

Приобретенные пороки сердца, течение и исходы беременности

П.Н. Веропотвелян¹, А.Ю. Соломкина², Н.П. Веропотвелян¹, Л.А. Жабицкая³,
Л.В. Клипова¹, И.В. Гужевская³

¹«Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», г. Кривой Рог

²КУ «Криворожская городская клиническая больница № 2» ДООС»

³Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

В статье проведен анализ исследований у беременных с скорректированными приобретенными пороками сердца (КППС) и у беременных с некорректированными пороками сердца (НППС).

В группе пациенток с КППС заболевание выявляли позже, чем в группе с НППС: у этих же беременных чаще встречается сердечная недостаточность (СН) II функционального класса. У беременных с приобретенными пороками сердца СН, развивающаяся к концу гестации, обусловила хроническую внутриутробную гипоксию плода и хроническую фето-плацентарную дисфункцию. Как следствие, в группе женщин с КППС в 77,7% случаев имели место досрочные роды. Как способ родоразрешения преобладало кесарево сечение, что обусловлено как кардиальной, так и акушерской патологией. **Ключевые слова:** приобретенные пороки сердца, беременность, исходы.

У пациенток с заболеваниями сердечно-сосудистой системы наиболее часто наблюдаются различные осложнения во время беременности. В. Медведь (2009 г.) [1] свидетельствует, что распространенность органических болезней сердца у беременных составляет 10–20 на 1000. У нас в Украине, согласно данным официальной статистики Минздрава, частота всех болезней системы кровообращения у беременных составила в 2008 году 5,98%. У беременных могут встречаться любые болезни сердца – от незначительного пролапса митрального клапана, практически не влияющего на течение и исходы беременности, до синдрома Эйзенменгера, при котором риск материнской смерти крайне высок.

Р. Greasy, R. Resnik [2], В. Медведь [1] установили, что сердечно-сосудистые заболевания у беременных вызывают дисбаланс звеньев в системе мать–плацента–плод и приводят к развитию плацентарной дисфункции и задержке развития плода. На протяжении многих лет приобретенные пороки сердца (ППС) считались противопоказанием для беременности. Благодаря Приказу Министерства здравоохранения Украины № 42 от 28.01.2011 г. «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Ведення вагітності та пологів у жінок з хворобами серця»» [3], при квалифицированном ведении пациентки с ППС в большинстве случаев могут перенести беременность и роды без ущерба для здоровья.

В. Медведь (2014 г.) [1] приводит результаты исследований ряда авторов – частота болезней сердца согласно Европейским рекомендациям 2011 года по ведению кардиоваскулярных заболеваний во время беременности составляет 4–6% всех беременностей. Среди наиболее часто встречающихся – врожденные и приобретенные пороки сердца, синдромы нарушения ритма и проводимости, оперированное сердце [5, 15].

Прогноз определяют форма порока сердца, наличие недостаточности кровообращения, степень легочной гипертен-

зии, выраженность гипоксемии [4]. Такие параметры [4, 13] отягощают прогноз и служат причиной неудовлетворительного течения беременности и развития плода. При заболеваниях сердца, которые встречаются не так часто, следует ориентироваться на изменения гемодинамики, вызванные самим заболеванием, беременностью, взаимным влиянием. Все эти факторы в основном проявляются при дисфункции плаценты, отражающиеся гипоксией.

Так, митральные пороки проявляются в виде недостаточности клапана или стеноза (сужения) отверстия, когда создается препятствие току крови, что ухудшает состояние беременной и обуславливает основной процент летальных исходов у пациенток и детей. Дети часто рождаются недоношенными (от 17,7% до 23,7%), с признаками гипотрофии (42,9%) и различными аномалиями развития, достигающими от 5,9% до 7,7% [6, 7]. Роды у беременных с митральным стенозом особенно тяжелы. Митральный стеноз – наиболее неблагоприятный вид порока в связи с тем, что он вызывает переполнение малого круга кровообращения, в то время как при беременности сами по себе создаются условия для застоя крови легких. Сочетание этих факторов может привести к несостоятельности сердца в родах, на которые приходится 50% случаев отека легких [18].

Митральный стеноз у беременных пациенток диагностируют на основании тех же признаков, что и у не беременных.

