

13. Morssink, L.P. Maternal serum levels of free beta – hCG and PAPP-A in the first trimester of pregnancy are not associated with subsequent fetal growth retardation of preterm delivery / L.P. Morssink, L.H. Kornman, T.W. Hallahan [et al.] // Prenatal Diagnosis – 1998 – Vol.18. – P147-152.
14. Petersen C.M. Alpha-2-macroglobulin and pregnancy zone protein. Serum level, alpha-2-macroglobulin receptors, cellular synthesis and aspects of function in relation to immunology / C. M. Petersen // Dan. Med. Bull. - 1993. - Vol. 40. - P. 409-446.
15. Sackett D. L. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM (2nd ed.) / D. L. Sackett, S. E. Straus, W. S. Richardson [et al.] // Edinburgh: Churchill Livingstone.. - 2000, 73 p.
16. Teng H. A study on the serum pregnancy zone protein levels in pregnant women and patients with gynecological tumors / H. Teng, W.Y. Zhang, F.Q. Zhu // Clin.Med.J. (Engl). 1994 – Vol. 107(12) – P.910-914.

Реферати

ПРОГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ВІДХИЛЕНЬ У КОНЦЕНТРАЦІЇ МАРКЕРНИХ СИРОВАТКОВИХ БІЛКІВ В КРОВІ ВАГІТНИХ З ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Османли З. М.

У роботі проведена оцінка діагностичної значущості відхилень у концентрації маркерних сироваткових (ембріональних) білків в крові вагітних з фетоплацентарною недостатністю. Представлені дані свідчать про істотну роль білків сімейства макроглобулінів в репродуктивній функції, а також недостатньої вивченості даної проблеми.

Ключові слова: маркерні сироваткові білки, фетоплацентарна недостатність.

Стаття надійшла 13.09.2015 р.

PROGNOSTIC SIGNIFICANT DEVIATIONS IN CONCENTRATIONS MARKERNYH SERUM PROTEINS IN THE BLOOD OF PREGNANT WITH PLACENTAL INSUFFICIENCY

Osmanli Z.M.

The paper evaluated the diagnostic value of variations in the concentration of markers serum (embryonic) proteins in the blood of pregnant women with placental insufficiency. These data suggest an important role of family proteins macroglobulins in reproductive function, as well as insufficient knowledge of the issue.

Keywords: marker serum proteins, fetoplacental insufficiency.

Рецензент Ліхачов В.К.

УДК 616.31.053, 616.315

Н. А. Панахов, Э. Я. Гасалин, Н.С. Гасалин
Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

ОСОБЕННОСТИ ЗУБНЫХ РЯДОВ И ОККЛЮЗИИ У ЛИЦ С РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЕБА

Было обследовано 68 больных с врожденными расщелинами губы и неба, проживающих в городе Баку, а также в других городах и районах Азербайджанской Республики. Были выявлены аномальное положение зубов, поперечные размеры зубных рядов, расстояние между клыками, длина переднего отрезка, размер апикального базиса, форма зубной дуги, баланс места, смещение центральной линии в миллиметровом значении, глубина кривой Шпее на нижней челюсти. Состояние, возникшее у больных с врожденными расщелинами губы и неба при окклюзии челюстей, приводит к снижению жевательной эффективности. Так как сужение, а также укорочение зубных рядов ведет к уменьшению общей окклюзионной площади зубов, тем самым и к уменьшению площади соприкосновения между зубами и антагонистами. Одновременно, из-за нарушения фиссурно-бугоркового соотношения зубов, нарушается также и биомеханика нижней челюсти, появляются препятствия для передвижения челюсти в различные стороны.

Ключевые слова: расщелины губы и неба, зубочелюстные аномалии, зубы, зубные ряды, окклюзия, прикус.

Работа является фрагментом НИР «Этиология, клиника, профилактика и ортопедическое лечение врожденных челюстно-лицевых аномалий и приобретенных аномалий и приобретенных деформаций.» № госрегистрации 0106AZ00373.

