

и циркулярную складку, в 15% случаев отсутствовали обе складки, а в 10% – присутствовала только циркулярная складка

3. Продольная складка имела длину от 0,1 см до 2,7 см при средней длине около 1,13 см и высоте от 0,2 см до 1 см при среднем значении 0,37 см. Круглая складка имела высоту 0,9 см и 0,3 см, и длину 2,1 см и 1,8 см.

4. В большинстве случаев имелся большой дуоденальный сосочек высотой от 0,2 до 0,4 см.

Список литературы:

1. Pușcaș-Melnic, M. Variations in the structure of the mucosa and papillae of the duodenum in adults / M. Pușcaș-Melnic // Abstract Book. 9th International Medical Congress for Students and Young Doctors. Chisinau of Moldova 12-14 mai 2022. – P. 149.
2. Intestinal-type and Pancreatobiliary-type adenocarcinomas: How does ampullary carcinoma differ from other periampullary malignancies? / A. Westgaard [et al.] // Ann. Surg. Oncol. – 2013. – Vol. 20(2). – P. 430-439.
3. Алмазов, В. А. Внутренние болезни. Учебник для студентов медицинских институтов / В. А. Алмазов С. И. Рябов. – СПб., 2001. – С. 344-378.
4. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни (пособие для врачей) / В. Т. Ивашкин. – М., 2004. – С. 4.
5. Каприн, В. В. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность). / В. В. Каприн, Г. В. Старинский. – М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. – 250 с.
6. Корниенко, Е. А. Заболевания органов пищеварения в кн.: Детские болезни: в 2 т. 8-е изд. / Е. А. Корниенко, Н. П. Шабалов, Л. В. Эрман. – СПб. : Питер, 2017. – Т. 1. – С. 585-796.
7. Михайлов, С. С. Анатомия человека / С. С. Михайлов. – М., 1984. – 704 с.
8. Привес, М. Г. Анатомия человека / М. Г. Привес, Н. К. Лысенков, В. Н. Бушкович. – М., 1985. – 657 с.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И МОРФОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ ЧЕЛЮСТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Риттер И. В., Постолаки А. И.

Государственный медицинский и фармацевтический университет
имени Николае Тестемицану. Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. Полная адентия (ПА) является тяжелой стоматологической патологией, которая остается одной из нерешенных проблем во многих странах мира [8, 11, 17, 19, 28]. Наиболее часто этиология связана с кариесом и его осложнениями [9, 23, 28], заболеваниями пародонта [9, 23, 28], травм [9, 28], опухолей ЧЛЮ, гормональных изменений [25, 27, 28]. По данным ВОЗ (2022) ПА присутствует у 7% населения планеты старше 20 лет и у 23% популяции старше 60 [19].

Главным признаком тотальной вторичной адентии является абсолютное отсутствие зубов на одной или обеих челюстях [9]. Характерные анатомо-морфологические изменения проявляются в том, что после потери или удаления зубов происходит постепенная атрофия альвеолярных отростков челюстей, еще более прогрессируя при ПА с течением времени. Восходящие ветви и тело нижней челюсти становятся тоньше, угол более тупым. Характер этих изменений определяет форму нижней челюсти, носогубной складки и обуславливает опускание углов рта. В связи с редукцией жевательного аппарата происходит смещение лица вниз и назад, что связано с некоторым сглаживанием носолобного рельефа: надпереносье уплощается и покрывающие его мягкие ткани приобретают более спокойный переход. Вследствие потери зубов и атрофии верхнечелюстных костей деформируется профиль грушевидного отверстия, в результате подносовая ость опускается, что обуславливает типичное при ПА опускание конца носа. Деформация верхнечелюстных костей объясняет отступление фронтальной части скуловой кости, что в свою очередь ведет к углублению собачьей ямки.

Изменения касаются и скуловой кости. Ее орбитальный отросток искривляется в глубину височной впадины и вызывает западение височной мышцы в переднем ее участке. Глубина и форма западения виска определяют основное направление морщин наружного угла глаза, ведет к уплощению века, которое становится тонким и вялым [7].

Клинически заболевание проявляется нарушениями конфигурации лица (западение губ), резко выраженными носогубными и подбородочной складками, опущением углов рта, уменьшением размеров нижней трети лица, у некоторых пациентов – мацерацией и «заедами» в области углов рта, нарушением функции жевания, глотания, речи и эстетических параметров [7, 13, 14]. Нередко ПА сопровождается привычным подвывихом или вывихом височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) [6, 8, 9, 15, 18, 20]. Протезирование при ПА относится к наиболее сложным разделам ортопедической стоматологии. Особенную сложность представляет протезирование нижней челюсти из-за анатомо-функциональных особенностей строения мягких и костных тканей [21].

