

Литература

1. Амирова, Н. М. Морфофункциональная характеристика клеточных и тканевых компонентов щитовидной железы при ее патологии / Н. М. Амирова, Н. В. Богомолова, С. А. Степанов [и др.] // Арх. патологии. – 2000. – № 5. – С. 24–29.
2. Гуревич, Л. Е. Иммуногистохимические исследования в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных поражений щитовидной железы / Л. Е. Гуревич, И. А. Казанцева, А. К. Федосенко // Арх. патологии. – 2001. – № 4. – С. 18–21.
3. Basolo, F. Suppression of Fas expression and down-regulation of Fas ligand in highly aggressive human thyroid carcinoma / F. Basolo [et al.] // Lab. Invest. – 2000. – Vol. 80, № 9. – P. 1413–1419.
4. Di Pasquale, M. Pathologic features of Hashimoto's associated papillary thyroid carcinomas / M. Di Pasquale, J. P. Palazzo, J. L. Rothstein // Hum. Pathol. – 2001. – Vol. 32, № 1. – P. 24–30.
5. Fehr-Merhof, A. From Hashimoto thyroiditis to B-cell lymphoma of the thyroid gland / A. Fehr-Merhof, R. Flury, S. Ruttimann // Schweiz. Med. Wschr. – 1999. – Vol. 129. – P. 883–889.

ОЦЕНКА ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ И АПОПТОЗА

ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ

В. С. БОТАШЕВА, Г. Д. ДЖИКАЕВ,
О. И. СЕВРЮКОВА

На операционном материале щитовидных желез, полученных от 78 больных с гистологически верифицированным диагнозом АИТ, проведено иммуногистохимическое исследование.

Результаты показали степень пролиферативной активности различных тканей щитовидной железы при аутоиммунном тиреоидите. Выявлена высокая пролиферативная активность лимфоидной ткани, умеренная пролиферативная активность тиреоцитов в области лимфоцитарной инфильтрации и низкая – вне её. Отмечена также интенсивная экспрессия Fas на тиреоцитах вблизи лимфоидной инфильтрации, свидетельствующая об иммунологически обусловленной гибели тиреоидного эпителия.

Ключевые слова: аутоиммунный тиреоидит, апоптоз, пролиферация, щитовидная железа

ASSESSMENT OF PROLIFERATIVE ACTIVITY AND APOPTOSIS

IN PATIENTS WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS

BOTASHEVA V. S., DZHIKAEV G. D.,
SEVRYUKOVA O. I.

The proliferative activity of various tissues of the thyroid gland in autoimmune thyroiditis was assessed by means of immunohistochemical method. The high proliferative activity of lymphoid tissue, a moderate proliferative activity of thyrocytes in lymphocyte infiltration and low outside were detected. Also noted the intense expression of Fas on thyrocytes close to lymphoid infiltration that is an evidence of immunologically caused death of the thyroid epithelium.

Key words: autoimmune thyroiditis, apoptosis, proliferation, thyroid gland

© В. М. Водолацкий, Р. С. Макатов, 2013
УДК 616.314-007:616-053.3/4

ОСОБЕННОСТЬ РЕТЕНЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

В. М. Водолацкий, Р. С. Макатов

Ставропольский государственный медицинский университет

Число детей и подростков, имеющих зубочелюстные аномалии и деформации и нуждающихся в ортодонтическом лечении, достигает 70–75 %. В связи с этим актуальным остается вопрос о реабилитации этих больных. В настоящее время при лечении зубочелюстных аномалий и деформаций используется множество современных ортодонтических аппаратов съёмной и несъёмной конструкции. Средний срок ортодонтического лечения у детей колеблется от 1 года до 2–2,5 лет [1,

3, 4, 6]. По литературным данным, 20–25 % детей, своевременно получивших качественную ортодонтическую помощь, прекращают использование фиксирующих аппаратов, тем самым провоцируя рецидив зубочелюстной патологии [2, 5, 7].

Целью исследования явилось изучение особенностей ретенционного периода в зависимости от тяжести патологии, возраста пациента и конструкций ортодонтических аппаратов.

Материал и методы. На ортодонтическое лечение взято 25 пациентов в возрасте от 5 до 15 лет с различными формами зубочелюстных аномалий и деформаций. Из них: с аномалией положения отдельных зубов – 7 детей, с дистальным и мезиальным прикусом – 18 детей.

Пациенты с аномалией положения отдельных зубов (7 детей в возрасте от 11 до 14 лет) использовали во время ортодонтического лечения съёмные пластинки механического действия (4 ребенка) и несъёмную эджуайс-технику (3 ребенка). Средний срок лечения

Водолацкий Виктор Михайлович,
доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии детского возраста
Ставропольского государственного медицинского университета,
врач высшей категории;
тел.: 88652265276; e-mail: mpv.st@yandex.ru

Макатов Руслан Сейфединович,
ассистент кафедры стоматологии детского возраста
Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: 89624414122; e-mail: makatov2008@yandex.ru

пациентов с аномалией положения отдельных зубов составил: 9 месяцев (съёмные пластиночные аппараты) и 12 месяцев (эджайс-техника).

