

Мақсади таҳқиқот: Омӯзишӣ паҳншавии ВНМО, оташак ва гепатити вирусии С дар байни маҳкумшудагон дар ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усули таҳқиқот: Ҳангоми тадқиқот дар байни иштирокчиён ташхиси ВНМО, оташак гепатити вирусии С гузаронида, тибқи саволномаи тасдиқгардида пурсиш гузаронида шуд. Иштирок дар тадқиқот ихтиёрӣ буда, пеш аз оғози он аз ҳар як иштирокчи розигии шифой гирифта шуд. Натиҷаҳои ташхисро иштирокчиён тибқи рамзҳои гузошташудаи худ дастрас карда метавонистанд. Ворид ва таҳлили натиҷаҳо дар барномаи таҳлилии махсус Epi-Info-3.5.2. гузаронида шудааст.

Натиҷаҳо: Сатҳи паҳншавии ВНМО дар байни маҳкумшудагон дар соли 2023 ба 3,4%,

гепатити вирусии С ба 8,9% ва оташак ба 2,8% баробар шудааст. Истифодаи маводи муҳаддир бо роҳи тазриқӣ ва алоқаи чинсӣ бо мардони дигар дар муассисаҳои ислоҳӣ ҷой доранд.

Хулоса: Паҳншавии ВНМО дар байни маҳкумшудагони ш. Душанбе дар соли 2023 назар ба соли 2020 баланд (2,5% и 3,5%) шудааст, дар ш. Хучанд бошад дар ҳамин давра паст (3,8% и 3,3%) шудааст. Сатҳи маълумотнокии маҳкумшудагон оид ба ВНМО ва фарогирии онҳо бо чорабиниҳои пешгирикунанда дар сатҳи паст қарор дошта, ҳамагӣ 56% онҳо дар соли охир аз ташхиси ВНМО гузаронида шудаанд.

Калимаҳои асосӣ: ВНМО, назорати дидбонии эпидемиологӣ, паҳншавӣ.

УДК 616.315-007.254-089.188-053.2-07

doi: 10.52888/0514-2515-2024-361-2-88-94

С.А. Худоев¹, Г.Г. Ашуров², Д.Т. Махмудов²

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ НЁБНОГО ШВА И МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ НАРУШЕНИИ ОККЛЮЗИОННОГО ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДИАСТЕМОЙ

¹ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

²ГОУ «ИПО в СЗ РТ», Кафедра терапевтической стоматологии

Ашуров Гаюр Гафурович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ИПО в СЗ РТ; 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59; Тел.: +992988710992; Email: shakh92@mail.ru

Цель исследования. Изучить рентгенологические особенности строения переднего участка нёбного шва и вершины межальвеолярной перегородки между центральными резцами у детей с плотным их расположением и наличием диастемой.

Материал и методы исследования. Строение нёбного шва у 63 детей 6-14 лет без диастемы, обратившихся по поводу кариеса, его осложнений и дефектов коронок резцов, было принято за норму (1-я группа). 75 детей того же возраста с полным комплектом резцов и диастемой составили 2-ю группу.

Результаты исследования и их обсуждение. В период сменного прикуса у детей с диастемой нёбный шов шире, чем в норме, что, вероятно связано с его замедленной и недостаточной оксификацией. Однако ширина диастемы не зависит от ширины нёбного шва.

Заключение. В норме и при диастеме межальвеолярная перегородка может иметь заостренную, сглаженную и воронкообразную форму.

Ключевые слова: диастема, нёбный шов, межальвеолярная перегородка, центральный резец, ортодонтическое лечение.

S.A. Khudoyorov¹, G.G. Ashurov², D.T. Makhmudov²

FEATURES OF THE STRUCTURE OF THE PALATINE SUTURE AND INTERALVEOLAR SEPTUM IN OCCLUSAL RELATIONSHIP DISORDERS IN CHILDREN WITH DIASTEMA

¹ SEI Avicenna Tajik State Medical University, Department of Child Dentistry and Orthodontics

² State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan», Department of Therapeutic Dentistry

Ashurov Gayur Gafurovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Therapeutic Dentistry Department, State Educational Institution of Postgraduate Education and Health Care of the Republic of Tajikistan; 734026, Dushanbe, 59, I. Somoni St.; Tel: +992988710992; Email: shakh92@mail.ru.

