

Приводим следующие два наблюдения. У больной С. в 1977 г. в возрасте 2,5 лет была обнаружена ретинобластома III стадии с прорастанием в зрительный нерв на правом глазу и ретинобластома I стадии (очаг = $\frac{2}{3}$ диска зрительного нерва) — на левом. Произведены экзентерация правой орбиты, рентгенотерапия левого глаза и химиотерапия. В возрасте 3,5 лет сделана экстракция лучевой катаракты. В 1986 г. мальчику было 9 лет, учится в школе слабовидящих. При объективном осмотре: на правом глазу — эктопротез, острота зрения левого глаза с афакической коррекцией 0,1. Периодически обостряется лучевой кератит.

У больной М. в 1981 г. в 10-месячном возрасте была диагностирована ретинобластома правого глаза I стадии. Произведена энуклеация. Гистологически прорастание опухоли в зрительный нерв не установлено. Через 14 месяцев возник рецидив опухоли правого глаза, а в левом был обнаружен очаг опухоли, равный $\frac{1}{3}$ диска зрительного нерва. От экзентерации правой орбиты, рентгено- и химиотерапии ребенка мать отказалась. За 2 месяца рецидивирующая опухоль достигла размера головки

новорожденного, занимала область щеки, имела вид бугристого образования, злобно пахнущего, периодически сопровождалась обильным кровотечением. Общее состояние ребенка было удовлетворительным. В отделении реанимации опухоль вместе с веками, надкостницей из орбиты была удалена. Обнаружилось ее прорастание в гайморову и решетчатые пазухи носа. Через 2 недели опухоль вновь заполнила всю орбиту, достигнув прежней величины. Девочка умерла через 4 месяца.

Таким образом, своевременная диагностика и энуклеация глазного яблока при I стадии односторонней ретинобластомы сохраняет жизнь всем больным. При опухолях II и III стадии необходим полный курс лечения, в противном случае летальный исход неминуем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дымшиц Л. А. // Основы офтальмологии детского возраста. — М., Медицина, 1970.
2. Мазина В. О., Глуховская С. С. // В кн.: Материалы I Всероссийского съезда офтальмологов. — М., 1963.
3. Пачес А. И., Бровкина А. Ф., Зиангирова Г. Г. // В кн.: Клиническая онкология органа зрения. — М., Медицина, 1980.

Поступила 10.02.87.

Дж 616.314—007:616.314.17—073.173—073.75

ПОРАЖЕНИЯ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Н. Х. Хамитова

Кафедра стоматологии детского возраста (зав.— проф. Х. М. Сайфуллина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Для диагностики заболеваний пародонта, оценки эффективности лечения применяют такие методы исследования, как рентгенодиагностика и реопародонтография. Особую ценность имеет рентгенодиагностика, которая позволяет объективно установить состояние костной ткани альвеолярного отростка и тела челюсти [2]. В диагностике заболеваний пародонта в детском возрасте [1, 4, 5] весьма информативна реопародонтография, так как дает возможность длительно и непрерывно регистрировать кровоток без нарушения физиологических условий исследуемого участка.

Эти распространенные диагностические методы были применены нами для оценки состояния тканей пародонта у детей с зубочелюстными аномалиями. Было проанализировано 109 рентгенограмм у 102 детей в возрасте от 10 до 14 лет. Общую рентгенологическую картину состояния костной ткани челюсти изучали по дентальным снимкам. Производили 3—4 снимка в об-

ласти центральных резцов, второго премоляра и первого моляра на обеих челюстях, что давало возможность изучать структуру костной ткани в области всех групп зубов, а не только на участках с выраженными признаками заболеваний краевого пародонта.

Для определения состояния сосудов при сочетании аномалий прикуса с заболеваниями пародонта было проведено реопародонтологическое обследование 109 детей и подростков. Всего было получено 150 реограмм, выполненных по биполярной методике. Репародонтограммы (РПГ) были проанализированы по реографическому индексу (РИ), показателю тонуса сосудов (ПТС), индексу эластичности сосудов (ИЭ), индексу периферического сопротивления (ИПС). Контрольную группу составили 35 здоровых детей.

В процессе изучения рентгенограмм выявлено, что высота межзубных перегородок в большинстве случаев находится у эмалево-цементной границы или ниже ее на 1 мм.

