

- infarction in 842 897 Europeans. *Cardiovascular Research*. 2019;116(1):149-157.
2. Reed G, Rossi J, Cannon C. Acute myocardial infarction. *The Lancet*. 2017;389(10065):197-210.
3. Seropian I, Sonnino C, Van Tassel B, et al. Inflammatory markers in ST-elevation acute myocardial infarction. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*. 2015;5(4):382-395.
4. Zhu X, Chen Y, Xiang L, et al. The long-term prognostic significance of high-sensitive C-reactive protein to in-stent restenosis. *Medicine*. 2018;97(27):e10679. doi: 10.1097/MD.00000000000010679
5. Aydin M, Aygul N, Altunkeser B, et al. Comparative effects of high-dose atorvastatin versus moderate-dose rosuvastatin on lipid parameters, oxidized-LDL and inflammatory markers in ST elevation myocardial infarction. *Atherosclerosis*. 2015;239(2):439-443.
6. Gavazzoni M, Gorga E, Derosa G, et al. High-dose atorvastatin versus moderate dose on early vascular protection after ST-elevation myocardial infarction. *Drug Design, Development and Therapy*. 2017;11:3425-3434. doi: 10.2147/DDDT.S135173
7. Milano SS, Moura Júnior OVD, Bordin AAS, et al. C-reactive protein is a predictor of mortality in ST-segment elevation acute myocardial infarction. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2019;32(2):118-124.
8. Fang L, Moore XL, Dart AM, et al. Systemic inflammatory response following acute myocardial infarction. *J Geriatr Cardiol*. 2015;12:305-312.
9. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Third universal definition of myocardial infarction. *European heart journal*. 2012;33(20):2551-2567.
10. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction. *European heart journal*. 2018;40(3):237-269.
11. Prabhu SD, Frangogiannis NG. The biological basis for cardiac repair after myocardial infarction: from inflammation to fibrosis. *Circulation research*. 2016;119(1):91-112.
12. Zarrouk-Mahjoub S, Zaghoudi M, Amira Z, et al. Pro-and anti-inflammatory cytokines in post-infarction left ventricular remodeling. *International journal of cardiology*. 2016;221:632-636.
13. Reindl M, Reinstadler S, Feistritzer H, et al. Relation of inflammatory markers with myocardial and microvascular injury in patients with reperfused ST-elevation myocardial infarction. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*. 2016;6(7):640-649. doi:10.1177/2048872616661691
14. Kang DO, Park Y, Seo JH, et al. Time-dependent prognostic effect of high sensitivity C-reactive protein with statin therapy in acute myocardial infarction. *Journal of cardiology*. 2019;74(1):74-83.
15. Ribeiro DRP, Ramos AM, Vieira PL, et al. High-sensitivity C-reactive protein as a predictor of cardiovascular events after ST-elevation myocardial infarction. *Arquivos brasileiros de cardiologia*. 2014;103(1):69-75.
16. Kobayashi Y, Tanno K, Ueno A, et al. In-Hospital Electrical Storm in Acute Myocardial Infarction - Clinical Background and Mechanism of the Electrical Instability. *Circulation Journal*. 2018;83(1):91-100.

**Нестеров А.М.**

*Профессор, доктор медицинских наук  
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»,  
г. Самара, Российская Федерация  
ГБУЗ СО «Самарская стоматологическая поликлиника №2»,  
г. Самара, Российская Федерация*

**Садыков М.И.**

*Профессор, доктор медицинских наук  
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»,  
г. Самара, Российская Федерация*

**Хайкин М.Б.**

*Доцент, кандидат медицинских наук  
ГБУЗ СО «Самарская городская стоматологическая поликлиника №1»,  
г. Самара, Российская Федерация*

**Синев И.И.**

*Аспирант кафедры ортопедической стоматологии  
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»,  
г. Самара, Российская Федерация*

## **ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ КОНСТРУКЦИЯ ДЛЯ ШИНИРОВАНИЯ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛОКАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.**

**Аннотация.** Лечение заболеваний пародонта является одной из актуальных проблем современной стоматологии. Пародонтит-это многофакторное заболевание и является одним из самых распространенных заболеваний, встречающихся в стоматологической практике. Клинические проявления хронического локализованного пародонтита разнообразны, что требует комплексного подхода в лечении. Целью исследования является создание ортопедической конструкции, позволяющей повысить качество

