета, чем на стоматологическом факультете почти в три раза. Установлено ожирение у 5,26% студентов лечебного и только у 1,15% стоматологического факультета; дефицит массы у студентов – на лечебном (12,87%) и стоматологическом (14,94%) факультетах.

## **ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР КРАСИТЕЛЕЙ ДЛЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ**

**Рзаханова Екатерина Рагимовна**

Лечебный факультет, 2 курс, 8 группа

Кафедра общей и биоорганической химии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.х.н., доцент Ягова Ирина Владимировна

**Актуальность:** на сегодняшний день микроскопический метод исследования нашёл широкое применение в современной врачебной практике. Это один из главных методов диагностики онкологических, инфекционных и инвазионных заболеваний. Только после гистологического исследования биопсийного материала, специалист с высокой долей вероятности может говорить о наличии той или иной патологии. В связи с этим каждый врач для постановки правильного диагноза должен иметь представление о техниках и методах окраски исследуемых материалов, а также об избирательности красителя по отношению к клеточным структурам.

**Цель:** провести анализ химических механизмов окрашивания препаратов, рассмотреть различные методы окрашивания материалов, применяемые как для общего обзора структур, так и для детального их изучения. Показать огромную значимость гистологического метода в диагностике различных заболеваний. Выбрать и применить выбранные красители для изучения сосудистых патологий (например, сифилитический мезаортит) в срезах сосудистых тканей.

**Материалы и методы:** в основу легли материалы научных статей из русскоязычного источника E-Library, а также материалы глав, посвящённых методикам окраски, из учебников по общей гистологии.

**Результаты:** окраска препаратов позволяет оценить: 1) определённые структуры в тканях; 2) морфологию тканей; 3) наличие патологически изменённых клеток или тканей; 4) наличие патологических микроорганизмов. В основе окрашивания клеток и тканей лежат физико-химические процессы, происходящие как в красителе, так и в микроструктурах. Окрашивание начинается как физический процесс, при котором находящийся в растворе краситель проникает в тканевые поры и накапливается в них (диффузия, капиллярная конденсация). Затем следует процесс химического взаимодействия красителя с компонентами клетки.

В гистологии существуют следующие типы красителей:

1. Кислые (эозин  $C_{20}H_6Br_4O_5Na_2$ , кислый фуксин  $C_{20}H_{20}N_3Cl$ ). Окрашивают оксифильные структуры клетки. Пример: большинство белков цитоплазмы.
2. Основные (гематоксилин  $C_{16}H_{14}O_6$ , азур II  $C_{15}H_{16}ClN_3S$ ). Окрашивают базофильные структуры. Пример: ядро (молекулы ДНК).
3. Нейтральные (смесь основных и кислых красителей). Структуры будут окрашиваться обоими красителями сразу.
4. Индифферентные (судан III  $C_{22}H_{16}N_4O$ ). И краситель, и окрашиваемое им вещество являются гидрофобными. Судан III растворяется в липидах и окрашивает их в оранжевый цвет.

Что касается выявления отдельных структур в тканях, то существуют различные способы окрашивания. Приведу наиболее известные:

1. Окрашивание эластических волокон орсеином  $C_{28}H_{24}N_2O_7$ . Это особенно актуально в патологической анатомии сосудов.
2. Окраска по Папаниколау. Применяется в цитологии для изучения отдельных клеток в мазках, смывах и т.д.
3. Окраска по Вергофу предназначена для выявления в тканях нормальных и патологически изменённых эластических структур. Эластин обладает высоким сродством по отношению к хлориду железа III с гематоксилином.
4. Окраска по Перлсу. Широко применяется в патологоанатомической практике для выявления избыточного накопления соединений железа в тканях. Окрашивает, например, альвеолярные макрофаги, нагруженные гемосидерином, которые появляются, в частности, при застойных явлениях в лёгких (клетки сердечных пороков).
5. Пикросириус красный. Применяется для селективного выявления коллагенов I и III типов.

6. Окраска по Ван-Гизону. Используется смесь пикриновой кислоты и кислого фуксина. Необходима при дифференцировке коллагеновых волокон от других компонентов соединительной и гладкомышечной ткани.

Для наших исследований эластина в срезах сосудистых тканей выбран орсеин, позволяющий наиболее селективно выделить эластин в сосудах.

**Выводы:** несмотря на то, что существуют различные методы исследования и диагностики заболеваний, гистологический метод был и остаётся одним из точнейших методов при постановке или уточнении диагноза, позволяющий непосредственно увидеть патологию. Однако точность и качество метода напрямую зависят от квалификации специалиста, от правильности выполнения всех стадий исследования, правильности применения различных окрасок.

