

Литература

1. Васильев, Б. Я. Острые кишечные заболевания. Ротавирусы и ротавирусная инфекция / Б.Я.Васильев, Р.И.Васильева, Ю.В.Лобзин.– СПб., 2000.– 272 с.
2. Воротынцева, Н. В. Острые кишечные инфекции у детей / Н. В. Воротынцева, Л. Н.Мазанкова.– М.: Медицина, 2001.– 480 с.
3. Григорович, М. С. Клинико-иммунологические особенности формирования реконвалесцентного вирусоносительства при ротавирусной инфекции у детей / Г. М. С.ригорович, Г.А.Зайцева, А.Л. Бандаренко // Эпидемиологи и инфекционные болезни.– 2002.– № 6.– С. 43–46.
4. Halaihel, N. Rotavirus infection impairs intestinal brush-border membrane Na⁺-solute cotransport activities in young rabbits / N.Halaihel, V.Lievin, F.Alvarado, M.Vasseur // American journal physiology– gastrointestinal and liver physiology.– 2000.– Vol. 279.– № 3.– P. G-587-G-596.
5. NSP4 gene analysis of rotaviruses recovered from infected children with and diarrhea / C.N. Lee [et al.] // Journal of clinical microbiology.– 2000.– Vol. 38.– № 12.– P. 4471–4477.

6. Jourdan, N. Rotavirus infection reduces sucrase-isomaltase expression in human intestinal epithelial cells by perturbing protein-targeting and organization of cellular cytoskeleton / N.Jourdan, J.P.Brunet, C.Sapin et al // Journal of cytology.– 1998.– Vol. 72.– № 9.– P. 7228–7236.
7. Баранов, А.А. Проблемы детской гастроэнтерологии на современном этапе / А.А. Баранов // Российский Гастроэнтерологический журнал.– 1995.– № 1.– С. 7–11.
8. Сапожников, В. Г. Современные методы диагностики и лечения гастродуоденальной патологии у детей / В.Г. Сапожников.– Архангельск, 1997.– С. 55–76.
9. Ганган, В.В. Желудочно-кишечный тракт / В. В. Ганган, Л. В. Кедик, И. В. Дворяковский // Эхография внутренних органов у детей.– М.: Медицина, 1994.– С. 133–208.
10. Сапожников, В. Г. Эхографические критерии при ротавирусной инфекции у детей / В. Г.Сапожников, В. В.Бурмыкин.– Тула.– 2010.– 92 с.

УДК: 613.31; 519.7; 615.8

СИТУАЦИОННО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ НАСЛЕДСТВЕННО-ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

С.Н. ГОНТАРЕВ*, Ю.А. ЧЕРНЫШОВА*, И.С. ГОНТАРЕВА**

* «Детская стоматологическая поликлиника», проспект Славы, 58, г. Белгород

** Юго-Западный государственный университет, ул. 50 лет Октября, д. 94, г. Курск

Аннотация: болезни с наследственной предрасположенностью – большая нозологически разно-образная группа заболеваний, развитие которых обусловлено взаимодействием определенных наследственных факторов (мутации, сочетания генов) и факторов среды. В основе наследственной предрасположенности лежит широкий полиморфизм человеческой популяции по ферментам, структурным и транспортным белкам, антигенам, обеспечивающий генетическую уникальность каждого человека. Это генетическое разнообразие выражается не только в физических отличиях, но и в реакциях организма на патологические факторы окружающей среды. Болезни с наследственной предрасположенностью возникают у лиц с соответствующим «предрасполагающим» генотипом при провоцирующем действии факторов среды.

Ключевые слова: наследственная предрасположенность, генетические факторы, зубочелюстная система, зубочелюстные аномалии.

THE SITUATIONAL AND STATISTIC APPROACHES TO REHABILITATION AND RECOVERY TREATMENT OF HEREDITARY PATHOLOGIES IN THE ORTHODONTIA

S.N.GONTAREV*, YU.A.TCHERNOVA*, I.S. GONTAREVA**

*Belgorod State University

**Southwest State University, Kursk

Abstract: the diseases with hereditary predisposition are the big nosologic group of diseases. Their development is determined by the interaction of certain hereditary factors (mutation, a combination of genes and environmental factors. The basis of hereditary predisposition is a wide human polymorphism composed of the enzymes, the structural or transport proteins, antigens providing the genetic uniqueness of each person. This genetic diversity is expressed not only in the physical differences, but also in human reaction on the pathological environmental factors. Diseases with hereditary predisposition occur in individuals with an "predisposing" genotype in condition of the action provocation of environmental factors.

Key words: genetic predisposition, genetic factors, maxillofacial system, maxillofacial anomalies.

