

больных СД в стационарах терапевтического профиля не всегда соответствует международным рекомендациям.

#### **Литература**

1. Башир Мохамед Ламмин, Пилотович В.С. Клинико-лабораторные особенности ранних стадий диабетической нефропатии / Белорусский медицинский журнал. – 2003. – № 3. – С. 42-44.
2. Дедов И.М. Осложнения сахарного диабета. – М., 1995.
3. Добронравов В.А. Эпидемиология диабетической нефропатии: общие и региональные проблемы // Нефрология. – 2002. – № 1. – С. 16-21.
4. The kidney and hypertension in diabetes mellitus. - 4 ed. /Ed.: Mogensen C. - Boston, Dordrecht, London: Kluwer academic publishers. - 1998. - 605p.

## **РОЛЬ МРТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

*С.С. Матусевич*

Научный руководитель – *С.Б. Борейко*

*Белорусский государственный медицинский университет*

Одними из наиболее часто встречающихся заболеваний нервной системы, являются болезни, в основе которых лежит поражение миелиновой оболочки. Основным представителем этой группы является рассеянный склероз (РС).

Медицинская значимость этой проблемы обусловлена: достаточно большой распространенностью этого заболевания (от 13 до 80 больных на 100 000 населения), преимущественным поражением лиц молодого трудоспособного возраста, и быстрого наступления разной степени тяжести инвалидизации.

Данное сообщение основано на проведенном анализе краниальных МР-томографии 53 больных с клиническими признаками РС. Средний возраст больных составил 40 лет (от 18 до 54 лет), наблюдалось 16 мужчин и 37 женщин.

МРТ исследования проводились в 2002 – 2003 году в кабинете МРТ РКПБ. Мультипланарное исследование (аксиально и сагитально) в T1- и T2-взвешенных (T1W и T2W) режимах осуществлялось на МР-томографе «ОБРАЗ-2М» с резистивным магнитом и напряженностью основного магнитного поля 0,14 Тесла. Использовались стандартные импульсные последовательности SE, GE, TSE, IR, ME.

Исходя из наблюдений наиболее информативными для выявления очаговых изменений при РС оказались T2 -взвешенные изображения в аксиальной и сагитальной плоскости, на которых очаги имели наибольшую контрастность.

На краниальных МР-изображениях больных РС отмечались следующие изменения: множественность поражения, преобладание мелких очагов иногда со склонностью к слиянию, отсутствие объемного воздействия, преимущественная локализация в перивентрикулярном белом веществе больших полушарий, поражение мозолистого тела, не типичность выявления субтенториально расположенных очагов при отсутствии поражения больших полушарий, выявление клинически немых очагов.

Данные изменения классифицировались по тяжести процесса и его локализации, отдельно учитывалось вовлечение в патологический процесс мозолистого тела.

По тяжести процесса выделены следующие группы: 1 степень – 17 (32 %), 2 степень – 14 (26,4 %), 3 степень – 16 (30,2 %), 4 степень – 6 (11,4 %).

Выявлена локализация процесса: перивентрикулярная область - 42 случая (79,2 %), субкортикальное расположение очагов - 2 случая (3,77 %), ствол мозга - 1 случай (1,88 %), мозжечок - 3 случая (5,66 %), поражение нескольких областей - 5 случаев (9,43 %).

Изменения со стороны мозолистого тела наблюдались в 37 случаях (69,8 %). Изменения в мозолистом теле локализовались в различных его отделах, отмечался их полиморфизм.

#### **Выводы.**

1. Использование МРТ головного мозга позволяет с большой достоверностью установить диагноз РС, так как обладает высокой чувствительностью и возможностью непосредственно визуализировать и точно локализовать поражение.

2. МРТ головного мозга при РС должна обязательно выполняться при постановке диагноза на основании неврологической картины, с целью подтверждения РС, для оценки распространенности, или для исключения заболеваний головного мозга, протекающих под маской РС.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЭНДЕМИЧЕСКОЙ КРАПЧАТОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ**

*К.В. Мойсюк*

Научный руководитель – к.м.н. *О.А. Козел*  
*Белорусский государственный медицинский университет*

Феномен пятнистости на зубах был отмечен более 100 лет назад. Появление белого пятна на эмали зуба может быть результатом процесса деминерализации при кариесе или процесса гипоминерализации при дефектах развития эмали (гипоплазия, флюороз зубов). В клинике существуют определённые трудности при дифференциальной диагностике данных нозологических форм. Поэтому, проблема изучения критериев и методов диагностики дефектов развития эмали зубов является актуальной.

**Цель:** Изучить особенности дифференциальной диагностики неэндемической крапчатости эмали с кариесом зубов.

**Методы:** В работе использованы основные методы исследования (выяснение жалоб и анамнеза, осмотр, индекс гигиены полости рта ОНI-S [Green-Vermillion, 1964], индекс воспаления десны GI [Loe-Silness, 1965], КПУ) и дополнительные методы исследования (индекс дефектов развития эмали DDE [модификация O'Mullane, Clarkson, 1989], метод витального окрашивания [Е.В.Боровский, П.А.Леус, 1976], высушивание зуба).

Всего обследовано 90 человек (студенты БГМУ и пациенты Республиканской клинической стоматологической поликлиники). Группу с диффузным помутнением эмали составили 32 человека, с кариесом эмали 28 человек, контрольную – 30 человек.

**Результаты.** Один из видов нарушений развития зубов - неэндемическая крапчатость эмали (K00.31) (МКБ-С, 1995). Она встречается в виде ограниченного помутнения и диффузного помутнения эмали. Ограниченное помутнение эмали имеет характерную клиническую картину и не требует проведения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза. Диффузное помутнение эмали – это белые пятна разнообразной формы, локализации и интенсивности, не имеющие чёткой границы с окружающей эмалью. Диффузное помутнение в виде полос (DDE-индекс, код 3) имеет сходство с начальным кариесом (кариесом эмали). Сходство заключается в локализации дефектов в пришеечной области коронки зуба, множественности поражения и в самом факте подповерхностного (нечёткого) помутнения эмали. Однако результаты исследования показали, что множественный пришеечный кариес не локализуется только на премолярах (что характерно для дефектов развития), а поражает другие рядом стоящие зубы. Интенсивность кариозного пятна обычно более выраженная. Кроме того, КПУ зубов у пациентов с диффузным помутнением ниже, чем у пациентов с пришеечным кариесом эмали ( $p < 0,05$ ) и не отличается от КПУ в контрольной группе ( $p > 0,05$ ). Так, средняя интенсивность кариеса ( $M \pm m$ ) в группе с диффузным помутнением -  $7,42 \pm 0,17$ , в контрольной –  $8,11 \pm 0,20$ , а в группе с кариесом –  $9,86 \pm 0,23$ . Различий в значениях ОНI-S между группами нет.

При проведении метода витального окрашивания эмали 2% раствором метиленового синего кариозные пятна окрашиваются с различной степенью интенсивности. В случае дефектов развития эмаль не окрашивается. При высушивании поверхности зуба также наблюдаются различия в визуальных характеристиках эмали.

Таким образом, результаты настоящего исследования показали, что: 1. Дифференциальной диагностике с кариесом подлежат не все клинические формы неэндемической крапчатости эмали. 2. Дифференциальная диагностика начального кариеса и диффузного помутнения эмали в виде полос проводится на основании наличия характерных визуальных особенностей, интенсивности кариеса и результатов методов витального окрашивания и высушивания эмали зуба.