## **ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЦЕНА ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ ХРОНОТИПОМ**

**Савушкина Анна Эдуардовна**, лечебный факультет, 2 курс, 12 группа **Становова Арина Михайловна**, лечебный факультет, 2 курс, 12 группа Кафедра нормальной физиологии и медицинской физики

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.м.н., профессор Дегтярев Виталий Прокофьевич

**Актуальность:** активность регуляторных систем зависит от функционального состояния организма. Степень их напряжения - это интегральный ответ организма на комплекс воздействующих на него факторов. Биоритмы возникают при взаимодействии организма со средой. При этом наибольший интерес в медико-биологическом плане представляют околосуточные циклы изменения секреции гормонов, частоты сердечных сокращений и др. Биологические ритмы являются внешними проявлениями активности супрахиазматического ядра (СХЯ) гипоталамуса, разрушение которого приводит к исчезновению циркадианных колебаний функций организма. У каждого человека существуют свои «часы», определяющие уровень функциональных показателей в течение суток. По этому показателю выделяют «жаворонков» с максимальной активностью в первой половине дня, «сов» - с наибольшей активностью в вечернее время, «голубей» - эффективно работающих в дневные часы. Сердце является весьма чувствительным индикатором всех происходящих в организме событий. Вариабельность сердечного ритма (ВСР) отражает состояние механизмов управления физиологическими функциями организма, в т.ч. соотношение влияний симпатического и

парасимпатического отделов автономной нервной системы. С этими отделами имеют тесную связь нейроны СХЯ. Показатели ВСП изменяются при выполнении зрительно-моторных и других видов заданий разной сложности. Вместе с тем, исследования связи показателей ВСП и хронотипа человека носят единичный характер и демонстрируют неоднозначные результаты, что и побудило нас провести данное исследование.

**Цель:** изучить характер изменений ВСП у студентов с разным хронотипом при выполнении психомоторных реакций.

## **СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ-БИОБАНК.**

### **ВИДЫ КРИОПРОТЕКТОРОВ. КРИОКОНСЕРВАЦИЯ КРОВИ**

**ЧЕЛОВЕКА** Сазонова Екатерина Олеговна

Лечебный факультет, 1 курс, 27 группа

Кафедра общей и биоорганической химии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.х.н., доцент Ягова Ирина Владимировна

**Актуальность:** тема заключается в раскрытии возможности сохранения биоматериала населения земного шара и возможности использования данного биоматериала в научных исследованиях и разработке лекарств для борьбы с серьезными заболеваниями.

**Цель:** изучение роли криопротекторов в сохранении различных клеточных структур (клеток крови, молекулы ДНК, гамет человека и т.д.), собранные в криостатах для дальнейшей научной деятельности.

**Материалы и методы:** материалом данного исследования является кровь человека. Методом является использование криопротекторов для сохранения структуры эритроцита. Биоматериал хранится в биобанке - специализированном отделении, задачей которого является правильный отбор, складирование и выдача биологического материала. В отделении биобанка забирают и замораживают различный биоматериал: сыворотку, плазму, цельную кровь, мочу и ткани (опухоль или здоровую ткань). Целью нашего исследования является изучение роли криопротекторов в сохранении различных клеточных структур в криостатах (клеток крови, молекул ДНК, гамет человека и т.д.), а также криоконсервация эякулята человека, имеющая важное значение для сохранения сперматозоидов и повышения уровня рождаемости. Стандартные операционные процедуры (СОПЫ) обеспечивают взятие образцов и замораживание их при температуре -80 градусов (оптимальная температура для длительного хранения). Очень важно обеспечить быструю доставку биоматериала, что

