вентиляционная поддержка, но различной степени. Так, лишь 31,6% находились на ИВЛ, остальным же 68,4% потребовался только назальный CPAP. Помимо этого, все 100 % пациентов данной группы после рождения пребывали в отделении реанимации 19±11 койко-дней (достоверно меньше, чем во второй и третьей группе), лишь один новорожденный с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), рожденный в 25 недель гестации ввиду исхода СДР в бронхо-легочную дисплазию провел в ОАРИТ 320 койко-дней. При рождении 47,4% детей потребовалось дополнительное введение препарата «Куросурф»: 7 (36,8%) в дозе 200 мг, 1 (5,3%) -220 мг, 1 (5,3%)- 120 мг. У 3 (15,8%) новорожденных наблюдался исход СДР в БЛД.

Ко второй группе были отнесены 3 (9,1%) пациента с гестационным возрастом 26,6±1 недели. Все рождены через естественные родовые пути. Профилактика СДР была начата в связи с угрожающими преждевременными родами, но ввиду развития регулярной родовой деятельности на фоне проводимого токолиза не завершена в полном объеме. Так, 2 новорожденным антенатально успели ввести 2 дозы дексаметазона по 6 мг с интервалом 12 часов, одному однократно 6 мг дексаметазона. Оценка по шкале Апгар в данной группе была 4-6 баллов в конце 1 минуты. Масса тела при рождении состаила 630-1230 грамм, при росте 34-43 см. Всем новорожденным потребовалась респираторная поддержка: одному в виде ИВЛ, двоим - назальный CPAP. В отделении реанимации находились 21±9,6 койко-дней (достоверно больше чем в первой группе, но меньше, чем в третьей). «Куросурф» в дозе 200 мг вводился только одному новорожденному.

К третьей группе относилось 11 (33,3%) детей, чей гестационный возраст составил 28,1±2,5 недели. Родились через естественные родовые пути 6 (54,5%) новорожденных, остальные 5 (45,5%) путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Рожденные через естественные родовые пути не получили профилактику антенатально ввиду того, что их матери были доставлены в потужном периоде в стационар. Показанием к кесареву сечению служила преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Оценка по шкале Апгар по сравнению с группами 1 и 2 была ниже и в конце 1 минуты колебалась от 2 до 5 баллов. Масса тела новорожденных составляла 810 - 2140 грамм, рост 32-46 см. При этом инвазивная вентиляционная поддержка в виде ИВЛ потребовалась 6 (54,5%) детям, а остальным 5 (45,5%)- назальный CPAP. «Куросурф» вводили 6 (54,5%) пациентам: 5 из них в дозе 200 мг, 1 в дозе 240 мг. Новорожденные получили лечение в ОРИТН 34±44 койко-дня (достоверно больше, чем в первой и второй группах). В данной группе зафиксирован один летальный исход. Исход СДР в БЛД зафиксирован у 18,2% новорожденных.

Заключение. Проведенное нами исследование еще раз подтверждает тот факт, что своевременное проведение полного курса профилактики СДР в антенатальном периоде существенно улучшает прогноз недоношенных новорожденных: снижается длительность проведения ИВЛ, CPAP, достоверно уменьшается продолжительность пребывания новорожденных в отделении реанимации при достоверно не отличающемся гестационном сроке.

Литература

1.Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е. (ред.). Акушерство. Национальное руководство. 2-е изд., перераб. и доп. —Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. —264 с.

2. Фомина И.В., Полякова В.А., Пыленко Н.В., Абукеримова А.К. Преждевременые роды: куда двигаться дальше // Международный научно-исследовательский журнал. – 2017. — №12 (66).—ч.4. — С.124-127.

3. Преждевременные роды. Информационный бюллетень ВОЗ. Ноябрь 2016 г. [Электронный ресурс]—Режим доступа: http:// who.int/mediacentre/factsheets (дата обращения 23.01.2018)

4. Преждевременные роды. Клинические рекомендации (протокол) [Электронный ресурс]. —Режим доступа: http://www.trmo.ru/media/cms-page-media/46 (дата обращения 21.01.2018).

УДК 616.314-089.23

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СЪЕМНЫХ И НЕСЪЕМНЫХ РЕТЕЙНЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ, ЗАКОНЧИВШИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Колосовски А.И., Кривопушкина К.С.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Василевский С.А.

