

в частичном иссечении стенок кисты с последующей аргоноплазменной обработкой внутренней поверхности оставшихся отделов ее.

Во всех случаях соустье формировали шириной не менее 5 см в самом отлогом месте кисты. Послеоперационный период у всех больных протекал благоприятно. При контрольном ультразвуковом исследовании констатировали быстрое уменьшение размеров кист (редукцию). Релидив кисты отмечен у двух пациентов. Послеоперационная летальность составила – 3,5%. (2 больных)

#### Выводы

1. С увеличением размера кисты и сроков ее существования возрастает риск развития осложнений.
2. Кисты диаметром более 6 см. не ликвидируются без хирургического вмешательства.
3. Применение аргоноплазменной обработки полости кисты уменьшает количество осложнений и рецидивов.
4. При выборе способа хирургического лечения ложных кист необходимо учитывать степень их зрелости.
5. Больным с кистами первой степени зрелости показано наружное дренирование под контролем УЗИ, при кистах второй степени возможно формирование цистодигестивных анастомозов, при кистах третьей степени необходимо выполнить удаление кисты.

#### Список литературы

1. Гостищев, В. К. Диагностика и лечение осложненных постнекротических кист поджелудочной железы / В. К. Гостищев, А. Н. Афанасьев, А. В. Устименко // Хирургия им. Н.И. Пирогова. 2006. № 6.
2. Диагностика и выбор метода хирургического лечения кист поджелудочной железы с использованием ультразвукового исследования / Л.В. Поташов, В.В. Васильев, Н.П. Емельянова [и др.] // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2002. – № 36. – С. 23.
3. Кисты и свищи поджелудочной железы и их осложнения / И.Н. Гришин, В.Н. Гриц, С.Н. Лагодич. – Минск: Выш. шк., 2009. – 272 с.
4. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы / М.Е. Ничитайло, Ю.В. Снопко, И.И. Булик. – Киев, 2012. – 536.
5. Псевдокисты поджелудочной железы при рецидивирующем панкреатите: традиционная или минимально инвазивная хирургия / М.В. Данилов, В.П. Глабай, В.Г. Зурабани, А.В. Гаврилин // Клин. хирургия. 2011. № 1. С. 35–40.
6. Пункционное лечение неосложненных ложных кист поджелудочной железы / Е.Е. Ачкасов, Н.Л. Травникова, Е.В. Карамышева [и др.] // Материалы XX съезда хирургов Украины. – Тернополь, 2002. – Т. 2. – С. 196–197.
7. Федорук, А. М. Эффективность малоинвазивных вмешательств под УЗИ-контролем при панкреатическом скоплении жидкости / А. М. Федорук, Е.В. Баранов, С.И. Третьяк // Новости лучевой диагностики. 2000. 2, приложение: С. 84–85.
8. Шалимов, А.А. Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / А.А. Шалимов [и др.]. Київ «Здоров'я», 2000.

#### ДИСФУНКЦИИ ВНЧС У ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Батраев Р.Р., Бароян М.А., Евдокимова Е.И., Кубрушко Т.В.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск,  
e-mail: kurskmed@mail.ru

Перегрузка височно-нижнечелюстного сустава возникает при потере зубов, особенно моляров и премоляров, наблюдается резкое повышение нагрузки на суставные поверхности, а головка нижней челюсти глубже продвигается в суставную ямку. Дистрофические процессы в суставе развиваются в результате нарушений равновесия между нагрузкой на ВНЧС и физиологической выносливостью его тканей. В норме нагрузка, которую развивают жевательные мышцы, равномерно распределяется на два сустава, все зубы и периодонт, перегрузки суставов не происходит. Артрозы встречаются у лиц с дефектами зубных рядов, при нарушении смыкания зубов (патологическом прикусе), системной красной волчанке, обменных нарушениях и заболеваниях, которые приводят к появлению патологического остеопороза. Клиническая

картина различных форм патологии височно-нижнечелюстного сустава сложна и разнообразна. Больные с патологией ВНЧС обращаются к врачам интернистам (оториноларингологу, невропатологу, психиатру, хирургу, терапевту и др.), которые недостаточно знакомы с хроническими заболеваниями ВНЧС и часто ограничиваются симптоматическим лечением [1, 2]. Кранио-мандибулярную систему необходимо рассматривать не изолированно, а комплексно, вместе с шейно-плечевым поясом и всем опорно-двигательным аппаратом. Гипертонус мышц на стороне большого тазобедренного сустава может передаваться краниально вплоть до жевательной мускулатуры и компрессии ВНЧС или неправильного положения головы и нижней челюсти. Это означает дисбаланс в осанке тела, как например непараллельность линии плеч, зрачковой линии к горизонтальной линии заставляет задуматься врача стоматолога о функциональных нарушениях ВНЧС и прямом взаимодействии с врачами – ортопедами и физиотерапевтами [2].