К характерным изменениям ЭКГ относятся: отклонение электрической оси сердца вправо, расширение и расщепление зубца P в I и II стандартных и левых грудных отведениях, двухфазный зубец P в III и правых грудных отведениях, смещение интервала S–T вниз во II и III отведениях и отрицательный зубец T в тех же и правых грудных отведениях. При легочной гипертензии, кроме того, увеличен зубец P в правых грудных отведениях.

Последнее 20-летие ознаменовалось безопасным и информативным методом диагностики порока сердца, таким, как ультразвуковое сканирование. Эхокардиографическим методом может быть выявлено утолщение створок клапана, отсутствие прикрытия клапана в середине диастолы и адекватного расхождения створок во время диастолы, снижение скорости диастолического прикрытия передней створки митрального клапана, у некоторых больных отмечается уменьшение переднезаднего размера левого желудочка, дилатация левого предсердия, расширение полости правого желудочка, нарушение движения межжелудочковой перегородки. Может быть установлено сращение створок по комиссурам и обызвествление их. Допплерография позволяет количественно определить величину клапанного градиента и степень стенозирования атрио-вентрикулярного отверстия.

Результаты исследования N. Kosheleva [6] свидетельствуют, что у беременных с протезированным митральным клапаном частота угрозы прерывания беременности колеблется от 14% до 18,5%, преждевременные роды составляют 10,8%, гестозы – 11,7%, нарушение родовой деятельности – 13,9%, кро-

вотечения – от 17,7% до 24,7%. Согласно данным литературы [9, 10], материнская и перинатальная смертность в 8–10 раз выше, чем у беременных с неоперированным пороком сердца. Важнейшими причинами перинатальной смертности являются аномалии развития, задержка развития и внутриутробная гибель плода, геморрагический синдром новорожденных.

М. Shechtman [8] описал случаи благополучного завершения беременности у женщин с протезом аортального клапана. Однако автор указывает, что даже клиницисты, имеющие наибольший опыт ведения беременности и родов в этой группе, считают беременность противопоказанной.

Целесообразно заострить внимание кардиологов, реаниматологов и акушеров, как отмечает W. Moll [11], что при аортальной недостаточности чаще, чем при других ППС, встречаются осложнения. Так как при данной патологии адаптация сердечно-сосудистой системы к условиям беременности является фактором, с одной стороны, провоцирующим ремоделирование аорты и мозговых артерий с последующим их расслоением и разрывом, с другой – создающим условия для повреждения эндотелия сосудов с развитием микотических аневризм и инфекционного эндокардита.

В множественных публикациях освещается, что у беременных с клапанными протезами материнская смертность после родов колеблется от 5,9% до 6,3%, перинатальная смертность – до 77%, общая смертность детей (спонтанный выкидыш и перинатальная смертность) достигает 23,7–24,2%. Данные результаты намного превышают аналогичные величины по всей группе пациенток с пороками сердца [8, 12].

Цель исследования: изучение медицинской документации течения и исходов беременности у пациенток с ППС и предрасположенность их к возможной генетической патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За последние 35 лет в центр медицинской генетики и пренатальной диагностики из Украины и других республик СНГ, в основном из средней Азии, Закавказья, обратились 17 беременных. Все пациентки обратились по поводу прогноза здоровья внутриутробного плода со сроком гестации от 20 до 28 нед. Согласно медицинской документации пациентки были разделены на 2 группы.

В первую группу вошли 9 пациенток, которым до наступления беременности проводили коррегирование ППС (КППС), во вторую группу вошли 8 пациенток с некорригированными ППС (НППС). Обследование и родоразрешение всех пациенток проводили по месту жительства.

В первой группе количество родивших колебалось по возрасту – от 18 до 29 лет – 3 (33,3%) и 30–33 года – 6 пациенток (66,6%). Во второй группе с НППС варьировал возраст женщин от 20 до 33 лет.

