

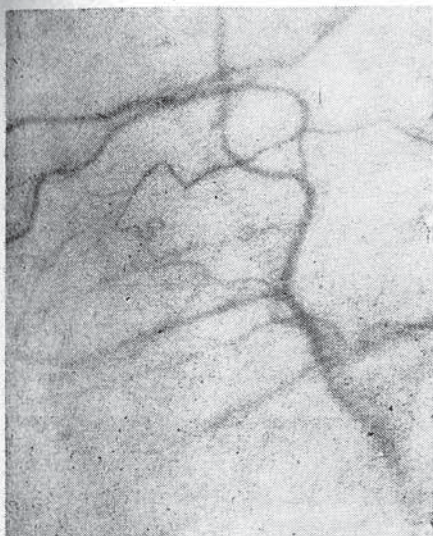


Рис. 2. Фото сосудов конъюнктивы глазного яблока В., 9 лет, страдающего обморочными пароксизмами, возникшими на фоне вегетативно-сосудистой дистонии (артериальная гипотония). $\times 35$.

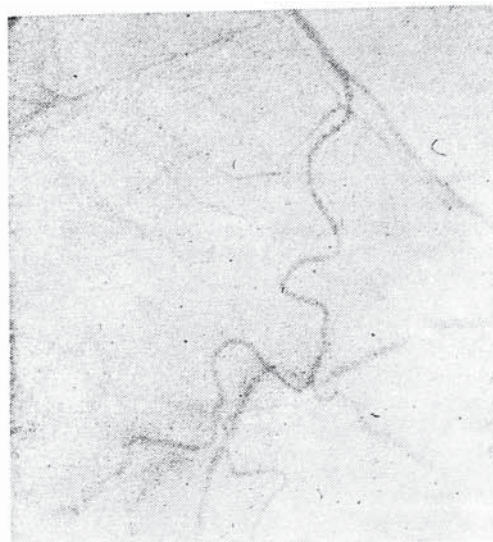


Рис. 3. Фото сосудов конъюнктивы глазного яблока М., 14 лет, страдающей юношеским базофилизмом и вегетативно-сосудистой дисфункцией с пароксизмами артериальной гипертензии. $\times 35$.

Таким образом, у 88,5% детей пубертатного периода с различной клинически значимой вегетативно-сосудистой патологией имеет место нарушение кровообращения на микроциркуляторном уровне, установленное путем биомикроскопии конъюнктивы. Выявляется явная корреляция микроциркуляторных нарушений с состоянием артериального давления: усиление микрососудистого рисунка при артериальной гипотонии и ослабление его с появлением патологической извитости венул и капилляров с образованием клубочков при артериальной гипертензии.

Благодаря статистической достоверности наличия характерных микроциркуляторных нарушений при повышении и понижении артериального давления у детей биомикроскопией сосудов конъюнктивы можно пользоваться как объективным тестом для оценки состояния тонуса макрососудистого русла при вегетативно-сосудистых нарушениях. Простой, практически доступный в любых условиях метод биомикроскопии конъюнктивы может быть применен в целях раннего выявления сердечно-сосудистых заболеваний при проведении массовых осмотров детского контингента и молодых людей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Елизаровский С. И., Журавлев А. Я., Попов М. В. В кн.: Микроциркуляция (материалы I Всесоюзной конференции по микроциркуляции). М., 1972.
2. Волосок Н. И., Александров О. В., Тихомиров А. Н., Семенова Т. И. В кн.: Вопросы морфометрического анализа и элементы моделирования процессов в системе микроциркуляции. М., 1978.

Поступила 22 апреля 1982 г.

УДК 616.314.2—007.26—053.2—073.75

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОГЕНИЧЕСКОГО СООТНОШЕНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ

З. П. Латий, В. Ф. Журавская, Я. Р. Кретьова

Кафедра ортопедической стоматологии (зав.—доц. З. П. Латий) Кубанского медицинского института им. Красной Армии, краевая клиническая стоматологическая поликлиника (главврач—О. В. Серопьян)

Реферат. Проанализировано 105 профильных телерентгенограмм головы больных в возрасте молочного, сменного и постоянного прикуса с прогеническим смыканием зубных рядов. На основании кранио-, гнато- и профилометрических исследова-

ний рассчитаны средние показатели угловых и линейных измерений телерентгенограмм для каждой возрастной группы больных, с которыми сопоставлены средние данные возрастной нормы. Установлено, что в периоде молочного прикуса преобладают зубоальвеолярные формы прогения. В сменном и особенно постоянном прикусе отмечаются нарушение пропорциональности соотношения верхней и нижней челюстей и резкое несоответствие между длиной тела и высотой ветвей нижней челюсти, то есть признаки прогения усиливаются.

