

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

© ГЕВОРКЯН А.А., КАЗАЗЯН В.В., ТЕРЕНТЬЕВ А.В. — 2007

ПРОБЛЕМЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗУБО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ

А.А. Геворкян, В.В. Казазян, А.В. Терентьев

(Московский медико-стоматологический университет, ректор — д.м.н., проф. Н.Д. Юшук)

Резюме. В статье представлены научные сведения о существующих подходах к лечению и клинической реабилитации больных с челюстно-лицевыми дефектами. Показаны разнообразие подходов к лечению и проблемам выбора технологий ортопедического стоматологического лечения больных с данной патологией.

Ключевые слова: зубо-челюстно-лицевые дефекты, технологии, ортопедическое стоматологическое лечение.

Лечение больных с зубо-челюстно-лицевыми дефектами и деформациями является сложной и актуальной проблемой челюстно-лицевой хирургии и ортопедической стоматологии в современных условиях. Этим вопросам посвящено большое количество отечественной и зарубежной литературы. Данные научных исследований, проводимых в последние десятилетия, показывают, что ведется активный поиск методов и технологий изготовления ортопедических конструкций для лечения больных с данной патологией. Челюстно-лицевые дефекты принципиально делятся на две группы: врожденные и приобретенные. Последние в настоящее время принимают особую актуальность ввиду повышения частоты их встречаемости. К ним относятся дефекты, возникающие в результате травм, ранений, переломов костей лицевого скелета и новообразований.

В последние годы наблюдается увеличение числа лиц, пострадавших от травм. Отмечается утяжеление повреждений и увеличение числа сочетанных травм, основные причины которых в 43,9% дорожно-транспортные происшествия, в 23,5% — падение с высоты. При этом среди пострадавших преобладают мужчины (72,3%) в наиболее трудоспособном возрасте от 20 до 50 лет (73,9%), что подчёркивает социально-экономическую значимость проблемы [25].

Частота огнестрельных ранений лица в военное время составляет 5,19–10,7%, из них на долю пулевых приходится 25%. В 68,3% случаев они сопровождаются многооскольчатыми переломами, у 25,6% пострадавших остаются изъяны костных структур и мягких тканей [28,37].

Актуальность проблемы ортопедического лечения посттравматических дефектов и деформаций челюстно-лицевой области обусловлена тем, что в нашей стране практически отсутствует отлаженная система лечебно-профилактической помощи больным с травмами головы. Из нейрохирургического стационара, куда эти больные попадают из-за доминирующей по тяжести патологии они нередко выходят с тяжелыми функциональными, эстетическими нарушениями и по прошествии еще некоторого времени, как правило, обращаются в клинику челюстно-лицевой хирургии, когда репонировать костные фрагменты чрезвычайно трудно из-за омолозлости поверхностей излома, потери части костной ткани в результате воспалительного процесса или не-

адекватной первичной хирургической обработки [5,6].

Особо актуальной проблемой в настоящее время является повышение онкологической заболеваемости, в том числе и в области головы и шеи. Злокачественные опухоли верхней челюсти встречаются в три раза чаще, чем нижней [21,32,39].

Специализированное лечение 60–70% больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области начинают уже в III–IV стадии заболевания. Таким больным выполняются комбинированные расширенные операции, включающие резекцию тканей в пределах не менее трех анатомических областей в сочетании с радикальной операцией на регионарных лимфатических узлах шеи [3,15].

При новообразованиях языка и дна полости рта, соответственно в 13% и 38% случаев, во время операции необходимо выполнение резекции нижней челюсти [29,48,52]. При оперативном лечении распространенного рака верхней челюсти образуется обширный дефект твердого и мягкого неба, альвеолярного отростка и тела челюстных костей, мягких тканей, сопровождающийся тяжёлыми функциональными нарушениями [26].