избежать аутолиза. При быстрой заморозке происходит стеклование клетки (т.е. в цитоплазме не образуются кристаллы, и клетка остается целой). При медленном замораживании органа в цитоплазме образуются кристаллы, которые разрывают мембрану клетки. Такие клетки непригодны для исследования. Для предотвращения разрушения клетки применяют криопротекторы четырех классов. Криопротекторы и криоконсерванты первого класса применяются для замораживания концентратов эритроцитов, концентратов лейкоцитов, концентратов тромбоцитов, гемопоэтических стволовых клеток, пуповинной крови или ядерных клеток костного мозга. Криопротектором первого класса является глицерин ( $C_3H_8O_3$ ), который растворяет воду, соли и щелочи, мочевины, сахарозу и газы, а также моноэндоцеллюлярный криоконсервант «Пропандиосахароль» на основе пропиленгликоля ( $C_3H_8O_2$ ), применяемый для замораживания эритроцитов при  $-196^{\circ}C$ , причем его эндоосмос в эритроциты проходит быстрее, чем у глицерина. Криопротекторами второго класса являются экзоцеллюлярные криопротекторы, непроникающие в клетки (КНК); поливинилпирролидон ( $C_6H_9NO$ )<sub>n</sub> (ПВП), гидроксиэтилкрахмал (ГЭК) и водные растворы на его основе. Криопротекторы 3 класса образованы криопротекторами смешанного действия (КСД); монокриоконсерванты содержат по одному КСД, бикриоконсерванты содержат по два КСД. К данному классу относятся криоконсерванты на базе полиэтиленоксидов ПЭО400 и ПЭО-150  $HOCH_2-(CH_2-CH_2-O)_n-CH_2OH$ , а также гексаметиленбистетрагидроксиэтилмочевины (ГМБТОЭМ). ПЭО-400 и ПЭО-150 нашли применение в качестве протекторов клеток костного мозга, крови и других биологических объектов. Перспективным направлением в криобиологии является применение криопротекторов 4 класса - комбинированных эндоцеллюлярно-экзоцеллюлярных криоконсервантов. В их состав (по причине видоспецифичности биологического материала) могут быть включены дополнительные вещества биологического происхождения - антифризные протеины и гликопротеины, а также липиды замораживаемого организма. Последние активно влияют на форму и размеры микрочастиц льда и могут участвовать в репарации поврежденных клеточных мембран. Примером криоконсерванта 4 класса является «Гемжел» для замораживания ГСК костного мозга при  $-196^{\circ}C$ . Разработан в ГНЦ РАМН. Криоконсервант включает: Высокоочищенный глицерин, 66 мл; ПВП с м.м.  $12600 \pm 2700$ , 70 г; Динатриевая соль ЭДТА, 1 г; Раствор желатина медицинского 10% для инъекций, 200 мл; Натрия цитрат, 10 г; pH раствора до 7,0–7,4; Гемодез – до 1000 мл. Приготовленный «Гемжел» добавляют в костно-мозговую взвесь 1:1, осторожно перемешивают, выдерживают при комнатной температуре до 30 мин, с помощью системы для переливания крови с фильтром переводят по 120 мл в криоконтейнеры емкостью 160 мл, герметизируют, паспортизируют и направляют для замораживания. Охлаждение проводят по двухступенчатой программе: на первом этапе – со скоростью  $1^{\circ}C/мин$  до  $9^{\circ}C$ , на втором –

10°C/мин до -185°C, после чего переносят в хранилище с жидким азотом (-196°C), в котором хранят более 15 лет. Размораживают в течение 43–45 мин. Через 7 лет криоконсервирования в этих условиях сохраняются жизнеспособными 71,4% ядерных клеток костного мозга и 78,3% гемопоэтических стволовых клеток. Для замораживания крови применяли два криопротектора: 5% раствор диметилсульфоксида (ДМСО) и Тромбокриодмац (диметилацетамид с глюкозой) (ТДК). Режим консервации - -80°. Данные криопротекторы обладают минимальной способностью формирования кристаллических и псевдокристаллических структур. Исследование кристаллизации сформированных жидких систем осуществлялось путем качественного и количественного анализа с использованием комплекса визуаметрических параметров. В системе «плазма-ТКД» наблюдалось формирование минимальной, но достаточной четкой краевой зоны; в центральной зоне многочисленные неоформленные структурные элементы, в картине фасций обнаруживаются широкие «разломы» краевой зоны, распространяющиеся вплоть до центра образца. В системе «плазма- ДМСО» отмечается выраженное ингибирование кристаллогенеза плазмы с формированием единичных одиночно-кристаллических структур в центре образца. Таким образом, 5% раствор ДМСО продемонстрировал большую сохранность физиологической картины структуризации, чем ТКД. **Выводы:** исходя из всех полученных данных, можно сделать вывод о значительной роли структурно-функционального отделения биобанкинга, которая состоит в длительном сохранении крови и ее компонентов вне организма человека без потери клетками функциональных свойств.

## **ОЦЕНКА БАЛАНСА ОСНОВНЫХ НЕРВНЫХ ПРОЦЕССОВ ЦНС У СТУДЕНТОВ С**

**РАЗНЫМ ХРОНОТИПОМ. Токарчук Валерия Александровна, лечебный факультет, 2**

**курс, 12 группа Стеничкина Алина Олеговна, лечебный факультет, 2 курс, 12 группа**

**Кафедра нормальной физиологии и медицинской физики ФГБОУ ВО Московский**

**государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова**

**Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.м.н., профессор Дегтярев**

**Виталий Прокофьевич**

**Актуальность:** одним из факторов, определяющих успешность адаптации человека, являются биологические ритмы, среди которых существенную роль играет циркадианный ритм. По особенностям его проявления выделено несколько хронотипов: «жаворонки» с максимальной активностью в первой половине дня, «совы» - с наибольшей активностью в вечернее время,