Ключевые слова: прогения, телерентгенограмма.

1 таблица. Библиография: 6 названий.

Для диагностики, профилактики и лечения аномалий прикуса большое значение имеет понимание особенностей их формирования в процессе роста и развития зубочелюстной системы. Наиболее информативным методом, дополняющим клиническое обследование больных, является телерентгенография головы (ТРГ), на основании которой можно получить цефалометрические данные размеров лицевого скелета, выявить форму аномалии зубочелюстной системы и уточнить ее локализацию.

Методом ТРГ изучены изменения в лицевом скелете при сагиттальных аномалиях прикуса в период смены зубов и формировании постоянного прикуса [1, 4]. Аналогичных работ, посвященных оценке особенностей молочного прикуса, мы не встретили.

Целью настоящей работы явилось исследование процесса развития прогенического прикуса, выявление особенностей строения зубочелюстной системы при прогеническом соотношении зубных рядов в возрастном аспекте.

Нами проведен цефалометрический анализ профильных ТРГ у 105 пациентов в возрасте от 3 до 25 лет с прогеническим типом смыкания зубных рядов. В соответствии с периодом формирования прикуса они были распределены на 3 группы: в 1-ю вошли 20 детей (11 мальчиков и 9 девочек) с молочным прикусом; во 2-ю — 45 детей (22 мальчика и 23 девочки) со сменным прикусом; в 3-й группе было 40 человек (17 мужчин и 23 женщины) с постоянным прикусом.

Телерентгенограммы выполняли в положении центральной окклюзии, анализ проводили по методу Шварца (1958) с использованием параметров, позволяющих оценить расположение челюстей в пространстве лицевого скелета (краниометрию), их соотношение друг с другом (гнатометрию) и контуры мягких тканей профиля лица (профилометрию).

Для исключения влияния анатомических вариантов строения лицевого скелета на статус, характеризующий аномалию прикуса, нами с помощью краниометрического анализа ТРГ были отобраны больные с однородным типом лица. Используя данные о закономерности пропорций частей лицевого скелета [2, 5, 6], для каждого больного со сменным и постоянным прикусом были вычислены индивидуальная норма длины верхней челюсти, величина тела и ветвей нижней челюсти, с которыми сравнивались их истинные размеры.

Возрастные особенности строения зубочелюстной системы при прогеническом прикусе изучали на основе сравнительной оценки средних данных угловых и линейных измерений ТРГ черепа.

Результаты рентгенологического исследования строения лицевого скелета и зубных рядов у больных с прогеническим прикусом представлены в таблице.

У детей дошкольного возраста (1-я группа) имеется близкое к нормогнатическому сагиттальное расположение обеих челюстей однако отмечается выраженная ретрузия верхних резцов, чем объясняется наличие обратного резцового перекрытия. Если учесть, что в процессе формирования нормального прикуса прирост размера тела нижней челюсти опережает таковой верхней челюсти [2], то можно предположить, что при обратном резцовом перекрытии создаются наиболее благоприятные условия для роста нижней челюсти и ее ветвей, то есть усиления признаков прогения. Сопоставление средних данных длины верхней и нижней челюсти у детей 2-й группы выявило более значительное несоответствие размеров верхней и нижней челюсти. У них в большей степени нарушена пропорциональность строения отдельных участков нижней челюсти. Отсюда можно заключить, что в периоде молочного прикуса наблюдаются преимущественно зубоальвеолярные (ложные) формы прогения, развитие которых может быть обусловлено многочисленными функциональными отклонениями в зубочелюстной системе, свойственными детям раннего возраста и играющими роль этиологического фактора в возникновении аномалии прикуса.

