

материалов и лабораторные испытания. Сравнение материалов и статистический анализ помогли разработать рекомендации для улучшения качества лечения.

Результаты и их обсуждение. Несъемные протезы, такие как коронки и мосты, восстанавливают зубы с высокой эстетикой и стабильным жевательным давлением. Основные осложнения включают воспаление десен, прикус и кариес, что связано с установкой или уходом. Металлокерамические протезы прочные, а керамические и композитные — биосовместимы и эстетичны. CAD/CAM-технологии улучшили точность и долговечность. Хронические заболевания могут повлиять на успех протезирования. Металлокерамические протезы служат дольше, выбор материала зависит от ситуации и предпочтений пациента.

Выводы. Развитие технологий в несъемном протезировании, благодаря новым материалам, таким как цирконий и керамика, и инновационным методам имплантации, привело к значительному прогрессу. Однако проблемы остеоинтеграции и микробиологических осложнений остаются актуальными. Остеоинтеграция зависит от таких факторов, как возраст и качество костной ткани, что требует усовершенствования методов диагностики. Микробиологические инфекции можно минимизировать с помощью строгих гигиенических норм. Индивидуальные особенности пациента важны для выбора материалов, что требует персонализированного подхода. Современные материалы обеспечивают высокую эстетику, но требуют учета долговечности. Решение этих проблем требует комплексного подхода для улучшения качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ташпулатова К. и др. Техника устранения травматичной окклюзии у пациентов с использованием имплантированных мостов // Европейский журнал молекулярной и клинической медицины. – 2020. – Т. 7. – № 2. – С. 6189–6193.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕЧЕНИЯ СПОНДИЛОДИСЦИТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Тименова С.В.¹, Хоперский П.Г.²

Гродненский государственный медицинский университет¹,

Гродненская университетская клиника²

Актуальность. Спондилодисцит (СД) относится к группе неспецифических–инфекционно–воспалительных заболеваний позвоночника и является довольно редким и трудно диагностируемым заболеванием [1, 2, 3].

Цель. Актуализировать проблему ранней диагностики СД и представить клинический случай.

Методы исследования. Оценка клинико–анамнестических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты и их обсуждение. Пациент С., 59 лет, госпитализирован в неврологическое отделение с жалобами на интенсивные боли в поясничном отделе позвоночника, слабость в ногах, затрудняющую функцию ходьбы, и затруднение при мочеиспускании. Считает себя больным около 5 недель, когда впервые возникла боль, лечился амбулаторно, на фоне принимаемого лечения не отмечал уменьшение болевого синдрома. Постепенно состояние ухудшилось, усилились боли, появилась слабость в ногах и нарушение мочеиспускания.

Неврологический статус: ориентирован верно. Черепные нервы без патологии. Мышечная сила в ногах снижена до 3 баллов. Рефлексы: D=S, ахилловы – отсутствуют. Симптомы натяжения положительные с двух сторон. Координаторные пробы верхними конечностями выполняет удовлетворительно, нижними – не выполняет из-за пареза. Ограничен объем движений в поясничном отделе позвоночника. При пальпации паравертебральных точек поясничного отдела позвоночника отмечается болезненность. Дефанс паравертебральных мышц спины.

Спондилография поясничного отдела: костно–деструктивных изменений нет, признаки остеохондроза. МСКТ поясничного отдела позвоночника: КТ–картина спондилита Th11–Th12 с деструкцией прилежащего отдела 12 ребра справа. Спондилолиз на уровне L5–S1. Магнитно–резонансная томография (МРТ) поясничного отдела позвоночника: МР – признаки спондилодисцита на уровне Th11 – L1.

На фоне проведенной терапии пациент отмечает значительное улучшение состояния. На 11 день лечения выполнено МРТ исследование в динамике: зона отёка мягких тканей вокруг тел Th11 – L1 нерезко уменьшилась, снизилась высота замещающего диск Th11 – Th12 жидкостного компонента. МР – признаки спондилодисцита на уровне Th11 – L1.

Выписан с положительной динамикой: болевой синдром уменьшился, мышечная сила в конечностях выросла. Рекомендовано: продолжить консервативное лечение у врача–хирурга амбулаторно по месту жительства. Учитывая снижение неврологического дефицита показана госпитализация в отделение медицинской реабилитации.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует, что отсутствие характерных симптомов заболевания, малая специфичность клинической картины приводят к поздней диагностике заболевания и задержка в постановке диагноза может достигать нескольких месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Спондилодисцит: ранняя диагностика и тактика ведения / И.Ф. Хафизова [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2016. – Т. 38, №5. – С.988–992.
2. Infectious spondylodiscitis: has there been any evolution in the diagnostic and treatment outcomes / C.F.P.S. Herrero [et al.] // Coluna/Columna. – 2014. – Vol. 13. – P. 294–297.
3. Infections of the spinal column — Spondylodiscitis / N. Sans [et al.] // Diagn. Intervent. Imaging. – 2012. – Vol. 93. – P. 520–529.

СИНДРОМ РАМСЕЯ ХАНТА У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ, КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Тименова С.В.¹, Лебецкая А.И.²

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
Гродненская университетская клиника²*

Актуальность. Синдром Рамсея Ханта является редким, но тяжелым осложнением реактивации варицелла зостер вирус [1, 2].

Цель. Представить клинический случай развития синдром Рамсея Ханта у пациента после трансплантации печени.

Методы исследования. Оценка клиничко–анамнестических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты и их обсуждение. Пациент З. 30 лет, госпитализирован в неврологическое отделение с жалобами на асимметрию лица, невозможность закрыть правый глаз, затруднение при приеме пищи, нарушение вкусовых ощущений, дискомфорт в области правого уха. Около недели назад появились зуд и высыпания в ротовой полости, затем почувствовал боль в заушной области справа, появились герпетические высыпания в области ушной раковины и далее через 2 дня появились симптомы поражения лицевого нерва. Из анамнеза известно, что в 2013 г. была проведена трансплантация печени по поводу цирроза печени с исходом в аутоиммунный гепатит. В 2019 г. развился цирроз трансплантата печени в исходе реактивации аутоиммунного гепатита и в 2020 году была проведена ретрансплантация печени на фоне реактивации аутоиммунного гепатита.

Неврологический статус: Ориентирован правильно. Черепные нервы. Глазные щели: лагофтальм слева. Движение глазных яблок в полном объеме. Лицо асимметричное, за счет сглаженности носогубных складок справа. Феномен Белла, симптомы паруса, ресниц положительные. Нарушение вкусовой чувствительности передней 2/3 языка. Язык при высовывании по средней линии. Сила и тонус мышц в пределах нормы. Сухожильные и периостальные рефлексy D=S, живые. Чувствительность сохранена.