Aim. To study the radiographic characteristics of the construction of the anterior area of the palatal suture and the tops of the interalveolar septum between the central incisors in children with thick locations, diastemas of the central incisors.

Materials and methods. The construction of the palatine suture in 63 children in 6-14 years old without diastema, addressed on the cause of caries, its complications and defect crown incisor, was accepted for rate (1 group). 75 children of the same age with full dentition and diastema formed the 2nd group. Condition of palatal suture after orthodontic treatment was studied in 60 children aged 6-12 years with diastema of 1,8-5,2 mm.

Results. At the time of removable bite, the palatal suture was wider in children with diastema than in the general population, which is probably related to its delayed and insufficient ossification. However, the width of the diastema did not depend on the width of the suture.

Conclusion. In rate and under diastema the interalveolar septum can have a jagged, smooth and cratered shape.

Keywords: Diastema, palatal suture, interalveolar septum, central incisor, orthodontic treatment.

Актуальность. При обследовании пациентов разных возрастов часто встречаются анатомо-функциональные аномалии развития преддверия полости рта. Это связано с нарушением архитектоники тканей преддверия полости рта, которое оказывает влияние на состоянии околозубных тканей, а также играет значительную роль в возникновении зубочелюстных аномалий. Следствием патологии преддверия полости рта являются диастема, тремы, а также оголение шеек и корней зубов фронтальной группы. Одной из причин образования диастемы также принято считать недостаточно обызвествленный небный шов. Строение небного шва в норме описано во множественных наблюдениях [1, 3, 5].

Рентгенологическое исследование небного шва с использованием конусно-лучевой компьютерной томографии при нарушении окклюзионного взаимоотношения зубов в виде диастемы и после ее устранения ортодонтическими аппаратами на сегодняшний день отсутствует. В указанном аспекте малочисленны и сведения о причинах вариативности формы межальвеолярной перегородки, которая, по сведениям ряда исследователей [2, 4], может быть заостренной, сглаженной и воронкообразной.

Цель исследования. Изучить рентгенологические особенности строения переднего участка небного шва и вершины межальвеолярной перегородки между центральными резцами у детей с плотным расположением, диастемой и после ортодонтического сближения центральных резцов.

Материал и методы исследования. У 63 детей в возрасте от 6 до 14 лет, обратившихся по поводу кариеса, его осложнений и дефектов коронок резцов, при отсутствии диастемы между центральными резцами строение небного шва было

принято за норму (1-я группа). 75 детей того же возраста с полным комплектом резцов и диастемой составили 2-ю группу. После ортодонтического лечения рентгенологическое состояние небного шва нами изучены 60 детей в возрасте 6-12 лет с диастемой при ее вариативности 1,8-5,2 мм.

С использованием конусно-лучевой компьютерной томографии фронтального участка верхней челюсти, полученным в идентичных проекциях, изучено направление небного шва в переднем отделе, ширина его на уровне равномерности, где смежные компактные замыкательные пластины параллельны, а также форма межальвеолярной перегородки. Сближение центральных резцов проводили пластинками с пружинами и коронками с резиновой тягой в течение 2-6 месяцев. Измерения проводили штангенциркулем с точностью до 0,1 мм при увеличении флюороскопа в 2 раза. Размер диастемы измеряли на модели челюсти.

Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Достоверность полученных результатов обеспечивалась применением стандартных диагностических методик и критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. У детей обеих групп обнаруживался непрерывный небный шов в виде полосы просветления. Следовательно, небный шов существует и зарращение его происходит в более старшем возрасте. Среди обследованных детей без диастемы линия небного шва оказалась прямой и извилистой, среди которых частота прямого и извилистого небных швов зарегистрирована примерно одинаково (52,4% и 47,6% соответственно). Полученные материалы позволяют отметить, что влияния возраста сказывается на появлении извилистого небного шва

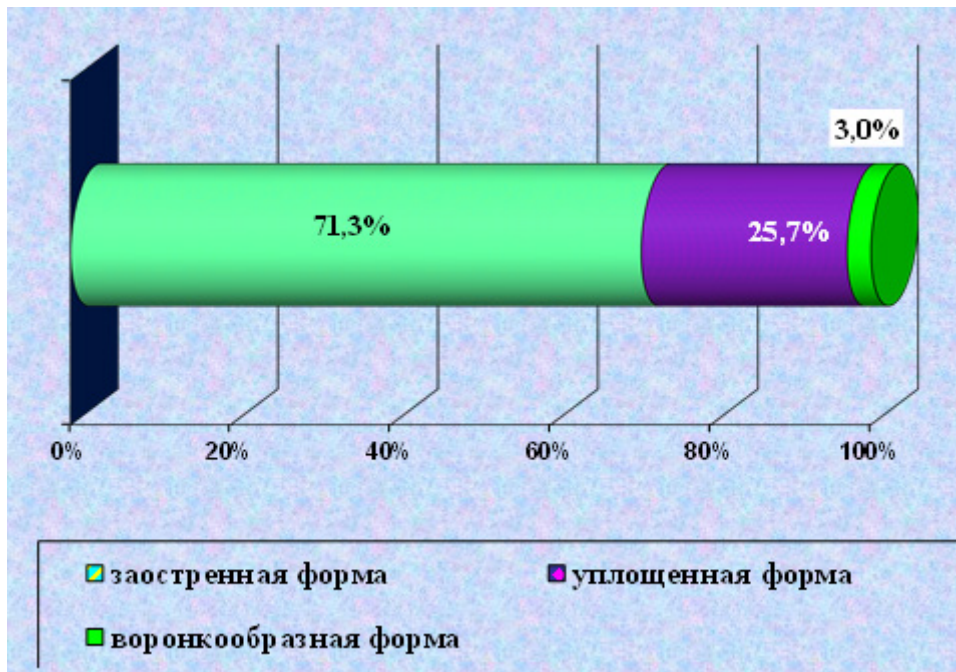


Рисунок 1. Частота распространения формы межальвеолярной перегородки в зоне центральных резцов у детей без диастемы.

очень слабо ($r=0,32$; $p<0,001$), поскольку наибольшая оксификация небного шва в переднем отделе, судя по рентгенологическим материалам, происходит перед и во время прорезывания центральных резцов верхней челюсти, а затем замедляется.

У детей без диастемы ширина небного шва варьирует от 0,1 до 0,7 мм и не зависит от возраста ($r=0,1$). Это позволило рассчитать его ширину в норме у детей 6-14 лет ($0,25\pm 0,03$ мм). При этом нами установлено, что ширина небного шва во фронтальном отделе верхней челюсти слабо связана с его прямолинейностью ($r=0,19$). Также среди

обследованных детей без диастемы преобладала заостренная формы межальвеолярной перегородки (71,3%), уплощенная перегородка обнаружена у 25,7%, воронкообразная – у 3,0% обследованных (рис. 1).

Связь заостренной межальвеолярной перегородки с возрастом детей и прямым направлением шва выражена очень слабо (в обоих случаях $p=0,01$). Более отчетливая связь прослеживалась между заостренной межальвеолярной перегородкой и узким швом ($r=0,51$; $p<0,001$). Следовательно, в сменном прикусе возраст детей мало влияет