Отдельную группу составляют больные с дефектами неба, которые могут быть как врожденного, так и приобретенного генеза. Первые являются следствием несращения его тканей в процессе эмбриогенеза, вторые возникают в результате ранее проведенных оперативных вмешательств по поводу врождённых расщелин, опухолевых состояний, травматических повреждений огнестрельного и неогнестрельного происхождения, исходом остеомиелита нёбных отростков верхних челюстей и/или горизонтальных пластинок нёбных костей, специфических заболеваний.

Согласно данным литературы, частота случаев рождения детей с врожденными расщелинами неба варьируется от 1 на 300 до 1 на 2000 новорождённых [7,8,18]. По данным исследований С.В. Беляковой с соавт. (1996), среди всех врождённых пороков развития расщелина верхней губы и неба составляет 1,6–3,6%. Однако некоторые исследователи говорят о более высоком (до 26%) удельном весе данной патологии среди аномалий новорождённых [11]. Статистические исследования, проведенные в течение последних лет, свидетельствуют о тенденции стабильного роста их числа [9,45].

В реабилитации указанной категории больных одним из ключевых моментов, непосредственно влияющих на её результат, является хирургический метод лечения (уранопластика), задача которого состоит в восстановлении анатомических особенностей всех отделов нёба и создании предпосылок для достижения адекватной замыкательной функции нёбно-глоточного кольца. После проведения различного рода данных вмешательств часто возникают послеоперационные дефекты в области переднего, среднего и других отделов твёрдого нёба или на границе твёрдого и мягкого нёба. Их число достигает 75% и более [2,8,38]. Основными причинами таких осложнений являются некроз слизистонадкостничных лоскутов вследствие нарушения их питания; несостоятельность швов ввиду последующего уменьшения размеров лоскутов, нарушений репаративной регенерации, обусловленной наличием сопутствующей патологии внутренних органов либо иммунологических нарушений организма, воспалительных инфильтратов или нагноения ран, связанных с гематомами, или возникновением острых инфекционных заболеваний в ближайшем послеоперационном периоде.

В последние десятилетия отмечаются значительные успехи реконструктивной и восстановительной хирургии по устранению дефектов и деформаций челюстно-лицевой области. Имеются данные о возможности успешного использования для реконструкции лицевого черепа в качестве реплантата резецированного сегмента кости, после его высокотемпературной обработки кипячением [16,22] или подвергнутого экстракорпоральному замораживанию конфликтом [41], при доброкачественных опухолях и диспластических процессах. Однако термическая обработка приводит к гибели опухолевых клеток в реплантате, одновременно значительно снижает его биопластические свойства, следствием чего является медленная, нередко неполноценная его перестройка и рецидив дефекта.

Наряду с костными ауто- и аллотрансплантатами для восстановления костей лицевого черепа все более широкое применение находят имплантаты из нержавеющей стали, титана и его сплавов, полимеров, керамики и других материалов [4,10,24,35,49,51,53].

Вместе с тем хорошо известны недостатки трансплантации ауто- и аллокости, а также имплантатов, изготовленных из различных искусственных материалов. Использование аутогенной кости связано с дополнительной травмой для больного, сложностью подбора необходимого по форме и размерам трансплантата, особенно при устранении дефектов больших размеров и сложной стереометрической топографии. Сведения о частоте неудач костной пластики весьма разноречивы, но наличие их неоспоримо. Как правило, они отражают данные по использованию отдельных видов трансплантатов и имплантатов. По К. Kudo с соавт. (1978) она составляет 40%, по Н.А. Плотникову (1979) — 13%, по П.Г. Сысолятину (1984) — 46,6%, по И.В. Польшину (1990) — 49%, по Е.В. Вербо (1998) — до 65%.