В периоде сменного прикуса усиливается несоответствие с нормой средних данных, характеризующих как величину, так и положение нижней челюсти. При этом установлено достоверное отклонение от нормы длины тела и высоты ветвей нижней челюсти ($P < 0,01$), значений углов ANB, MM, отражающих соотношение челюстей

Средние угловые и линейные цефалометрические показатели в процессе формирования прогенического прикуса

Параметры ТРГ	Молочный прикус	Сменный прикус		Постоянный прикус	
	прогения	норма	прогения	норма	прогения
$\angle ANB, ^\circ$	$-0,5 \pm 0,5$	$4,1 \pm 1$	$-2,8 \pm 0,4$	$3,4 \pm 0,3$	$-5,3 \pm 0,5$
$\angle MM, ^\circ$	$91,6 \pm 1,4$	96 ± 3	$88,4 \pm 1,2$	$93,8 \pm 0,8$	$87,9 \pm 1,6$
$\angle AB, ^\circ$	$91,5 \pm 1,3$	—	$87,7 \pm 1,2$	—	$87,8 \pm 1,7$
$\angle \bar{i} - Sp^P, ^\circ$	$79,5 \pm 2,0$	—	$65,4 \pm 1,8$	$66,1 \pm 2,2$	$61,4 \pm 1,6$
$\angle \bar{i} - MP, ^\circ$	$93,3 \pm 2,2$	—	$96,6 \pm 1,4$	$85,7 \pm 1,0$	$96,8 \pm 1,8$
$\angle Q_0, ^\circ$	$144,4 \pm 2,8$	127 ± 7	$137,4 \pm 1,6$	$126,8 \pm 0,7$	$136,1 \pm 1,6$
$\angle T, ^\circ$	—	—	$-5,8 \pm 1,0$	$13,4 \pm 1,0$	$-4,3 \pm 1,2$
Длина тела верхней челюсти, мм	$42,8 \pm 0,5$	$45,7 \pm 0,4$	$45,4 \pm 0,5$	$48,0 \pm 0,3$	$47,4 \pm 0,9$
Длина тела нижней челюсти, мм	$62,6 \pm 0,9$	$68,6 \pm 0,5$	$71,2 \pm 0,6$	$72,0 \pm 0,5$	$79,0 \pm 0,8$
Высота ветвей, мм	$45,0 \pm 1,8$	$48,7 \pm 0,6$	$51,7 \pm 0,8$	$51,3 \pm 0,3$	$59,1 \pm 1,2$

Примечание. Угловые средние размеры нормы для сменного прикуса приведены по данным А. П. Колоткова (1963), для постоянного — по данным Ф. Я. Хорошилкиной (1976), соответственно линейные размеры нормы вычислены по данным А. П. Колоткова (1963). Размеры нормы вычислены по данным А. П. Колоткова (1963). Сведений о размерах нормы для молочного прикуса в литературе нет.

в передне-заднем направлении ($P < 0,001$). Угол ANB у детей 2 и 3-й групп почти во всех случаях имел отрицательное значение, что свидетельствовало о положении тела нижней челюсти впереди верхней. Аналогичным было изменение профильного угла T, характеризующего положение подбородка относительно подносовой точки.

Из данных таблицы также видно, что у больных 3-й группы возрастает отрицательное значение угла ANB ($P < 0,001$). Следовательно, вместе с формированием постоянного прикуса при прогеническом смыкании зубов усугубляется мезиальное расположение нижней челюсти по отношению к верхней и передней точки основания черепа (точка n), при этом изменения положения подбородка и апикального базиса нижней челюсти (значения углов MM и AB) почти равнозначны. Сравнительная оценка размеров челюстей в возрастном аспекте показывает, что у больных 2 и 3-й групп отмечается преобладание длины тела и высоты ветвей нижней челюсти над их индивидуальной нормой, в то время как размеры верхней челюсти остаются близкими к норме.

Показательны возрастные изменения угла наклона резцов по отношению друг к другу и к плоскости основания верхней и нижней челюсти. Наибольший угол наклона верхних резцов, указывающий на их ретрузию, установлен в молочном прикусе. В сменном и постоянном прогеническом прикусе этот угол уменьшается, что можно объяснить появлением вестибулярного наклона верхних центральных резцов, возможно, от увеличения давления языка.

Наибольшее несоответствие угловых и линейных размеров челюстей по сравнению со средними данными нормы отмечается у больных 3-й группы, у которых более выражены и лицевые признаки прогения. Все эти изменения в строении зубных рядов у лиц с прогеническим прикусом в сочетании с возрастающим отрицательным значением угла ANB и линейных размеров нижней челюсти характеризуют усиление с возрастом признаков прогения.