Смоленский государственный медицинский университет,

Россия, 214019, Смоленск, ул.Крупской, 28.

nastia-kolosovskaia@mail.ru – Колосовски Анастасия Игоревна

Резюме. *В рамках данного исследования была проведена оценка эффективности гнутых проволочных ретейнеров и капп у 32 пациентов, закончивших ортодонтическое лечение с использованием несъемной техники. Пациенты были разделены на группы в зависимости от подкласса патологии (прогнатия с протрузией или ретрузией резцов). По результатам измерения и сравнения у различных групп пациентов длины переднего отрезка зубной дуги было отмечено, что при прогнатии с протрузией резцов более стабильные результаты наблюдаются при использовании в качестве ретенционных аппаратов капп. При прогнатии с ретрузией резцов одинаково эффективны как каппы, так и гнутые проволочные ретейнеры.*

Ключевые слова: *прогнатия, протрузия резцов, ретрузия резцов, ретейнер, гнутый проволочный ретейнер, каппа.*

COMPARATIVE ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF REMOVABLE AND FIXED RETAINERS IN PATIENTS WITH COMPLETED ORTHODONTIC TREATMENT

Kolosovski A. I., Krivopushkina K. S.

Scientific adviser *– Candidate of medicine, associate professor Vasilevskiy S. A.*

Smolensk State Medical University,

28, Krupskoy St., Smolensk, 214019, Russia
Abstract. *The article describes clinical efficiency of bonded and vacuum-formed retainers in 32 patients with completed orthodontic treatment on braces. The patients were divided into groups depending on their pathology subclass (prognathia with incisor protrusion or incisor retrusion). Following the results of measuring and comparison of anterior arch length in patients after prognathia with incisor protrusion treatment, more stable results are achieved using vacuum-formed retainers. In patients after prognathia with incisor retrusion treatment application of bonded and vacuum-formed retainers is efficient.*
Key words: *prognathia, incisor protrusion, incisor retrusion, retainer, bonded retainer, vacuum-formed retainer*

Введение. Завершающим этапом ортодонтического лечения является период закрепления результатов, достигнутых путем активного лечения. Для этого используются ретенционные аппараты. Первостепенной их задачей является не просто сохранить полученную правильную окклюзию, но и дать возможность периодонту адаптироваться к произошедшим изменениям в зубочелюстной системе, чтобы не допустить макрорецидивов и минимизировать возможные микрорецидивы патологии. Последние закономерны, а их выраженность зависит от множества факторов: от вида патологии, её выраженности, комплаентности самого пациента и компетентности лечащего врача, а также, несомненно, от выбора ретенционного аппарата для использования в той или иной клинической ситуации [3]. Таким образом, для стабильных в пространстве и времени результатов используются различные виды съемных и несъемных ретейнеров.

Целью настоящей работы является оценка клинической эффективности съемных и несъемных ретейнеров у пациентов, закончивших ортодонтическое лечение.

Материалы и методы. Исследование было организовано на базе ортодонтического отделения Смоленской детской стоматологической поликлиники (Россия) в 2015-2017 гг. Это проспективное рандомизированное клиническое исследование, в рамках которого было выбрано 32 пациента (18-30-летнего возраста), которые находились на ортодонтическом лечении по поводу прогнатии (дизокклюзии II класса) с использованием несъемной техники: 16 из них лечились по поводу 1 подкласса- прогнатии с протрузией резцов (1a, 1b), другие 16 по поводу 2 подкласса- прогнатии с ретрузией резцов (2a, 2b). Пациенты каждого подкласса были поделены на 2 группы. Таким образом, было сформировано 4 группы по 8 пациентов в каждой, и группам были присвоены порядковые номера: 1a, 1b, 2a, 2b, которые указаны выше. В группах 1a, 2a ретенция производилась на гнутых проволочных ретейнерах, а в группах 1b, 2b – на каппах. Ретейнеры фиксировались на верхнюю и нижнюю челюсть.