«голуби» - эффективно работающие в дневные часы. Наличие хронотипов объясняют влиянием изменения уровня освещенности в течение суток на активность «часовых» генов клеток супрахиазматического ядра гипоталамуса, которое регулирует выделение кортизола и мелатонина. У «жаворонков» максимум выброса кортизола наблюдается раньше, поэтому они более активны утром. Но и гормон сна мелатонин поступает в кровь задолго до полуночи, поэтому у них обычно рано снижается уровень работоспособности. У «сов» выделение кортизола и мелатонина сдвинуто на более поздние сроки. Хронотип человека существенно отражается на различных показателях функционального состояния человека, в частности на успешности выполнения различных видов деятельности. На ее результативность влияет также дополнительный приток афферентных сигналов. Литературные сведения о роли этих факторов противоречивы, что и побудило нас провести данное исследование.

**Цель:** выявить наличие взаимосвязи результативности выполнения психомоторной деятельности и хронотипа человека.

- Задачи:** 1. Определить хронобиологические характеристики студентов.
2. Установить характеристики выполнения психомоторного теста в условиях относительного покоя и при электрокожном раздражении у студентов с разным хронотипом.
3. Выявить направленность изменений результативности психомоторной деятельности в зависимости от хронотипа.

**Материалы и методы исследования:** в исследовании приняли участие 19 студентов 19-23 лет на основе информированного согласия. Регистрировали результаты выполнения теста в состоянии покоя, а также при электрокожном раздражении пороговой величины и после 10 минутного отдыха в период 16 -18 часов дня. Одновременно регистрировали ЭКГ и соматосенсорные вызванные потенциалы. Хронотип студентов определяли по методике О. Остберга. Целенаправленную деятельность моделировали предъявлением компьютерного психомоторного теста «реакция на движущийся объект». Данные подвергнуты обработке с помощью программ EXCEL и STATISTICA.

**Результаты:** установлено, что у студентов, принадлежащих к вечернему хронотипу («сов»), время реакции было меньшим, а число точных реакций значительно большим, чем у «голубей». Суммарное время опережающих реакций, как и запаздывающих, так же было меньше у «сов». Эти данные свидетельствуют, во-первых, о преобладании процесса возбуждения в ЦНС над процессом торможения в обеих группах, а во-вторых, о большей его выраженности в группе «сов». При электро-кожном раздражении у «голубей» опережающих реакций было на много больше, чем запаздывающих, что свидетельствует о росте процесса возбуждения в ЦНС. Аналогичные изменения, но меньшей выраженности, имели место у «сов». После 10 минутного отдыха число точных реакций в обеих группах увеличивалось

однаправленно, а время опережений значительно уменьшалось и становилось у «голубей» практически равным времени запаздывания. У «сов» же после отдыха время запаздывания продолжало уменьшаться.

**Выводы:** 1. Хронотип студентов существенно отражается на результативности выполняемой деятельности. 2. У студентов вечернего хронотипа процессы возбуждения в ЦНС преобладают над процессами торможения в большей степени, чем у студентов дневного, что приводит к более успешному выполнению психомоторной деятельности. 3. Увеличение афферентного притока путем порогового электрокожного раздражения улучшает результативность выполняемой деятельности.

## **ВЛИЯНИЕ М3 ФЕНОТИПА МАКРОФАГОВ И ИХ СОЧЕТАНИЯ С НАНОЧАСТИЦАМИ НА РАЗВИТИЕ ВОСПАЛЕНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

**Чернышева Ольга Олеговна**

Лечебный факультет, 3 курс, 12 группа

Кафедра патологической физиологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России Научный руководитель: д.м.н.,

профессор Лямина Светлана Владимировна

**Актуальность:** процесс воспаления лежит в основе ряда патологических состояний и социально значимых заболеваний. Понимание молекулярно-клеточных механизмов формирования воспалительной реакции и способов ее регуляции является одной из основных проблем фундаментальных исследований и практической медицины. Макрофаги – полиморфная популяция клеток, фенотип которых в значимой степени формируется под действием микроокружения. Различные фенотипы клеток определяют инициацию и дальнейшее развитие иммунного ответа. Клетки М1 фенотипа продуцируют провоспалительные цитокины, характеризуются высокой способностью к фагоцитозу и антигенной презентации. М2 макрофаги отличаются противовоспалительной активностью, обладают низкой антигенпрезентирующей способностью. Учитывая полученные в последние годы данные, существовавшая ранее четкая модель поляризации макрофагов на М1-М2 фенотипы сегодня дополнена новыми сведениями. Так, *in vitro* влияние на внутриклеточные факторы транскрипции макрофагов позволило выделить М3 фенотип клеток, проявляющий противовоспалительные свойства в ответ на провоспалительные стимулы микроокружения.