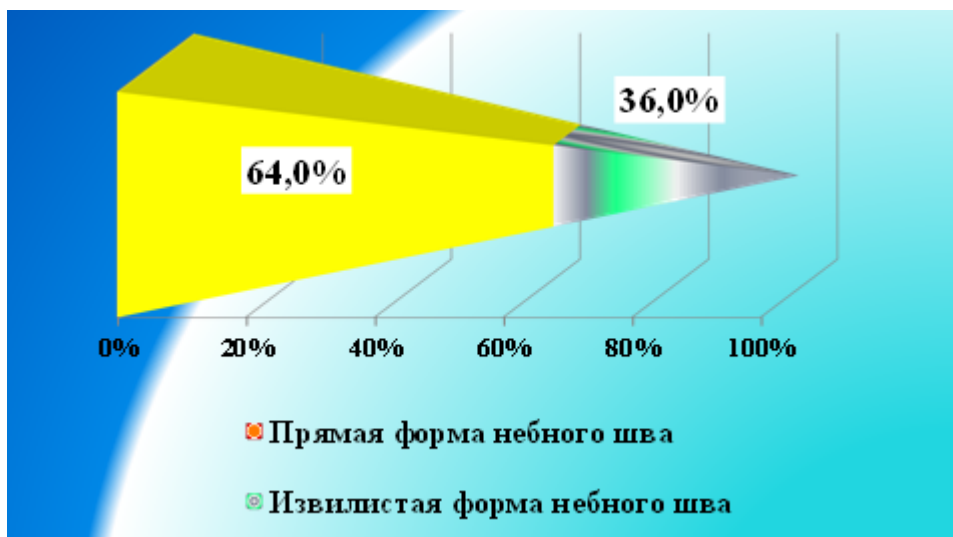


Рисунок 2. Частота распространения формы небного шва у детей с диастемой.

на уплощение межальвеолярной перегородки и заращение небного шва. Несомненная зависимость установлена между заращением небного шва и заостренной межальвеолярной перегородкой.

У детей с диастемой между центральными резцами прямой небный шов выявлен у 64,0% детей, извилистый – у 36,0% (рис. 2), то есть почти в 2 раза ниже. На появление извилистого небного шва еще слабее, чем в норме, влияет увеличение возраста детей ($r=0,21$; $p=0,05$). Ширина небного шва у детей этой группы варьировала от 0,2 до 1,2 мм и не была связана с шириной диастемы ($r=0,02$), что подтверждается расположением центральных резцов верхней челюсти пари диастеме на расстоянии от краев небного шва.

В сменном прикусе сужение небного шва с возрастом очень слабо выражено ($r=0,25$; $p=0,02$). Это позволило высчитать его среднюю ширину. Согласно нашим рентгенологическим данным, в среднем у детей с диастемой небный шов в месте его переднего окончания равен $0,43 \pm 0,02$ мм, что достоверно больше нормы ($p=0,001$) и указывает на недостаточную и более позднюю его оксификацию. Связь между сужением небного шва и появлением его извилистого строения отсутствует ($r=0,002$).

У обследованных нами детей с диастемой заостренная межальвеолярная перегородка обнаружена в 45,3% случаев, сглаженная – в 44,0%, воронкообразная – в 10,7% случаев (рис. 3).

Как свидетельствуют данные рисунки, по сравнению с нормой частота заостренной пере-

родки уменьшена, а воронкообразной – увеличена. Форма межзубной перегородки не зависит от величины диастемы ($r=0,14$; $p>0,1$). Также обнаружена средняя связь между заостренной межальвеолярной перегородкой и узким небным швом ($r=0,48$; $p<0,001$). Из этого следует, что узкий шов, как и в норме, сочетается с заостренной межальвеолярной перегородкой. Форма межзубной перегородки не зависит от величины диастемы ($r=0,14$; $p>0,1$). Обнаружена средняя связь между заостренной межальвеолярной перегородкой и узким небным швом ($r=0,48$; $p<0,001$). Влияние возраста обследованных детей на уплощение и появление воронкообразной межальвеолярной перегородки выражено сильнее, чем в норме ($r=0,57$; $p<0,001$). Связь между шириной небного шва и уплощением межальвеолярной перегородки средняя ($r=0,4$; $p<0,001$).