Гнутые проволочные ретейнеры изготавливали вручную путем скручивания двух проволочных лигатур диаметром 0,02 мм каждая. Язычные поверхности зубов (от клыка до клыка) тщательно очищали от мягких зубных отложений, эмаль этих зубов протравливали протравочным гелем и наносили светоотверждаемый адгезивный материал. В межзубные промежутки для более точного позиционирования ретейнера вводили флоссы. Предварительно изогнутый по контуру переднего отдела зубного ряда ретейнер, после установки его в требуемое положение с помощью флоссов, фиксировали с помощью светоотверждаемого жидкотекучего композита на каждом зубе от клыка до клыка с язычной поверхности по середине клинических коронок зубов [6].

Каппы были получены путем термовакуумной штамповки на аппарате Biostar. Для их изготовления использовались готовые прозрачные пластины округлой формы– Duran, приобретающие пластичность при нагревании и сохраняющие форму при остывании, толщиной 1 мм.

После получения альгинатного оттиска требуемой челюсти изготавливали рабочую модель из гипса. Модель обрезали на триммере так, чтобы продольные оси резцов были перпендикулярны основанию модели. На модели отгравировывали пришеечные области всех зубов с помощью глазного скальпеля. Затем по модели проводили вакуумную термоштамповку: сначала пластина-заготовка зажималась в раму и разогревалась согласно инструкции, затем разогретая пластина опускалась на модель. Механизм термоштамповки заключается в том, что под пластиной формируется область пониженного давления, в результате чего модель плотно обжимается полимерной пластмассой. После остывания пластмассы каппу обрезали. Вначале из пластины вырезали модель, затем с помощью алмазных боров формировали границы каппы, которые должны располагаться на расстоянии 2-3 мм от шеек зубов (выше шеек на верхней челюсти и ниже шеек на нижней); все тяжи слизистой огибали. Далее производили полировку с помощью силиконовых дисков. Пациентам были даны рекомендации по применению и уходу [4,6].

Результаты ретенции оценивали через 6, 12, 18 месяцев с помощью штангенциркуля на контрольно-диагностических моделях по следующим показателям: расстояние между премолярами, расстояние между молярами, длина переднего отрезка зубной дуги. Показатели измерялись у пациентов на моделях верхних челюстей. Эти же показатели предварительно измерялись и фиксировались сразу после окончания лечения.

Измерительными точками на контрольно-диагностических моделях верхних челюстей для определения расстояния между первыми премолярами являлись середины продольных фиссур первых премоляров с правой и левой стороны (точки Пона).

Измерительными точками для определения расстояния между первыми молярами являлись передние точки пересечения продольных фиссур первых моляров правой и левой сторон (точки Пона).

Для определения длины переднего отрезка зубной дуги на модели соединяли точки Пона на премолярах, положив на них линейку, и опускали перпендикуляр от контактной точки между резцами на линию, соединяющую точки на первых премолярах. Полученное расстояние измерялось с помощью штангенциркуля [5].

Для интерпретации результатов исследования была проведена процедура статистического анализа. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследования принимали равным 0,05.

При исследовании и сравнении групп 1a и 1b были получены следующие статистические данные: критерий $\chi 2 = 4,5$; число степеней свободы $df = 1$; достигнутый уровень значимости $p = 0,033$. Выборочное среднее M (для группы 1a) = 0,537; M (для группы 1b) = 0,269. Ошибка среднего *m (SEM)* для 1a= 0,0916; *m (SEM)* для 1b = 0,0799. Выборочное стандартное отклонение *STD* для группы 1a = 0,0323; *STD* для группы 1b = 0,0282.

Аналогичные статистические критерии были получены для групп 2a и 2b. Критерий $\chi 2 = 1,51$; число степеней свободы $df = 1$; достигнутый уровень значимости $p = 0,0039$. Выборочное среднее M (для группы 2a) = 0,294; M (для группы 2b) = 0,281. Ошибка среднего *m (SEM)* для 2a= 0,1244; *m (SEM)* для 2b = 0,0703. Выборочное стандартное отклонение *STD* для группы 1a = 0,0290; *STD* для группы 1b = 0,0249.