Прогресс в развитии медицины приводит к относительному возрастанию доли генетически обусловленной патологии. К настоящему времени описано свыше 4500 наследственных болезней. Около 5-5,5% детей рождаются с наследственной или врожденной патологией. Накопление и систематизация данных о распространенности наследственных болезней приобретают все большее значение в связи с увеличением вклада наследственной патологии в заболеваемость и смертность населения. Медико-эпидемиологические и популяционно-генетические исследования наследственных болезней получили широкое распространение во всех странах мира. Большое значение в медицине и стоматологии приобретают наследственные болезни. Это болезни, этиологическим фактором которых являются мутации. Патологическое проявление мутаций не зависит от влияния среды. Здесь действует лишь степень выраженности симптомов заболевания. Наследственные аномалии зубов могут возникать на любом этапе их развития – от начала закладки их зачатков до полного прорезывания. Стоматологи насчитывают десятки всевозможных аномалий зубов – изменения их формы, строения твердых тканей, цвета, размеров, количества зубов (наличие

сверхкомплектных зубов, полное или частичное их отсутствие), нарушения сроков прорезывания зубов (раннее прорезывание, задержка прорезывания).

На долю генетических аномалий зубочелюстной системы приходится около 25% от всех зубочелюстных аномалий. Многие пороки развития плода приводят к нарушению строения лицевого скелета. Наследственными могут быть нарушения эмали зубов, дентина, размера челюстей, их положения. Аномалии зубов и челюстей генетического характера влекут за собой нарушения смыкания зубных рядов. Следует сразу отметить, что это наименее изученный раздел в стоматологии. Литературные данные по вопросам наследственности в стоматологии не многочисленны и разноречивы, кроме того, их значительная часть была выполнена в начале прошлого века, т.е. в ту пору, когда многие методы находились в стадии становления и совершенствования. С начала XX века в русской антропологической литературе появляются работы, в которых отмечается, что расовые и племенные особенности, передающиеся из поколения в поколение, являются часто причиной развития болезней при воздействии таких внешних

факторов, которые у субъектов иной организации не вызывают никаких патологических изменений. Современная антропология начала заниматься изучением малых популяций, позволяющих анализировать механизмы исследуемых явлений. При этом особое значение имеют процессы перестройки признаков, происходящих в малых популяциях под воздействием экзо- и эндогенных факторов. Глубокий прикус считают детищем нашего времени, поскольку на ископаемых черепах эта аномалия не обнаружена. Возникновение глубокого прикуса нередко связывают с редукцией ветви нижней челюсти и повышением тонуса височной мышцы. Среди причин, вызывающих аномалию, называют наследственность, особенно в отношении блокирующего глубокого прикуса. По вопросу наследственности следует отметить, что все болезни человека так или иначе связаны с геномом. Их можно разделить на 2 группы, первая из которых объединяет наследственные болезни, обусловленные структурными нарушениями (мутацией) патологического гена, передаваемого от родителей потомству. Вторую группу (92-95%) всех болезней составляют мультифакторные, развивающиеся вследствие нарушения функциональной активности генов. Развитие организма результат совместного влияния многих факторов. Фенотип индивидуума (внешние проявления) зависит не только от генотипа, но и от факторов внешней среды, в которой развивается данный индивидуум. В течение всей жизни происходит взаимодействие этих двух групп факторов. Они, в конечном счете, и определяют биологию организма. Знание соотносительного влияния этих факторов позволит определить диапазон их реализации и установить оптимальные временные параметры и структуру лечебных и профилактических мероприятий аномалий зубочелюстной системы. Постигание распространенности зубочелюстных аномалий и их отдельных нозологических форм в различные периоды становления и образования прикуса представляет научный и утилитарный интерес. Данные таких исследований нужны для разработки организационных тезисов профилактики и лечения аномалий становления зубочелюстной системы.

Материалы и методы исследования. На основании статистического обзора данных эпидемиологических изысканий, проведенных в МАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника» за 2010-2011 г. нами определена средняя частота зубочелюстных аномалий, а также их отдельных нозологических форм и нарушений функций.

Зубочелюстные аномалии в Белгородском районе встречаются в среднем у 33,7-37 обследованных, в период временного прикуса – 24, в период сменного прикуса – 49, в период непрерывного прикуса (до 17 лет) – 35. Процент зубочелюстных аномалий гораздо нарастает у обследованных с другими стоматологическими болезнями (кариес, пародонтит, пародонтоз) до – 58,5, при наличии всеобщих заболеваний организма – возрастает до – 74,6. Частота аномалий зубов и зубных рядов – 39, прогнатический прикус – 20, прогенический прикус – 13, большой прикус – 23, открытый прикус – 19. В процессе становления и роста зубочелюстной системы и образования как временного, так и непрерывного прикуса происходят натуральные метаморфозы в расположении и взаимоотношениях отдельных зубов, групп зубов, зубных рядов и прикуса в совокупности. В итоге этого отслеживается приход аномалий в период сменного прикуса по сопоставлению с временным и уменьшение числа аномалий к периоду сформированного непрерывного прикуса.