Данные исследования подтверждают необходимость выявления и лечения прогенического прикуса еще до окончания развития зубочелюстной системы. Легко устранимая зубоальвеолярная форма прогения, преобладающая в молочном прикусе, в процессе роста зубочелюстной системы усиливается и характеризуется значительным увеличением по сравнению с возрастной нормой всех линейных размеров нижней челюсти, нарушением синхронности в развитии верхней и нижней челюсти, изменением наклона зубов и пропорциональности соотношения длины тела и высоты ветвей нижней челюсти.

Лечение резко выраженной прогения требует продолжительного времени, сочетанных методов лечения и не всегда обеспечивает эстетический и функциональный эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демнер Л. М., Колотков А. П. В кн.: Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. Казань, 1969.— 2. Колотков А. П. Стоматология, 1963, 4.— 3. Хорошилкина Ф. Я. Телерентгенография в ортопедии. М., Медицина, 1976.— 4. Hitti H. Röntgen-Kephalometrische Untersuchung bei Rückbiss-Patienten zur Beurteilung skeletaler Wachstumserwartung. Diss. Mainz, 1973.— 5. Korkhaus C. Fortschr. Kieferorthop., 1959, 20, 1.— 6. Schwarz A. M. Die Röntgenostatik. Wien—Innsbruck, 1958.

Поступила 16 июня 1981 г.

УДК 616.34—007.44—053.2—07—035.7—08—07

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

В. В. Подкаменев, В. Н. Шатунов, В. И. Булашов

*Кафедра хирургии детского возраста (зав.—проф. М. Р. Рокицкий) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Реферат. Проводится анализ ошибок в диагностике и лечении 49 детей с инвагинацией кишечника по историям болезни. Наиболее частыми причинами диагностических ошибок являются неправильная оценка кровянистых выделений из прямой кишки, недостаточно внимательное обследование больного, слабое использование дополнительных методов исследования, пренебрежение предоперационной подготовкой при тяжелом состоянии ребенка, нерациональный выбор метода обезболивания и неправильное послеоперационное ведение больных.

Ключевые слова: инвагинация кишечника у детей, диагностические, лечебные ошибки.

Библиография: 5 названий.

Анализу ошибок при инвагинации кишечника у детей посвящены многочисленные исследования. Являясь самым частым видом острой кишечной непроходимости, инвагинация до сих пор остается заболеванием с высокой летальностью — от 5 до 24% [5].

Нами проведен анализ 49 историй болезни детей, леченных по поводу инвагинации кишечника в детской республиканской клинической больнице с 1978 по 1980 г. Кроме того, изучено 10 историй болезни детей, умерших от острой кишечной инвагинации в центральных районных больницах ТАССР за 1979 г.

Ошибки в диагностике заболевания. Анализируя истории болезни детей с запущенными формами инвагинации и летальные случаи, мы отметили, что наиболее частой причиной ошибок в диагностике среди врачей первого звена является дезинтерия, что еще раз подтверждает данные ряда авторов [1, 2]. Неправильная оценка кровянистых выделений из прямой кишки врачами скорой помощи и участковыми педиатрами — основная причина несвоевременной госпитализации таких детей в хирургическое отделение.

Приведем характерный пример. И., 6 мес, направлена в инфекционное отделение детской больницы через 8 ч от начала заболевания с диагнозом — острая дизентерия, токсическая форма. Заболела внезапно, появились приступообразные боли в животе, стул со слизью и кровью. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Осмотрена хирургом — диагноз острого хирургического заболевания отвергнут. Назначена дезинтоксикационная и антибактериальная терапия по поводу острой дизентерии. Однако улучшения не наступило, и ребенок умер через 12 ч с момента поступления. Патологоанатомический диагноз: инвагинация тонкой кишки в толстую, некроз слизистой и мышечного слоя тонкой кишки.

Это наблюдение подтверждает мнение М. Р. Рокицкого (1979) о том, что «неправильная оценка симптома кишечного кровотечения при инвагинации связана с прочно сложившимся стереотипом в педиатрическом мышлении: кровянистый стул — дизентерия. Следует иметь в виду, что применительно к грудным детям с острыми приступообразными болями в животе появление кровянистой слизи из заднего прохода в подавляющем большинстве случаев равносильно диагнозу инвагинации кишок!».

Наиболее частой причиной диагностических ошибок среди врачей участковой сети и скорой помощи является отказ от динамического наблюдения за ребенком с подозрением на инвагинацию. Приступообразный характер болей, длительность