Врожденные пороки развития – это стойкие морфологические изменения отдельного органа или всего организма, выходящие за пределы вариаций строения. Эти многочисленные пороки характеризуются тысячами нозологическими формами [2, 5, 11].

Среди врожденных пороков развития несращение верхней губы, верхнего альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба возникают в результате нарушения морфогенеза плода и взаимосвязаны с нарушениями гисто-, орган- и системогенеза ребенка в различных периодах антенатального развития ребенка [3, 4, 6].

Врожденные пороки верхней губы и неба приводят к деформациям челюстно-лицевой области и, если вовремя не предпринято адекватное лечение, анатомио-функциональные нарушения с возрастом прогрессируют. Было выявлено, что при неполноценном развитии верхней челюсти врожденные пороки – неполное сращение верхней губы и неба играют главную роль [1, 7]. Кроме этого, хирургические вмешательства, сопровождающиеся травмами и рубцовыми изменениями небных тканей, комплексные лечебные мероприятия, проводимые начиная с рождения ребенка до формирования постоянного прикуса ребенка, тоже играют немаловажную

роль. Одной из причин, усугубляющих патологию, считается возникновение рубцовых деформаций на верхней челюсти [8, 9, 10].

Целью работы было изучение состояния зубных рядов и окклюзии у лиц с врожденными расщелинами губы и неба.

Материал и методы исследования. Было обследовано 68 больных с врожденными расщелинами губы и неба, обратившихся в Стоматологическую Клинику Азербайджанского Медицинского Университета, проживающих в городе Баку, а также в других городах и районах Азербайджанской Республики. С помощью альгинатного материала были сняты слепки с верхних и нижних челюстей больных и из твердого гипса были отлиты диагностические модели. Всего было изготовлено 136 моделей. Для объективной оценки смыкания зубных рядов в состоянии центральной окклюзии был применен метод окклюдзиографии. Диагностические модели были изучены в трех взаимно перпендикулярных направлениях. При этом сначала измерили зубы и оценивали зубные ряды по отдельности. Были выявлены аномальное положение зубов, поперечные размеры зубных рядов, расстояние между клыками, длина переднего отрезка, размер апикального базиса, форма зубной дуги, баланс места, смещение центральной линии в миллиметровом значении, глубина кривой Шпее на нижней челюсти.

На следующем этапе было выяснено межокклюзионное соотношение. При этом изучили соразмерность зубов верхней и нижней челюсти, выяснили класс смыкания первых моляров и клыков по Энгло, сопоставили поперечные размеры зубных дуг, вертикальное перекрытие резцов, наличие дизокклюзии в передних и боковых отделах зубных рядов.

Полученные средние результаты и их достоверность определили методами вариационной статистики с помощью параметрических и непараметрических методов, таких, как t (Стюдента), U (Уилькинсона-Манна-Уитни), критерий χ^2 .

Результаты исследования и их обсуждение. Биометрический анализ моделей челюстей пациентов в состоянии центральной окклюзии показал, что у больных, в основном формировалось обратное резцовое перекрытие и одно- или двусторонний перекрестный прикус. При смыкании 13 и 43, а также 23 и 33 зубов соотношение по Энгло было по III классу, а при смыкании 16 и 46, а также 26 и 36 зубов – по II классу. Это, по нашему мнению, является результатом эктопического прорезывания 16 и 26 зубов.

Биометрический анализ моделей больных, перенесших одностороннее несращение верхней губы и неба, показало, что почти у всех больных отсутствуют 12 или 22 зубы на стороне расщелины, изредка отсутствовали 11 или 21 зубы. У половины больных была микроденития верхних фронтальных зубов, можно сказать почти у всех пациентов были аномалии расположения верхних фронтальных зубов, премоляров и моляров. При этом на здоровой стороне аномалии расположения зубов встречались в три раза меньших случаях ($P < 0,05$).