Хирургическое лечение проведено у 4 пациенток с митральным стенозом (митральная комиссуротомия, митральная вальвулопластика), у 3 – протезированные аортальные и 2 трикуспидальные клапана. Во второй группе НППС зарегистрирован у 5 пациенток – митрально-аортальный порок сердца, у 2 – митральный порок без четкого преобладания и у 1 пациентки – аортальная недостаточность. Всем 17 беременным проведены медико-генетическое консультирование и эхокардиография, консультация кардиолога.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Полигенно-мультифакторальное наследование ревматоидного артрита, подагры, гипертонической болезни, ИБС, атеросклероза, инфаркта миокарда может приводить к формированию ППС и возникает чаще у лиц с наследственной предрасположенностью, о чем свидетельствует анализ родословных пациенток. Вклад наследственной предрасполо-

женности с развитием патологии с возрастом увеличивается при провоцирующем действии факторов среды. Состояние здоровья во время беременности при ППС может приводить к формированию пороков развития у плода [21].

Так, из всех 17 пациенток с приобретенными пороками сердца только у 4 (3 с НППС и 1 – КППС) в родословной отмечена кардиальная патология. Одна – унаследованная вертикально по аутосомно-доминантному типу. У 3 пациенток это связано с тем, что в семье по отцовской линии в двух поколениях были различные сердечные заболевания. Пробанд беременная Д., 29 лет, отмечает ревматизм у 2 двоюродных сестер по материнской линии; пробанд З., 33 года, указывает, что ее двоюродный брат в возрасте 29 лет скоропостижно умер от сердечной патологии; беременная Т., 27 лет, указывает, что тетя по отцовской линии в возрасте 33 лет умерла внезапно от острой сердечно-сосудистой недостаточности. У данной пациентки хирургической операции не было. Пациентка в городе Воронеже (постоянное место жительства) в 1979 г. родоразрешилась самостоятельно живым плодом женского пола весом 2790,0 г.

У 13 пациенток с ППС порок впервые диагностирован в подростковом возрасте, но намного чаще в группе девушек, имеющих КППС, – у 8 (88,8%) против 3 (37,5%); $p < 0,05$.

Повторно к нам обратились 7 пациенток после родов. Сведения об остальных 10 получали по запросу. Только 3 пациентки не ответили (2 – из Киргизии, 1981 г., и 1 – из Аджарии, 1982 г.).

У беременных с ППС сердечная недостаточность (СН) 0 и I функционального класса (ФК) по NYHA зафиксирована в 12,9% случаев. СН II ФК к концу беременности чаще наблюдалась в группе КППС (71% против 45%; $p < 0,05$). В этой группе не было женщин с СН 0 ФК.

Среди патологии данной беременности регистрировали больше всего анемию гестации I степени (32,7%) и хроническую внутриутробную гипоксию плода (31,4%), хроническую фетоплацентарную дисфункцию и преждевременное излитие околоплодных вод (18,3%). Около 27,7% имели угрозу раннего выкидыша. Данную патологию с одинаковой частотой регистрировали в первой и во второй группе.

Анализ особенностей родоразрешения иллюстрирует, что у беременных с КППС досрочные роды встречались достоверно чаще, чем в группе НППС (73,7% против 22,5%; $p < 0,05$). Частоту самопроизвольных родов у пациенток с КППС регистрировали в 19,7% случаев, у пациенток с НППС – в 29,5%.

Масса тела новорожденных у женщин с КППС была достаточно выше, чем у новорожденных в группе пациенток с НППС, СН II ФК, легочной гипертензией ($3,17 \pm 0,3$ кг против $2,77 \pm 0,3$ кг соответственно, $p < 0,05$). Особой разницы в росте не выявлено.

Доля здоровых новорожденных в первой и во второй группе была мала: в группе КППС – 13,7%, в группе НППС – 7,9% ($p < 0,05$).

Сравнимы были частота церебральной ишемии (более 67%) в обеих группах. Обращает на себя внимание то, что в группах чаще были диагностированы синдромы гипервозбудимости (19% против 9,7%; $p < 0,05$) и двигательных нарушений (39% против 13,7%; $p < 0,05$).

Анализ наших исследований, проведенных на основании полученных выписок (обменных карт и историй родов), согласуются с работой Y. Bukhonkina и соавторов (2011 г.) [9].

F. Arias (1989 г.) [14], E. Zatikyan (2004 г.) [5] свидетельствуют, что у беременных с НППС поздняя первичная диагностика была обусловлена атипичным течением ревматизма (без суставного параметра в 15% случаев) и компенсированным состоянием гемодинамики (около 25% случаев). Авторы считают, что данная ситуация не является эксклюзивной и описана в доступной литературе.