лечения пациентов с хроническим локализованным пародонтитом средней степени тяжести на нижней челюсти. Объектом исследования послужили 18 пациентов с хроническим локализованным пародонтитом средней степени тяжести на нижней челюсти во фронтальном отделе. В ходе работы исследовали стоматологический и пародонтальный анамнезы, проводили оценку основных показателей пародонтального статуса, так же изучали характеристику анатомо-топографических особенностей тканей пародонта. Оценивали степень подвижности зубов по шкале Miller в модификации Flezar. Производили оценку состояния альвеолярной части нижней челюсти, зубов, обширность поражения структур десны при хроническом локализованном пародонтите с помощью рентгенологических методов и реопародонтографии. Качество жизни оценивали с помощью анкетирования пациентов валидированной русскоязычной версией ОНР-14. Состояние после шинирования было удовлетворительным у всех 18 пациентов. Лечение прошло без осложнений.

*Ключевые слова:* хронический локализованный пародонтит; шинирование зубов; подвижность зубов; периостометрия, реопародонтография.

**Введение.** Заболевания пародонта (85-90%) занимают лидирующее место в стоматологии, из них чаще встречаются пародонтиты порядка 70-80% [1,2]. Пародонтит-это воспалительно-дистрофическое заболевание тканей, окружающих зуб, которое возникает вследствие общих и местных факторов на фоне слабой реактивности организма. К общим факторам относятся дефицит витаминов С, В1, А, Е, эндокринные дисбалансы. Местные факторы включают в себя нарушение равновесия между бактериальным симбиозом и тканями полости рта [3].

На сегодняшний день одним из основных ортопедических методов при лечении заболеваний пародонта является долговременное шинирование [4,5]. Каждая из имеющихся ортопедических конструкций имеет свои недостатки. К ним относятся сложное препарирование или подготовка зуба, отсутствие эстетики, затрудненное поддержание гигиены полости рта и непереносимость пациентами стоматологических материалов (гальванизм, токсические и аллергические реакции) [6].

**Целью** работы является создание ортопедической конструкции, позволяющей повысить качество лечения пациентов с

хроническим локализованным пародонтитом средней степени тяжести на нижней челюсти передней группы зубов.

**Материалы и методы исследования.**

Предложена шина для устранения подвижности зубов [7], содержащая цельнолитой металлический каркас со штифтами фиксации в корневых каналах зубов. Металлический каркас изготовлен в виде цельнолитой балки со штифтами, при этом для депульпированных зубов с параллельными каналами длина корневых штифтов составляет 2/3 длины каналов корней зубов, а для зубов с непараллельными каналами или при невозможности достаточной распломбировки корневых каналов длина штифтов составляет до 1/3 длины каналов и являются параллельными между собой и всеми каналами депульпированных зубов. Шина обеспечена парными парапальпарными штифтами длиной до 2-2.5 мм, которые параллельны между собой и остальными штифтами, для фиксации шины на живых зубах. Видимая часть цельнолитой шины на шинируемых зубах покрыта слоем керамики под цвет последних (рисунок 1).

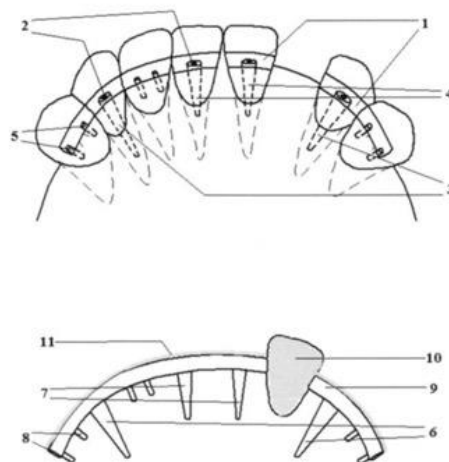


Рисунок 1. Схема шины для устранения подвижности зубов. 1- паз, 2- корневые каналы, 3- параллельные корневые каналы, 4- непараллельные корневые каналы, 5- слепые каналы, 6- корневые штифты в параллельных корневых каналах, 7- корневые штифты в непараллельных корневых каналах, 8- парапальпарные штифты, 9- металлическая балка, 10- каркас отсутствующего зуба, 11- керамическое покрытие.

