

применением фторсодержащих зубных паст и аппликаций зубов фторлаком.

Удержание результата, достигнутого в процессе ортодонтического и хирургического лечения, являлось завершающим и самым длительным этапом комплексного лечения. Продолжительность ретенционного периода после устранения деформации челюстных костей составляла 12–18 месяцев. Наряду с использованием для удержания достигнутого результата подбородочной прачи с резиновой тягой, функцию ретенционного аппарата выполняли ортодонтические лечебные аппараты в инактивированном состоянии.

Заключение. Результаты исследования подтверждают эффективность разработанной программы комплексного лечения у 83 ($97,65 \pm 1,64$ %) больных с мезиальной окклюзией зубных рядов. Подтверждением успешного исхода лечебных мероприятий являлось формирование у пациентов нейтрального соотношения первых моляров по I классу Энгля, не менее 6–8 окклюзионных фиссурно-бугорковых контактов между зубами-антогонистами, совпадение центральной линии между верхними и нижними зубами, формирование межрезцового угла в пределах 130° и перекрытие верхними резцами не более $1/3$ высоты нижних резцов. Восстановление размера и формы челюстных костей в ходе реконструктивной операции способствовало устранению типичных косметических нарушений, составляющих до начала лечения предмет жалоб у основной части пациентов. Разработанная программа комплексного лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов, включающая до- и послеоперационную ортодонтическую аппаратную коррекцию, костную пластику нижней челюсти, а также профи-

лактику кариеса зубов, предусматривает участие в ее реализации врача-ортодонта и челюстно-лицевого хирурга. Результаты лечения подтверждают эффективность разработанных программных мероприятий у $97,65 \pm 1,64$ % больных с мезиальной окклюзией зубных рядов. Завершает выполнение лечебной программы самый продолжительный по времени период ретенции достигнутого результата.

Литература

1. Анурина, О.В. Зависимость степени трудности ортодонтического лечения от выраженности морфологических и функциональных нарушений зубочелюстной системы / О.В. Анурина, Г.В. Кузнецова, И.В. Попова // Сб. матер. науч.-практ. конф. – М., 2003. – С. 368–369.
2. Бернадский, Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. – М., 1999. – 444 с.
3. Бимбас, Е.С. Результаты лечения мезиального прикуса / Е.С. Бимбас, Б.Я. Булатовская // Ортодонтия: методы профилактики, диагностики и лечения : тр. ЦНИИС. – М., 1990. – С. 85–87.
4. Водолацкий, М.П. Устранение мезиального прикуса у подростков / М.П. Водолацкий, В.М. Водолацкий, В.С. Вартанян // Достижения ортодонтии, ортопедической и общей стоматологии по специальности и ее преподаванию. – М., 2005. – С. 283–284.
5. Baccetti, T. Skeletal effects of early treatment of Class III malocclusion with maxillary expansion and face-mask therapy / T. Baccetti, J.S. McGill, L. Franchi // Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. – 1998. – Vol. 113. – P. 333–343.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ

М. П. ВОДОЛАЦКИЙ, В. М. ВОДОЛАЦКИЙ, С. М. ТУМАНЯН

Ключевые слова: нижняя макрогнатия, комплексное лечение, плоскостная остеотомия, эджуайс-техника, брекет-система

TREATMENT OF PATIENTS WITH PROTRUSIVE OCCLUSION OF DENTITIONS

VODOLATSKIY M. P., VODOLATSKIY V. M., TUMANJAN S. M.

Key words: lower makrognathia, integrated management, osteotomies, edgewise-technique, bracket-systems

© Коллектив авторов, 2012
УДК 618.3-06:616.8-009.24

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

О. В. Андросова, А. А. Дубовой, В. А. Аксененко
Ставропольская государственная медицинская академия

Андросова Ольга Валерьевна, соискатель кафедры акушерства и гинекологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89283066003; e-mail: olganay@yandex.ru

Дубовой Александр Александрович, аспирант кафедры акушерства и гинекологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89288100109; e-mail: alexanderdubovoy@gmail.com

Аксененко Виктор Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)716323

Артериальная гипертензия (АГ) при беременности по-прежнему продолжает занимать лидирующие позиции в структуре материнской смертности. В развивающихся странах на долю преэклампсии (ПЭ), гестоза приходится 16,1–25,7 % всех смертей женщин во время беременности [4]. В России ПЭ осложняет практически каждую четвертую беременность, при этом тяжелая форма развивается в каждом десятом случае [2]. При развитии эклампсии частота смертельного исхода составляет 1,8 %, и еще у 35 % женщин отмечаются серьезные

осложнения [3]. В ряде случаев представляет проблему дифференциальный диагноз между гестозом и хронической гипертензией. Наличие выраженного гипертензионного синдрома на фоне комбинированной гипотензивной терапии при отсутствии правильной диагностики часто расценивается акушером-гинекологом как неэффективность терапии гестоза, характеризую между тем одну из особенностей течения гипертензивной болезни [1].

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические особенности АГ у беременных Ставропольского края.