**Цель:** оценка влияния нативных M0 макрофагов и репрограммированных *in vitro* M3-STAT3/6-SMAD3 макрофагов с дополнительным применением наночастиц оксида графена (GO) на развитие воспаления в эксперименте.

**Методы:** эксперимент выполнен на мышах генетической линии C57N ( $n=27$ ), самки, весом  $24 \pm 1,2$ . Нативные макрофаги M0 были получены из перитонеальной жидкости мышей, культивировались в питательной среде RPMI-1640 (с добавлением 10% фетальной бычьей сыворотки (FBS), пенициллина 100 ЕД/мл, стрептомицина 100 мкг/мл при  $37^\circ\text{C}$  в 5%  $\text{CO}_2$  в течение 12 ч, с дальнейшим стимулированием липополисахаридом (ЛПС) (24 ч). *In vitro* репрограммирование на M3-STAT3/6-SMAD3 фенотип проводили путем культивирования макрофагов без FBS (12 ч) с добавлением INF- $\gamma$  и ингибиторов факторов STAT3, STAT6 и SMAD3 с последующей стимуляцией ЛПС (24 ч). Воспалительный процесс моделировали подкожным (п/к) введением в подошвенную поверхность стоп задних лап кристаллов мочевой кислоты (МК) (5 мкг/10 мкл). Мыши были разделены на пять групп. I группе вводили кристаллы МК; II и III группам вводили кристаллы МК и M0 макрофаги (2,5 млн/10 мкл); IV и V группам вводили кристаллы МК и M3 макрофаги (2,5 млн/10 мкл). В III и V группам дополнительно вводили наночастицы GO. Размеры очага воспаления (диаметр, мм) измеряли на 1-е, 3-е и 7-е сутки после инъекции.

**Результаты:** на 1-е сутки после инъекции наблюдалось статистически значимое уменьшение очага воспаления в V группе по сравнению с «контролем» ( $Me_{(Vгр.)}=27,10$  мм,  $Me_{(Iгр.)}=28,10$  мм;  $p=0,043$ ). На 3-е сутки выявлено статистически значимое уменьшение очага воспаления во II и III группах ( $Me_{(Iгр.)}=27,95$  мм;  $Me_{(IIгр.)}=27,60$  мм,  $Me_{(IIIгр.)}=27,00$  мм;  $p_{(IIгр.)}=0,043$ ,  $p_{(IIIгр.)}=0,043$ ). На 7-е наблюдалось статистически значимое уменьшение очага воспаления в III группе ( $Me_{(Iгр.)}=27,20$  мм;  $Me_{(IIIгр.)}=26,25$  мм;  $p=0,043$ ). При этом на протяжении всего периода наблюдений (7 суток) не наблюдалось статистически значимых различий в группах с изолированным введением макрофагов и их сочетанием с наночастицами. На 1-е сутки  $Me_{(IIгр.)}=27,60$  мм;  $Me_{(IVгр.)}=27,83$  мм;  $p=0,273$ ;  $Me_{(IIIгр.)}=27,00$  мм;  $Me_{(Vгр.)}=27,10$  мм;  $p=0,281$ . На 3-е сутки  $Me_{(IIгр.)}=26,80$  мм;  $Me_{(IVгр.)}=27,40$  мм;  $p=0,068$ ;  $Me_{(IIIгр.)}=26,25$  мм;  $Me_{(Vгр.)}=27,30$  мм;  $p=0,068$ . На 7-е сутки  $Me_{(IIгр.)}=26,28$  мм;  $Me_{(IVгр.)}=26,25$  мм;  $p=0,180$ ;  $Me_{(IIIгр.)}=26,25$  мм;  $Me_{(Vгр.)}=26,50$  мм;  $p=0,080$ .

**Выводы:** таким образом, репрограммированные *in vitro* на M3-STAT3/6-SMAD3 фенотип макрофаги оказывают более выраженный противовоспалительный эффект по сравнению с макрофагами M0 фенотипа. Сочетанное введение M0 и M3 клеток с наночастицами приводит к статистически незначимому ослаблению противовоспалительного эффекта

# СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КРЫС ПОСЛЕ 24-Ч ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА В УСЛОВИЯХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ИНГИБИТОРА TOLL-ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ

Чернышева Ольга Олеговна

Лечебный факультет, 3 курс, 12 группа

Кафедра нормальной физиологии и медицинской физики

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Перцов Сергей Сергеевич

**Актуальность:** было установлено, что воздействие стресса на организм обладает как иммуномодулирующим, так и иммуносупрессорным эффектом. На современном этапе изучения нейроиммунных взаимодействий при стресс-индуцированных реакциях неясными остаются молекулярно-клеточные механизмы изменений в функциональной активности иммунной системы. Стрессорное воздействие приводит к образованию в организме DAMPs (Damage-associated molecular patterns). DAMPs распознаются специфическими паттерн-распознающими рецепторами (pattern-recognition receptors, PRRs), к которым, в том числе, относится Toll-подобный рецептор-4 (TLR-4). Активация TLR-4, в свою очередь, приводит к инициации иммунных реакций. Отдельные структуры головного мозга обладают высокой чувствительностью к воздействию стрессорных факторов, а также участвуют в реализации системной реакции организма на стресс. Установлено, что функциональная активность иммунной системы регулируется, в том числе, передней поясной корой головного мозга. Одними из основных посредников во взаимодействиях нервной и иммунной систем являются цитокины.

**Цель и задачи:** изучение содержания TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$  и IL-6 в сыворотке крови крыс после 24-ч иммобилизационного стресса в условиях предварительного внутримозгового введения CLI-95 (ингибитор Toll-подобного рецептора-4 (TLR-4)) в область передней поясной коры головного мозга.

**Материалы и методы:** экспериментальные животные были разделены на четыре группы. В первой (контрольной) и второй группе крысам проводили внутримозговое введение физиологического раствора (ФР). В третьей и четвертой группах экспериментальным животным проводили внутримозговое введение CLI-095. Крысы второй и четвертой групп подвергались стрессорному воздействию. Концентрацию провоспалительных цитокинов (TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$  и IL-6) в сыворотке крови после экспериментального воздействия определяли с помощью мультиплексного иммунного анализа (Биоплекс, Биорад, США). Внутримозговое

введение ингибитора TLR-4 проводилось в область передней поясной коры головного мозга крыс. Стрессорное воздействие моделировали 24-часовой иммобилизацией в индивидуальных пластиковых пеналах.

**Результаты:** в условиях 24-часового стрессорного воздействия на фоне введения физиологического раствора наблюдалось статистически значимое уменьшение концентрации IL-1 $\beta$ . При введении в область передней поясной коры головного мозга крыс CLI-095 наблюдалось статистически значимое увеличение концентрации IL-1 $\beta$ . В группе с 24-ч иммобилизационным стрессом в условиях предварительного внутримозгового введения ингибитор Toll-подобного рецептора-4 обнаружено статистически значимое уменьшение концентрации TNF- $\alpha$ .

**Выводы:** таким образом, 24-ч стрессорное воздействие на фоне предварительного введения ингибитора Toll-подобного рецептора-4 (TLR-4) (CLI-095) вызывает значимое изменение концентрации цитокинов в сыворотке крови крыс.

## **КОНКУРС РЕФЕРАТОВ**

I место

### **ГИПНОТЕРАПИЯ И ЕЕ РОЛЬ В РЕГУЛЯЦИИ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ**

**Гильмутдинова Лаура Эдуардовна**

Кафедра нервных болезней

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н, ассистент Селезнев Федор Алексеевич

Гипнотерапия – это направление в медицине, в основе которого лежит применение измененного состояния сознания в лечебных целях. Наибольшую популярность гипнотерапия получила среди психотерапевтов как средство лечения фобий, тревожных расстройств, расстройств пищевого поведения и депрессии. В последние десятилетия происходило активное изучение нейрофизиологических основ гипноза, его субстрата и механизма действия, что вызвало рост интереса к методу со стороны медицинского сообщества. Развиваются виды и техники гипнотерапии, вместе с тем увеличиваются и перспективы ее применения для лечения соматических заболеваний. Одним из важных направлений стало применение гипноза, как способа борьбы с острым и хроническим болевым синдромом. Целью данной работы является освещение теоретических основ гипноза, а также оценить эффективность его практического применения в лечении болевого синдрома. На основе

проведенного анализа были сделаны следующие выводы. Гипноз известен человечеству с древних времен, он применялся для лечения боли и в качестве анестезии задолго до того, как получил научное обоснование. Благодаря функциональным методам исследования удалось определить, что главными участками головного мозга, задействованными в процессе гипноза, являются лобные отделы коры, передняя поясная кора и все левое полушарие в целом. Активность этих отделов зависит не только от самого гипнотического воздействия, но и от характера последующих внушений. Анальгезирующее действие гипноза также подтверждается на уровне болевых центров коры головного мозга: лобных отделов, передней поясной коры, таламуса, островка. Тем не менее, нейрофизиологические реакции на гипноз и гипнотические внушения отличаются у людей с высокой и низкой гипнабельностью (восприимчивостью к гипнотическим воздействиям), что объясняет различия в эффективности применения гипноза у разных пациентов. При лечении боли гипнозом наиболее эффективными оказались методики расслабления и изменения восприятия. Гипнотерапия может стать альтернативой местной анестезии, так как она показала свою эффективность в лечении острой боли во время медицинских вмешательств, а также уменьшила сопровождающую их отрицательную эмоциональную реакцию. Что касается применения гипноза пациентами с хроническим болевым синдромом, он также положительно зарекомендовал себя и в этом случае. У таких пациентов снизилась интенсивность и частота болевых приступов, а также уменьшилась или вовсе исчезла необходимость в использовании обезболивающих препаратов. Кроме того, возможно и применение самогипноза, что сохраняет самостоятельность пациентов и делает их независимыми от посещения специалиста.

