

Показана отличие анамнеза больных ОВС от гражданских больных. Гражданские больные имели большую продолжительность алкогольного стажа, а также длительность запоев. Подавляющее большинство ОВС имели высшее военное образование, тогда как гражданские больные преимущественно имели среднее специальное образование. Среди ОВС преобладали больные с табакокурением, что также влияет на возникновение и течение сопутствующих заболеваний. Существенную разницу в возрасте больных, полученному образованию, особенностях течения заболевания, кратности и длительности госпитализации, сопутствующих вредных привычек получили сравнивая ОВС и гражданских больных. Полученные данные необходимо учитывать для проведения первичных профилактических мероприятий у военнослужащих.

Ключевые слова: военнослужащие запаса, зависимость от алкоголя.

The some difference in the medical history of patients FS and civilian patients. Civilian patients had longer duration of alcohol length and duration of drinking bouts. The vast majority FS had higher military education, while civilian patients mostly had secondary vocational education. Among FS patients with dominated by tobacco abuse, which also affects the occurrence and course of comorbidities. A significant difference in age of patients received education features of the disease, frequency and duration of hospitalization related addictions were compared FS and civilian patients. The obtained data may be considered for the improve primary prevention in the armed forces.

Key words: former servicemen, alcohol dependence.

Стаття надійшла 3.04.2013 р.

Рецензент Скрипніков А.М.

УДК 616.314.17- 008.1- 085: 618.3- 053.1- 071.1

О.В. Гарман, Р.С. Назрин, Е.А. Будрейко

Харьковский национальный медицинский университет, ГУ “Институт охраны здоровья детей и подростков Национальной Академии медицинских наук Украины”, г. Харьков

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ В АНАМНЕЗЕ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Целью нашего исследования было изучение особенностей состояния тканей полости рта у пациентов дошкольного возраста с различными вариантами СЗВУР в анамнезе.

Обследовано 39 детей с задержкой внутриутробного развития в анамнезе. Проведены клинические и статистические методы исследования. Проведенные исследования показали высокую распространенность заболеваний челюстно-лицевой области у детей, которые родились с задержкой внутриутробного развития. Сделан вывод о том, что наибольшие нарушения зубочелюстной системы при задержке внутриутробного развития были выявлены при симметричном варианте течения данного заболевания.

Ключевые слова: синдром задержки внутриутробного развития, ротовая полость, временный прикус.

К недостаточно изученным вопросам относится целая глава внутриутробной жизни плода - синдром задержки внутриутробного развития (СЗВУР), формирующийся при воздействии разнообразных этиологических факторов воздействующих на систему мать-плацента- плод в процессе патологически протекающей беременности [3]. Выделяют три клинических варианта СЗВУР: гипотрофический, гипопластический и диспластический. При гипотрофическом варианте развития СЗВУР масса тела новорожденного уменьшена непропорционально по отношению к росту и окружности головы. Рост и окружность головы ближе к ожидаемым перцентильям для данного гестационного возраста, чем масса тела [8]. По степени дефицита длины тела и окружности головы с учетом срока гестации определяют степень тяжести гипопластического варианта.

Степень тяжести диспластического варианта определяется не только дефицитом длины тела, но также количеством и тяжестью пороков развития, характером заболевания, приведшего к задержке внутриутробного развития (ЗВУР), состоянием центральной нервной системы [10]. В зарубежной литературе термин «гипотрофический вариант СЗВУР» соответствует понятию «асимметричная ЗВУР», а гипопластический и диспластический варианты объединены термином «симметричная ЗВУР».

ЗВУР в значительной мере повышает перинатальную заболеваемость и смертность. Важность проблемы заключается также в том, что в дальнейшем дети, рожденные с диагнозом СЗВУР, отстают в физическом и интеллектуальном развитии значительно чаще, чем доношенные дети, имеющие массу тела, нормальную для своего гестационного срока. На сегодняшний день выявлены доказательства существования отсроченного риска сосудистой патологии в детском и взрослом возрасте, ассоциированного с малой массой тела при рождении [5]. СЗВУР проявляется поражением ряда систем, в частности центральной нервной, дыхательной, сердечно сосудистой, эндокринной [6].

