

Учитывая общие методические требования к выполнению исследований, они были условно разделены на 4 этапа, предусматривавшие:

1. общую подготовку к проведению хронометражных наблюдений;
2. проведение хронометражных измерений;
3. обработку полученных данных;
4. анализ результатов исследования.

Определение затрат рабочего времени стоматолога при расчете показателя ИРОПЗ было осуществлено на основании данных хронометражных измерений процесса при оценке боковых зубов с различной величиной дефекта у 27 человек в полости рта, а так же на диагностических моделях.

Определялись показатели прямым и непрямым методом, используя компьютерные технологии анализа.

На полученное большое количество замеров, в виде абсолютных чисел (варианты), составляли вариационные ряды. Статистическую обработку вариационных рядов производили с учетом получения средней арифметической взвешенной, среднеквадратического отклонения и средней ошибки средней арифметической взвешенной величины всех элементов операций.

Результаты и их обсуждение

Переменно-повторяемые врачебные затраты времени при определении ИРОПЗ было проведено на основании полученных данных хронометражных измерений диагностического процесса.

На основании анализа методов определения ИРОПЗ и данных фотохронометражных наблюдений были определены наиболее характерные элементы процесса определения этого индекса. Основные элементы были сгруппированы и сведены в единую универсальную таблицу процесса поэтапного определения ИРОПЗ (табл. 1).

Приведенные в таблице показатели позволяют оперативно рассчитать оптимальную норму времени необходимого для определения ИРОПЗ различными методами.

Характер представленных в таблице основных элементов операций и индексация времени, затраченного на их проведение, позволяют определить переменно-повторяемые (ПП) затраты времени врача на каждый элемент определения ИРОПЗ. Это делает возможным вычисление временных нормативов на определение ИРОПЗ для конкретного клинического случая.

УДК 616.314-091..616.716.8 -053.2—056-266

НОВЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ СТИГМ ДИЗЭМБРИОГЕНЕЗА ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ И ЛИЦЕВОЙ СИСТЕМЫ С ПОЗИЦИИ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ИНВАЛИДИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ



Мусаев У.Ю.
Ризаев Ж.А.
Шомурадов К.Э.

Ташкентский государственный
стоматологический институт

Резюме

В работе представлены результаты профилактических осмотров широкого контингента (620) школьников г. Ташкента, в рамках программы «скрининг-тестирование» в возрасте 7-18 лет и клинического обследования 118 пациентов, состоящих на диспансерном учете и лечении по поводу наследственных и врожденных заболеваний (синдрома Дауна, хондродистрофии, фосфат-диабета, врожденных вывихов и дисплазии тазобедренного сустава, врожденных пороков сердца) по выявлению стигм дизэмбриогенеза зубочелюстной и лицевой системы.

Результатами проведенных исследований установлено, что количество стигм у школьников не более 1-4, тогда как во второй группе больных выявлены не менее 4-5 стигм у 28.8% и 5-6 стигм у 17.8% пациентов. Это требует дальнейших лабораторно – инструментальных исследований и лечения больных в специализированных стоматологических учреждениях для выявления грубых врожденных макроаномалий развития, которые имеют особую актуальность.

Ключевые слова: стигмы дизэмбриогенеза, зубочелюстная и лицевая система, скрининг-тестирование, школьники 7-18 лет, больные с наследственными и врожденными патологиями, оценка инвалидизации.

Актуальность. Согласно литературным данным последних лет, в общей структуре врожденных пороков развития с каждым годом все больше регистрируются малые аномалии

развития органов и систем (стигм дизэмбриогенеза). Так, в отличие от узких специалистов, врачу - стоматологу приходится осуществлять осмотр, консультирование и лечение широкого контингента пациентов. Внешне малоприметные, но важные в диагностическом и прогностическом планах, определение малых аномалий развития (МАР) помогут врачу - стоматологу в его повседневной работе. [1,2]. В практической стоматологии МАР нередко расцениваются как функциональная стоматологическая патология, не требующая постоянной диспансеризации и лечения. Наметившаяся в последние годы недооценка стоматологами роли МАР в возникновении серьезных стоматологических осложнений неоправдана. Поэтому, в настоящее время в стоматологии актуальной стала проблема стигм дизэмбриогенеза зубочелюстной и лицевой системы в аспекте их формирования в инвалидизацию населения. Изучение распространенности врожденных пороков развития и наследственных заболеваний зубочелюстной и лицевой системы имеют особую актуальность в связи с их значительным вкладом в структуру причин мертворождаемости, смертности, а также инвалидизации населения [1,2,3,4]. Однако, при достаточном числе исследовательских работ по клинико-эпидемиологической значимости грубых врожденных макроаномалий развития, недостаточно научных публикаций по диагностике и реабилитации стигм дизэмбриогенеза зубочелюстной и лицевой системы, особенно в их сочетанном течении с другими пороками развития, являющиеся как причины формирования инвалидизации населения.