Методы исследования. Для исследования были использованы поисковые системы – «КиберЛенинка», «Pubmed», «Google Scholar», «IBN» и другие доступные источники. Поиск проводили по ключевым словам на русском, английском, молдавском (румынском) языках: «полная адентия», «complete edentulism», «edentația totală». Всего по теме обнаружено 118 источников из которых было выбрано 27 работ. Дополнительными ресурсами служили официальные страницы ВОЗ и ООН. Таким образом, для обзора литературы проанализированы 29 статей.

Результаты и выводы. Современные литературные источники имеют разногласия по вопросу повышения или понижение уровня встречаемости ПА в популяции. Так, S. Khazaei (2012) утверждает, что встречаемость ПА в развитых странах уменьшается, но, в свою очередь, увеличивается в развивающихся странах (Вьетнам, Египет, Индия и др.) [26]. С другой стороны,

С. W. Douglas и соавт. (2002) утверждают, что встречаемость ПА продолжает расти из-за увеличения количества пожилых, что подтверждается отчетом ООН (2015 г.) о среднем возрасте людей в человеческой популяции [22, 29]. Также многочисленные публикации сообщают, что ПА чаще встречается у женщин, чем у мужчин, и основной причиной считают гормональные изменения [25, 27, 28].

Следует отметить, что в Республике Молдова исследование распространенности полной адентии не проводилось, а лишь частичной адентии среди взрослого населения МССР в 1988 году, кафедрой ортопедической стоматологии Кишиневского Государственного Медицинского Института, под руководством проф. И. И. Постолаки. Общий уровень частичной утраты зубов составлял $611,1\% \pm 6,2\%$. По протяженности дефектов зубных рядов: до 10 зубов и более – $117,1\% \pm 4,1\%$ [4]. Мы предполагаем, что с учетом высокой миграции населения, ухудшения экологии и социально-экономических факторов распространенность данной патологии увеличилась.

Согласно проведенному анализу можно сделать вывод, что в распространенности ПА главным фактором является повышение возраста, что связано с большим риском возникновения различных заболеваний и их осложнений, ведущих к адентии [10, 11, 17, 22]. Вторым по значимости фактором выделяется социо-экономический, который влияет на доступность лечебных процедур, уровень образованности и социальную поддержку. Так, S. Eklund и B. Burt (1994) установили, что более бедное и менее образованное население имеет больший риск развития ПА [23]. Другими сопутствующими факторами заболеваемости являются: образ жизни и вредные привычки (курение) [24], общее состояние здоровья (астма, артрит, сахарный диабет), культурные особенности, фторированность воды, регион проживания, знания о гигиене полости рта и отношение к здоровью полости рта [17, 25, 28].

В ходе исследования мы разделили патоморфологические и гистологические изменения при частичной и полной адентии на четыре основные группы:

1) Нарушение зубо-зубных взаимоотношений:

Происходит нарушение дикции, повышается нагрузка на оставшиеся зубные единицы, что приводит к истиранию коронок и смещению зубов в сторону свободного пространства (феномен Попова-Годона).

Нарушение окклюзии и возникающая, как следствие, дисфункция жевательных мышц приводит к невозможности нормального пережевывания пищи, что ведет к заболеваниям ЖКТ, нарушению психологического и социального статуса, а также, необратимым изменениям в общесоматическом статусе [3].

2) ВНЧС и костная ткань челюстей:

Наблюдаются изменения суставных поверхностей ВНЧС: изменяются поперечный и сагиттальный диаметры головки нижней челюсти; глубина нижнечелюстной ямки; высота суставного бугорка; изменению подвергается форма суставных поверхностей ВНЧС, а также кардинальным образом меняется положение головки нижней челюсти в нижнечелюстной ямке и,

следовательно, характер движения нижней челюсти. По данным А. Н. Иорданишвили (2013), при ПА и высокой степени стираемости зубов такие морфофункциональные изменения встречаются у 100% обследованных. В результате вышеперечисленных изменений происходит возникновение дисфункции ВНЧС [5].

Вследствие отсутствия функциональной стимуляции и недостатка питания снижаются прочностные свойства отдельных структур ветви нижней челюсти [6, 18]; нарушаются ориентации костных пластинок [1] происходит изменения структуры костной ткани в области дна верхнечелюстной пазухи [12];

3) Дисфункция мышц, мобилизующих нижнюю челюсть:

Миграция зубов образует преждевременные окклюзионные контакты, что ведет к нарушению стабильности челюстно-черепных взаимоотношений, последствием чего являются патологические процессы в мышцах, мобилизующих нижнюю челюсть и ВНЧС [20].