Предлагаемая шина применяется для устранения подвижности зубов в таких клинических ситуациях как: полноценные зубные ряды верхней и нижней челюсти, зубные ряды с отсутствующим зубом (зубами) в переднем и боковом отделах до премоляров включительно.

Преимуществами новой конструкции являются уменьшение объема препарирования здоровых тканей зубов для создания паза, при этом балка изготавливается с учетом индивидуальных

особенностей анатомии клинических коронок, возможность наложения шины при расхождении каналов шинируемых зубов. Кроме этого, возможно сохранять отдельные зубы живыми, сделать шину эстетичнее за счет керамического покрытия, а также изготовления шины при отсутствии одного или нескольких зубов и использование даже премоляров в качестве опоры (рисунок 2).



Рисунок 2. Фото шины для устранения подвижности зубов

Данная конструкция была применена у 18 пациентов с хроническим локализованным пародонтитом средней степени тяжести на нижней челюсти, из них 7 мужчин и 11 женщин в возрасте от 35 до 50 лет.

Для выявления эффективности предлагаемого устройства проводили клиническое обследование 18 пациентов с хроническим локализованным пародонтитом осуществляли. Оценивали стоматологический и пародонтальный анамнезы, проводили оценку основных показателей пародонтального статуса с помощью индекса CRITN, так же изучали характеристику анатомо-топографических особенностей тканей пародонта, оценивали воспаление пародонта, степень подвижности зубов изучали по шкале Miller в модификации Flezar. Дополнительными методами исследования являлись рентгенологические, а именно ортопантомография, прицельная рентгенография и компьютерная томография нижней челюсти. С их помощью производили оценку состояния альвеолярной части нижней челюсти, зубов, обширность поражения структур десны при хроническом локализованном пародонтите. Так же проводилась реопародонтография на цифровом портативном реографе Мицар-РЕО (Санкт-Петербург). Качество жизни оценивали с помощью анкетирования пациентов валидированной русскоязычной версией ОНП-14.

#### Результаты исследования и их обсуждение.

При использовании предложенной нами шины для устранения подвижности зубов сводится на нет дополнительное сошлифовывание здоровых тканей зубов, обеспечивается надежное соединение как передней, так и боковой групп зубов даже при расхождении корневых каналов. Имеется возможность сохранения отдельных зубов живыми, а также использовать предложенную шину при отсутствии одного или

нескольких зубов, как из передней, так и из боковой групп зубов. За счет керамического покрытия шина эстетичная. После проведения комплексного лечения у 18 пациентов на прицельной рентгенограмме наблюдалось отсутствие остеопороза и прогрессирования деструкции, четкий контур межзубных перегородок и образование на их вершинах кортикальной пластинки. Оценивались клинические признаки стабилизации пародонтита – отсутствовало воспаление, индекс CRITN после лечения был равен от 1 до 2 баллов, размер патологических карманов уменьшился и составлял 1-3 мм, снизилась подвижность зубов согласно классификации Flezar до 1 степени. Значение показателей реопародонтографии -реографический индекс (РИ) –  $0,04 \pm 0,01$  Ом и индекс эластичности сосудистой стенки (ИЭ) – 68% увеличении кровенаполнения сосудов крови, что говорит об улучшении показателей микроциркуляции тканей пародонта. Проведя анализ качества жизни методом анкетирования пациентов с помощью валидированной русскоязычной версии опросника ОНП-14, мы выявили повышение качества жизни за счет уменьшения патологической подвижности зубов и эстетичности протезирования передних зубов.

**Заключение.** Таким образом, анализ результатов комплексного лечения 18 пациентов с использованием новой шины позволил установить снижение патологической подвижности зубов, уменьшение размеров патологических карманов и отсутствие воспаления десны, улучшение гемодинамики тканей пародонта, а также повышение качества жизни пациентов. Кроме этого, предложенный нами метод позволяет сделать шину более эстетичной за счет замещения дефектов зубных рядов в виде искусственных

зубов, покрытых керамикой. Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о благоприятном прогнозе для клинического применения новой шины в комплексном лечении пациентов с хроническим локализованным пародонтитом средней степени тяжести.

