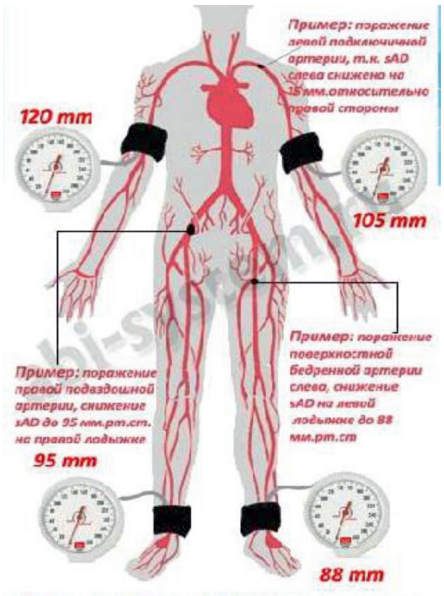
Данным пациентам был поставлен клинический диагноз в виде синдрома нарушения периферического кровообращения, инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями. А также назначены соответствующие методы лечения. Далее был проведен дополнительный сбор анамнеза у пациентов с ярко выраженными симптомами гиперкератоза, трещин пяточной области и снижении температуры проксимальной части нижних конечностей, а также с повышенным коэффициентом атерогенности (больше 4). Исходя из опроса была выявлена импотенция у 3 мужчин, радикулит у 7 человек, наличие периодических болей в области наружной части бедра (5 человек). На основании полученных данных и дополнительного сбора анамнеза проводили дифференциальную диагностику синдрома Лериша с пояснично-крестцовым радикулитом, облитерирующем эндартериитом, компрессионного стеноза бифуркации аорты.

Была проведена аускультация в области бифуркации аорты, пупочной области, а так же рассчитали лодыжечный индекс. Аускультативно выявили наличие систолического шума в области пупка, а также слабый диастолический шум в области проекции бедренной артерии (у 3 пациентов).

Измерены: Лодыжечно-плечевой индекс. (ЛПИ) Бедренно-плечевой индекс.(БПИ). Отношение артериального давления на лодыжке к артериальному давлению на плечевой артерии. Дополнительно провели измерение артериального давления на бедренной артерии, что так же является функционально важным критерием в диагностике сосудистых нарушений нижних конечностей.



В результате мы получили ЛПИ и БПИ меньше 0,8 у двух пациентов, что свидетельствует о наличии перемежающейся хромоты.

У этих же двух исследуемых(оба мужчины) провели функциональный тест на наличие перемежающейся хромоты. Тест положительный: через 800 шагов появляются боли в икроножных мышцах, ягодичной области и части квадрицепса.

Проведенные дополнительные методы обследования и дифференциальной диагностики показывают наличие начальных проявлений синдрома Лериша у двух пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Дополнительно будет назначена аортография с целью подтверждения диагноза.

Выводы. Исходя из выполненных исследований, мы приходим к тому что соблюдение всех правил диагностики, инструментально-лабораторных методов, а также дополнительных функциональных исследований позволяет более точно определять характер патологии у больных, что гарантирует им своевременное лечение и возможность прожить долгую и счастливую жизнь.

Список литературы

1. Осложнения сахарного диабета: лечение и профилактика / под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. – 480 с.

2. Малая медицинская энциклопедия URL^https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/16428/%D0%9B%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%88%D0%B0/

3. Мантров Д.А. Атеросклероз / Д.А. Мантров. – Москва, Издатель: Научная книга, 2009. – 92 с.

4. Результаты эндоваскулярного лечения при синдроме Лериша / И.И. Затевахин и [др.] / Хирургия. – 2011. – С. 10-13.

5. Гуч А.А. Определение показаний к первичному рентгенэндоваскулярному протезированию артерий подвздошно-бедренного сегмента / А.А. Гуч, С.В. Верещагин, В.А. Кондратюк // Эхография. – 2000. – Т. 1, № 2. – С. 155-158.

БЮГЕЛЬНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА

Костанов Д.Р., Бароян М.А.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск,
e-mail: Kostanovdaniil@mail.ru

Цель каждого стоматолога представляет собой лечение и сохранение собственных зубов, но, к сожалению, это не всегда возможно. Потеря даже одного зуба в случае неправильного ухода, травмы, болезни и других факторов отрицательно сказываются на морфофункциональной деятельности всего зубного ряда, что в дальнейшем опасно деформационными процессами.

Одним из основных видов протезирования зубных рядов в настоящее время остается – протезирование съемными протезами. Сейчас наиболее востребованы бюгельные протезы, они прекрасно справляются со своими функциями – полностью заполняют дефекты зубных рядов, обеспечивают нормальное жевание, предотвращают расшатывание и дальнейшую потерю зубов. Отличаются различными способами фик-

сации: кламмерная и замковая. В данной статье мы рассмотрим основные преимущества и недостатки бюгельных протезов [1].