При новообразованиях языка и дна полости рта, соответственно в 13% и 38% случаев, во время операции необходимо выполнение резекции нижней челюсти [48,52]. При оперативном лечении распространенного рака верхней челюсти образуется обширный дефект твердого и мягкого неба, альвеолярного отростка

и тела челюстных костей, мягких тканей. Устранить данные дефекты пластическим путем удастся далеко не всегда, тем более что до операции проводится лучевое лечение и условия для заживления операционных ран крайне неблагоприятны. По данным Е.Г. Матякина с соавт. (1996), при выполнении комбинированной пластики кожно-мышечными и кожно-жировыми лоскутами у 33% оперированных онкологических больных возникали различные осложнения вплоть до тотального некроза. Исследования С.П. Федотенко с соавт. (1998) при проведении дистанционной гамма-терапии так же показали высокий процент местных послеоперационных осложнений (44-73,9%), частота и тяжесть которых в первую очередь зависит от дозы облучения. Опыт одномоментной пластики нижней челюсти после её резекции по поводу злокачественных опухолей показал в 42% случаев наличие осложнений в виде отторжения реконструктивных титановых пластин, приводящих к необходимости их удаления через 3-4 месяца. Связано это с наличием сосудистых и трофических нарушений в облучённых и перемещаемых тканях, а также сопутствующей патологией и возрастом больных.

Накопленный опыт по остеопластике, свидетельствует о целесообразности восстановления непрерывности нижней челюсти при ее дефектах хирургическим путем [31]. В имеющихся немногочисленных публикациях по восстановлению дефектов верхней челюсти в основном рассматриваются вопросы хирургического устранения небольших дефектов стенок верхнечелюстной пазухи травматической и послеоперационной этиологии [20,43,46]. В последние годы появились сообщения о возможности проведения восстановительных операций после гемимаксилэктомии с использованием пористого эндопротеза из никелида титана, с незначительными (18%) показателями осложнений в виде отторжения имплантата [30]. Вместе с тем, своеобразие анатомического строения, сложность конфигурации и топографо-анатомических взаимоотношений челюстно-лицевой области нередко затрудняют планирование и выполнение восстановительных операций, большинство из которых (первичная и вторичная пластика) относятся к сложным, продолжительным и довольно травматичным. Кроме того, такое хирургическое лечение под силу очень небольшому числу высокоспециализированных клиник, то есть возможности не соответствуют потребности в пластических операциях.

В настоящее время для хирургического устранения нёбных дефектов используют местные ткани, их комбинации со свободной пересадкой кожи или слизистой оболочки, трансплантацией костной ткани; слизисто-мышечные лоскуты, образованные из языка, щёчных областей, носогубных складок; ткани стебельчатого лоскута Филатова [23,33]. Однако, несмотря на проводимые мероприятия, результаты этих операций не всегда удовлетворяют больных и врачей ввиду повторного возникновения изъянов из-за возможных выраженных рубцовых изменений в околодефектных тканях, нарушений микроциркуляции крови в тканях стебельчатого или перемещаемых слизисто-надкостничных лоскутах, уменьшения размеров («сморщивание») лоскутов в послеоперационном периоде, резорбции или отторжения трансплантационного или имплантационного материала.

Проблема хирургического лечения больных, требующих реконструктивно-восстановительных операций в настоящее время успешно решается. Однако, вопросы последующей ортопедической реабилитации таких больных остаются достаточно сложными, а ответы на них противоречивыми. После оперативных вмешательств в полости рта возникают сложные клинические ситуации, требующие после себя замещения имеющихся или образовавшихся дефектов зубных рядов, а в ряде случаев челюстных костей. Обширная площадь дефекта с уменьшением костного протезного ложа и дефицитом слизистой оболочки, наличие в области регенерата толстого слоя рубцово-изменённых тканей являются сложной проблемой для последующего ортопедического лечения [40,42]. При хирургическом устранении дефектов блоками тканей из других областей, местными тканями и/или имплантатами возмещается только анатомический изъян челюстных костей, функциональная и косметическая стороны проблемы остаются не решёнными, а в ряде случаев случаев, особенно при возникновении многочисленных осложнений, создаются ещё более сложные условия для функционально и эстетически полноценного зубного протезирования [1].

