

ных снижается работоспособность, свыше 30% из них вообще прекращают работать, а многие вынуждены соблюдать постельный режим [1].

Цели исследования: оценка эффективности применения углекислых ванн и диадинамотерапии в лечении и профилактике возникновения мигрени.

Материалы и методы: 55 пациентов из профиля «Нейрореабилитация» санатория «Зеленая Роща» г. Уфы. 24 пациента с вазоспастической формой мигрени (стандартное лечение+диадинамотерапия), у 31 больных вазопаралитической формой (стандартное лечение+углекислые ванны). 2 контрольные группы без физиотерапевтического лечения.

Результаты: исследование показало, что у больных с вазоспастической и вазопаралитической формой мигрени (в двух группах всего больных: 53 женщины, 2 мужчин в возрасте 19–57 лет), получавших диадинамотерапию во внеприступный период на верхние шейные симпатические узлы курсом 6 процедур и углекислые ванны температурой 35 °С курсом 10 ванн соответственно, показатели клинической симптоматики уменьшились по сравнению с результатами двух контрольных групп (первая контрольная-больные вазоспастической формой мигрени, вторая контрольная-пациенты с вазопаралитической формой), в которых применялось только стандартное санаторное лечение. У 80,9% больных вазоспастической и у 77,8% вазопаралитической формой мигрени значительно уменьшился болевой синдром, что подтверждалось снижением уровня боли по ВАШ шкале на 39,1% ($p<0,05$), индекса WOMAC на 30,2% ($p<0,05$) для вазоспастической и для вазопаралитической формы мигрени снижение уровня боли было по ВАШ шкале на 40,4% ($p<0,05$), индекса WOMAC на 33,8% ($p<0,05$).

Выводы: применение диадинамотерапии и углекислых ванн в реабилитации больных с различными формами мигрени на санаторном этапе способствует улучшению клинических показателей, уменьшению болевого синдрома.

Литература

1. Манвелов Л.С., Кадыков А.В. Мигрень. Справочник поликлинического врача. 2014; 08: С. 37–41.

СЕКЦИЯ СТОМАТОЛОГИИ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СЪЕМНЫХ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ КАПП И НЕСЪЕМНОЙ ДУГОВОЙ АППАРАТУРЫ С ЗАМКОВЫМИ КРЕПЛЕНИЯМИ

Арнадцкая М.В.

Научный руководитель: ассистент Сканцева А.П.

Кафедра стоматологии ортопедической и материаловедения с курсом ортодонтии взрослых
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Актуальность исследования: уже давно существует множество методик исправления зубочелюстных аномалий [3]. В последнее время набирают популярность съемные ортодонтические каппы [2]. В связи с этим возникла идея сравнить каппы и традиционную брекет-систему, но не только с точки зрения их эффективности, но и комфорта лечения для пациента.

Цель исследования: выявить и сравнить некоторые преимущества и недостатки съемных ортодонтических капп и несъемной дуговой аппаратуры с замковыми креплениями.

Материалы и методы: была проанализирована научная и учебно-методическая литература. Проведено анкетирование 14 пациентов в возрасте от 17 до 40 лет, проходящих ортодонтическое лечение в частной стоматологической клинике. Результаты анкетирования были обработаны и систематизированы.

Результаты: съемные ортодонтические каппы не уступают в эффективности несъемной дуговой аппаратуре с замковыми креплениями, а порой и превосходят их по целому ряду

параметров, что позволяет считать их достойной альтернативой в лечении [1]. Съёмные ортодонтические каппы дают возможность исправления многих зубочелюстных аномалий не менее эффективно, чем несъёмная дуговая аппаратура с замковыми креплениями, причем с большим комфортом для пациента.

Выводы: съёмные ортодонтические каппы дают возможность исправления многих зубочелюстных аномалий не менее эффективно, чем несъёмная дуговая аппаратура с замковыми креплениями, причем с большим комфортом для пациента.

Литература:

1. Романовская А.П. Несъёмная дуговая аппаратура. Брекет-система. Практическое пособие. Симферополь: «Доля», 2011. 80 с.
2. Лихота К.Н. Применение элайнеров в ортодонтии. (Лекция. Октябрь, 2009.)
3. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С., Окушко-Калашникова В.П. Ортодонтия. Профилактика и лечение функциональных, морфологических и эстетических нарушений в зубочелюстно-лицевой области. Книга IV. Москва, 2004 (2005). 460 с.

ИЗМЕНЕНИЯ ВНЧС ПРИ ДЕФЕКТАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Арутюнян Д.Г.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Мкртчян Т.Г.

Отделение нейрохирургии № 1-Республиканский центр черепно-лицевой хирургии
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: дефекты нижней челюсти являются достаточно распространенной патологией челюстно-лицевой области. Данная проблема актуальна, в связи с её малой изученностью. Несмотря на развитие челюстно-лицевой хирургии, многие аспекты данной проблемы остаются нерешенными.

Цели исследования: 1) Изучение характера нарушений и изменений костных структур ВНЧС, при дефектах нижней челюсти до и после реконструктивных операций, и при дефектах различной локализации. 2) Предложить схему реабилитации

Материалы и методы: Использование современных диагностических методов (артромография, КТ, МРТ) позволяет выявлять тонкие структурные нарушения, развивающихся на фоне дефектов нижней челюсти различной локализации.[3]

Результаты: дефекты ветви с отсутствием головки нижней челюсти на стороне противоположной поражению, сопровождаются передним смещением головки и её вывихом при открывании рта 100%. Дефекты ветви с сохраненной головкой нч, двусторонним передним смещением головок, а при открывании рта на стороне противоположной поражению её вывихом 40% и подвывихом 68%. При дефектах ветви с отсутствием головки до 6 мес. диагностируется переднее смещение суставного диска, а более 6 мес. мягкотканые элементы сустава подвергаются рубцовому перерождению. При дефектах ветви с сохраненной головкой НЧ на стороне поражения выявляются переднее смещение суставного диска 100%, деформация суставного диска 84%, адгезия суставного диска 68%, жидкость в верхнем суставном пространстве 92% При положительных результатах реконструктивных операций по устранению дефектов нижней челюсти анатомо-функциональные нарушения со стороны ВНЧС выявляются в 34% наблюдений, после реконструкции головки нижней в

60%, после реконструкции ветви в 36%

Выводы: возникающие нарушения со стороны ВНЧС при дефектах нижней челюсти зависят от величины и локализации дефекта, давности его существования, прикрепления жевательных мышц[1]. После реконструктивных операций на нижней челюсти диагностируются нарушения со стороны ВНЧС, требующие дополнительных корригирующих мероприятий. При планировании реконструктивных операций необходимо учитывать анатомо-функциональные нарушения со стороны ВНЧС[2]. Схема мероприятий, направленных на коррекцию нарушений после реконструктивных операций, включает в себя комплекс ортопедических, ортодонтических, хирургических мероприятий, медикаментозную терапию и физиолечение, чтобы улучшить результаты послеоперационной реабилитации.