Исследования многих авторов свидетельствуют о том, что патология височно – нижнечелюстного сустава, среди заболеваний челюстно-лицевой области занимает, третье место после кариеса и заболеваний пародонта.[3]

В юношеском возрасте рост костей черепа опережает рост и функциональную адаптацию мышц и связочного аппарата. Юношеская дисфункция ВНЧС (юношеские артропатии, юношеский деформирующий артроз и др.), чаще возникает в возрасте 16–18 лет. В результате интенсивного роста нижней челюсти связочный аппарат ВНЧС приходит в состояние перерастяжения. возникает повышенная нагрузка на сустав, что приводит к развитию острого и хронического артрита, а в некоторых случаях и деформирующего артроза. Патологические процессы органов полости рта, их течение во многом предопределяется особенностями роста и развития организма, и зубочелюстного аппарата. В организме человека нет другой системы, в которой в течение всей жизни была бы свойственна столь существенная перестройка. Одновременно с развитием, ростом и прорезыванием зубов происходит рост и развитие всего челюстно-лицевого аппарата.

В таких случаях тактика стоматолога должна быть направлена на раннее выявление больных с патологией ВНЧС во время диспансерного наблюдения организованного контингента, подростков и юношей. Рациональная организация лечебной – профилактической помощи подросткам позволит исключить у них развитие более серьезных поражений ВНЧС, требующих соответственно более обширных лечебных мероприятий.

Цель исследования: определить ранние клинические проявления дисфункции ВНЧС и способствовать процессу саморегуляции аномалий зубочелюстной системы.

Задачи исследования: изучить структуру заболеваний органов полости рта у подростков, выявить наличие клинических симптомов заболеваний ВНЧС, определить нарушение осанки у обследуемых пациентов.

**Материал и методы.** Клинические наблюдения проведены в городе Полесске, Калининградской области, во время профилактического осмотра подростков. Осмотрено 50 подростков, обследование проводили по методике с учётом рекомендаций ВОЗ. Разработана карта обследования для определения дисфункции ВНЧС у подростков. Определение суперконтактов зубных рядов в центральной окклюзии проводили окклюзионной бумагой «Bausch articulating paper».

Результаты исследования. Проведённые исследования показали, что нарушение осанки наблюдалось у 42% подростков. Проявления дисфункции ВНЧС определили у 46% подростков. Из них, боль в области ВНЧС наблюдалось у 8,7% подростков, хруст в суставе определили 47,8% подростков, щелканье сустава во время открывания рта отметили 42,7%. Следует отметить, что у подростков имеющих интенсивность кариеса (КПУ) 3,0, где элемент «К» соответствует 18%, нарушение осанки встречается в 6% случаев.

Подростки, имеющие интенсивность кариеса (КПУ) до 5,0, где элемент «К» соответствует 36%, нарушение осанки встречается в 10% случаев. Подростки, имеющие интенсивность кариеса (КПУ) более 5,0, где элемент «К» соответствует 46%, нарушение осанки встречается в 26% случаев. Из числа осмотренных, ранее удаленные зубы (элемент «О») встречаются у 20% подростков. Скученность зубов определили у 18% осмотренных, в 30% осмотренных наблюдалось наличие суперконтактов.

Ранняя диагностика заболеваний ВНЧС у подростков, имеющих поражение опорно-двигательного аппарата, обеспечивают своевременное планирование комплексного лечения патологий опорно-двигательного аппарата и ВНЧС.

Выводы. Проведенные исследования позволили выявить группу риска с ранними проявлениями заболеваний ВНЧС и рекомендовать проводить совместно с врачами интернистами профилактические мероприятия, во время диспансерного наблюдения школьников и подростков, что способствуют процессу саморегуляции.

Рациональная организация лечебно-профилактической помощи подросткам, позволит исключить развитие более серьёзных поражений ВНЧС.