4) Изменение слизисто-фиброзной оболочки и сосудов:

Определяются изменения всех структурных элементов эпителия, проявляющиеся в нарушении процессов кератинизации, что ведет к уменьшению механической прочности рогового слоя. Происходит снижение микроциркуляции слизистой оболочки протезного ложа за счет вазоконстрикции и ухудшения эластических свойств сосудов [16]. На 60% уменьшается количество кровоснабжающих зону сосудов и их диаметр на 70% [2]; появляются обширные бессосудистые зоны [1];

С увеличением возраста все вышеперечисленные явления нарастают [7, 10, 15], и создают облик старческого лица, что показывает необходимость своевременного лечения и профилактики заболевания.

Выводы.

1) Установлено, что ПА является актуальной и распространенной проблемой в современной стоматологии, приводящей к тяжелым патологиям в организме пациента, несмотря на развитие общества, повышение доступности и улучшение методов лечения.

2) ПА является полиэтиологической проблемой, связанной, как с внешними, так и с внутренними факторами. Значительную роль играют возрастные изменения в органах зубочелюстной системы, пренебрежительное отношение к здоровью полости рта и, как следствие, ее неудовлетворительная гигиена.

3) ПА приводит к патологическим изменениям на всех уровнях зубочелюстно-лицевой системы, что вызывает различные дисфункции в организме пациента, часть из которых является необратимыми. Этот факт показывает необходимость своевременного лечения и профилактики данного заболевания.

Список литературы:

1. Особенности гистоангиоархитектоники верхней челюсти при интактном зубном ряду, частичной и полной адентии / И. Андреева, В. Воликов // Український морфологічний альманах. – 2014. – № 3(12). – С. 3-7.

2. Андреева, И. Морфометрические показатели сосудов пародонта верхней челюсти при интактном зубном ряду и полной адентии / И. Андреева, В. Воликов // Росс. медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. – 2015. – № 4. – С. 11-16.
3. Этиологические факторы, способствующие возникновению дефектов и деформаций челюстно-лицевой области / О. Гуйтер [и др.] // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2015. – № 4. – С. 91-97.
4. Гуцуцуй, В. Клиника и методы возмещения малых дефектов боковых участков зубных рядов щадящими конструкциями несъемных мостовидных протезов. Автореф. дис. канд. мед. наук. Минск, 1991. – 19 с.
5. Оклюзионно-обусловленные заболевания жевательного аппарата (понятие и распространенность у взрослого человека) / А. Иорданишвили [и др.] // Человек и его здоровье. – 2011. – № 3. – С. 39-43.
6. Изменения прочности ветви нижней челюсти взрослого человека в связи с частичной и полной адентией / А. Иорданишвили [и др.] // Институт стоматологии. – 2012. – № 4 (57). – С. 96-97.
7. Курляндский, В. Учеб. ортопедической стоматологии / В. Курляндский. – М. : Медгиз, 1958. – С. 305.
8. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов / И. Ю. Лебеденко [и др.]. – М.: Мед. информ. аген-во, 2005. – С. 7-45.
9. Протокол ведения больных полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) [Электронный ресурс] / А. Ю. Малый [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2004. – № 11. – Режим доступа: <http://bit.ly/3m8jQwT>. – Дата доступа: 20.02. 2023.
10. Наумович, С. А. Оценка распространенности основных ортопедических стоматологических заболеваний среди взрослого населения городов Беларуси / С. А. Наумович, А. И. Головки // Современная стоматология. – 2021. – № 1 (82). – С. 10-18.
11. Наумович, С. А. Протезирование полными съемными протезами / С. А. Наумович // Минск. Вышэйшая школа, 2012. – С. 21-26.
12. Никитенко, В. Возрастные изменения верхнечелюстного синуса и его стенок у людей старших возрастных групп / В. Никитенко, А. Иорданишвили // Институт стоматологии. – 2013. – № 1(58). – С. 80-81.
13. Постолаки, А. И. Симметрия и асимметрия в гармонии лица и зубных рядов. Обзор литературы. / А. И. Постолаки // Успехи современного естествознания. – М. – 2015. – № 9. – С. 461-466.
14. Постолаки, А. Симметрия и асимметрия лицевого черепа и височно-нижнечелюстных суставов человека / А. Постолаки, И. Катеренюк, О. Белик // Мат. наук.-практ. конф. з міжнар. уч. Взаємоінтеграція теорії та практики в сучасній стоматології, 16-17.05.2019. БДМУ. – Чернівці, 2019. – С. 112-115.
15. Анализ распространенности стоматологических заболеваний, требующих ортопедического лечения, среди взрослого населения г. Гродно / С. Рубникович [и др.] // Ж. Стоматолог. – Минск. – 2018. – № 3(30). – С. 20-30.
16. Чистякова, М. Оценка микроциркуляции в тканях протезного ложа у пациентов с полным отсутствием зубов / М. Чистякова // Аспирантские чтения "Молодые ученые – от технологий XXI века к практическому здравоохранению", 2016. – С. 265-267.
17. Ортопедическая стоматология / А. С. Щербаков [и др.]. – С.-Пб., Фолиант, 1998. – С. 321-398.
18. Total edentation treatment using mobile implant-supported total dentures / V. Oineagra [et al.] // RJOR. – 2021. – № 4. – С. 174-182.
19. WHO. Oral health. Geneva, 2022. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>. – Дата доступа: 20.02. 2023.
20. Oineagra, V. Manifestările clinice ale edentației parțiale la nivelul arcadei dentare / V. Oineagra, I. Postolachi, V. Oineagra // Analele Științifice ale USMF „N. Testemițanu”. – 2009. – № 4(10). – P. 517-520.