Материал и методы. Проводился ретроспективный анализ историй родов женщин, проходивших лечение в условиях Ставропольского краевого клинического перинатального центра с 2001 по 2011 год. Оценивались причины развития АГ, структура нозологических форм, сопровождающихся АГ, данные анамнеза, анализ особенностей течения беременности и динамика изучаемой патологии, структура осложнений беременности и послеродового периода, а также перинатальный исход анализируемой беременности.

Результаты и обсуждение. За рассматриваемый период было родоразрешено 52624 беременных, из которых АГ была выявлена у 5631, таким образом, АГ наблюдалась у 10,7 % беременных.

При анализе причин АГ установлено, что у большинства беременных повышение артериального давления (АД) обусловлено ПЭ – 69,7 %. Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) – гипертоническая болезнь (ГБ) и симптоматическая (вторичная) артериальная гипертензия – у беременных диагностирована в 30,5 %. В её структуре 68,6 % случаев приходится на ГБ и 31,4 % – на вторичную АГ.

При обследовании беременных с АГ обращает на себя внимание тот факт, что диагноз ПЭ на основании классической триады Цангенмейстера был выставлен только в 43,9 % случаев, в 50,7 % случаев АГ сочеталась с отеками или протеинурией, а в 5,3 % была единственным проявлением заболевания. На долю ПЭ среднетяжелой и тяжелой степени приходилось 36,2 % случаев.

В группе беременных с ХАГ достоверно чаще встречались женщины после 30 лет. У беременных с ХАГ чаще, чем у беременных с ПЭ, отмечалась сопутствующая соматическая (ожирение, нейроциркуляторная дистония) и гинекологическая (миома матки, бесплодие) патология.

Среди беременных с ХАГ было больше повторно беременных (64,0 и 36,0 %, соответственно), а также достоверно чаще, чем у беременных с ПЭ, при предыдущих беременностях регистрировалось повышение АД (31,1 и 12,3 %). Анализ особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у беременных с ПЭ и ХАГ показал, что у беременных

с гестозом чаще, чем у беременных с ХАГ, развивается хроническая фетоплацентарная недостаточность (30,3 и 19,1 % соответственно) и синдром задержки развития плода (18,2 и 8,4 %). Беременные с ПЭ чаще, чем беременные с ХАГ, родоразрешались досрочно (19,3 и 8,6 % соответственно) и путем операции кесарева сечения (34,0 и 27,8 %).

Роды у беременных с гестозом чаще, чем у беременных ХАГ, осложнялись преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (3,4 и 1,4 % соответственно), дискоординацией родовой деятельности (16,4 и 9,6 %), острой внутриутробной гипоксией плода (14,3 и 9,1 %), патологической кровопотерей (28,5 и 16,3 %). Течение послеродового периода у беременных с гестозом чаще, чем у беременных с ХАГ, осложнялось анемией и послеродовыми гнойно-септическими осложнениями.

В группе с гестозом нарушения гемоликовродинамики, асфиксия плода и синдром дыхательных расстройств у новорожденных встречались достоверно чаще (18,6, 26,4 и 19,3 %), чем в группе с ХАГ (6,2, 18,9 и 8,6 % соответственно).

Перинатальная смертность в группе с гестозом составила 28,7 ‰, в группе с ХАГ перинатальная смертность была достоверно ниже – 19,9 ‰. Удельный вес ПЭ в структуре материнской смертности за период с 2001 по 2010 год составил 62,5 %, опередив остальные причины в несколько раз, в то же время ХАГ в структуре причин материнской смертности за рассматриваемый период не фигурировала ни разу.

Заключение. Преэклампсия оказывает более неблагоприятное влияние на течение беременности и родов, чем ХАГ. В то же время классические критерии диагностики гестоза в условиях современного акушерства не всегда позволяют с достаточной долей достоверности отличить его от ХАГ.

Литература

1. Аксененко, В.А. Показатели центральной гемодинамики при беременности, осложненной гестозом и гипертонической болезнью, по данным тетраполярной грудной реографии / В.А. Аксененко, О.В. Андросова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2006. – № 2. – С. 35–37.
2. Кулаков, В.И. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 2 / В.И. Кулаков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 560 с.
3. Agida, E. T. Pregnancy outcome in eclampsia at the University of Abuja Teaching Hospital, Gwagwalada, Abuja: a 3 year review / E. T. Agida, B. I. Adeka, K. A. Jibril // Niger. J. Clin. Pract. – 2010. – Vol. 13, № 4. – P. 394–398.
4. Khan, K. S. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review / K. S. Khan, D. Wojdyla, L. Say [et al.] // Lancet. – 2006. – Vol. 367. – P. 1066–1074.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

О. В. АНДРОСОВА, А. А. ДУБОВОЙ, В. А. АКСЕНЕНКО

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PREGNANCY

ANDROSOVA O. V., DUBOVOY A. A., AKSENENKO V. A.

Ключевые слова: осложненная беременность, эпидемиология, артериальная гипертензия, преэклампсия

Key words: complicated pregnancy, epidemiology, arterial hypertension, preeclampsia