Учитывая изложенное, в помощь широкому кругу врачей-стоматологов целесообразно цитировать перечень стигм дизэмбриогенеза зубочелюстной и лицевой системы (Таблица).

Цель исследования

Определения частоты и значимости стигм дизэмбриогенеза зубочелюстной и лицевой системы в формировании инвалидизации населения.

Методы исследования

В рамках профилактических осмотров в семейных поликлиниках г. Ташкента согласно программы «скрининг-тестирование» обследовался широкий контингент (620) школьников в возрасте 7-18 лет и 120 пациентов, состоящих на диспансерном учете и лечении при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (врожденные пороки сердца), врожденных вывихах и дисплазии тазобедренного сустава и других наследственных заболеваниях (синдром Дауна, хондродистрофии, фосфат-диабета и др).

В клиническом стоматологическом обследовании пациентов проводился внешний осмотр конфигурации лица, учитывались формы черепа, лица, носа, век, ушных раковин, аномалий глаз, состояние неба, языка. Принималось во внимание также неправильное формирование твердых тканей, челюстно-лицевые аномалии (включая аномалии прикуса), аномалии положения зубов и соотношения зубных дуг, изменения цвета зубов, задержка зубного корня, а также основные аномалии размеров челюстей, ушных раковин, зубного ряда на фоне нарушении осанки, расположения пальцев рук и стоп. В диагностике различных стигм дизэмбриогенеза зубочелюстной и лицевой системы учитыва-

лись также их интеграция с другими пороками развития органов и систем (сердечно-сосудистой системы, почек, органы пищеварения, скелета, опорно-двигательные сферы, зрения, слуха и др). В необходимых случаях проводились лабораторно-инструментальные исследования.

Таблица. Основные дизэмбриогенетические стигмы (по Журба Л. Т.)

Локализация	Характер аномалии
Череп	Форма черепа микроцефалическая, гидроцефалическая, брахицефалическая, долихоцефалическая, асимметричная; низкий лоб, резко выраженные надбровные дуги, нависающая затылочная кость, уплощенный затылок, гипоплазия сосцевидных отростков
Лицо	Прямая линия скошенного лба и носа. Монголоидный или антимонголоидный разрез глаз. Гипо- и гипертелоризм. Седловидный нос, уплощенная спинка носа, искривленный нос. Асимметрия лица. Макрогнатия, микрогнатия, прогения, микрогения, раздвоенный подбородок, клиновидный подбородок
Глаза	Эпикант, индианская складка века, низкое стояние век, асимметрия глазных щелей, отсутствие слезного мясца (третье веко), дистихиаз (двойной рост ресниц), колобома, гетерохромия радужной оболочки, неправильная форма зрачков
Уши	Большие оттопыренные уши, малые деформированные уши, разновеликие уши, различный уровень расположения ушей, низко расположенные уши. Аномалия развития завитка и противозавитка, приращение мочки ушей. Добавочные козелки
Рот	Микростомия, макростомия, «рыбий рот», высокое узкое небо, высокое уплощенное небо, аркообразное небо, короткая уздечка языка, складчатый язык, раздвоенный язык
Шея	Короткая длинная, кривошея, крыловидные складки, избыточные складки
Туловище	Длинное, короткое, грудь вдавленная, куриная, бочкообразная, асимметричная, большое расстояние между сосками, добавочные соски, агенезия мечевидного отростка, диастаз прямых мышц живота, низкое стояние пупка, грыжи
Кисти	Брахидактилия, арахнодактилия, синдактилия, поперечная борозда ладони, сгибательная контрактура пальцев, короткий изогнутый V палец, искривление всех пальцев
Стопы	Брахидактилия, арахнодактилия, синдактилия, сандалевидная щель, двузубец, трезубец, плоская стопа, нахождение пальцев друг на друга
Половые органы	Крипторхизм, фимоз, недоразвитие полового члена, недоразвитие половых губ, увеличение клитора
Кожа	Депигментированные и гиперпигментированные пятна, большие родимые пятна с оволосением, избыточное локальное оволосение, гемангиомы, участки аплазии кожи волосистой части головы

Примечание. Диагностическое значение имеет обнаружение у больного 5-и и более стигм одновременно.