21. Postolachi, A. Anatomy of the retromolar triangle and its practical significance in total removable prosthetics / A. Postolachi, O. Belic // Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță. 20-22 octombrie 2021, Chișinău, 2021. – P. 466.
22. Douglass, C. W. Will there be a need for complete dentures in the United States in 2020 August / C. W. Douglass, A. Shih, L. Ostry // J. Prosthet. Dent. 2002. – № 87(1). – P. 5-8.
23. Eklund, S. Risk factors for total tooth loss in the United States; longitudinal analysis of national data / S. Eklund, B. Burt // J. Public Health Dent. – 1994. – № 54. – P. 5-14.
24. Causal assessment of smoking and tooth loss: a systematic review of observational studies / T. Hanioka [et. al.] // BMC Public Health. – 2021. – № 11. – P. 221.
25. Hessari H., Vehkalahti M. M., Eghbal M. J., et al. Oral health and treatment needs among 18-year-old Iranians / H. Hessari [et al.] // Med. Princ. Pract. – 2008. – № 17(4). – P. 302-307.
26. Khazaei, S. Edentulism and Tooth Loss in Iran: SEPAHAN Systematic Review № 6 / S. Khazaei, M. S. Firouzei // Int. J. Prev. Med. – 2012. – № 3(1). – p. 42-47.
27. Total edentulism in older adults: aging or social inequality / Maia L. Costa [et al.] // Revista Bioética. – 2020. – № 28. – P. 173-181.
28. Müller, F. What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe / F. Müller, M. Naharro, G. E. Carlsson // Clin. Oral. Implants Res. – 2007. – № 19(3). – P. 326-328.
29. Nations U. World Population Ageing [Electronic resource]. – Mode of access: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Highlights.pdf /. – Date of access: 20.02.2023.

СТРУКТУРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПИРАМИДНЫХ НЕЙРОНОВ ЛОБНОЙ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОТОМСТВА КРЫС ПОСЛЕ ПРЕНАТАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ L-NAME

Русак Т. С., Максимович Н. Е., Бонь Е. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Актуальность. Преэклампсия является мультисистемным, высоковариабельным расстройством, возникающим во время беременности, и на протяжении уже многих лет остаётся одной из ведущих причин заболеваемости и смертности матери и плода [4]. В настоящее время общепризнано, что пусковым механизмом развития преэклампсии является эндотелиальная дисфункция, в результате которой происходит нарушение плацентарно-плодового кровообращения [7,13]. Эндотелий – активный эндокринный орган, самый большой в организме, представляющий собой однослойный пласт специализированных клеток, выстилающих изнутри всю сердечно-сосудистую систему, весом около 1,8 кг. Главным механизмом развития эндотелиальной дисфункции является изменение метаболизма оксида азота (NO) [6]. Известно, что NO в головном мозге образуется в нейрональных и экстранейрональных источниках, образующих «нитергическую систему» [3]. В нервной системе NO принимает участие в синаптических связях в качестве нейромедиатора, обеспечивая эффективность синаптической передачи (синаптическую пластичность), играет роль в регуляции синаптогенеза в