Многоэтапность, сложность и низкая эффективность восстановительной хирургии дефектов и деформаций челюстно-лицевой области, особенно средне-фасциальной зоны и их размеры, частое возникновение послеоперационных изъянов после уранопластик, плохие условия для заживления операционных ран после лучевой терапии злокачественных новообразований, сопутствующие заболевания внутренних органов, отказ больных от продолжительного хирургического лечения нередко диктуют необходимость применения основными и завершающими ортопедические мероприятия, позволяющие в значительной степени устранить эстетические и функциональные нарушения [27].

Актуальным представляется решение проблемы фиксации протезов у данной категории больных. Сложная пространственная архитектура изъянов, необходимость замещения ортопедической конструкцией различных тканей, наличие в области протезного ложа толстого слоя рубцово-изменённой слизистой оболочки обуславливают неудовлетворительную фиксацию зубных протезов, низкие функциональные и эстетические результаты протезирования. Наиболее перспективным направлением в решении данной проблемы является дентальная имплантация. Есть отдельные сообщения о положительном опыте применения указанной технологии у больных с врождёнными пороками развития костей лицевого скелета [13,14], дефектами челюстно-лицевой области после травм и онкологических операций. Значительный интерес представляют работы, посвящённые изучению возможности реконструкции лицевого черепа свободными костными аутоотрансплантатами и блоками аутоостеогенной ткани с предварительно интегрированными в них дентальными имплантатами [19]. Вместе с тем, исследования российских учёных данного направления в основном посвящены хирургическому аспекту проблемы, и совершенно неизученным оказался круг вопросов последующего ортопедическо-

го лечения, традиционные подходы в котором весьма проблематичны.

Ортопедическое лечение больных с обширными дефектами верхних и нижней челюсти представляет собой трудную задачу. В настоящее время используются зубочелюстные протезы и протезы-обтураторы различных видов, замещающие дефекты зубных рядов, отсутствующие костные структуры и разобщающие полость рта с верхнечелюстной пазухой или полостью носа [47]. Вместе с тем, следует отметить, что в литературе недостаточно освещены особенности ортопедического лечения больных с врождёнными расщелинами губы и нёба, дефектами и деформациями зубных рядов, а описанные технологии не отвечают современным требованиям [17]. Основными недостатками следует считать: значительную массу при монолитном изготовлении обтуратора; шовное соединение обтуратора с базисом протеза, ведущее к снижению прочностных свойств, неточному соответствию протеза протезному ложу, отсутствию герметичности разобщения носовой и ротовой полостей, что нарушает фонацию, сохраняя открытую гнусавость, способствует возникновению возвратно-поступательных движений конструкции при жевательных движениях, является причиной травматического напряжения в периодонте опорных зубов, их перегрузки и последующей патологической подвижности; изготовление базиса протеза и обтуратора из акриловых пластмасс толщиной 2,5 мм и более, что из-за значительного веса конструкции причиняет неудобства больному и увеличивает срок адаптации; применение самотвердеющей пластмассы, обладающей значительной пористостью, способствующей накоплению на её поверхности остатков пищи, микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности, изменяющих биохимический и микроэлементный состав слюны, нарушающих клеточные обменные процессы, что значительно снижает гигиенические характеристики протеза; изготовление базиса и обтуратора из материала, обладающего низкой теплопроводностью и недостаточной прочностью в виду хрупкости, что нарушает восприятие температурных раздражителей и уменьшает срок эксплуатации протеза, а отсутствие биохимической и биомеханической совместимости с тканями организма у базисных пластмасс способствует неравномерному распределению жевательного давления на протезное ложе и вызывает его атрофию.