Рис.1. Врожденный деформации глазницы умеренная гипоплазия крыльев носа, у ребенка 14 лет с ангиродотической эктодермальной дисплазией:



Рис.4. Гипоплазия крыльев носа, плоский удлинённый фильтр, микростомия у девочки 1,2 лет с кранио-карпо-тарзальной дисплазией



Рис.2. Верхняя микрогнатия (ложная прогения) у девочки 16 лет



Рис.5. Выпуклый лоб, расщелина носа, сдавленные виски, отечные веки, страбизм, полные щеки, удлинённый фильтр, выступающая нижняя губа у ребенка с синдромом Вильямса: синдром «лица эльфа»



Рис.4. Гипопластичная свернутая ушная раковина, преаурикулярные выросты у девочки 7 лет с синдромом Таунса – Брокса



Рис.6. Зубочелюстные аномалии (ЗЧА) – состояния, которые включают наследственные нарушения развития зубочелюстной системы и приобретенные аномалии, выражающиеся в аномалиях зубов, челюстных костей и соотношении зубных рядов различной степени тяжести.

Результаты и их обсуждение

В результате проведенных исследований у пациентов при первичном осмотре выявлены наиболее часто следующие малые формы пороков развития зубочелюстной и лицевой системы: своеобразное «птичье лицо» (у 2 больных), неправильное строение и асимметрия ушных раковин, эпикант (третье веко), седловидный нос, гипертелоризм глаз (у 5 пациентов), борозд на языке и раздвоение мягкого неба и расщелины мягкого и твердого неба (у 5), короткая уздечка языка, аномалии расположения зубов и прикуса в виде прогнатии, микрогнатии (у 11), неправильный рост зубов (у 25 больных). Установлены также интеграция малых аномалий зубочелюстной и лицевой сферы с пороками развития сердечно-сосудистой системы (у 4 пациентов), дисплазией тазобедренного сустава (у 6), с отсутствием слухового прохода и глаз (у 2), врожденной гидроцефалией, крипторхизма, гипоспадии (у 3), spina-bifida, гастрошизисом, атрезией заднего прохода, экстрофией мочевого пузыря (у 8 больных) в другой группе обследованных пациентов.



Рис.7. Дефекты некариозного происхождения. Аномалия развития зубов и челюсти

Следовательно, в последнее время появляется все больше данных, говорящих о развитии при этом ряда нежелательных эффектов, которые формируются в результате воздействия на плод внутриутробной инфекции и токсических веществ. Побочные инфекционно-токсические воздействия может иметь характер мутагенного, тератогенного, эмбрио- и фетотоксического эффектов. Что касается мутагенного воздействия, то по данным литературы, нарушения в структуре хромосом не только оказывают отрицательное действие на весь организм, но и приводят к передаче по наследству дефектных генов, что следует учесть в разработке новых лечебно – патогенетических средств в комплексной терапии [5,6,7].

Оценка стигм дизэмбриогенеза показала, что количество стигм у школьников выявлено не более 1-4. Однако, по количеству внешних стигм во второй группе обследованных больных установлены не менее 4-5 стигм у 32 больных (26,7%), были также выявлены 5-6 стигм у 16 пациентов (16,8%), что требует дальнейших лабораторно – инструментальных исследований и лечения больных в специализированных стоматологических учреждениях.

Заключение

Таким образом, результатами проведенных исследований в двух группах пациентов установлено наличие часто стигматизации зубочелюстной и лицевой системы, которые в ряде случаев интегрируются с признаками дисплазии и врожденными пороками развития органов и систем, что, несомненно, отягощают течение малых аномалий развития и приводят к инвалидизации населения. Это диктует данных групп пациентов считать группами высокого риска и их обследование в условиях стационара для поиска «большой» стоматологической патологии в диагностике и разработке лечебнопрофилактических технологий при массовых профилактических осмотрах программой «скрининг-тестирование».

Список литературы

1. Андреева Л.П. Кулешов Н.П. Мутувик Г.Р. и др. Наследственные и врожденные болезни: вклад в детскую заболеваемость и инвалидность, подходы к профилактике // Педиатрия, 2007, 86 (3), - С. 8-14.
2. Абрамченко В.В. Шабалов Н.П. Клиническая перинатология. Петрозаводск. «Интел Тек», 2004. - 424 с.
3. Детская терапевтическая стоматология (под ред. проф. Л.П. Кисельниковой). Москва. 2009. - 208 с.
4. Дзалаева З.К. и др. // Эколого-физиологические проблемы адаптации. 2003. - С. 166-167
5. Вестник новых медицинских технологий. 2008. -Т. XV, №3, -С. 175 (интернет ресурс)
6. De Flora S., Ramel // Mytat. Res. - 1988. - Vol. 2-10. 285-306 (интернет ресурс)
7. Лапина Т.Л. // Клин. фармакол. и тер. 2006, -Т. 15, №1, - С. 32-35



ИНФОРМАЦИЯ +

С другими материалами по теме стоматологии вы можете ознакомиться

НА САЙТЕ WWW.TSDI.UZ

обратившись к разделу «Наука»: «Научные доклады, семинары, статьи»