В последние годы появляются исследования, посвященные изучению неблагоприятного влияния осложненного течения беременности на формирование патологических процессов в зубочелюстной системе плода в его дальнейшем онтогенезе [6]. Возникновению и прогрессированию заболеваний челюстно-лицевой области способствуют факторы местного и общего характера, вызывающие патологические процессы в тканях и снижение иммунного ответа организма. Считается, что дети, перенесшие СЗВУР, чаще страдают заболеваниями ротовой полости. Следует отметить факт малочисленности исследований, посвященных изучению особенностей стоматологического статуса у пациентов, перенесших СЗВУР, а также роли малого веса по отношению к сроку гестации в развитии аномалий челюстно-лицевой области. Публикации, касающиеся влияния СЗВУР на формирование зубочелюстной системы немногочисленны и разрозненны.

Целью работы было охарактеризовать состояние тканей полости рта у пациентов дошкольного возраста с различными вариантами СЗВУР в анамнезе.

Материал и методы исследования. В ходе исследования нами, на базе отделения эндокринологии ГУ “Институт охраны здоровья детей и подростков Национальной академии медицинских наук Украины” и кафедры стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой хирургии и имплантологии Харьковского

национального медицинского университета была изучена медицинская документация и проведен осмотр 39 детей в возрасте от 1 года 7 месяцев до 6 лет, рожденных с СЗВУР. Двадцать шесть (66,7%) из них имели гипотрофический вариант СЗВУР, или, так называемый, асимметричный. Остальные тринадцать (33,3%) – симметричный.

Всем детям был проведен тщательный осмотр слизистой оболочки полости рта, пародонта, твердых тканей зубов (наличие и состояние пломб, кариозных и некариозных поражений). Для определения гигиенического состояния полости рта использовался индекс Федорова – Володкиной (1971г.). Интенсивность кариеса оценивалась с помощью индекса кп. При систематизации ортодонтической патологии использована классификация зубочелюстных аномалий Д.А. Калвелеса [7].

Результаты исследования и их обсуждение. Среди осмотренных 39 детей (13 мальчиков, 26 девочек), у 34 (87%) была выявлена стоматологическая патология. Она была представлена заболеваниями твердых тканей зуба кариозного (у 20 больных или 51%) и некариозного (у 19 больных или 49%) происхождения, зубочелюстными аномалиями (у 30 пациентов или 77%) и аномалиями мягких тканей полости рта (у 16 больных или 41%).

При объективном обследовании, независимо от формы СЗВУР, у большинства пациентов была выявлена незначительная бледность слизистой оболочки полости рта.

Показатель распространенности кариозного процесса среди обследованных детей составил 51% (20 человек из 39 имели кариес зубов). Необходимо подчеркнуть, что 10 из них родились с симметричной формой СЗВУР.

Среди детей в возрасте от года и семи месяцев до двух с половиной лет показатель интенсивности кариеса составлял 0,4, интенсивность процесса можно оценить как очень низкую, что коррелирует с результатами, полученными в работе [13] и может объясняться поздним прорезыванием зубов.

В группе детей от двух с половиной до шести лет показатель интенсивности кариеса в среднем был равен 4,8 (высокий). В большинстве исследуемых случаев осложнения кариеса зубов наблюдались у пациентов, родившихся с симметричной формой задержки развития. Обращает на себя внимание то, что у четырех из них имелось по два и более зуба, удаленных раньше срока физиологической смены зубов.

При определении индексов гигиены полости рта у большинства детей с асимметричным вариантом СЗВУР в анамнезе были выявлены удовлетворительные показатели гигиенических индексов. У восьми человек имевших симметричный вариант задержки внутриутробного развития гигиенический индекс был оценен как плохой и очень плохой.