Устранение диастемы после проведения ортодонтического лечения не изменило направления небного шва. Так, у 24 детей (40,0%), как свидетельствуют данные КЛКТ, сохранился прямой небный шов и у 11 (18,3%) – извилистый. Ширина небного шва у $\frac{1}{4}$ вылеченных детей ортодонтическим способом осталась неизменной. Это касается детей, у которых ширина небного шва находилась в пределах 0,2-0,4 мм. У остальных обследованных детей отмечено сужение небного шва. При этом ширина небного шва составила 0,1-0,6 мм при среднем размере $0,25 \pm 0,02$ мм, т.е. эти параметры нормализовались. Приходится констатировать, что ширина небного шва у детей с диастемой после

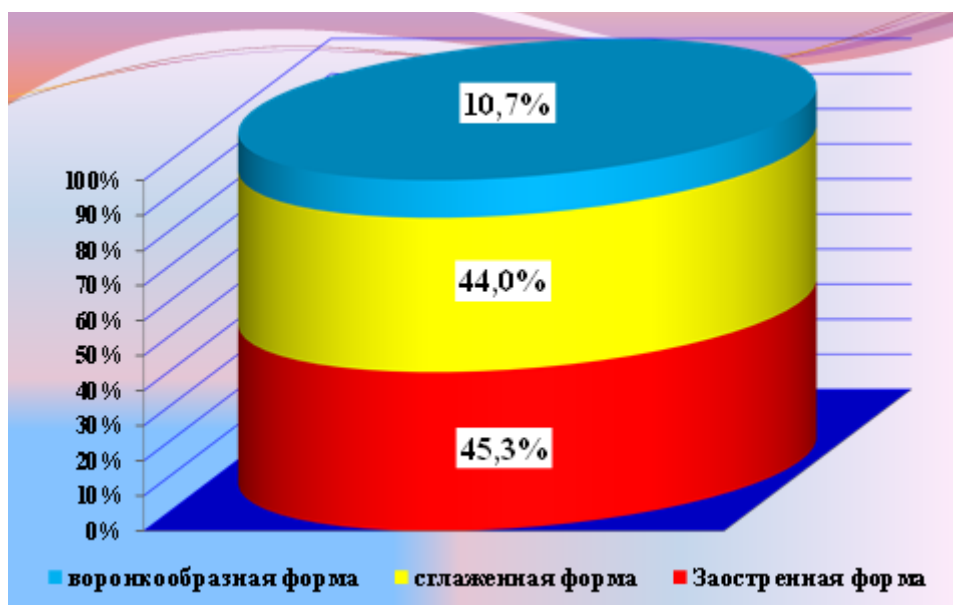


Рисунок 3. Частота распространения формы межальвеолярной перегородки в области центральных резцов у детей с диастемой.

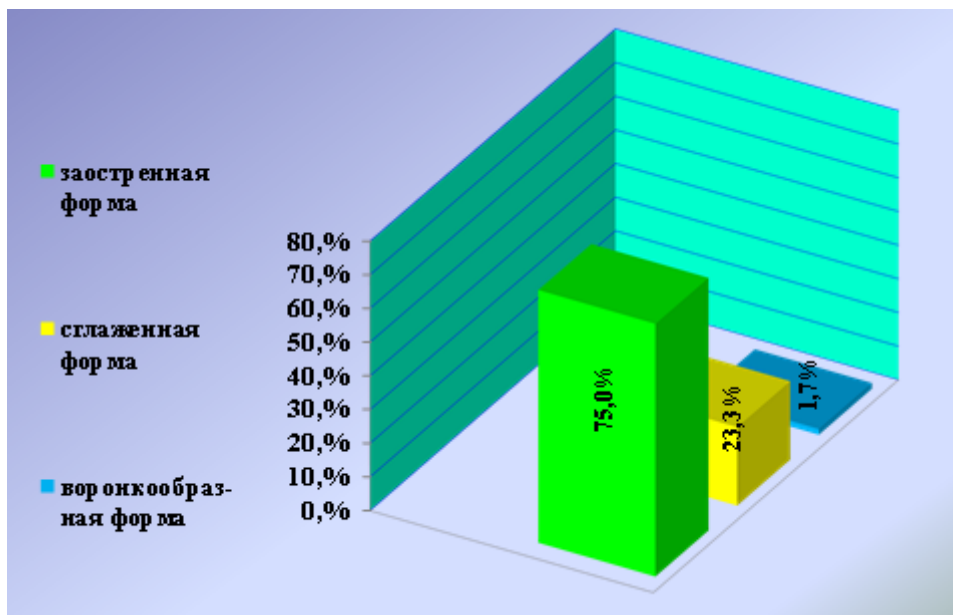


Рисунок 4. Частота распространения формы межальвеолярной перегородки после реализации ортодонтического лечения у детей с диастемой.