## II место

### **ПАТОГЕНЕЗ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЭБОЛА, ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВИРУСА С ИММУННОЙ СИСТЕМОЙ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

**Бурляева Валерия Викторовна**

Кафедра патологической физиологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Лямина Светлана Владимировна

На основе литературных данных в работе были рассмотрены основные патогенетические механизмы болезни, вызываемой вирусом Эболы. Целью работы является обобщение современных знаний о строении вириона, патогенезе геморрагической лихорадки Эболы и

взаимодействии вируса с иммунной системой, а также последние достижения в профилактике и лечении с помощью вакцинации и серотерапии. Отличительными признаками заболевания являются высокая вирусемия, лимфопения, отсутствие активации Т-лимфоцитов CD8 и ингибирование производства антител В-лимфоцитами CD4. Тяжелое течение заболевания обусловлено ранним нарушением работы иммунной системы, что связано с тропизмом вирусного гликопротеина к лектиновым рецепторам, широко распространенным среди макрофагов и дендритных клеток. В них вирусные белки VP24 и VP35 ингибируют сигнальные каскады системы интерферона и, таким образом, обеспечивают уклонение вируса от врожденного иммунного ответа. Угнетение адаптивного иммунного ответа обусловлено нарушением презентации антигена Т-хелперам и угнетением их вспомогательных функций в связи с недостаточной экспрессией костимулирующих факторов на поверхности антигенпрезентирующих клеток. Так же для заболевания характерна коагулопатия, которая обусловлена множеством факторов: повышенной агрегацией и потреблением тромбоцитов, активацией внешнего каскада коагуляции и повреждением эндотелия вследствие гиперпродукции цитокинов и хемокинов. На данный момент разработано несколько патогенетических подходов к лечению, однако предложенные лекарственные препараты, так же, как и экспериментальные вакцины, еще находятся на фазе клинических испытаний и их эффективность и безопасность еще не доказана.

### III место

## **ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ТЕОРИИ ТРАНСГЕНДЕРНОСТИ: ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС И СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ**

**Рувинова Раиса Давидовна**

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: профессор Беглянкин Николай Игоревич

До сих пор остаётся открытым вопрос психического здоровья у людей с гендерной дисфорией (расстройство гендерной идентичности, трансгендерность, транссексуализм). Как следует классифицировать диагноз «трансгендерность» - как психопатологию или как добровольные перверзии свободной личности в обществе сверхтолерантности. В Международной классификации одиннадцатого пересмотра рубрика «расстройства половой идентификации» заменена на новый, более «мягкий» диагноз «гендерное несоответствие», что более не считается психопатологией. Данная трактовка вызывает большие сомнения у большинства

российских психиатров. Возросшая актуальность проблемы гендерной дисфории побудила нас проанализировать научные исследования в этой области, чтобы ответить на главный вопрос – есть ли научное обоснование трансгендерности как физиологической нормы? Один из основных источников описания психопатологии - труд советского профессора А. Бухановского. Все многочисленные теории гендерной дисфории можно разделить на две большие группы: теории свободного выбора гендерной идентичности, и теории, предполагающие наличие независимых от человека факторов развития данного состояния: биологических (генетическая обусловленность, гормональные изменения, внутриутробная дифференциация головного мозга) и социальных (теории: Д. Мани, З. Фрейда, аутогинефилии). Ни в одной из вышеописанных теорий трансгендерность не рассматривается как физиологическая норма, более того, имеются указания на психопатологические проявления: сверхценные идеи, синдром деперсонализации, дисморфофобия. Вывод на основании вышеизложенного: вопрос признания трансгендерности нормой как минимум дискуссионный и подлежит дальнейшему исследованию.