На моделях больных были проведены сравнения с нормой поперечных и продольных размеров зубных рядов. При всех случаях при сравнении с нормой зубные ряды у пациентов были меньшего размера ($P < 0,05$). При этом основная разница ощущалась в области 13 и 23 зубов, здесь суженность верхней челюсти была еще больше. При сравнении с нормой в области 16 и 26 зубов эта разница выражалась меньше. Операция по поводу несращения верхней губы и неба не очень-то влияла на разницу размеров зубных дуг на нижней челюсти.

Следует особо отметить тот факт, что сужение зубных рядов в области больших коренных зубов мало влияло на смещение срединной линии, чем сужение в области малых коренных зубов. В частности, сужение зубных рядов в области малых коренных зубов привело к смещению срединной линии в среднем на 2,6 миллиметра. Длина зубного отрезка в области смещения была на 3,8 миллиметра короче по сравнению с аналогичной длиной на другой стороне ($P < 0,01$). Асимметрия зубных рядов нарушила равновесие развития отдельных его частей. В боковых областях челюстей было обнаружено еще большее укорочение зубных рядов.

При изучении в динамике моделей челюстей одного и того же больного, сравнивая биометрические показатели выяснили, что с возрастом во фронтальном сегменте статистически достоверные изменения не происходили. Ширина зубных рядов со временем в области 13 и 23, а также 16 и 26 зубов не изменилась. Несмотря на то, что во фронтальной области нижней челюсти в период сменного прикуса наблюдались увеличения в размере, а в дальнейшем изменения не обнаружили. У всех больных на стороне расщелины на фиссурно-бугорковых взаимоотношениях 16 и 46 зубов, или же 26 и 36 зубов в сравнении с нормой были статистически достоверные изменения ($P < 0,01$). При нормальном ортогнатическом прикусе мезиальный щечный бугорок 16 или 26 зуба находится соответственно на поперечной борозде между щечными бугорками 36 или 46 зубов, а у

больных с расщелинами губы и неба из-за смещения вперед 16 или 26 зубов, буккального или палатинального наклона это взаимоотношение не наблюдались. Это положение также могло быть следствием недоразвития верхней челюсти или его дистального положения по отношению к нижней челюсти, и вследствие этого медиальном расположении 36 или 46 зубов по отношению к антагонистам. У больных с расщелинами верхней губы и неба на стороне расщелины, а также на обратной стороне угол ангуляции – угол наклона коронковой части по отношению к окклюзионной плоскости как на стороне расщелины, так и на другой стороне было неправильным. В результате этого в положении центральной окклюзии соотношение этих зубов по сравнению с нормой было нарушено. Это можно сказать и по отношению и к инклинации зубов, то есть к губному и небному наклону коронковой части передних или боковых зубов верхней челюсти.

Наклоны или повороты зубов в различных направлениях нарушают окклюзию зубных рядов. У 12 больных на стороне расщелины были обнаружены повороты на 90-135 градусов 11 или 21 зубов. Наличие аномалии расположения отдельных зубов, отсутствие зачатков отдельных зубов, наличие расщелины на альвеолярном отростке приводят к возникновению аномалий окклюзии при смыкании зубов в положении центральной окклюзии. Почти у всех больных кривая Шпее была изменена вследствие деформации окклюзионных поверхностей фронтальных и жевательных зубов. У пациентов с расщелинами губы и неба из-за наличия аномалии расположения зубов в зубном ряду при передних и боковых движениях для беспрепятственного движения нижней челюсти возникали препятствия из-за преждевременных контактов отдельных зубов. У 17 больных при артикуляционных движениях направляюще действовали не только клыки, а в групповой форме несколько зубов. Эти больные не смогли передвинуть нижнюю челюсть в самое крайнее положение. На стороне расщелины из-за наличия первичной адентии 22 или 32 зубов, на бугорках 33, 34 и 35, или же 43, 44 и 45 зубов физиологической стираемости не происходило. В результате возникали преждевременные окклюзионные контакты этих зубов и нарушалась кривая Шпее. При выдвигании нижней челюсти вперед движения были перерывистыми и со скользящими движениями в различные стороны.

При обследовании преддверия больных выявлена неправильная форма верхней губы, неправильное прикрепление уздечек верхней и нижней губы, малое пространство преддверия, неправильное расположение языка в полости рта.