B. Griffin, E. Topoly и соавторы [16] в своей монографии «Кардиология» (2008 г.) отмечают, что различия выраженно-

сти СН у пациенток с КППС и НППС объясняются следующим образом. У многих пациенток после своевременно проведенной операции фиксируют значительное улучшение состояния, уменьшение размеров сердца, снижение давления в сердечных камерах и легочной артерии. Но, тем не менее, после успешной хирургической коррекции возможны развитие СН, частичный отрыв клапана, развитие инфекционного эндокардита, тромбоза клапанного протеза с тромбоемболиями.

I. Manukhin и соавторы [10], M. Shechtman [8] в своих трудах установили, что если со дня операции до зачатия прошло более 3 лет, риск развития выраженной декомпенсации кровообращения значительно возрастает. Авторы сообщают, что такая же возможность существует и в том случае, если беременность возникла в течение первого года после хирургической реабилитации.

Y. Bukhonkina и соавторы (2011 г.) отмечают, что относительно благоприятные исходы беременности были получены в связи со своевременным зачатием в большинстве случаев (в 74% – через 1,5–2 года после операции) и отсутствием протезов в митральной и аортальной позициях. Среди хирургических вмешательств на этих клапанах преобладали комиссуротомия и пластика, имелись протезы только трикуспидального клапана. Наши результаты совпадают с данными других исследователей [9].

Хирургическую коррекцию наши пациентки проходили в г. Киев в институте им. Н.М. Амосова, в Воронеже, Москве, Владивостоке, Магдебурге (Германия), Ереване, Тбилиси, Алма-Ате и других городах. Благоприятный исход беременности наступил в 75,5% случаев через 2–2,5 года после операции.

Ряд исследователей [16, 17] указывают, что показанием к кесареву сечению являлись в основном СН III и IV ФК. У пациенток в первой группе суммарный показатель СН I–II ФК был 74,7%, во второй группе он составил 49,5%. В некоторых случаях показание к кесареву сечению было обусловлено акушерской патологией: тазовое предлежание, крупный

плод, нарушение механизма родов, проявившееся вторичной слабостью родовых сил, дородовое излитие околоплодных вод, отслойка нормально расположенной плаценты.

Роды через естественные родовые пути поэтапно готовят сердце и малый круг кровообращения к восполнению объема циркулирующей крови. Как сообщают P. Creasy, R. Resuik, N. Ben Assio, I. Exsidi, J. Houck [2, 12, 18], неоправданное хирургическое вмешательство обеспечивает одномоментный «удар» по гемодинамике, резко увеличивая объем циркулирующей крови, провоцируя появление отека легких.

A. Kinsara и соавторы [20] отмечают, что при отсутствии акушерских показаний для кесарева сечения надо отказаться от хирургического вмешательства. Следовательно, у беременных с приобретенными пороками сердца СН, развивающаяся к концу гестации, обусловила хроническую внутриутробную гипоксию плода и хроническую фетоплацентарную дисфункцию. Согласно медицинской документации в группе с КППС в 77,7% случаев имели место досрочные роды. Как способ родоразрешения преобладало кесарево сечение, что обусловлено как кардиальной, так и акушерской патологией.

ВЫВОДЫ

Несмотря на исследования ряда авторов и собственные исследования мы не можем дать конкретных рекомендаций по методам родоразрешения, так как эта проблема еще фундаментально до конца не изучена и остается дискуссионной. Поэтому, принимая во внимание актуальность данной проблемы, необходимо дальнейшее изучение и совершенствование современной тактики ведения и родоразрешения беременных с оперированным сердцем.

В настоящее время необходимо руководствоваться рекомендациями проф. В. Медведь [1] и Приказом Минздрава Украины № 42 от 28.01.2011 г. [3].

Набуті вади серця, перебіг та результати вагітності

П.М. Веропотвелян, А.Ю. Соломкина, М.П. Веропотвелян, Л.А. Жабицька, Л.В. Кліпова, І.В. Гужевська

У статті проведено аналіз досліджень у вагітних з коригованими набутими вадами серця (КНВС) і у вагітних з некоригованими вадами серця (ННВС).

У групі пацієнток з КНВС захворювання виявляли пізніше, ніж у групі з ННВС: у цих же вагітних частіше зустрічається серцева недостатність (СН) II функціонального класу. У вагітних з набутими вадами серця СН, що розвивається до кінця гестації, зумовила хронічну внутрішньоутробну гіпоксію плода і хронічну фетоплацентарну дисфункцію.

