

привычек. Внебольничная пневмония – заболевание, требующее постоянного внимания со стороны медицинского персонала. В последнее время наблюдается быстрый рост резистентности микроорганизмов к антибактериальным препаратам, что усложняет течение самой инфекции и уменьшает эффективность терапии. Соблюдение профилактических мероприятий и своевременное выявление внебольничной пневмонии значительно снизят смертность при данной патологии.

Список литературы

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: Пособие для врачей / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Р.С. Козлов [и др.] // Клиническая микробиология и анти-микробная химиотерапия. – 2010. – Т. 12 (3). – С. 186-225.
2. Круглякова Л.В. Современные аспекты внебольничной пневмонии / Л.В. Круглякова, С.В. Нарышкина, А.Н. Оди́рев // Бюллетень физиологии и патологии дыха-ния. – 2019 – Вып. 71. – С. 120-134.
3. Ржанникова, Н.И. Внебольничная пневмония у по-жилых: диагностика на амбулаторном этапе / Н.И. Ржан-никова, А.Н. Ржанникова // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 3. – С. 25-27.
4. Яковенко О.Н. Особенности эпидемиологии вне-больничных пневмоний / О.Н. Яковенко, Н.А. Кравченко // Сибирский медицинский журнал. – 2014. – № 2. – С. 8-11.
5. Аржаных Я.В. Оценка уровня эндогенной инток-сикации у больных крупозной внебольничной пневмо-нией / Я.В. Аржаных, В.О. Золотухина, А.В. Макеева // Молодежный инновационный вестник. – 2019. – Т. VIII, № 2. – С. 263-265.
6. Андержанова А.А. Внебольничная пневмония. Диа-гностика, подходы к лечению / А.А. Андержанова, Ю.А. Ми-лешкина // Клиницист. – 2019. – Т. 13, № 1-2. – С. 55-64.
7. Титова О.Н. Табакокурение и внебольничная пнев-мония / О.Н. Титова, О.А. Суховская, В.Д. Куликов // Рус-ский медицинский журнал. Медицинское обозрение . 2019. – № 9-1. – С. 34-37.

ИЗМЕНЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ

Митрофанова А.А., Бароян М.А.

*Курский государственный
медицинский университет, Курск,
e-mail: Anitutamitrofanowa@yandex.ru*

Патологическое стирание зубов – это прогрессирующая убыль твердых тканей зубов, превышающая физиологическое стирание эмали и дентина, приводящая к эстетическим, морфологическим и функциональным нарушениям. Это заболевание является полиэтиологичным и может быть вызвано следующими группами причин: функциональной недостаточностью и морфологической неполноценностью твердых тканей зубов, чрезмерной функциональной перегрузкой зубов и вредным воздействием на твердые ткани зуба. Морфологические и функциональные дефекты можно разделить на врожденные и приобретенные. К врожденным относят такие наследственные заболевания, как несовершенный остеогенез, мраморная болезнь, синдром Стентона-Капдепона. Приобретен-

ные причины связаны с нарушением кальций-фосфорного и белкового обмена в организме. Это может наблюдаться при гипопаратирозе, пангипопитуитаризме, нейродистрофических нарушениях, гипофункции передней доли гипофиза др. Для патологической стираемости типичным при функциональной перегрузке является гиперцементоз. В ответ на чрезмерную функциональную нагрузку в пародонте стертых зубов развивается хроническое воспаление с образованием гранулем и кистогранулем. При патологической стираемости происходят изменение формы и размера зубов, что способствует изменению действия функциональной нагрузки на зуб и пародонт. Таким образом при патологической стираемости возникшей вследствие функциональной перегрузки наблюдается следующая картина: функциональная перегрузка ведет к стираемости и изменению размера коронок, это приводит к увеличению функциональной пере-грузки и к еще большей деструкции твердых тканей зубов и пародонта, увеличивая степень патологической стираемости. Вредное воздействие на твердые ткани может наблюдаться при работе пациента на вредном производстве, у больных с ахилесским гастритом, при лучевом некрозе у больных подвергнутых лучевой терапии [1].