У детей с мезиальным прикусом (2 ребенка в возрасте от 5 до 7 лет) использовали во время ортодонтического лечения съёмный пластиночный аппарат функционального действия (аппарат Брюкля) и подбородочную прачу. Срок лечения составил 2,5–3 месяца. У 3 пациентов с мезиальным прикусом в возрасте от 13 до 15 лет для устранения ортодонтической патологии применялась несъёмная эджайс-техника (система Рота с техникой прямой дуги). Срок лечения составил 20 месяцев.

Пациенты с дистальным прикусом (8 детей в возрасте от 5 до 8 лет) использовали для устранения ортодонтической патологии съёмные пластиночные аппараты комбинированного действия. Срок лечения данных пациентов составил 3–5 месяцев. У 5 детей с дистальным прикусом в возрасте от 13 до 15 лет использовалась эджайс-техника. Срок лечения составил 15–18 месяцев.

Удержание достигнутого результата после устранения зубочелюстной патологии являлось завершающим и самым длительным этапом лечебного процесса. Продолжительность ретенционного периода после устранения деформации челюстных костей увеличивалась до 18–24 месяцев в связи с необходимостью адаптации костной структуры черепа в ответ на коррекцию окклюзионных взаимоотношений зубных рядов.

Во время ретенционного периода применялись специально изготовленные для этой цели съёмные и несъёмные аппараты, лишённые активного воздействия на ткани пародонта. Удобным для стабилизации нового положения зубоальвеолярного комплекса у детей и подростков являлся ретейнер Hawley, представляющий съёмный пластиночный аппарат с кламмерами Адамса на моляры и вестибулярной дугой с регулируемыми петлями (рис. 1).

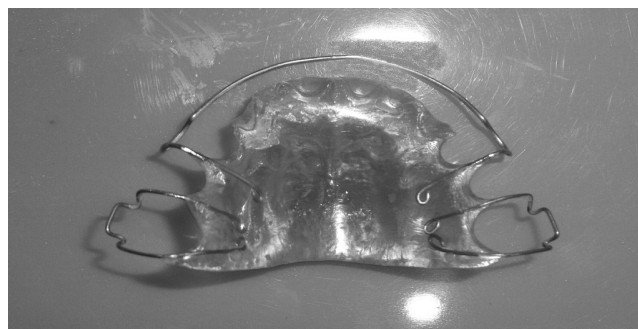


Рис. 1. Съёмный верхнечелюстной ретейнер Hawley с вестибулярной проволочной дугой

Функцию ретенционного аппарата выполняли также лечебные аппараты в инактивированном состоянии

после достижения с их помощью необходимого результата на этапе ортодонтической коррекции (рис. 2).

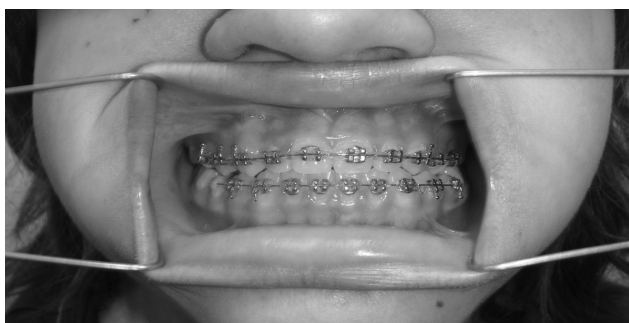


Рис. 2. Эджайс-техника системы Рота с техникой прямой дуги, используемая после завершения лечения в ретенционном периоде

Перед тем как удалить из полости рта брекет-систему, всем пациентам были зафиксированы несъёмные проволочные ретейнеры на внутреннюю поверхность фронтальных зубов, тем самым исключая развитие повторной деформации верхней и нижней челюсти (рис. 3).



Рис. 3. Несъёмный проволочный ретейнер, предотвращающий появление повторной деформации зубов верхней и нижней челюстей

Несъёмные ретенционные аппараты, препятствующие физиологической подвижности зубов, заменялись через 3–4 месяца на съёмный ретенционный аппарат.

Необходимость выбора индивидуальной конструкции ретенционного аппарата определялась у пациентов для определенного варианта патологии зубных рядов. Для удержания достигнутого лечебного результата после устранения аномалии окклюзии зубных рядов, обусловленной верхней ретрогнатией, на этапе

ретенции применялся позиционер – верхнечелюстной капповый аппарат двучелюстного действия, сконструированный по принципу боксерской шины.

Наличие мезиальной окклюзии определяло целесообразность использования в ретенционном периоде головной шапочки и подбородочной пращи с резиновой тягой (рис. 4).



