

References

1. Andreyeva Ye. I., Unanova I. A., Aleksandrovich G. A., Saneyeva G. A., Morozova N. N. Rol zhirovy tkani v razvitiye metabolicheskikh narusheny, gastroezofagealnoy reflyuksnoy bolezni u bolnykh sakharnym diabetom 2 tipa v sochetanii s ozhireniyem. Mater. III konf. geriatrov Severo-Kavkazskogo federalnogo okruga»Kachestvo zhizni lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta – zerkalo zdorovya naseleniya». Pyatigorsk; 2012. P. 48-49.
2. Ivashkin V. T., Trukhmanov A. S. *Ros. zhurn. gastroenterol. gepatol. koloproktol. – Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2010; 2:13-20.
3. Pasechnikov V. D., Pasechnikov D. V., *Gastroenterologiya. – Gastroenterology.* 2011; 382.
4. Jacobson B. C., Somers S. C., Fuchs C. S. *N. Engl. J. Med.* 2006;354:2340-2348.

Сведения об авторах:

Андреева Елена Ивановна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры эндокринологии, детской эндокринологии и диабетологии; тел.: (8652)752464, 89187474503; e-mail: eandreeva-doctor@yandex.ru

Унанова Инесса Александровна, ассистент, тел.: (8652)752464, 89188630360; e-mail: Unanova_Inessa@mail.ru

Андреева Екатерина Анатольевна, ассистент кафедры поликлинической терапии; тел.: (8652)561370, 89188739335; e-mail: ek-andr@yandex.ru

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.314-089.23-053.2:611.92

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2016.11110>

ISSN 2073-8137

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МИКРОДЕНТИИ В СФОРМИРОВАННОМ ПРИКУСЕ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

А. А. Коробкеев¹, Д. А. Доменюк¹, Э. Г. Ведешина¹, С. Б. Фищев²,
Я. А. Коробкеева¹, О. Ю. Лежнина¹

¹ Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

THE MAIN FORMS OF INDIVIDUAL MICRODONTIA FORMED IN THE MIXED DENTITION OF PERMANENT TEETH

Korobkeev A. A.¹, Domenyuk D. A.¹, Vedeshina E. G.¹, Fischev S. B.²,
Korobkeeva Ya. A.¹, Lezhnina O. Yu.¹

¹ Stavropol State Medical University, Russia

² Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

По результатам морфометрических исследований 76 человек обоего пола первого периода зрелого возраста с физиологической окклюзией постоянных зубов, микродонтизмом и нейтральным типом роста челюстей выделены основные формы индивидуальной микроденитии. Доказано, что при диагностике, выборе методов комплексного лечения пациентов с микродонтизмом постоянных зубов целесообразно оценивать не только размеры всех зубов, но и их взаимоотношения с параметрами зубных дуг и челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: микроденития, морфометрия, зубные дуги, окклюзия, челюсти

Results of morphometric studies 76 people of both sexes of the first period of Mature age with physiological occlusion of permanent teeth, microdontia and neutral type of growth of the jaws the basic forms of individual microdontia. It is proved that for diagnostics, choice of methods of complex treatment of patients with microdontia permanent teeth it is advisable to assess not only the size of the teeth, but also their relationship with the parameters of the dental arches and the maxillofacial region.

Key words: microdontia, morphometry, dental arches, occlusion, jaws

Водонтологии размеры постоянных зубов человека обозначаются терминами «мезодонтизм», «макродонтизм» и «микродонтизм», а в стоматологии микродонтию и макродонтию отно-

сят к аномалиям размеров зубов [2]. В одонтологии индивидуальные размеры зубов оцениваются для выявления половых и расовых особенностей, в стоматологии – для обоснования реставрацион-

ных методов терапии, в ортодонтии – для диагностики и определения тактики ортодонтического лечения [1]. При диагностике зубочелюстных аномалий рекомендуется учитывать не статистические данные, а индивидуальные особенности челюстно-лицевой области и их взаимосвязь с размерами зубов, причём наиболее целесообразным является метод установления размеров зубов по мезиально-дистальному диаметру коронок (МДДК) зубов, являющемуся стабильным во всех возрастных категориях [3, 4]. Однако в научной литературе сведения об основных формах индивидуальной микроденитии отсутствуют, что послужило целью настоящего исследования.

Цель исследования: выявление взаимоотношений основных форм микродонтизм и нейтральным типом роста челюстей.