осуществления ортодонтического лечения не зависела от возрастного фактора ($r=0,13$).

Во всех случаях, после ортодонтического лечения заостренная межальвеолярная перегородка не претерпела рентгенологических изменений, а сглаженные и воронкообразные межальвеолярные перегородки стали у большинства детей заостренными. В результате, после реализации ортодонтического лечения среди 60 детей заостренная межальвеолярная перегородка выявлена у 45 (75,0%) детей, сглаженная – у 14 (23,3%), воронкообразная – у 1 (1,7%) (рис. 4).

Полученные рентгенологические данные позволяют отметить, что форма межальвеолярной перегородки у детей с диастемой не зависела от ширины небного шва ($r=0,02$). Заостренная межальвеолярная перегородка одинаково часто сочеталась с прямым и извилистым швами ($r=0,44$; $p<0,001$), как и у ортодонтически нелечившихся детей с диастемой (15 человек).

У 35 (58,3%) детей с диастемой прослежено состояние небного шва и межальвеолярной перегородки спустя 1-3 года после ортодонтического лечения. Среди обследованных детей если исходное значение ширина небного шва составляло 0,1-0,5 мм, то после ортодонтического лечения сохранялась неизменной независимо от возраста детей ($r=0,11$). Средняя ширина небного шва равнялась $0,26\pm 0,02$ мм, т.е. соответствовала норме ($p>0,05$). Следовательно, ширина небного шва после ортодонтического лечения диастемы при нарушении

окклюзионного взаимоотношения зубов осталась стабильной.

После проведенного ортодонтического лечения у детей с диастемой в отдаленные сроки наблюдения (спустя 3 года) небный шов у 22 (36,7%) детей стал извилистым, у 13 (21,7%) – остался прямым. Среди обследованных детей с диастемой после ортодонтического лечения извилистый шов не приобрел прямолинейных очертаний. Между возрастом и изменением направленности небного шва зависимости нами не обнаружено ($r=0,16$). Между длительностью наблюдения и появлением извилистого небного шва связь оказалась очень слабым ($r=0,22$; $p=0,05$). В то же время между шириной небного шва после ортодонтического лечения и в отдаленные сроки наблюдения нами установлена средняя связь ($r=0,64$; $p<0,001$). Следовательно, спустя длительное время после сближения центральных резцов у детей с диастемой после ортодонтического лечения в ряде случаев происходит незначительное изменение ширины небного шва. При нарушении окклюзионного взаимоотношения зубного ряда и увеличении его размера может развиваться рецидив диастемы.

В отдаленные сроки наблюдения после ортодонтического лечения нами обнаружены межальвеолярные перегородки различной формы. Так, из 16 детей с заостренной межальвеолярной перегородкой у 12 (75,0%) после ортодонтического лечения она осталась без изменений, у 4 (25,0%) – стала сглаженной.