Як наслідок, у групі жінок з КНВС у 77,7% випадків мали місце досрочкові пологи. Як засіб пологорозродження переважав кесарів розтин, що зумовлено як кардиальною, так і акушерською патологією.

Ключові слова: набуті вади серця, вагітність, наслідки.

Acquired heart diseases, course and outcome of pregnancy

P.N. Veropotvelyan, A.Y. Solomkina, N.P. Veropotvelyan, L.A. Zhabitska, L.V. Klipova, I.V. Guzhevskaya

In this article analysis of corrected acquired heart diseases (CAHD) and uncorrected acquired heart diseases (UAHD) in pregnant is made. In the group of patients with CAHD the disease was detected later than in the group with UAHD: the same pregnant are more common to suffer heart insufficiency of functional class II. In pregnant with acquired heart defects heart insufficiency (HI) which developed to the end of the gestation caused fetal hypoxia and chronic prenatal fetoplacental dysfunction.

As a consequence, in the group of women with CAHD in 77,7% of cases occurred early delivery. As a method of delivery, cesarean section prevailed which is due to both cardiac and obstetric pathology.

Key words: acquired heart diseases, pregnancy, outcomes.

Сведения об авторах

Веропотвелян Петр Николаевич – ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», 50000, Днепропетровская область, г. Кривой Рог, пл. Освобождения, 3а. E-mail: genetika@ukrpost.ua

Соломкина Алла Юрьевна – КУ «Криворожская городская клиническая больница № 2» ДООС», кафедра кардиологии, терапии и семейной медицины ФПО Днепропетровской медицинской академии МОЗ Украины, 50000, Днепропетровская область, г. Кривой Рог, пр. Победы, 2

Веропотвелян Николай Петрович – ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», 50000, Днепропетровская область, г. Кривой Рог, пл. Освобождения, 3а. E-mail: genetika@ukrpost.ua

Жабицька Леся Анатольевна – кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9

Кліпова Людмила Викторовна – ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», 50000, Днепропетровская область, г. Кривой Рог, пл. Освобождения, 3а

Гужевская Ирина Витальевна – кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9. E-mail: gujevskaja.i@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Медведь В.И., Данилко В.А., Минина Е.А. Проблема оперированного сердца в современной кардиоакушерской клинике //Здоровье женщины. – 2014. – № 9 (950). – С. 33–35.
2. Creasy P.K., Resnik R. Maternal-fetal medicine: Principles and Practice. – 2nd ed. – Philadelphia: W.B. Saunders Co, 1999.
3. Наказ МОЗ України від 27.01.2011 № 42 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Ведення вагітності та пологів у жінок з хворобами серця».
4. Cotrofo M., De Feo M., De Santo L.S., Romano G., Della Corte A., Renzulli A., Callo C. Risk of Warfarin during pregnancy with mechanical valve prostheses. Obstet Gynecol 2002; 99: 33–40.
5. Zatikyan E.P. Congenital and acquired heart defects in pregnant women. – Moscow: Triada-X, 2004.
6. Kosheleva N. G., Bezrukova P.F., Voseva T.P. end other. Features of Central hemodynamics in women with normal and abnormal pregnancy, Zh. akush. and wives. bol. – 2002. – V. 51. – P. 38–42.
7. Веропотвелян П.Н., Синица А.А., Веропотвелян Н.П., Панасенко А.Н., Авксентьев О.Н. Беременность и сердечные пороки.
8. Shechtman M.M. Guide extragenital pathology of pregnant women. Third edition. – M., «Triad», 2005. –816 S.
9. Bukhonkina Y.M., Chizova G.V., Stryuk R.I. Pregnancy in women with acquired heart disease: course and outcomes //Obstet Gynecol 2011; 2: 49–52.
10. Manukhin I.B., Schechtman M.M., Nevzorov O.C. Pregnancy and delivery in patients with mitral heart disease. – M.: Triada-X, 2001.
11. Moll W. Physiological cardiovascular adaptation in pregnancy – its significance for cardiac diseases. Z Kardiol 2001; 90 (Suppl 4): 2–9.
12. Houck J. Maternal and fetal health // Lippincott manual for nursing practice / Ed. S. Nettina. – 8-th ed. – Philadelphia, 2006. – P. 1174–1199.
13. Веропотвелян П.М., Синица А.Л., Веропотвелян М.П., Авксентьев О.М., Костиниць І.В., Ельчанинова Н.С. Клініко-генетичні аспекти серцево-судинних захворювань у людини (огляд літератури та власні дослідження) //ПАГ. – 2009. – № 1. – С. 86-91.
14. Arias F. Pregnancy and delivery high risk: TRANS. from English. – M.: Medicine, 1989.
15. Окли С., Уоренс К.А. Заболевания сердца у беременных /Пер. с англ. – М.: Издательство БИНОМ, № 03 (108) April 2013 COLLECTION OF ARTICLES.
16. Cardiology edited by B. Griffin, E. Topoly. – M.: The Practice, 2008.
17. Elisha O.M., Shechtman M.M. Diagnosis and treatment of diseases of the heart, blood vessels and kidneys. – Rostov-on-don, 1997.
18. Ben Aissia N., Essidi I. Characteristics of pregnancy and delivery in woman with rheumatic heart valve disease //Tunic. Med. – 2003. – Vol. 1, № 2. – P. 9.
19. Tetelyutina A.K. Forecasting, pre-clinical diagnosis and prevention of perinatal pathology in pregnant women with heart disease: Author. dis. ... Dr. med. Sciences. – Kazan, 2002.
20. Kinsara A.G., Ismail O., Fawzi M.E. Effect of balloon mitral valvoplasty during pregnancy on childhood development // Cardiology. – 2002. – Vol. 973, № 2. – P. 155.
21. Наследственные болезни /Национальное руководство под ред. Бочкова Н.П.