Заключение

Состояние, возникшее у больных с врожденными расщелинами губы и неба при окклюзии челюстей, приводит к снижению жевательной эффективности. Так как сужение, а также укорочение зубных рядов ведет к уменьшению общей окклюзионной площади зубов, тем самым и к уменьшению площади соприкосновения между зубами и антагонистами. Одновременно, из-за нарушения фиссурно-бугоркового соотношения зубов, нарушается также и биомеханика нижней челюсти, появляются препятствия для передвижения челюсти в различные стороны. Возникшие при этом блокировки мышц, отвечая адаптивно, тем самым усугубляют положение.

Перспективы дальнейшего исследования. Будут проводиться дальнейшие исследования по разработке оптимальных методов лечения аномалий зубных рядов.

Список литературы

1. Давыдов Б. Н. Патогенез врожденных деформаций лицевого скелета у больных с расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба. Московскому центру детской челюстно-лицевой хирургии 10 лет: результаты, итоги, выводы / Б. Н. Давыдов М., - 2002, С. 91-100.
2. Долгополова Г. В. Раннее ортопедическое лечение в комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба. / Г. В. Долгополова Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, - 2003, 31 с.
3. Касаткина А. Л. Клинико-эпидемиологическая характеристика врожденных пороков развития челюстно-лицевой области на территории Волгограда и Волгоградской области / А. Л. Касаткина Автореф. дис. ...к.м.н. Волгоград, - 2000, 17 с.
4. Мамедов А. А. Алгоритм реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. / А.А.Мамедов // - М.: МГМСУ, - 2002, С. 151-155.
5. Панахов Н. А. Комплексное лечение мезиального прикуса / Н.А. Панахов // *Medicina Stomatologica*. Молдова. Кишинев, - 2011, №2(19), С. 65-69.
6. Симановская Е. Ю. Результаты комплексного лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. / Е.Ю. Симановская, Н.И. Захарова, А.Н. Еловинова [и др.] // *Ортодонтия*. - 2003, №2, С. 14-17.
7. Ciancio S. G. Cleft lip and palate gene identified / S. G. Ciancio // *J. Am. Dent. Assoc.* - 2009, Vol. 131, №10, P. 1414-1418.
8. Prescott N. J., Malcolm S. Folate and Face: Evaluating the Evidence for the Influence of Folate Genes on Craniofacial Development. / N. J. Prescott, S. Malcolm // *Cleft Palate Craniofac. J.* - 2012, Vol. 39, №3, P. 327-331.

9. Rustemeyer J. Associated anomalies in lipmaxillopalatal clefts. / J. Rustemeyer, L. Gunther, H.R. Krause // Mund. Kiefer. Gesichtschir. - 2011, Vol. 4, №5. P. 274-277.
10. Vason N. Management of children with clefts of the lip or palate: an overview. / N.Vason // N-Y-Dent-J. - 2009, Vol. 95, №4. P.14-20.
11. Yamada T., Yoshihide M., Katsuhiro M. Three-Dimensional Analysis of Facial Morphology in Normal Japanese Children as Control Data for Cleft Surgery / T. Yamada, M. Yoshihide, M. Katsuhiro // Cleft Palate Craniofac. J. -2002, Vol. 39, №5, P. 517-526.

Реферати

ОСОБЛИВОСТІ ЗУБНИХ РЯДІВ ТА ОКЛЮЗІЇ В ОСІБ З УЩЕЛИНОЮ ГУБИ І ПІДНЕБІННЯ

Панахов Н. А., Гасанлі Е. Я., Гасанлі Н.С.

Було обстежено 68 хворих з уродженими ущелинами губи і піднебіння, що проживають в місті Баку, а також в інших містах і районах Азербайджанської Республіки. Були виявлені аномальне положення зубів, поперечні розміри зубних рядів, відстань між іклами, довжина переднього відрізка, розмір апікального базису, форма зубної дуги, баланс місця, зміщення центральної лінії в міліметровому значенні, глибина кривої Шпее на нижній щелепі. Стан, що виник у хворих з уродженими ущелинами губи і піднебіння при оклюзії щелеп, призводить до зниження жувальної ефективності. Так як звуження, а також вкорочення зубних рядів веде до зменшення загальної оклюзійної площі зубів, тим самим і до зменшення площі зіткнення між зубами і антагоністами.