I место

## **ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ИНФИЛЬТРАЦИИ ICON**

**Рябцева Карина Алексеевна**

Кафедра профилактики стоматологических заболеваний

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Лаптева Людмила Ивановна

Проблема лечения кариеса является одной из самых актуальных, так как кариес является самым распространенным заболеванием полости рта. В данной работе был рассмотрен метод лечения начальных форм кариеса с помощью минимально-инвазивной методики инфильтрации Icon. Целью работы стало обобщение научных и статистических данных, истории создания препарата, клинических испытаний, механизма действия, дана оценка долгосрочности и эффективности, названы показания и противопоказания данного препарата.

Благодаря многочисленным испытаниям, компания DMG зарегистрировала инфильтрирующий препарат Icon, перед нанесением которого необходимо удалить поверхностный слой эмали с помощью кислоты для наилучшего проникновения материала. Таким образом, в состав системы инфильтрации входят Icon-Etch в качестве протравливающего агента, Icon-Dry в виде этанола для просушивания очага поражения и сам проникающий агент Icon-Infiltrant, запечатывающий поры в пораженном участке, тем самым

предотвращая проникновения туда микроорганизмов и выхода составляющих структуру эмали элементов (кальций, фосфор). Сравнивая Ison с другими методиками было выявлено, что этот способ имеет более быстрый результат, долгосрочный эффект и меньшее число осложнений. Исследования, изучающие методику инфильтрации в течение нескольких лет, указывают на долгосрочные результаты. Система инфильтрации Ison оказывает и профилактический, и терапевтический эффект, что делает целесообразным ее применение в стоматологической практике.

## II место

### **АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ И НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ БЛОКАДЫ ПО ГОУ-ГЕЙТСУ**

**Николенко Вера Михайловна**

Кафедра обезболивания в стоматологии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: к.м.н., доцент Бабич Татьяна Дмитриевна

За последнее время достигнуты значительные научно-технические успехи в области стоматологии. Активно внедряются в клиническую практику новые методы лечения и диагностики стоматологических заболеваний. Однако качество оказания стоматологической помощи связано с эффективностью проводимого обезбоживания. Проведение местной анестезии на амбулаторном стоматологическом приёме невозможно без знаний анатомии челюстно-лицевой области и без понимания особенностей иннервации и кровоснабжения зубов верхней и нижней челюстей. Специалистам необходимо уделять время на изучение и повторение анатомических особенностей данной области для овладения непростой техникой обезбоживания. Отличия в строении анатомических структур челюстно-лицевой области в силу возраста, телосложения, редких случаев нормы, трактуют выполнение данных проводниковых анестезий не по шаблону, а опираясь на анатомические ориентиры каждого конкретного пациента. В связи с тем, что не ведётся точная статистика ошибок и осложнений при проведении местной анестезии в стоматологии, ввиду того, что не всегда удаётся точно определить, что именно стало причиной тяжелых осложнений, нельзя привести данные, показывающие количество технически неправильно выполненных инъекций. Однако опираясь на современные исследования, видно, что риск возникновения осложнений при несоблюдении методики выполняемой анестезии очень высок. Это связано с анатомическими

особенностями проведения данных непростых манипуляций, которые неодинаковы у всех пациентов и требуют от врача-стоматолога пристального внимания, изучения, повторения и закрепления во время врачебной практики.

III место

**АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО  
ВОЗРАСТА ПРИ ИЗМЕНЕНИИ УРОВНЯ pH В ПОЛОСТИ РТА**

**Равинская Алиса Сергеевна**

Кафедра профилактики стоматологических заболеваний

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: д.м.н, профессор Кузьмина Ирина Николаевна

В данной работе будут рассмотрены изменения свойств ротовой жидкости в зависимости от воздействия различных факторов в полости рта, а также взаимосвязь между повышением кислотности слюны и повреждением эмали, даны профилактические рекомендации по предупреждению возникновения некариозных поражений у лиц молодого возраста.

Актуальность данной работы обусловлена высокой распространённостью и интенсивностью некариозных поражений зубов (эрозий эмали и повышенной чувствительности) среди молодых людей от 15 до 25 лет в России и во всем мире. Ведущую роль в развитии некариозных поражений, таких как эрозия эмали зубов и повышенная чувствительность, играет изменение уровня pH в полости рта, обусловленное чаще всего в молодом возрасте приемом большого количества напитков, содержащих много сахара и имеющих высокую кислотность, употреблением табака, частые и интенсивные занятия спортом. Независимо от причины возникновения некариозных поражений, можно выделить общие профилактические мероприятия: стоматологическое просвещение, обучение гигиене полости рта, рекомендации по вопросам рационального питания. Также были разработаны профилактические мероприятия для воздействия на каждый из данных факторов, изменяющих pH полости рта. Выполнение пациентами гигиенических мероприятий, рекомендаций по коррекции питания и вредных привычек, составленных врачом, способствует снижению риска развития данных некариозных поражений.