Статья поступила в редакцию 13.01.2015

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ДЕТЯМ, ВСКОРМЛЕННЫМ ГРУДНЫМ МОЛОКОМ, НЕ ПОНАДОБЯТСЯ ЗУБНЫЕ БРЕКЕТЫ

Ученые, неустанно призывающие молодых матерей кормить детей грудью как можно дольше, периодически обнаруживают новые полезные свойства грудного вскармливания. Установлено, что кормление грудью способствует формированию у малыша правильного прикуса.

Грудное молоко является не только ценным питательным продуктом, но и мощным средством формирования здоровой иммунной системы ребенка. Но кроме, так сказать полезных "биохимических" свойств, грудное вскармливание обладает и особыми физическими свойствами.

Ученые из США обнаружили, что захват соска малышом и характерные сосательные движения, которые он совершает в процессе кормления, способствуют формированию у него правильного прикуса и, что немаловажно, у детей, вскормленных грудью, гораздо реже встречается такой ортодонтический дефект как неровность зубного ряда.

Неправильное расположение зубов в ряду является косметическим недостатком, требующим ношения брекетов, оно также может ухудшать пережевывание пищи ребенком.

Сотрудники клиники при университете Стейтен Айленд в Нью-Йорке (Staten Island University Hospital in New York City) наблюдали более 1 300 детей с момента рождения и до достижения ими возраста 5 лет.

Ученые фиксировали, на протяжении какого периода времени дети питались материнским молоком, а также частоту использования ими сосок-пустышек. Когда юным участникам исследования исполнилось по 5 лет, ученые провели обследование их зубов.

Исследователи обнаружили, что у детей, которые питались грудным молоком на протяжении 3-6 месяцев, риск развития так называемого глубоко прикуса уменьшался на 33% по сравнению с малышами, которых кормили грудью менее 3-х месяцев.

Если же дети питались грудным молоком в течение более 6 месяцев, риск развития глубокого прикуса снижался на 44%.

Глубокий прикус, при котором нижние резцы перекрываются верхними более чем на треть, является одним из наиболее трудноизлечимых дефектов.

Аналогичным образом грудное вскармливание снижало риск развития неровности зубного ряда. Так, например, у детей, которые питались материнским молоком на протяжении 6 месяцев и более риск развития этого дефекта был ниже на 72% по сравнению с младенцами, которые находились на грудном вскармливании менее 3-х месяцев.

С другой стороны, слишком частое применение сосок-пустышек способствовало развитию неровности зубного ряда даже при продолжительном грудном вскармливании.

Источник: www.health-ua.org