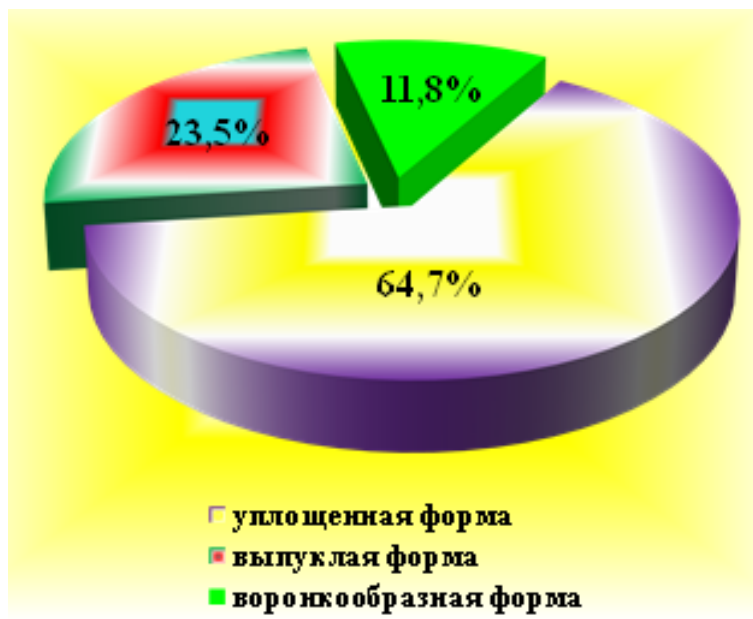


Рисунок 5. Изменение формы межальвеолярной перегородки после ортодонтического лечения у детей с диастемой.

Из 17 детей с уплощенной межальвеолярной перегородкой после сближения центральных резцов верхней челюсти у 11 (64,7%) она осталась уплощенной, у 4 (23,5%) - выпуклой, у 2 (11,8%) - воронкообразной (рис. 5).

Суммируя изложенное выше, можно констатировать, что в период сменного прикуса у детей с диастемой, как следствие нарушения окклюзионного взаимоотношения зубов, небный шов оказался шире, чем у детей без диастемы, что, вероятно, связано с его замедленной и недостаточной оксификацией. Однако ширина диастемы не зависит от ширины небного шва. В норме и при диастеме межальвеолярная перегородка может иметь заостренную, сглаженную и воронкообразную форму.

Таким образом, заостренная межальвеолярная перегородка чаще наблюдается у детей младшего возраста с узким небным швом. Вероятно, хроническая травма межзубного сосочка при диастеме приводит к ее уплощению. Ортодонтическое сближение центральных резцов у детей с диастемой нормализует ширину небного шва и форму межальвеолярной перегородки в большинстве наблюдений. Отдаленные результаты ортодонтического сближения центральных резцов верхней челюсти убеждают в том, что возможно расширение небного шва и появление сглаженности межальвеолярной перегородки. Недостаточно оксифицированный небный шов зачастую служит причиной образования и рецидива диастемы.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 4-5 см. в REFERENCES)

1. Лалетин А.И. Ситуационный анализ заболеваемости врожденными несращениями губы и неба в Кировской области и организация Центра диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области / А.И. Лалетин // *Стоматология*. - 2012. - Т.91, № 2. - С. 51-53.
2. Минаева И.Н. Профилактика зубочелюстно-лицевых аномалий как составляющая комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний / И.Н. Минаева // *Стоматология детского возраста и профилактика*. - 2016. - №3 (4). - С. 33-38.
3. Ушницкий И.Д. Анализ частоты и структуры врожденных аномалий челюстно-лицевой области / И.Д. Ушницкий // *Институт стоматологии*. - 2015. - Т.94, №3. - С. 42-44.

REFERENCES

1. Laletin A.I. Situatsionnyy analiz zaboлеваemosti vrozhdennymi nesrashcheniyami guby i neba v Kirovskoy oblasti i organizatsiya Tsentra dispanserizatsii detey s vrozhdennoy patologiyey chelyustno-litsevoy oblasti [Situational analysis of the morbidity of congenital lip and palate non-unions in the Kirov region and organisation of the Dispensary Centre for children with congenital pathology of the maxillofacial region]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2012, Vol. 91, No. 2, pp. 51-53.
2. Minaeva I.N. Profilaktika zubochelyustno-litseyvykh anomaliiy kak sostavlyayushchaya kompleksnoy programmy profilaktiki stomatologicheskikh zabolevaniy [Prevention of maxillofacial anomalies as a component of a comprehensive dental disease prevention programme]. *Stomatologiya*

detskogo vozrasta i profilaktika - Pediatric dentistry and prevention, 2016, No. 3 (4), pp. 33-38.