Не менее актуальным представляется решение проблемы совершенствования ортопедических конструкций для послеоперационного ведения больных, нуждающихся реконструктивно-восстановительных операциях на челюстях. Общеизвестно, что репаративные процессы после хирургических операций в ротовой полости наиболее оптимально протекают с применением различных видов защитных пластинок и резекционных протезов. Вместе с тем, расширение возможностей хирургии данного направления в последние годы, особенно с применением различных имплантатов, ставит новые задачи в ортопедическом пособии оперированных больных, требующие своего решения.

TO THE PROBLEM OF COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH MAXILLOFACIAL DEFECTS

A.A. Gevorkjan, V.V. Kazazjan, A.V. Terentjev
(Moscow Medical-Stomatological University)

The scientific basis for complex approach to rehabilitation of the patients with maxillofacial defects is presented. A role and place of stomatologist in present system are shown.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапов В.С., Дробышев А.Ю. Опыт применения имплантатов из титана у больных с дефектами челюстно-лицевой области после травм и онкологических операций // I Всеросс. конгресс «Дентальная имплантация», Всеросс. конф. «Сверхэластичные сплавы с памятью формы в стоматологии». — М., 2001. — С.9-11.
2. Агроскина А.П., Низова Р.Ф. Возможности предупреждения вторичных деформаций нёба после радикальной уранопластики // Современные принципы восстановительной хирургии лица и шеи в реабилитации больных // Тр. ЦНИИС. — М., 1984. — С.150-152.
3. Аксель Е.М., Двойрин В.В., Трапезников Н.Н. Статистика злокачественных новообразований в России и некоторых других странах СНГ 1980-1991 гг. — М., 1993. — 299 с.
4. Анисимова С.В. Обоснование выбора биоситалла в качестве остеопластического материала // Акт. научные и практические проблемы стоматологии: Материалы первой научной сессии. — М., 1996. — С.88-93.
5. Бажанов Н.Н., Тер-Асатуров Г.П., Шалумов А.-С.З. Использование компьютерных технологий в восстановительной и реконструктивной хирургии опорных тканей лица // Стоматология. — 2000. — № 1. — С.39-41.
6. Безруков В.М., Брусов А.Б., Чучков В.М. Эктопротезы средней зоны лица: основные методы и клинические аспекты их применения в практике челюстно-лицевого протезирования (обзор литературы) // Стоматология. — 1999. — № 1. — С.47-49.
7. Белякова С.В., Фролова Л.Е. Врожденные пороки развития лица и челюстей: заболеваемость, смертность, факторы риска // Стоматология. — 1995. — № 5. — С.72-75.
8. Бернадский Ю.И. Врожденные несращения губы и нёба // Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. — М.: Медицинская литература, 1999. — С.149-209.
9. Блохина С.И., Козлова В.П. Детские реабилитационные центры нового типа в России сегодня и завтра // Очерки медико-социальной реабилитации семей, имеющих детей с проблемами здоровья. — Екатеринбург, 1995. — Ч. III. — С.3-9.
10. Брусова Л.А. Восстановительные операции на лице с применением силиконовых композиций (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дисс. ...д-ра. мед. наук. — М., 1996. — 58 с.
11. Булахова С.А. Регистр и факторы риска для диагностики и прогнозирования ВПР у новорожденных: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — Иваново, 1985. — 22 с.
12. Вербо Е.В. Пластическое устранение комбинированных дефектов нижней зоны лица реваскуляризованными аутоотрансплантатами: Дисс. ...канд. мед. наук. — М., 1998. — 219 с.
13. Гаджикулиев А.А., Гиллер Л.И., Агапов В.С. Использование имплантатов для изготовления функциональных и нефункциональных протезов у больных с дефектами твёрдого нёба // Сб. научных трудов «Современные проблемы стоматологии». — М., 1999. — С.72-73.
14. Гветадзе Р.Ш., Ан А.В. Ортопедическая реабилитация пациентов с врожденными дефектами верхней челюсти с использованием метода дентальной имплантации // Сб. научных трудов «Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций и труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России». — М., 2004. — С.432.
15. Двойрин В.В., Аксель Е.М., Дурнов Л.А. Статистика злокачественных новообразований детей в России // Вопросы онкологии. — 1997. — Т. 43, № 4. — С.371-384.
16. Дробышев А.Ю. Замещение дефектов нижней челюсти прокипячённым реплатом при лечении адантингом и некоторых других доброкачественных опухолей: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — Киев, 1975. — 18 с.