К преимуществам относятся:

Удобство. Конструкция имеет небольшие размеры, что обеспечивает комфорт при использовании, не вызывает рвотный рефлекс и нарушение дикции. Уход за таким протезом достаточно простой, период адаптации чаще всего быстрый и безболезненный.

Безопасность. Вероятность повреждения крайне мала, дугообразная форма бюгельного протеза, позволяет равномерно перераспределять жевательную нагрузку, такой способ ее передачи приближён к физиологическому, что останавливает развитие различных патологических болезненных изменений.

Долговечность и Надёжность. Протез обладает надёжной фиксацией, а также значительной прочностью и долговечностью, срок службы достигает 5-7 лет.

Несмотря на значительный ряд преимуществ бюгельных конструкций, имеются некоторые недостатки, к которым относятся:

Несовершенная эстетичность. Протезы с кламмерным креплением видны при открывании рта. Замковая фиксация менее заметна, однако требует обработки и препарирования здоровых зубов, предназначенных под опору.

Ограничения. Невозможность установить протез при полном отсутствии зубов. Обязательное наличие не менее четырех здоровых опорных зубов на нижней и верхней челюсти.

Высокая стоимость. За счет сложности конструкции бюгельные протезы проигрывают в сравнении с более доступной ценой пластиночных протезов.

Недостатков, всё же, меньше, чем явных преимуществ. Бюгельный протез – это шанс восстановить эстетичный зубной ряд с наибольшей компактностью, отличной фиксацией в ротовой полости, и благотворным влиянием протеза на состояние прилегающих к нему тканей и здоровых зубов.

Список литературы

1. Андрияшин В.Д., Винокур А.В.. Возможности применения компьютерных технологий в стоматологии // Международный студенческий научный вестник. 2016. № 4 (2). 167 с.

ЗАВИСИМОСТЬ ЧАСТОТЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ И УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ БЕРЕМЕННЫХ

Ланкин А.О., Сокол В.В., Макеева А.В.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава РФ, Воронеж, e-mail:Antosha_16@mail.ru

По данным Всемирной Организации Здравоохранения ежегодно во всем мире рождается 12,9 миллионов (9,6%) новорожденных (Bulletin of the World Health Organization 2010). Проблема, связанная с охраной здоровья матери, рассматривается как важная составная часть здравоохранения и имеет первостепенное значение для формирования здорового поколения. Преждевременные роды (ПР) являются одним из самых важных и актуальных вопросов этой проблемы. Указанное явление является «большим акушерским синдромом» с вовлечением отцовских, материнских, плодовых и эпигенетических факторов [1, 3 с.]. Частота ПР в мире колеблется от 5 до 12% и не имеет тенденции к снижению. Важность изучения данной проблемы обусловлена тем, что ПР определяют уровень перинатальной заболеваемости, а также могут приводить к материнской смертности. У недоношенных детей резко возрастает частота нарушений функций дыхания, развития бронхолегочной дисплазии, сепсиса, внутрижелудочковых кровотечений, а в дальнейшем детского церебрального паралича [2, 30 с].

Этиология и патогенез ПР до сих до конца не выяснены, и соответственно, как таковых методов предотвращения данной патологии не разработано. Однако, преждевременные роды – это многофакторный процесс. Наиболее значимыми факторами риска развития данного явления являются социально-демографические и медицинские аспекты. К социально-демографическим относятся низкий социально-экономический уровень жизни, неблагоприятные условия труда (в особенности воздействие органических веществ, в том числе бензола), стрессовые ситуации на работе и/или в семье, интенсивное курение (более 10 сигарет в день), употребление наркотиков, возраст младше 18 и старше 34 лет, национальная принадлежность [3, 8 с.]. Помимо этого, большую роль в развитии ПР играют заболевания, возникающие во время беременности, наиболее частыми из которых являются – экстрагенитальные (анемия, гипертония, токсоплазмоз) и урогенитальные (хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН), пиелонефрит, кольпит, вульвовагинит), а также ОРВИ и гестоз. Существуют разноречивые данные по вопросу патогенеза ПР. В то же время общепризнанно, что преобладающая часть перинатальной заболеваемости и смертности вызвана ошибками в механизме управления преждевременных родов. Пока не будет полного понимания механизмов родов, терапия будет ограничена симптоматическими мерами [4, 2 с.].

В настоящее время не существует комплекса мероприятий по предотвращению ПР. Однако своевременная диагностика и адекватная терапия могут способствовать снижению частоты ПР и улучшению перинатальных исходов. В этой связи, целью нашей работы явилось проведение сравнительной оценки влияния экстрагенитальных и урогенитальных патологий на частоту возникновения ПР.