Аномалии развития уздечек губ были выявлены нами у 16 пациентов, что составляет 41% от общего числа обследованных, которые практически равномерно распределились между различными вариантами течения СЗВУР.

Ортодонтическая патология была чрезвычайно разнообразной и проявлялась как в виде аномалий количества зубов, так и в виде аномалий прикуса. Сверхкомплектные зубы имели 4 ребенка (10%), первичная адентия (рис.1) была установлена у 2 детей (5%). Из аномалий величины и формы зубов нами обнаружены шиповидные латеральные резцы у одного ребенка (2,5%), рожденного с симметричной формой СЗВУР. Также, у детей, которые родились с асимметричной формой, нами выявлены 2 случая (5%) «сдвоенных» временных зубов (рис.2). Появление у пациентов с СЗВУР в анамнезе сверхкомплектных или «сдвоенных» (gemination, fusion) зубов является результатом нарушений на ранних стадиях тканевой пролиферации. Обычно между «двумя» зубами присутствует борозда, где за счет скопления налета возможно образование кариозной полости. Наличие «сдвоенных» временных зубов в дальнейшем может стать причиной скученности зубов постоянного прикуса, появления промежутков между зубами, а также может вызвать задержку прорезывания постоянных зубов.

Аномалии структуры твердых тканей представлены гипоплазией. Гипоплазия временных зубов наблюдалась у 19 пациентов, среди них девочек 12, мальчиков 7. Обнаруживались дефекты в виде симметричных белых или пигментированных пятен, ямочек, бороздок, чашеобразных углублений округлой или овальной формы с четкими краями. В большинстве случаев дефекты локализовались на фронтальных поверхностях резцов и клыков в пришеечной области или на режущем крае и практически у всех детей дефекты были обнаружены на одноименных зубах. Системная гипоплазия была диагностирована как при симметричной, так и при асимметричной формах ЗВУР. Случаев частичной или полной аплазии эмали у детей с СЗВУР в анамнезе нами выявлено не было. Из анамнеза известно, что больше половины детей, принимавших участие в исследовании, находились на искусственном вскармливании. Известно, что кормление грудью препятствует появлению гипоплазии временных зубов [11].

Наиболее часто встречались аномалии прорезывания зубов. Степень развития зубочелюстной системы можно оценить по количеству прорезавшихся зубов к годовалому возрасту. Известно [9], что в норме к году у ребенка должно быть в среднем 8 зубов. В отдельных работах зарубежных авторов было отмечено, что существует прямая зависимость между весом при рождении и количеством прорезавшихся зубов в полости рта [12]. Это подтвердили и наши исследования: преждевременное прорезывание зубов встречалось лишь в одном случае, гораздо чаще – у 22 больных (или 56%) детей была установлена задержка прорезывания временных зубов. Прорезывание зубов у большинства пациентов начиналось в более поздние сроки (в 11 – 12 мес.), а в некоторых случаях и после полутора лет. Обращает на себя внимание то, что у шести детей к году не прорезался ни один зуб. Трое из них родились с симметричным вариантом СЗВУР, что составляет 23% от общего числа детей с симметричным вариантом, трое (11,5%) – с асимметричным вариантом. Ранее доказано, что у лиц с задержкой внутриутробного развития в последующем отмечаются микроциркуляторные нарушения с уменьшением плотности сосудов, прорастанием в стенки сосудов избыточного количества соединительной ткани,

дисциркуляторними расстройствами, что в дальнейшем ведет к формированию зон ишемии, появлению очагов некробиотических изменений, инициации процессов склероза. В свою очередь эти изменения приводят к сужению и нарушению проницаемости, изменению эластичности сосудов микроциркуляторного русла [2]. Запоздалое прорезывание временных и постоянных зубов у пациентов с СЗВУР в анамнезе, на наш взгляд, может быть связано не только с отсроченным формированием зубных зачатков, но также может объясняться в рамках гидростатической теории, объясняющей механизмы прорезывания зубов [1]. Важно отметить, что очередность и парность прорезывания зубов в большинстве исследуемых случаев была сохранена.