Результаты исследования и их обсуждение. Длина переднего отрезка зубной дуги в группе 1a у 6 пациентов увеличилась значительнее, чем в группе 1b в течение первых 6 месяцев. В течение дальнейших измерений через 12 и 18 месяцев значительной разницы в скорости и интенсивности рецидивирования патологии не выявлено. Длина переднего отрезка зубной дуги в группах 2a и 2b изменялась пропорционально, разницы в скорости рецидивирования патологии по результатам ретенции нет выявлено. По результатам измерения расстояния между премолярами и между молярами статистически значимой разницы в начале ретенции, а также через 6, 12 и 18 месяцев в различных группах при использовании различных ретенционных аппаратов не выявлено. Было также выявлено, что длительность ортодонтического лечения и наличие третьих моляров не влияют на стабильность результатов ретенции.

Заключение. Полученные результаты говорят о более стабильных результатах при использовании капп, нежели при использовании гнутых проволочных ретейнеров, после лечения 1 подкласса прогнатии с протрузией резцов в течение 6 месяцев с начала использования ретейнера и позволяют его рекомендовать к использованию у данной категории пациентов. При ретенции результатов лечения 2 подкласса прогнатии с ретрузией резцов скорость рецидивирования патологии незначительна и одинакова при использовании как проволочных ретейнеров, так и капп, что делает возможным использование любого из этих аппаратов в качестве ретейнера.

Литература

1. Майа Н. Г., Корреа А. Д., Норманду Ф. А., Майа М. А., Фернандис Феррейра М., Сокорру К. Ф. Факторы, влияющие на стабильность результатов ортодонтического лечения: ретроспективное исследование с участием 209 пациентов // Ortho iQ. – 2012. – № 7. – С. 54-61.

2.Gudrun Edman Tynelius, Sofia Petrén et al. Five-year postretention outcomes of three retention methods—a randomized controlled trial. // European Journal of Orthodontics. – August 2015. – V. 37, N. 4, P. 345–353.

3.Julia Garcia Costa, Thaís Magalhães G., Claudia Trindade Mattos et al. Retention period after treatment of posterior crossbite with maxillary expansion: a systematic review. // Dental Press J. Orthod. – April 2017. – V.22, N. 2, P. 35-44.

4.Muhsin Çifter A., Deniz Gümrü Çelikel et al. Effects of vacuum-formed retainers on periodontal status and their retention efficiency. // American Association of Orthodontists. – December 2017. – V. 152, N. 6, P.830-835.

5.Ragnar Bjering, Kari Birkeland, Vaska Vandevska-Radunovic et al. Anterior tooth alignment: A comparison of orthodontic retention regimens 5 years posttreatment. // The Angle Orthodontist. – May 2015. – V. 85, N. 3, P. 353-359.

6.Марахтанов Н.Б., Смирнова О.С. Основные этапы изготовления съемных и несъемных ортодонтических ретенционных аппаратов [Электронный ресурс] // www.stomport.ru/articles – Стоматологический портал (последняя дата обращения: 20.02.2018).

УДК 616-005.6.616.14-089:616.1

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кондратьева В.И.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Небылицин Ю.С.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,

Республика Беларусь 210023 г. Витебск, проспект Фрунзе, 27

mikakim22@mail.ru – Кондратьева Виктория Игоревна

Цель. Оценка результатов лечения эндотелиальной дисфункции у пациентов с посттромботическим синдромом нижних конечностей.

Материал и методы. В исследование эффективности и результатов лечения разработанного метода включены 35 пациентов с посттромботическим синдромом. В зависимости от проводимого лечения пациенты были разделены на две группы. В группе №1 использовали следующее лечение: противовоспалительные лекарственные средства, антиагреганты, компрессионный трикотаж. В группе №2 пациентам в комплексном лечении применяли лекарственные средства: биофлавоноид – высокоочищенный диосмин 600 мг, ангиопротектор – пентоксифиллин.

Результаты. Установлено, что применение в комплексном лечении лекарственных средств: пентоксифиллин, диосмин 600 мг в сутки с целью лечения дисфункции эндотелия является патогенетически обоснованным. Отмечалось повышение концентрации эндотелина-1 в плазме, увеличение уровня интерлейкина-4, уменьшение количества циркулирующих эндотелиальных клеток, содержания нитратов и нитритов в плазме крови и уровня интерлейкина-6. Также отмечено купирование субъективных и объективных симптомов заболевания.