17. Дубовик С.А., Абдуллина Э.В. Реабилитация больных с врожденными расщелинами губы и нёба у врачей-ортопедов // Сб. трудов ЦНИИС Том 16, «Актуальные вопросы реабилитации в стоматологии». — М., 1986. — С.162-164.
18. Дубов М.Д. Врожденные расщелины нёба. — Л.: Медгиз, 1960. — 145 с.
19. Железный С.П. Использование эндооссальных дентальных имплантатов в реконструкции лицевого черепа // Shape Memory Biomaterials and Implants. Proceedings of international conference, June 28 — 30. — Tomsk, Russia. — Northampton, MA: STT, 2001. — P.327-328.
20. Использование пористых проникаемых имплантатов из никелида титана при оперативном вмешательстве на лобной и верхнечелюстной пазухах (Клинико-экспериментальное исследование) / А.В. Староха, В.И. Итин, В.В. Коврижных и др. // Вестник оториноларингологии. — 1990. — № 5. — С.64-68.
21. Кабаков Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей. — М.: Медицина, 1981. — 176 с.
22. Кириянова М.Г. Первичное замещение дефектов нижней челюсти вываренным ауторефрантатом при лечении доброкачественных опухолей: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — М., 1975. — 22 с.
23. Козлов В.А., Ярчук Н.И. Оперативное замещение изъянов нёба // Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. — М., 1995. — С.70-72.
24. Круть С.М. Остеопластические операции на верхнечелюстных пазухах с использованием костных аллотрансплантатов: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — Киев, 1982. — 27 с.
25. Мадай Д.Ю. Современное состояние проблемы сочетанной травмы челюстно-лицевой области // Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Сб. научн. трудов всероссийской научно-практ. конф. стоматологов, посвящённой 75-летию основания кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ВМедА им. С.М. Кирова. — СПб., 2004. — С.112-117.
26. Матякин Е.Г., Неробеев А.И., Азизян Р.И. Комбинированная пластика при опухолях головы и шеи // Стоматология. — 1996. — № 1. — С.45-48.
27. Митрошенков П.Н., Кантемиров О.И. Пластика дефектов лицевого скелета индивидуальными литыми имплантатами из титана // Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Сб. научн. трудов всероссийской научно-практ. конф. стоматологов, посвящённой 75-летию основания кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ВМедА им. С.М. Кирова. — СПб., 2004. — С.125-126.
28. Могильницкий Г.Л., Иващенко Н.И. Оказание медицинской помощи раненым с огнестрельными переломами нижней челюсти // Сб. Травмы челюстно-лицевой области. — М., 2001. — С.113-117.
29. Неробеев А.И. Восстановление мягких тканей головы и шеи артериализированными кожными лоскутами. — М.: Медицина, 1988. — 272 с.
30. Новиков В.А. Использование аутоостеогенной ткани для получения хрящевой и костной ткани в порах эндопротезов из никелида титана черепа // Shape Memory Biomaterials and Implants. Proceedings of international conference, June 28 — 30. — Tomsk, Russia. — Northampton, MA: STT, 2001. — P.415-416.
31. Павлов Б.Л. Результаты костной пластики нижней челюсти // Современные принципы восстановительной хирургии лица и шеи в реабилитации больных с врожденной и приобретенной патологией. — М., 1984. — Т. 13. — С.31-34.
32. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. — М.: Медицина, 1983. — 415 с.
33. Пластические операции у больных с посттравматическими и послеоперационными дефектами нёба / П.З. Аржанцев, А.А. Никитин, В.Б. Горбуленко и др. // Челюстно-лицевая хирургия. — 1994. — № 2. — С.18-23.
34. Плотноков Н.А. Костная пластика нижней челюсти. — М.: Медицина, 1979. — 270 с.
35. Поленичкин В.К. Обоснование к устранению дефектов и деформаций костей лицевого скелета литыми и пористыми материалами на основе никелида титана // Труды конференции хирургов-стоматологов ВУЗ Грузии. — Тбилиси, 1990. — С.201-207.
36. Польшин И.В. Замещение дефектов нижней зоны лица артериализированными лоскутами: Дисс. ...канд. мед. наук. — М., 1990. — 207 с.
37. Прохвятилов Г.И., Асфендиаров Д.Д. Особенности огнестрельных ран челюстно-лицевой области, нанесённых из современного стрелкового оружия // Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Сб. научн. трудов всероссийской научно-практ. конф. стоматологов, посвящённой 75-летию основания кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ВМедА им. С.М. Кирова. — СПб., 2004. — С.141-142.