Материал и методы. Проведено исследование 76 человек обоего пола первого периода зрелого возраста с физиологической окклюзией постоянных зубов, микродонтизм и нейтральным типом роста челюстей. При определении микродонтизма был использован денто-фациальный индекс (ДФИ), устанавливающий процентное соотношение между суммой МДДК четырех резцов верхней челюсти и шириной лица между скуловыми точками. Индивидуальная микроденития определялась при величине ДФИ < 22 %, а модуль коронки рассчитан как полусумма вестибулярно-язычного и мезиально-дистального диаметра. Микродонтизм был частичным и полным. Пациенты с микроденитией постоянных зубов были распределены на четыре группы: 1-ю группу (55 %) составили 42 пациента с микроденитией отдельных зубов; 2-ю группу (24 %) – 18 пациентов с микроденитией групп зубов; 3-ю группу (14 %) – 11 пациентов с микроденитией зубов на одной из челюстей; 4-ю группу (7 %) – 5 пациентов с микроденитией всех зубов.

Результаты и обсуждение. У пациентов 1-й группы определялась редукция латеральных резцов с сохранением и уменьшением высоты коронки зуба. Соотношение МДДК медиального резца к латеральному составляло менее 1:0,5, при этом соотношение суммы МДДК медиального и латерального резцов нижней челюсти к МДДК медиального резца верхней челюсти находилось в пределах нормы (1:0,75). В то же время индекс *Тона* был меньше нормы и не превышал 1,3, а величина боковых сегментов по Герлаху – больше, чем сумма МДДК четырех резцов верхней челюсти. Сумма МДДК медиальных резцов и клыков верхней челюсти соответствовала сумме МДДК жевательных зубов каждой из сторон. Модуль верхних моляров составил 10,7±0,08 мм, нижних – 10,75±0,11 мм. Выявлялось несоответствие размеров зубных дуг по Болтону, связанное с уменьшенными размерами отдельных зубов. У пациентов 2-й группы соотношение МДДК медиального резца к латеральному резцу (1:0,8) и соотношение суммы

МДДК медиального и латерального резцов нижней челюсти к МДДК медиального резца верхней челюсти (1:0,75) находятся в пределах нормы. Индекс *Тона* был меньше нормы (1,3), а величина боковых сегментов – больше, чем сумма МДДК четырех резцов верхней челюсти. В то же время разницы между величиной боковых сегментов верхней и нижней челюсти не определялось. Сумма МДДК медиальных резцов и клыков верхней челюсти была меньше суммы МДДК жевательных зубов каждой из сторон. Модуль верхних моляров составлял 10,68±0,09 мм, нижних моляров – 10,72±0,12 мм. Определялось несоответствие размеров зубных дуг, связанное с уменьшенными размерами групп зубов. Компенсация окклюзионных взаимоотношений и формы зубных дуг происходила за счет увеличения размеров боковых сегментов, изменения угла инклинации премоляров, увеличения межрезцового угла, спейсинга в переднем отделе зубной дуги. У пациентов 3-й группы соотношение МДДК медиального резца к латеральному резцу составляло менее 1:0,8. При этом соотношение суммы МДДК медиального и латерального резца нижней челюсти к МДДК медиального резца верхней челюсти больше, чем 1:0,8. Индекс *Тона* был меньше нормы (1,3), а величина боковых сегментов больше, чем сумма МДДК четырех резцов верхней челюсти. Сумма МДДК медиальных резцов и клыков верхней челюсти была больше суммы МДДК жевательных зубов каждой из сторон. Модуль верхних моляров составлял 10,28±0,12 мм, нижних моляров – 10,69±0,09 мм. Определялось несоответствие размеров зубных дуг, связанное с уменьшенными размерами зубов верхней челюсти. У пациентов 4-й группы соотношение МДДК медиального резца к латеральному составляло 1:0,8, а соотношение суммы МДДК медиального и латерального резца нижней челюсти к МДДК медиального резца верхней челюсти в пределах нормы (1:0,75). Индекс *Тона* составлял в среднем 1,35, а величина боковых сегментов соответствовала сумме МДДК четырех резцов верхней челюсти. Сумма МДДК медиальных резцов и клыков верхней челюсти соответствовала сумме МДДК жевательных зубов каждой из сторон. Модуль верхних моляров составлял 10,18±0,13 мм, нижних моляров – 10,27±0,09 мм. Выявлялось соответствие размеров зубных дуг. Компенсация окклюзионных взаимоотношений обусловлена изменением угла инклинации премоляров, увеличением межрезцового угла, наличием диастем (трех) между зубами. У пациентов 4-й группы отмечается уменьшение размеров зубов верхней, нижней челюстей по отношению к размерам зубных дуг и челюстно-лицевой области.

Заключение. При диагностике, выборе методов комплексного лечения пациентов с микродонтизм постоянных зубов целесообразно оценивать размеры всех зубов и их взаимоотношения с параметрами зубных дуг и челюстно-лицевой области, что позволит улучшить отдалённые клинические результаты за счёт прогнозирования рецидива патологии.