Среди аномалий зубных рядов наиболее часто отмечали сужение верхнего зубного ряда и укорочение нижнего зубного ряда. В литературе имеются данные, что СЗВУР сказывается на формировании анатомических нарушений в челюстно-лицевой области – готического или высокого неба (рис.3). Такая анатомическая особенность затрудняет сосательные движения [4]. Отсутствие сосательной нагрузки влечет за собой блокирование роста нижней челюсти и фиксацию её дистального положения, что в дальнейшем может приводить к развитию прогнатического прикуса. Выявленные же нами при осмотре детей с СЗВУР случаи прогнатического прикуса (рис.1) могут быть объяснены не функциональными, как в случае с прогнатией, а анатомическими нарушениями - адентией временных передних зубов.

Выводы

1. Задержка внутриутробного развития оказывает выраженное влияние на формирование тканей челюстно-лицевой области. Эти нарушения могут лежать в основе патогенеза развития различных патологических состояний. Дети, которые родились с признаками задержки внутриутробного развития, нуждаются в долговременном диспансерном наблюдении стоматолога.
2. Значительный разброс в степени развития зубочелюстной системы как составляющей части детского организма может объясняться тем, что дети, чьи массо-ростовые параметры при рождении были ниже 10 перцентиля, представляют собой разнородную по причинам возникновения ЗВУР группу. Наибольшие нарушения зубочелюстной системы при ЗВУР были выявлены для симметричного варианта течения данного заболевания.
3. Все вышеперечисленные факты обуславливают необходимость комплексного обследования и лечения врачом-стоматологом пациентов с СЗВУР в анамнезе.

Перспектива дальнейших исследований. Перспектива состоит в дальнейшем изучении вопросов этиологии, патогенеза и диагностики формирования заболеваний тканей челюстно-лицевой области при СЗВУР с целью разработки адекватных подходов к профилактике и ранней коррекции выявленных нарушений.



Рис.1. Пациент К. 3 года. Адентия временных верхних латеральных резцов.



Рис. 2. Пациент Д., 6 лет. Слияние двух резцов (синодентия, fusion или dentes confusi).



Рис 3. Пациентка Я., 6 лет. Суженный U-образный зубной ряд и готическое небо.

Литература

1. Быков В.Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека / В.Л. Быков. - СПб.: Специальная литература. - 1998. - 248 с.
2. Гармаш О.В. Микроциркуляторные нарушения тканей пародонта при задержке внутриутробного развития. / О.В. Гармаш, Р.С. Назарян, В.В. Гаргин // *Український медичний альманах*. - 2012. - Т. 15, № 5. - С. 66 - 68.
3. Дементьева Г.М. Дифференциальная оценка детей, с низкой массой при рождении / Г.М. Дементьева, Е.В. Короткая // *Вопросы охраны материнства и детства*. - 1981. - № 2. - С. 15 - 20.
4. Новожилова Т.П. Состояние зубочелюстно-лицевой системы у детей, родившихся с задержкой внутриутробного развития: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21. / Т.П. Новожилова - Пермь, 1992. - 23 с.
5. Насырова Д.В. Оптимизация лечения синдрома задержки роста плода: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01. / Д.В. Насырова // - Москва, 2008. - 25 с.
6. Нагаева Е.В. Внутриутробная задержка роста / Е.В. Нагаева // *Педиатрия*. - 2009. -Т. 88, № 5. - С. 140 - 146.
7. Ортодонтия (зубочелюстные аномалии в клинике и эксперименте). - Л.: Медицина. - 1964. - 237 с.
8. Устинович А.К. Новорожденные с задержкой внутриутробного развития / А.К. Устинович, В.К. Зубович, О.А. Дерюгина // *Здравоохранение Белоруссии*. - 1989. - № 8. - С. 61 - 66.
9. Хоменко Л.А. Терапевтическая стоматология детского возраста. К.: «Книга плюс», 2007 - 816 с.
10. Шабалов Н.П. Задержка внутриутробного роста и развития / Н.П. Шабалов // *Неонатология*. Т. 1. - М.: МЕДпресс-инфо. - 2006. - С. 88 - 109.
11. Agarwal K.N. Deciduous Dentition and Enamel Defects / K.N. Agarwal, S. Narula, M.M.A. Faridi [et al.] // *Indian Pediatrics*. - 2003. - Vol.40. - P. 124 - 129.
12. Seow W.K. Effects of preterm birth on oral growth and development / W.K. Seow // *Aust. Dent J.* - 1997. - Vol. 42, № 2. - P. 85 - 91.
13. Saraiva M.C. Are intrauterine growth restriction and preterm birth associated with dental caries? / M.C. Saraiva, H. Bettiol, M.A. Barbieri [et al.] // *Community Dent. Oral Epidemiol.* - 2007. - Vol. 35, № 5. - P. 364 - 376.