38. Самар Э.Н. Особенности хирургического лечения больных с врожденными расщелинами неба в различном возрасте: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — М., 1987. — 45 с.
39. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. — М. Медицина, 1983. — 160 с.
40. Сплавы титана в челюстно-лицевой ортопедии // Г.И. Рогожников, В.П. Кошкин, Н.Б. Асташина, С.В. Казаков // Материалы VI Российского научного форума «Стоматология 2004». — М., 2004. — С.119-120.
41. Сысолятин П.Г. Пластика при постостеомиелитическом дефекте нижней челюсти // Вестник хирургии. — 1997. — Т. 141, № 9. — С.92-94.
42. Трезубов В.Н. Протезирование после операций на челюстях // Сб. научных трудов «Современные проблемы стоматологии». — М., 1999. — С.235-236.
43. Трошкова Г.Б., Колуканов И.Е. Восстановление передней стенки верхнечелюстной пазухи аллогенным деминерализованным костным трансплантатом. // Заготовка и пересадка деминерализованной костной ткани в эксперименте и клинике. — Л., 1983. — С.76-80.
44. Федотенко С.П., Уваров А.А. Хирургическое лечение остаточного или рецидивирующего рака органов полости рта после лучевой терапии // Вопросы онкологии. — 1998. — Т. 44, № 5. — С.569-571.
45. Харьков Л.В. Хирургическое лечение врожденных неспрашений неба. — Киев: Здоров'я, 1992. — 200 с.
46. Хирургическая реабилитация больных злокачественными новообразованиями полости носа и околоносовых пазух / М.Р. Мухаммедов, В.А. Новиков, З.Д. Кицманюк и др. // Новые биосовместимые сверхэластичные материалы и новые медицинские технологии в стоматологии. — Красноярск: Сибмед, 2000. — С.50.
47. Шарова Т.В., Рогожников Г.И. Ортопедическая стоматология детского возраста. — М.: Медицина, 1991. — 288 с.
48. Brown J.S. T2 tongue reconstruction of the surgical defect // 5-th Int. Congress for Oral Cancer (Lectures). — Paris, 1993. — P.14-20.
49. Cantaloube D. et al. Utilisation de la cupule en PDS dans les fractures orbito-maxillaires // Rev. stomat. maxillofac. — 1989. — Vol. 90, № 1. — P.48-51.
50. Kudo K., Fujioka Y. Review of Bone Grafting for Reconstruction of Discontinuity Defects of mandible // J. Oral Surg. — 1978. — P.791-793.
51. Nagamine T., Yakata H., Nakajima T. Secondary reconstruction of the mandible with an aluminium oxide prosthesis // J. Oral Maxillofac. Surg. — 1987. — Vol. 45. — P.173-176.
52. Shah J.P. Surgical advances, increasing role of multidisciplinary management // Oral Diseases. — 1997. — Vol. 3. — P.9.
53. Sigdet-Pedersen S. The transmandibular implant for reconstruction following radiotherapy and hemimandibulectomy // Report of a case J. Oral Maxillofac. Surg. — 1988. — Vol. 46. — P.158-160.