Литература

1. Доменюк, Д. А. Вариантная анатомия зубочелюстных сегментов / Д. А. Доменюк, А. А. Коробкеев. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2016. – 200 с.
2. Доменюк, Д. А. Особенности челюстно-лицевой области при макродонтизме постоянных зубов / Д. А. Доменюк, А. А. Коробкеев, Л. Д. Цатурян [и др.]. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2016. – 159 с.
3. Персин, Л. С. Ортодонтия (диагностика и лечение зубочелюстных аномалий) / Л. С. Персин. – М. : Медицина, 2004. – 358 с.
4. Проффит, У. Р. Современная ортодонтия / У. Р. Проффит ; пер. с англ. под ред. Л. С. Персина. – М. : Мед-Пресс-информ, 2006. – 560 с.

References

1. Domenyuk D. A., Korobkeev A. A. Variantnaya anatomiya zubochelestnykh segmentov. Stavropol: «Izd-vo StGMU»; 2016. 200 p.
2. Domenyuk D. A., Korobkeev A. A., Caturyan L. D. Osobennosti chelyustno-lichevoj oblasti pri makrodontizme postoyannykh zubov. Stavropol: «Izd-vo StGMU»; 2016. – 159 p.
3. Persin L. S. Ortodontiya (diagnostika i lechenie zubochelestnykh anomalij). M.: «Medicina»; 2004. 358 p.
4. Proffit U. R. Sovremennaya ortodontiya. M.: «MedPress-inform»; 2006. 560 p.

Сведения об авторах:

Коробкеев Александр Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анатомии; тел.: (8652)353229; e-mail: Korobkeev@stgma.ru

Доменюк Дмитрий Анатольевич, доктор медицинских наук, доцент кафедры стоматологии общей практики и детской стоматологии; тел.: 89188701205; e-mail: domenyukda@mail.ru

Ведешина Эрнеста Григорьевна, аспирант; тел.: 89184675311; e-mail: vedeshine@bk.ru

Фищев Сергей Борисович, доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии; тел.: 88122950646; e-mail: spb@stgma.ru

Коробкеева Яна Алексеевна, кандидат медицинских наук, соискатель кафедры анатомии; тел.: (8652)353229; e-mail: Korobkeev@stgma.ru

Лежнина Оксана Юрьевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры анатомии; тел.: (8652)353229; e-mail: okliz26@mail.ru

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.643.65-002:616.5-001

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2016.11111>

ISSN 2073-8137

СЛУЧАЙ РАСПРОСТРАНЕННОГО КСАНТОМАТОЗА У ПАЦИЕНТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

А. В. Одинец, И. Б. Казьмина, В. В. Чеботарев, М. В. Кошель,
А. О. Коробейникова, А. Ю. Сотникова

Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

XANTHOMATOSIS COMMON CASE OF A PATIENT WITH NEWLY DIAGNOSED DIABETES

Odinets A. V., Kazmina I. B., Chebotarev V. V., Koshel M. V.,
Korobeinikova A. O., Sotnikova A. Yu.

Stavropol State Medical University, Russia

Описан клинический случай распространенного ксантоматоза с впервые выявленным сахарным диабетом II типа.

Ключевые слова: эруптивный ксантоматоз, гистиоцитоз, феномен Кебнера, гипертриглицеридемия

A clinical case xanthomatosis common, newly diagnosed with type II diabetes.

Key words: eruptive xanthomatosis, histiocytosis, Koebner phenomenon, hypertriglyceridemia

Ксантоматоз – системное заболевание, характеризующееся отложением в тканях липидов с формированием ксантом – узелков белого или желтоватого оттенка. Ксантоматоз впервые был описан Р. F. Rayer (1835), а процесс на фоне гиперлипидемии – Пик и G. Pincus в 1909 году.

Нарушение обмена липидов может носить как первичный (генетически детерминируемый), так и вторичный (вследствие заболеваний, например диабета) характер. На существование семейных случаев (первичный ксантоматоз) впервые указал в 1871 году Гетчинсон; у гомозигот данное состояние протекает тяжелее. Для вторичного процесса характерен регресс в случае компенсации основного заболевания.

Клинические проявления ксантом определяют характером нарушений обмена липопротеидов по D. S. Fredrickson (1967):

I тип. Характерно высокое содержание в крови хиломикрон и триглицеридов вследствие недостаточности тканевой липопротеидлипазы. Происходит формирование эруптивных ксантом кожи. Сыпь при этом носит генерализованный характер, в том числе поражаются слизистые оболочки, однако преимущественная локализация – разгибательные поверхности конечностей, спина, ягодицы, может отмечаться зуд. Особенностью эруптивных ксантом является корреляция клинических проявлений с уровнем гиперлипидемии,