#### Список литературы

1. Лопушанская Т.А. Современный подход к обследованию больных с проблемами дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава в клинике ортопедической стоматологии // Материалы V Международной научно-практической конференции, посвященной 980-летию г. Курска. – Курск, 2012. – С. 139-143.
2. Хайн С.С., Хайн С.В., Кубрушко Т.В. Современные направления диагностики и лечения функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава // Материалы V Международной научно-практической конференции, посвященной 980-летию г. Курска. – Курск, 2012. – С.158-161.
3. Хватова В.А., Спутников А.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и методы лечения // Новое в стоматологии. – 1998. – № 1. – С. 33-42.
4. Dr. med. Ulrich Reuter: CMD orthopädisch-manualmedizinische Sicht (Universitätsklinikum Carl Gustav Carus/ TU Dresden).
5. Dr. Birgit Marré: Therapie der CMD (Poliklinik für zahnärztliche Prothetik; Universitätsklinikum Carl Gustav Carus/ TU Dresden)
6. Susanne Koy: Kiefergelenkerkrankungen (Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie; Universitätsklinikum Carl Gustav Carus/ TU Dresden).

#### ФЕНОТИП ЛИМФОЦИТОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В ЯКУТИИ

Бурцева А.С., Захарова Ф.А.

Северо-Восточный федеральный университет  
им. М.К. Аммосова, Якутск, e-mail: patfiz63@mail.ru

Актуальность: ВИЧ инфекция – прогрессирующее вирусное заболевание, характеризующееся поражением иммунной системы и развитием иммунодефицита (СПИД). Возбудителем заболевания является вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), который относится к семейству ретровирусов. ВИЧ-инфекция продолжает оставаться одной из актуальных проблем медицины во всем мире в связи с постоянным ростом заболеваемости, особенно среди молодежи. Распространенность ВИЧ-инфекции в России увеличивается с каждым годом. 54 тысячи россиян заразились ВИЧ-инфекцией за 9 месяцев 2013 года, и это на 7,1% больше, чем за аналогичный период 2012 года, констатировал Роспотребнадзор в пресс-релизе на официальном сайте.

Сочетанное интенсивное влияние неблагоприятных климатических и антропогенных факторов Северных территорий формирует функциональную напряженность иммунной системы, достоверно усугубляет иммунодефицит, оказывая влияние на патогенез и клинико-иммунологический прогноз развития ВИЧ-инфекции.

В Республике Саха (Якутия) эпидемиологическая ситуация с ВИЧ инфекцией остается неблагоприятной. На 1 декабря 2013 г. число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных граждан РФ составляет 1092 человек, что выше уровня аналогичного периода 2012 года в 1,1 раз. Из них мужчин 62,7%, женщин – 37,1%. Наибольший удельный вес приходится на возраст до 30 лет (61,3%). За 2013 год выявлено 94 ВИЧ-инфицированных.

Цель исследования: Определить особенности фенотипа лимфоцитов и иммунного статуса у ВИЧ-инфицированных жителей Якутии.

Результаты исследования: определение популяционного состава лимфоцитов периферической крови проведено на проточном цитофлуориметре «FacsCount» фирмы Becton Dickinson (США) с использованием моноклональных антител. Оценка состояния иммунитета по СД-антигенам лимфоцитов является «золотым стандартом» диагностики иммунодефицитов. Проведен анализ содержания СД3 (Т-лимфоциты), СД4 (Т-хелперы), СД8 (цитотоксические Т-лимфоциты, супрессоры), СД16 (натуральные киллеры), СД20 (В-лимфоциты), ИРИ – иммунорегуляторный индекс (СД4/СД8).

Проанализированы иммунограммы у 106 лиц, инфицированных ВИЧ в возрасте 20-58 лет (средний возраст составил 33 года). Мужчин было 60 (56,6%), женщин – 46 (43,4%). Распределение обследованных по возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение обследованных лиц по возрасту

Возраст	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50 и старше	Всего
n	35	53	15	3	106
%	33,0	50,0	14,2	2,8	100

Как видно из таблицы, наибольшее число ВИЧ-инфицированных составляют лица молодого трудоспособного возраста (83%).

По результатам проведенных нами исследований, снижение содержания СД4-лимфоцитов (ниже 400 клеток в 1 мкл) выявлено у 74,5% обследованных, а снижение ИРИ – у 89,6%. Повышенное содер-

жание СД8-лимфоцитов выявлено у 35,8% обследованных лиц (табл. 2).

Снижение иммунорегуляторного индекса (ИРИ) обусловлено уменьшением числа СД4-лимфоцитов и повышением СД8-лимфоцитов, обладающих как супрессорными, так и цитотоксическими свойствами.