увеличением возраста у больных повышается вероятность возникновения жалоб связанных с нарушением дикции и звукопроизношения, аллергической реакцией, гиперсаливацией и болями под протезом. В свою очередь аллергическая реакция на конструкционные элементы протеза достигает максимума в возрасте 42-44 лет, гальваноз полости рта к 53-57 годам и с увеличением возраста риск возникновения данных жалоб снижается.

Выводы: Поскольку среди стоматологических больных жевательная эффективность которым восстанавливалась бюгельными протезами, в 90% случаев наблюдается нарушение дикции, особое внимание нужно уделять психосоматическому статусу больного. Комплекс мер направленных на психологическую поддержку уменьшает срок адаптации и снижает риск возникновения жалоб в процессе эксплуатации протеза.

Также можно отметить, что с возрастом у стоматологических больных снижается адаптационный потенциал тканей и органов полости рта, что в свою очередь приводит к увеличению срока их реабилитации.

1. Копытов А.А. Динамика показателей десневой жидкости в процессе реабилитации пациентов с мостовидными протезами при различном наклоне опорных зубов автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Московский государственный медико-стоматологический университет. Москва, 2007
2. Копытов А.А., Мейрманов А.М., Любушкин Р.А., Гальцев О.В. Топография нарушения перфузии пародонта в зависимости от нагрузки на зуб. Пародонтология. 2012. Т. 17. № 3. С. 16-21.
3. Лисицкий Э.С., Тыщенко Н.С. Оценка гигиенического статуса полости рта студентов 5 курса стоматологического факультета курящих табак и потребляющих продукты быстрого приготовления В сборнике: Научный диалог: Вопросы медицины Сборник научных трудов по материалам XII международной научной конференции. 2018. С. 24-26.

Петрова Ю.А., Орлова Г.Г., Бодарева Н.В., Рудаков В.В., Горбовская А.А.
В-клеточная гиперплазия щитовидной железы

ГБУЗ «Городская Мариинская больница»
(Россия, Санкт-Петербург)

doi:10.18411/spc-15-04-2018-12

ids: 000001:spc-15-04-2018-12

Актуальность. О строении щитовидной железы известно давно и написано о ней очень много литературы, проведены многочисленные исследования, как операционного, так и биопсийного материала. (2, О.К. Хмельницкий). И, тем не менее, она остается до сих пор известна, не в полной мере и остается неразгаданной. Хотелось

рассмотреть одну из форм гиперплазии щитовидной железы В-клеточную форму. (1, Боташева 74/2011г).

Цель исследования ретроспективный анализ случаев патологии щитовидной железы на операционном материале за период 2013-2017гг.

Материалы и методы исследования.

Проведено исследование операционного материала 259 случаев. Участки щитовидной железы, фиксированные в 10% формалине, после стандартной проводки материала и заливки операционного материала из парафиновых блоков изготавливались парафиновые срезы. Они окрашивались гематоксилином и эозином, пикрофуксином по методу Ван-Гизон.

Из 259 случаев составляли – 185 (71%) женщин, 74(29%) мужчин. По возрасту от 32 до 81года. Средний возраст колебался 39 ± 4 года. В-клеточная гиперплазия ткани щитовидной железы встречалась у 17 (7%) больных, женщин – 11 (5%), мужчин – 6 (3%), средний возраст составлял 41 ± 3 . Сопутствующая патология в 17(7%) случаев: узловой зоб – 8 (3), тиреоидиты – 5(2), рак – 4(1,5%).

Результаты исследования. В-клетки встречались разных размеров. Они были представлены солитарными узлами всегда больших размеров (до 10-12см), встречались в многоузловых зобах, в сочетании с узлами другого строения обычно небольшие и нередко множественные, всегда с наличием фиброзной капсулы. Гистологическая картина была разнообразной, но преобладали крупные и средние фолликулы с сосочками и без них. Нередко встречались и другие микрофолликулы с трабекулярными и солидными структурами, митозами, чаще были функционально не активны. По клиническим данным отмечался быстрый рост и значительные размеры. Гистологическая картина представлена клетками типичными для клеток Ашкинази-Гюртля (эозинофильная зернистость цитоплазмы, круглое центрально расположенное ядро) иногда встречались размеры от малых кубических до крупных полигональных. При разнообразии гистологической картину и пестроте микрорисунка, необходима дифференциальная диагностика с раком щитовидной железы.

Г/э. х20, В-клеточная гиперплазия в сочетании с зобом Хошимото

Сочетанная патология встречалась в большинстве случаев, преимущественно у женщин в возрасте 35-60лет.

Г/э, х20, В-клеточная гиперплазия и выраженная лимфоидная инфильтрация с формированием лимфоидных фолликулов.

Из анамнеза данных о клинических проявлениях не было никаких. В единичных случаях (3случаях) сопровождались изменениями функции щитовидной железы в виде тиреотоксикоза (хошитокикозом), или сопровождались гипотиреозом (4случая). Так же у пациенток имелись случаи, сопровождающиеся аутоиммунными заболеваниями, такими как системная красная волчанка (7случаев), ревматоидным артритом (5 случаев).

Заключение: при диагностике узловых форм тиреоидитов многие специалисты формулируют диагноз по гистологической картине, не учитывая сложность аутоиммунных различий, что в свою очередь влияет на дальнейшую тактику лечения. По совокупности данных с учетом гистологического заключения, эндокринолог в дальнейшем назначает оптимальное лечение для каждого пациента.

1. Абросиомов А.Ю., Казанцева И.А., Лушников Е.Ф. Морфологическая диагностика заболеваний щитовидной железы: Цветной атлас. – М.: ООО «МК», 2012.
2. Хмельницкий О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы: Руководство. – СПб.: Сотис, 2002.
3. Шапиро Н.А., Камнева Т.Н. Цитологическая диагностика заболеваний щитовидной железы: Цветной атлас. – М, 2003.
4. Дей П., Аспирационная пункция тонкой иглой: Практическая медицина. – М, 2014.
5. Боташева В.С., Севрикова О.П., В-клетки щитовидной железы, Вестник Ставропольского Государственного университета 74/2011, С-59-62

Рындина Е.С.

Психологический статус подростков с морбидным ожирением

*ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
(Россия, Санкт-Петербург)*

doi:10.18411/spc-15-04-2018-13

idsp: 000001:spc-15-04-2018-13

Введение: Серьезной проблемой современного мира стало увеличение численности детей страдающих ожирением и особенно морбидным ожирением. Тактика лечения ожирения включает модификацию образа жизни, пищевого поведения и поведенческих привычек, что у категории подростков с морбидным ожирением часто бывает неэффективным в силу недостаточной приверженности к терапии.