Резервати

СТОМАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ ЗАТРИМКИ
ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ В АНАМНЕЗІ У ДІТЕЙ
ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Гармаш О.В., Назарян Р.С., Будрейко О.А.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей стану

DENTAL ASPECTS OF THE SYNDROME OF
INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION IN PAST
HISTORY IN PRESCHOOL CHILDREN

Garmash O.V., Nazaryan R.S., Budreiko E.A.

The aim of the the present work was to analyze

тканин порожнини рота у пацієнтів дошкільного віку з різними варіантами СЗВУР в анамнезі. Обстежено 39 дітей з затримкою внутрішньоутробного розвитку в анамнезі. Проведені клінічні та статистичні методи дослідження. Проведені дослідження виявили високу поширеність захворювань щелепно-лицьової ділянки у дітей які народилися із затримкою внутрішньоутробного розвитку. Зроблено висновок про те, що найбільші порушення зубощелепної системи при затримці внутрішньоутробного розвитку було виявлено при симетричному варіанті перебігу даного захворювання.

Ключові слова: синдром затримки внутрішньоутробного розвитку, ротова порожнина, тимчасовий прикус.

Стаття надійшла 20.03.2013 р.

peculiarities of the oral cavity condition in preschool age patients with intrauterine growth retardation in past history. 39 patients with intrauterine growth retardation in past history were examined. The clinical, statistical methods were held. Studies have shown a high prevalence of the maxillofacial region disorders in children with the history of intrauterine growth retardation. The most considerable violations were found in patients with symmetrical form of intrauterine growth retardation.

Key words: intrauterine growth retardation syndrome, oral cavity, primary dentition.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК: 618.14-07-089

А.М. Громова, О.С. Афанасьєва, В.Б. Мартиненко, О.А. Громова
ВДІЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Поділля

МАЛОІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ПАТОЛОГІЇ ЕНДОМЕТРІЯ

Метою нашої роботи було, оцінити ефективність комбінованої резекції ендометрію, як методу лікування гіперплазії слизової оболонки матки. Таким чином, комбінована резекція ендометрія має дещо більшу ефективність – 88,0% порівняно з гормональною терапією, де цей показник склав 63,4%. Важливим моментом є те, що гормональна терапія супроводжується великою кількістю негативних побічних ефектів та вимагає безперервного прийому препаратів протягом тривалого періоду. Методика комбінованої резекції ендометрія дозволяє весь терапевтичний діапазон обмежити двома – чотирма днями госпіталізації з мінімальною кількістю негативних побічних ефектів.

Ключові слова: гіперплазія ендометрія, гіперпластичні процеси ендометрія, гістероскопія, комбінована резекція ендометрія.