3. Ushnitskiy I.D. Analiz chastoty i struktury vrozhdennykh anomalii chelyustno-litsevoy oblasti [Analysis of the frequency and structure of congenital anomalies of the maxillofacial region]. *Institut stomatologii – Institute of dentistry*, 2015, Vol. 94, No. 3, pp. 42-44.

4. Liao Y.F., Mars M. Hard palate repair timing and facial growth in cleft lip and palate: a systematic review. *The Cleft Palate Craniofacial Journal*, 2016, Vol. 43, pp. 563-570.

5. Mooney M.P., Siegel M.I., Kimes K.R. Premaxillary development in normal and cleft lip and palate human fetuses using three-dimensional computer reconstruction. *The Cleft Palate Craniofacial Journal*, 2013, Vol. 28, pp. 49-54.

ХУЛОСА

С.А. Худоёров, Ғ.Ғ. Ашуров, Д.Т. Махмудов

ХУСУСИЯТИ СОХТИ ПАЙВАНДШАВИИ КОМ ВА ДЕВОРАИ БАЙНИАЛВЕОЛАРӢ ҲАНГОМИ ВАЙРОНШАВИИ ТАРАФАЙНИ ОККЛЮЗИОНӢ ДАР БАЙНИ КӢДАКони ДОРОИ ДИАСТЕМА

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусиятҳои рент-

генолгии сохти қисмати пеши пайвандаки ком ва куллаи девораи байниалвеоларии дандонҳои ба ҳам зич ҷойгаршуда ва диастемадошта.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Сохти пайвандаки ком дар байни 63 нафар кӯдакони синнашон 6-14-солаи бе мавҷудияти диастема, ки дорои кариес ва мураккабиятҳои он буданд, ҳамчун меъёри муқаррашуда гирифта шуд (гурӯҳи 1). 75 кӯдакони синну солашон монанди дандонҳои ашқашашон пурра ва диастемадор гурӯҳи дуюмро ташкил доданд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Дар давраи газиши ивазшавандагӣ дар байни кӯдакони диастемадор қисмати пайвандшавии ком, нисбати меъёри муқарраршуда васеътар буда, ки ин ҳолат аз оссификатсияи оҳистагӣ ва нопурра вобастагӣ дорад. Аммо васеънокии диастема аз васеънокии пайвандшавии ком вобастагӣ надорад.

Хулоса. Ҳангоми мавҷудияти меъёри муқарраршуда ва диастема девораҳои байниалвеоларӣ намуди тез, ҳамвор ва қифшақро дорад.

Калимаҳои асосӣ: диастема, пайвандшавии ком, девораи байниалвеоларӣ, дандони газандаи марказӣ, табобати ортодонти.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.348-007.61

doi: 10.52888/0514-2515-2024-361-2-94-100

Н.М. Степанова^{1,2}, В.А. Новожилов^{1,2,3}, Ю.И. Петрова², Ю.А. Тельнова²

БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА У НОВОРОЖДЕННЫХ: ЗАБОЛЕВАНИЯ-«МАСКИ»

¹Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Российская Федерация

²Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Российская Федерация

³Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, Иркутск, Российская Федерация

Степанова Наталия Маратовна - к.м.н., доцент кафедры детской хирургии Иркутского государственного медицинского университета; Тел.: +79245301973; E-mail: dm.stepanova@mail.ru

Описаны 2 клинических случая манифестации клинических симптомов болезни Гиршпрунга у младенцев в виде некротизирующего энтероколита у доношенного новорожденного со спонтанной перфорацией терминального отдела подвздошной кишки и последующих многократных оперативных вмешательств в связи с рецидивом перфораций, несостоятельностью анастомозов после реконструкций кишечной трубки. Казуистичность возникновения перфоративной формы острого аппендицита у новорожденного 3 дней жизни, последующая нарастающая клиническая картина кишечной дисфункции, расцененная как «брюшинные спайки» - редкий пример дебюта и течения аганглиоза толстой кишки.