Рис. 4. Ретенция после устранения аномалии окклюзии зубных рядов с наличием в сочетанной деформации мезиоокклюзии при помощи головной шапочки и подбородочной пращи с резиновой тягой

Результаты и обсуждение. В результате анализа результатов лечения зубочелюстных аномалий и деформаций с помощью съемной и несъемной ортодонтической техники у детей в возрасте от 5 до 15 лет средний срок лечения составил: у пациентов с аномалией положения отдельных зубов (7 детей в возрасте от 11 до 14 лет) – 9 месяцев (съемные пластиночные аппараты) и 12 месяцев (эджвайс-техника). Пациенты с мезиальным прикусом (2 ребенка в возрасте от 5 до 7 лет) – 2,5–3 месяца, 3 ребенка в возрасте от 13 до

15 лет – 20 месяцев. У пациентов с дистальным прикусом в возрасте от 5 до 8 лет средний срок лечения составил 3–5 месяцев, в возрасте от 13 до 15 лет срок лечения составил 15–18 месяцев.

Заключение. В результате проведенного исследования были определены сроки ретенционного периода в зависимости от характера зубочелюстной деформации, возраста пациента и конструкций ортодонтических аппаратов. Продолжительность ретенционного периода у детей от 5 до 15 лет с аномалиями положения отдельных зубов составила 9–12 месяцев. У детей 5–7-летнего возраста с мезиальной окклюзией зубных рядов удержание достигнутого результата составило 2,5–3 месяца и 18–20 месяцев – у детей 13–15 лет, с дистальной окклюзией зубных рядов – от 3 до 5 месяцев (дети в возрасте от 5 до 8 лет) и 15–18 месяцев (в возрасте от 13 до 15 лет).

Литература

1. Алимova, М. Я. Современные технологии в ортодонтии / М. Я. Алимova // Ортодонтия. – 2005. – № 3(31). – С. 8–12.
2. Водолацкий, М. П. Ортодонтия: учебное пособие / М. П. Водолацкий. – Ставрополь, 2005. – 200 с.
3. Герда, В. Р. Осложнения при лечении мезиальной окклюзии внутриротовыми ортодонтическими аппаратами / В. Р. Герда // Тез. докл. III Общероссийской научно-практической конференции детских стоматологов. – М., 2000. – С. 127–127.
4. Малыгин, Ю. М. Симптоматическая диагностика аномалий прикуса / Ю. М. Малыгин // Сб. материалов науч.-практ. конф. – М., 2003. – С. 344–346.
5. Персин, Л. С. Ортодонтия / Л. С. Персин. – М., 2005. – 299 с.
6. Хорошилкина, Ф. Я. Ортодонтия: практическое руководство / Ф. Я. Хорошилкина. – М., 2006. – 544 с.
7. Littlewood, S. J. Retention procedures for stabilising tooth position after treatment with orthodontic braces / S. J. Littlewood, D. T. Millett, B. Doubleday et al. // Worthington Australian Dental Journal. – 2006. – P. 94–95.

ОСОБЕННОСТЬ РЕТЕНЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

В. М. ВОДОЛАЦКИЙ, Р. С. МАКАТОВ

Целью исследования явилось изучение особенностей ретенционного периода в зависимости от тяжести патологии, возраста пациента и конструкций ортодонтических аппаратов.

На ортодонтическое лечение взято 25 пациентов в возрасте от 5 до 15 лет с различными формами зубочелюстных аномалий и деформаций. Из них: с аномалией положения отдельных зубов – 7 детей, с дистальным и мезиальным прикусом – 18 детей.

В результате проведенного исследования определены сроки ретенционного периода в зависимости от характера зубочелюстной деформации, возраста пациента и конструкций ортодонтических аппаратов. Продолжительность ретенционного периода у детей от 5 до 15 лет с аномалиями положения отдельных зубов составила 9–12 месяцев. У детей 5–7-летнего возраста с мезиальной окклюзией зубных рядов удержание достигнутого результата составило 2,5–3 месяца и 18–20 месяцев – у детей 13–15 лет, с дистальной окклюзией зубных рядов – от 3 до 5 месяцев (дети в возрасте от 5 до 8 лет) и 15–18 месяцев (в возрасте от 13 до 15 лет).

Ключевые слова: ретенционный период, ортодонтические больные детского возраста, съемные и несъемные аппараты, мезиальная и дистальная окклюзия

RETENTION PERIOD CHARACTERISTICS IN INFANT PATIENTS AFTER ORTHODONTIC TREATMENT

VODOLATSKIY V. M., MAKATOV R. S.

The aim was to study the features of the retention period depending on the severity of the disease, patient's age and design of orthodontic appliances.

25 patients aged from 5 to 15 years with various forms of dento-maxillary anomalies and deformities were treated. Among them: the anomaly of the individual teeth was identified in 7 children, mezial and distal occlusion – in 18 children. The study defined period of retention depending on the nature of dental strain, patient's age and design of the orthodontic appliance. The duration of the retention period in children from 5 to 15 years of age with anomalies of individual teeth was 9–12 months. Retention period in children aged from 5 to 7 years with mezial occlusion was 2,5–3 months, in patients aged from 13 to 15 years – 18–20 months, with distal occlusion – 3–5 months (children at the age of 5–8 years) and 15–18 months (children at the age of 13–15 years).

Key words: retention period, orthodontic infant patients, removable and non-removable orthodontic appliances, mezial occlusion, distal occlusion