© ФИЛИППОВ Е.С., ПЕРФИЛЬЕВА Н.А. — 2007

ЗАДЕРЖКА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

Е.С. Филиппов, Н.А. Перфильева

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра педиатрии
ФПК, зав. — д.м.н., проф. Е.С. Филиппов)

Резюме. Проведен анализ литературных данных за период 1998-2006 гг. по проблеме задержки внутриутробного развития плода (ЗВРП). В нашей стране с 2000 по 2006 гг. частота ЗВРП возросла в 1,5 раза с 3,5% до 5,2%. В данном обзоре освещены факторы риска ЗВРП, особенности неонатальной адаптации и катамнеза детей с ЗВРП.
Ключевые слова: гипотрофия плода, внутриутробная задержка развития плода.

Известно, что здоровье будущего ребенка зависит от многих факторов: наследственности, состояния здоровья родителей, особенностей течения беременности и родов у матери, факторов окружающей среды [33].

Одним из типичных проявлений антенатальной патологии плода является задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП), характеризующаяся изменением массо-ростовых параметров плода по сравнению с нормативными данными и представляющая собой результат сложной поликаузальной реакции плода и плаценты, возникающей при самых различных патологических состояниях материнского организма [20].

Частота ЗВРП колеблется в разных странах мира от 6,5 до 30% всех новорожденных [14,20]. При экстрагенитальной патологии матери, поздних гестозах, многоплодной беременности, длительной угрозе прерывания беременности она достигает 80-100% [50]. По данным В.Н. Серова с соавт. (1997), ЗВРП в акушерской практике в России встречается с частотой 5-17,6%; согласно М.В.Медведеву и Е.В.Юдиной (1998), частота этой патологии на протяжении последних 10 лет варьировала незначительно — в пределах 3,5-4,6% [26,29,30].

Представления различных авторов о ЗВРП неоднозначны [37,46,51]. Много противоречий вызывают вопросы терминологии. Термин «задержка внутриутробного развития» не эквивалентен термину «малый для срока гестации». В определении «задержка развития» изначально подразумевается наличие патологических условий, в которых развивается плод. Понятие «small for gestational age» отражает нормальное состояние плода,

при котором его массо-ростовые параметры формируются под влиянием непатологических факторов (конституциональных или этнических). Состояние таких детей до и после родов не внушает опасений врачам [20].

Понятие «внутриутробная задержка развития» было определено Mac Donald и D.Pritchard в 1980 году и подразумевало снижение массы тела новорожденных ниже 10-го перцентиля соответственно гестационному возрасту [24].

В качестве нормативов массы новорожденных наибольшей популярностью в нашей стране пользуются результаты, полученные Г.М. Деметьевой и Е.В. Коротковой (1981). В различных регионах одной страны процентильные кривые массы тела новорожденных могут существенно отличаться [9,14,20]. Определение клинического варианта ЗВРП проводится по основным диагностическим критериям, предложенным Г.М. Деметьевой [9]:

- снижение массы, длины тела, окружности головы на 1,5-2 и более стандартных отклонений или ниже десятого перцентиля оценочных таблиц в сравнении с должными для данного гестационного срока;
- морфологический индекс зрелости, отстающий на 2 и более недель от истинного гестационного возраста;
- массо-ростовой индекс менее 60;
- диспропорциональное (диспластическое) телосложение;
- наличие признаков гипотрофии и трофических нарушений кожи и слизистых оболочек;
- малые аномалии (дизгенетические признаки) раз-