Выделяют 4 степени патологического стирания зубов:

I степень – стирание в пределах эмали режущих краем и бугров

II степень – стирание зубной коронки до 1/3 ее высоты с обнажением дентина

III степнь – стирание зубной коронки до 2/3 ее высоты

IV степень – стирание больше чем на 2/3 высоты зубной коронки

Лечение патологической стираемости направлено на устранение этиологических факторов, нормализации функций и восстановления анатомической формы зубов. Для устранения причинных факторов проводится коррекция минерального обмена, лечение эндокринных патологий, устранение вредных привычек, ортодонтическое лечение, психоневрологическое лечение. При I степени стирания твердых тканей показано пломбирование, использование вкладок, искусственных коронок, виниров и люминиров. Для восстановления анатомической формы зубов при II степени проводят ортопедическое лечение искусственными коронками, вкладками, бюгельными протезами с окклюзионными накладками, а при III степени стирания производят постановку штифтовых культевых вкладок. Лечение патологической стираемости осложненной снижением окклюзионной высоты проводится в несколько этапов. Для начала восстанавливают окклюзионную высоту временными лечебно-диагностическими аппаратами,

потом происходит период адаптации величиной не менее 3 недель. Это необходимо для привыкания пациента к новой окклюзионной высоте. Третьим этапом лечения является постоянное протезирование. Прогноз при лечении патологической стираемости зубов в целом благоприятный. Избежать рецидивов можно только при комплексном лечении, учитывая этиологические факторы заболевания.

Список литературы

1. Каламкар Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов. М., МИА 2004. С. 68-164.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ СЕРДЦА

^{1,2}Самошина Е.А., ¹Борискина М.А.,
¹Ибрагимова У.М.

¹Волгоградский государственный
медицинский университет, Волгоград,
e-mail: ekaterina_samosh@mail.ru;
²ГБУ «Волгоградский Медицинский
Научный Центр», Волгоград

Трансплантация сердца увеличивает продолжительность и качество жизни пациентов с выраженной сократительной недостаточностью миокарда. Несмотря на то, что медицинские критерии показаний и противопоказаний для трансплантации сердца четко определены, психосоциальные факторы, также влияющие на исход операции, определить труднее.

Влияние психоэмоционального состояния на течение болезни описано со времен Гиппократа. Связь показателей психоэмоционального состояния с системами, обеспечивающими гомеостаз, имеет сложный характер. Так, социальные и внутренние конфликты (синдром «чужого сердца», синдром Мюнхаузена, постоперационный стресс, деперсонализационные расстройства и нарушения восприятия собственного тела), присущие пациентам, перенесшим трансплантацию сердца, как вариант хронического психоэмоционального стресса ведут к перевозбуждению гипоталамуса и лимбической системы, что повышает тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы, способствует массовому выбросу в кровь катехоламинов и гормонов коры надпочечников. Реабилитация после операции по пересадке сердца несет в себе много сложностей не только со стороны восстановления функции жизненно важного органа, но и требует внедрения методов неотложной психологической помощи.

Список литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Пер. с англ. С. Могилевского. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЕ

^{1,2}Самошина Е.А., ¹Мамедова Г.Х.

¹Волгоградский государственный
медицинский университет, Волгоград,
e-mail: ekaterina_samosh@mail.ru;
²ГБУ «Волгоградский Медицинский
Научный Центр», Волгоград

Проблема сочетанных зубочелюстно-лицевых аномалий (СЗЧЛА) в современных условиях приобрела исключительно важное медицинское и социальное значение. Зубочелюстные аномалии у подростков встречаются у 30-35% обследованных, у трудоспособного населения частота встречающихся врожденных аномалий достигает 4,5%. Такие состояния приводят к дисгармонии лица, что также негативно отражается на его эстетическом восприятии окружающими и влекут за собой расстройства психоэмоциональной сферы пациентов.

Дефект лица пациентов с СЗЧЛА по сравнению со здоровыми лицами характеризуют определенные эмоциональные особенности: неуверенность в себе, сниженное настроение, пониженный уровень активности, эмоциональная неустойчивость, для таких больных является значимым взаимодействие со средой, но они имеют трудности в социальных контактах. Поэтому, немаловажную роль играет психологическая реабилитация пациентов. Психологическая помощь для данной категории больных состоит из следующих этапов:

Проведение экспериментально-психологических исследований, с целью выявления психологических особенностей личности пациента.

Грамотное планирование восстановления больных, направленное на тесное сотрудничество врачей смежных специальностей, а также участие и мотивация самого пациента обеспечивают благоприятный прогноз и хорошее качество жизни в послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Поройский С.В., Самошина Е.А. Сравнительная эффективность и безопасность инновационных лекарственных форм для лечения стоматологических заболеваний / Материалы III межрегиональной научно – практической конференции Безопасность. 2019. С. 26.

ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И МИКРОКРИСТАЛЛИЗАЦИИ СЛЮНЫ ПРИ КУРЕНИИ

Соприкина К.В., Ячменева Л.А.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск,
e-mail: k.soprikina_3@mail.ru

В современном мире под воздействием факторов стресса у людей появляются различные вредные привычки, которые пагубно влияют на здоровье. Одной из таких привычек является