Ключові слова: ущелини губи і піднебіння, жувальної ефективності, зуби, зубні ряди, оклюзія, прикус.

Стаття надійшла 1.09. 2015 р.

FEATURES OF DENTITION AND OCCLUSION IN PATIENTS WITH CLEFT LIP AND PALATE

Panakhov N. A., Hasanli E. J., Hasanli N. C.

The study involved 68 patients with cleft lip and palate, living in Baku and other cities and regions of Azerbaijan Republic. They were identified anomalous position of the teeth, the transverse dimensions of dentition, the distance between the teeth, the length of the anterior segment, the size of the apical bases, dental arch shape, the balance of space, shifting the center line in the millimeter value, depth of Spee curve in the lower jaw. The state arose in patients with cleft lip and palate in the jaw occlusion, leads to a reduction of chewing efficiency. Since the narrowing and shortening the dentition is to reduce the overall occlusal areas of teeth, and thereby to reduce the area of contact between the teeth and antagonists. At the same time, due to violations of fissure-Bugorkova ratio teeth broken and also biomechanics of the lower jaw appear obstacles to the movement of the jaw in different directions.

Key words: cleft lip and palate, dentofacial anomalies, teeth, dentitions, occlusion, bite.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 616.37-002.2-07

Л. М. Нарунія

Національний медичний університет ім. А. А. Богомольця, г. Київ

СРАВНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ, УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ФЕКАЛЬНОЙ ЭЛАСТАЗЫ 1 В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

29 пациентам с ХМ в возрасте 39-61 лет было проведено ЭРХПГ, УЗИ и определяли уровень фекальной эластазы 1. Контрольную группу составили 15 практически здоровых людей. Изучались биохимические показатели, ИМТ, длительность заболевания, выраженность клинических симптомов. Тяжесть ХП по данным ЭРХПГ 0-1 балл выявлена у 5 пациентов, 2 балла в 14, 3 у 10 пациентов. У 25 пациентов было выявлено 5 УЗ-критериев изменений паренхимы и проток поджелудочной железы. У 25 пациентов выявлено снижение уровня фекальной эластазы ниже референтных значений (ниже 200 мкг / г): в 8 из них значение было ниже 50 мкг / г. В контрольной группе уровень фекальной эластазы 1 был в пределах 300-466 мкг / г. Чувствительность и специфичность фекальной эластазы 1 составила 83% и 94% соответственно. Обнаружена отрицательная корреляция между длительностью заболевания, выраженностью клинических симптомов и уровнем эластазы 1 в кале. Уровень фекальной эластазы 1 хорошо коррелирует с результатами ЭРХПГ.

Ключевые слова: хронический панкреатит, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, ультразвуковое исследование, фекальная эластаза 1.

Хронический панкреатит характеризуется абдоминальной болью, рецидивирующими атаками острого панкреатита и, как итог, экзокринной и эндокринной недостаточностью. Поджелудочная железа обладает большим функциональным запасом прочности, поэтому клинически установить ее внешнесекреторную недостаточность на ранних стадиях, когда нет выраженной диареи и стеатореи, имеющимися в настоящее время диагностическими методами крайне сложно. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) является стандартом диагностики хронического панкреатита (ХП). Использование данного метода ограничено в связи с техническими сложностями и риском осложнений. Ультразвуковое исследование благодаря ультразвуковым аппаратам последнего поколения позволяет оценить состояние паренхимы поджелудочной железы (ПЖ), оценить панкреатический проток. Большое значение имеет также оценка внешнесекреторной функции ПЖ. «Золотым стандартом» диагностики экзокринной функции поджелудочной железы традиционно, хотя и необоснованно, считается секретин-панкреозиминный (секретин-церулеиновый) тест. Однако его клиническое