Вершины межзубных перегородок в области резцов заострены, причем в области центральных резцов верхней челюсти несколько раздвоены, а в области жевательных зубов представлены в виде трапеции. Пародонтальная щель на всем протяжении равномерная, твердая кортикальная пластинка отчетливо выражена.

Анализ рентгенограмм при сочетании патологии пародонта с зубочелюстными аномалиями показал различные изменения альвеолярного отростка у 82% обследованных: при хроническом катаральном гингивите — у 78%, хроническом гипертрофическом гингивите — у 93,7%, пародонтите — у 100%. При этом остеопороз вершин межальвеолярных перегородок встречался в 35,3% случаев, расширение пародонтальной щели — в 8,8%, нарушение непрерывности компактной пластинки — в 20,6%, уплощение вершин межальвеолярных перегородок — в 16,2%, обнажение корня зуба на $\frac{1}{3}$ — в 19,1%.

Результаты изучения реопародонтограмм у детей с сочетанной патологией представлены в таблице.

Показатели реопародонтографии у детей в норме и при заболеваниях пародонта, сочетающихся с зубочелюстными аномалиями ($M \pm m$)

Реографические показатели	Состояние гемодинамики пародонта		P
	контроль	хронический гингивит и аномалии прикуса	
РИ, ом	0,26±0,02	0,24±0,02	>0,2
ПТС, %	15,5±0,8	17,8±0,8	<0,01
ИЭ, %	69,5±2,7	62,6±2,6	<0,05
ИПС, %	113,9±3,5	142,4±6,6	<0,01

По-видимому, отсутствие статистически достоверных различий между величинами реографического индекса в контроле и у детей с патологией пародонта объясняется тем, что при биполярной методике измерения колебания основной амплитуды РПГ зависят от функционального состояния наиболее крупных сосудов [3]. Показатель тонуса сосудов у детей при сочетании нарушений пародонта и прикуса был более высоким, что свидетельствовало о достоверном возрастании тонуса сосудов. Индекс эластичности у детей при патологии пародонта имел тенденцию к снижению. Индекс периферического сопротивления у детей с заболеваниями краевого пародонта и зубочелюстными аномалиями резко повышался.

Таким образом, при сочетании патологии пародонта и зубочелюстных аномалий в 82% случаев рентгенологически наблюдаются различные патологические изменения альвеолярного отростка, а также нарушение гемодинамики пародонта в результате изменения тонуса и периферического сопротивления сосудов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова Г. Г. // Функциональная диагностика в стоматологии. — М., 1984.
2. Виноградова Т. Ф. // Заболевания краевого пародонта у детей. — Учебное пособие. — М., 1978.
3. Логинова Н. К. // Стоматология. — 1980. — № 2. — С. 21—23.
4. Микулина Т. М., Журавлева П. П. // Профилактика и лечение стоматологических заболеваний. — Алма-Ата, 1983.
5. Пиликин А. С., Мясковский Д. Г. // Стоматология. — 1979. — № 2. — С. 60—63.

Поступила 25.01.88.

УДК 616.711+616.832]—053.31—001.3—02:616.3—073.75

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ОБУСЛОВЛЕННЫХ РОДОВЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Р. Ф. Акберов

Кафедра рентгенологии (зав.— проф. М. К. Михайлов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

До настоящего времени недостаточно изучен патогенез срыгиваний и рвоты у новорожденных. Одни исследователи [9] объясняют их происхождение тупым углом Гиса, но не исключают и неврологическую природу. Другие [3, 4, 11] указывают, что частой причиной срыгиваний и рвоты у новорожденных и грудных детей является нарушенное созревание органов и систем. М. Ф. Дещекина [2] считает причиной срыгивания, рвоты и развития рефлюкс-эзофа-

гита посттравматическую гипоксическую энцефалопатию. Чрезвычайно интересен факт, установленный С. Я. Долецким [3]: у 20% таких детей была родовая травма. По данным других исследователей [2], пилороспазм, динамическая кишечная непроходимость у новорожденных обусловлены главным образом родовой травмой головного мозга.

Как показали наблюдения детских невропатологов [8], а также патоморфологиче-