Зростання частоти патології ендометрія обумовлює необхідність глибокого вивчення даної проблеми та подальшого вдосконалення методик лікування. Значне погіршення показників здоров'я населення, обмежує можливість застосування гормонотерапії. Тому при наявності протипоказань до гормонотерапії, при її неефективності, або при типових формах ГПЕ методом вибору нерідко стає оперативне лікування в об'ємі гістеректомії [7,11,12]. Альтернативним хірургічним методом лікування ГПЕ є деструкція слизової оболонки матки за допомогою різних фізичних і хімічних факторів [3,8,10]. Трансцервікальні електрохірургічні та лазерні методики лікування ГПЕ останнім часом набули широкого застосування [9,13]. В основі вищезазначених методів лікування є руйнування базального шару ендометрія та залоз. Вагомою перевагою гістероскопічної хірургії є збереження здорових тканин матки при радикальному впливі на патологічно змінені тканини.

Дані літератури про ефективність трансцервікальних електрохірургічних методик досить різноманітні і складають від 60% до 98% [2,4,5].

Застосування гістероскопічних методик в лікуванні доброякісних захворювань слизової оболонки матки дозволили знизити рівень травмуючих радикальних втручань в Україні на 30% - 75% серед жінок з вищезазначеною патологією [1,6]. Одним з основних принципів ендохірургії є чітка візуалізація, яка забезпечується адекватним розширенням порожнини матки. Електрохірургічні маніпуляції в порожнині матки, як і лазерна деструкція ендометрія, здійснюються в умовах безперервно – проточної рідиної гістероскопії. Сумлінне дотримання відповідних правил проведення гістероскопічного втручання дозволяє максимально знизити рівень ускладнень.

Метою роботи було, оцінити ефективність комбінованої резекції ендометрію, як методу лікування гіперплазії слизової оболонки матки.

Матеріал та методи дослідження. Для виконання поставленої мети нами проведено комплексне, загальне клініко-лабораторне обстеження 55 жінок з гіперпластичними процесами ендометрія. Окрім загально-клінічного обстеження усім хворим проводилися ультразвукове, патоморфологічне дослідження, отриманого матеріалу в ході гістероскопічних операцій.

Результати дослідження та їх обговорення. Обстежені жінки були поділені на 2 групи. У першу ввійшли 25 жінок з ГЕ, яким виконана резекція ендометрія; у другу підгрупу – 30 жінок з ГЕ, яким була проведена гормональна терапія. У 21 жінки була діагностована та гістологічно підтверджена проста не атипова (38,2%), у 25 комплексна не атипова (45,5%) ГЕ, у 3 проста атипова (5,4%) та у 6 (10,9%) комплексна атипова ГЕ.

Характерною гістероскопічною ознакою гіперпластичних змін слизової матки було виражене її потовщення та надмірна складчастість, що рівномірно розподілялись по всій порожнині матки у 20 жінок (36,4%), у 15 хворих (27,3%) – по задній стінці матки, у 13 жінок (26,3%) – на бокових стінках порожнини матки та в ділянці перешийка та у 7 пацієнток (12,7%) вищезгадана гістероскопічна ознака виявлялась в ділянці маткових труб та дна матки, що характерно було для пацієнток, яким гістероскопічне дослідження проводилося на фоні довготривалих кров'яних виділень. Васкуляризація ендометрія була більш інтенсивною з підвищеною капілярною щільністю, з вираженим судинним малюнком при гістероскопії. Дифузними зміни були виявлені у 39 жінок (70,9%), та очагові у 16 пацієнток (29,1%). У 17 хворих, що складало 30,9% гіперпластичні зміни ендометрія супроводжувалися наявністю поверхневих кістозних структур слизової оболонки матки.

При атипових формах гіперпластичних процесів ендометрія були наявні ділянки патологічного розростання ендометрія – залозисті, поліпоподібні, бліді з сіруватим або жовтуватим відтінком. При застосуванні