Число аномалий зубочелюстной системы от начала образования временного прикуса до начала сменного возрастает на – 25, в период непрерывного прикуса уменьшается на – 14. Процесс самоустранения аномалий зубочелюстной системы именуется саморегуляцией. Явлениям саморегуляции, как водится, не подвергается открытый прикус, прогенический прикус, перекрестный прикус со смещением нижней челюсти. Ортодонтическая подмога детям и подросткам осуществляется по регионально – участковому тезису. Обслуживаемый район распределяется на несколько участков по числу докторов-ортодонт. К участку причисляются от 6 до 10 школ, 10-12 детских садов. Бригаду для осуществления плановой санации полости рта составляют из нескольких детских стоматологов, медицинских сестер и доктора-ортодонта.

Частота аномалий зубочелюстной системы в существенной степени зависит от своевременности и качества санации полости

рта. Следственно, ортодонтические профилактические осмотры рассматриваются как часть комплекса мероприятий по санации полости рта у детей, а также как оригинальный контроль за качеством ее проведения.

Доктор-ортодонт работает с организованными детьми участка не больше 1 раза в неделю, в связи с чем, осмотры детей с ортодонтической направленностью проводят врачи стоматологической профилактической сети. Доктор-ортодонт может применять не больше 3-4 дней в месяц на такие профилактические мероприятия как: гигиеническое воспитание детей; своевременное устранение причин, вызывающих аномалии становления зубочелюстной системы; ранее предупреждение и своевременное лечение аномалий становления зубочелюстной системы; слежение за ростом челюстных костей, сроками прорезывания как временных, так и непрерывных зубов и образования прикуса.

Детей, нуждающихся в ортодонтическом лечении, распределяют между докторами-ортодонтами, оказывающими подмогу на закрепленных участках. Система участковости позволяет понемножку уменьшить внеплановую обращаемость детей за ортодонтической подмогой и перейти к плановой помощи детского и подросткового населения до 18 лет. Контроль больных с указанием экстренности и очередности осуществляет участковый Доктор-ортодонт либо медицинская сестра. Для контроля за больным, которому участковый доктор выдал направление на прием к врачу-ортодону, уместно использовать талон-направление. Он состоит из 3 идентичных частей: первая часть остается у доктора, направившего больного к ортодону, вторая – у доктора-ортодонта, принявшего больного на лечение, третья (отрывной талон) – через заведующего отделением возвращается для контроля к врачу, направившего больного на лечение. Участковый доктор – стоматолог контролирует своевременность начала лечения. Применение такого талона – направления позволяет планировать число больных, поступающих на лечение:

- 1) от участкового доктора дошкольного либо школьного участка: а) из детского сада; б) из школы;
- 2) от участкового доктора больницы;
- 3) по обращаемости.

Проведенное нами клиникогенетическое исследование, состоящее из популяционного (3519 человек) и анализа 63 родословных, дает основание говорить не о каком-то определенном типе наследования глубокого прикуса, а о кумулятивном совместном действии генетических и средовых факторов, то есть о мультифакторной природе заболевания. Согласно последней, вертикальное взаимоотношение передних зубов в значительной степени детерминировано генетически. При достижении же определенного порогового значения в действии наследственных факторов, что клинически проявляется в виде глубокого резцового перекрытия, главную роль в развитии глубокого прикуса начинают играть средовые причины, которые могут усиливать их эффект или ослаблять. Поэтому у индивидов с определенным сочетанием наследственных особенностей глубокий прикус возникает раньше, чаще и при меньшем их воздействии.

Результаты и их обсуждение. Развитие организма результат совместного влияния многих факторов. Фенотип индивидуума (внешние проявления) зависит не только от генотипа, но и от факторов внешней среды, в которой развивается данный индивидуум. В течение всей жизни происходит взаимодействие этих двух групп факторов. Они, в конечном счете, и определяют биологию организма. Знание соотносительного влияния этих факторов позволит определить диапазон их реализации и установить оптимальные временные параметры и структуру лечебных и профилактических мероприятий аномалий. Вообще, важно вести диспансерное наблюдение: раз в полгода посещать стоматолога, ортодонта, начиная с рождения ребенка. Особенно важно делать это, если имеется отягощенная наследственность.

После того, как прикус ребенка сформировался, специалист должен оценить, правильны ли его параметры. Часто родители думают, что если перекрытие зубов (верхних и нижних) глубокое, это проблема. На самом деле, это нормальное положение зубных рядов относительно друг друга. Профилактика устраним возможные проблемы, которые без должного контроля и вмешательства могут вырасти в мучительное и дорогостоящее лечение.