#### Библиографический список

1. Баймиев Ал.Х., Швец К.Ю., Мавзютов А.Р., Тамарова Э.Р., Булгакова А.И. Количественный анализ микробиоты пародонтальных карманов и слюны методом ПЦР в режиме реального времени до и после лечения пародонтита // Молекулярная генетика, микробиология и вирусология. -2017. -№. 35(3). -С. 103- 108. Doi 10.18821/0208-0613-2017-35-3-103-108.
2. Микляев С. В., Леонова О. М., Сущенко А. В. Анализ распространенности хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта //Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №. 2. – С. 15-15.
3. Wang L, Xie X, Qi M, Weir MD, Reynolds MA, Li C, Zhou C, Xu НК. Effects of single species versus multispecies periodontal biofilms on the antibacterial efficacy of a novel bioactive Class-V nanocomposite//Dent Mater. 2019 Mar 13. pii: S0109-5641(18)31354-X. doi: 10.1016/j.dental.2019.02.030.
4. Асташина Н. Б., Казаков С. В., Рогожников Е. П., Горячев П. С. Разработка

неинвазивной шинирующей конструкции как лечебно-профилактического аппарата, используемого при лечении пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом// Проблемы стоматологии. – 2018.- т. 14, № 1, стр. 52-56.

5. Макеев Г. А., Авсянкин А.В., Бутук Д.В., Яворская Л.В. Сравнительная характеристика методов шинирования подвижных зубов при лечении заболеваний пародонтита, осложненное дефектами зубных рядов // Актуальные вопросы стоматологии. Сборник научных трудов, посвященный основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессору Исааку Михайловичу Оксману. Казань. – 2018. – С. 231-235.

6. Наумович С. А. и др. Методы ортопедического лечения заболеваний периодонта. / Учебно-методическое пособие.– 3-е изд., перераб. и доп. Минск: БГМУ, 2018. – 92 с.

7. Шина для устранения подвижности зубов: пат. 175754 Рос. Федерация: МПК Ф61С 13/00 (2006.01) М.И. Садыков, А.М. Нестеров, С.В. Винник, И.И. Синев, В.В. Карташов, М.Р. Сагиров, Г.М. Нестеров; заявители и патентообладатели: М.И. Садыков, А.М. Нестеров, С.В. Винник, И.И. Синев, В.В. Карташов, М.Р. Сагиров, Г.М. Нестеров. № 2017114859; заявл. 26.04.2017; опубл. 18.12.2017, Бюл. № 35. – 7 с.

*Шакирова А.Т., Койбагарова А.А.,  
Кожанов А.С., Калыбекова Г.М., Дилмурат у Т.  
КГМА им. И.К. Ахунбаева  
кафедра дерматовенерологии,  
МВШМ, кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии  
Бишкек, Кыргызская Республика*

#### «ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС ПРИ COVID-19»

*Shakirova A.T., Koibagarova A.A.,  
Kozhanov A.S., Kalybekova G.M., Dilmurat u T.  
KSMA them I.K. Akhunbaev  
Department of dermatovenereology,  
ISM, department of infectious diseases and dermatovenereology  
Bishkek, Kyrgyz Republic*

#### «LOSS OF HAIR ON COVID-19»

**Резюме.** В данной статье представлена информация о выпадении волос при COVID -19, дана информация о стадиях развития волос. Описаны изменения волос по типу телогеновой алопеции при коронавирусной инфекции. COVID-19 может вызывать облысение, что происходит преимущественно из-за стресса, связанного с болезнью. Проблема носит временный характер, через несколько месяцев волосы могут вновь начать расти.

**Summary.** This article provides general information on hair loss in COVID-19 and provides information on the stages of hair development. Changes in hair of the type of telogen alopecia in coronavirus infection have been described. COVID-19 can cause hair loss, which is mainly due to the stress associated with illness. The problem is temporary, after a few months the hair may start growing again.

*Ключевые слова: анаген, катаген, телоген, алопеция, фолликул, COVID-19.*

*Key words: anagen, catagen, telogen, alopecia, follicle, COVID-19.*