

цель: изучить характерные изменения в мышечных структурах челюстно-лицевой области при различных видах функциональных нарушений.

Материал и методы исследования. Наиболее информативным методом определения функционального состояния мышц челюстно-лицевой области является электромиография (ЭМГ). Последнюю проводили с помощью многофункционального стоматологического комплекса «Диастом». Результаты исследования регистрировали в виде электромиограмм. ЭМГ проведена у 58 пациентов в возрасте от 3 до 6 лет: основная группа – 36 и группа сравнения – 22 человек. Основную группу составили дети, находящиеся под наблюдением врача-ортодонта по поводу проведения у них лечебно-профилактических методов коррекции миофункциональных нарушений. В группу сравнения вошли дети, которые были осмотрены в «Дни здорового ребенка» в районных поликлиниках г. Перми.

ЭМ-граммы оценивали по форме, амплитуде и временным показателям. Амплитуда представляет силовую характеристику мышцы. Анализ периодов биоэлектрической активности мышцы, соответствующих сокращению, и относительного биоэлектрического покоя при расслаблении дает представление о процессах возбуждения, торможения и выносливости ее. Сравнение ЭМ-грамм мышц обеих сторон челюсти позволяет выявить координацию их и определить приоритетную сторону жевания.

Результаты исследования функции мышц челюстно-лицевой области. Изучение функциональной активности мышц показало, что в возрасте 3-6 лет у детей обеих групп идет процесс совершенствования нервно-мышечного аппарата и функции жевания. В контрольной группе показатели, отражающие биоэлектрическую активность мышц, количество жевательных движений и продолжительность жевательного периода, соответствуют возрастной норме.

Оценка амплитуды биопотенциалов: в норме с возрастом величина биопотенциалов собственно жевательных и височных мышц увеличивается. Данные по амплитуде в контрольной группе наблюдений не отличались от таковых возрастной нормы; в основной группе показатели снижены и достоверно отличаются от аналогичных контрольной в каждом возрастном периоде; нарушение функции собственно жевательных и височных мышц у пациентов основной группы наблюдений создает предпосылки для формирования аномалий окклюзии.

Анализ продолжительности жевательного периода: данный показатель в возрасте от

3-х до 6-и лет уменьшается в 2 раза, что свидетельствует о сбалансированной работе жевательной мускулатуры. У пациентов основной группы и группы сравнения выявлены достоверные отличия в возрастном аспекте, свидетельствующие о том, что дети, имеющие общесоматические проявления и особенности стоматологического статуса, на жевание затрачивают больше времени, это, в свою очередь, напрямую зависит от тонуса жевательных мышц: чем он ниже, тем большее количество движений и времени необходимо ослабленным детям на жевательный период.

Проведенный анализ функционального состояния мышц челюстно-лицевой области у детей и выявленные при этом изменения позволяют рекомендовать детским стоматологам ряд лечебно-профилактических мер, предусматривающих создание полноценной функциональной нагрузки посредством своевременного зубного протезирования, как отдельных зубов, так и зубных рядов. Предложенный комплекс лечебно-профилактических мер способствует оптимизации условий для качественного формирования зачатков постоянных зубов и позволяет шире применять его в условиях детских стоматологических поликлиник.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОЧАГОВ ЭНДОМЕТРИОЗА

Гуляева Н.И., Старцева Н.В.
ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера
Росздрава
Пермь, Россия

В настоящее время эндометриоз занимает 3-е место в структуре гинекологических заболеваний после воспалительных заболеваний придатков матки, миомы и встречается у 10 -20% женщин. В 30 – 40% случаев эндометриоз сопровождается бесплодием, что подчеркивает необходимость тщательного изучения этиологии, патогенеза и методов лечения данного заболевания.

Проведено обследование и оперативное лечение 9 пациенток в возрасте от 35 до 50 лет, которым установлен диагноз: «Аденомиоз II – IV степени». Для постановки диагноза использованы анамнестические, общеклинические, гинекологические, ультразвуковые методы, а также гистероскопия и морфологические исследования.

Для гистологического исследования использованы препараты маток, удаленных по поводу аденомиоза. Показанием для операции явилось прогрессирование клинических сим-

птомов аденомиоза и отсутствие эффекта от проводимой терапии. Кусочки матки вырезали из очагов аденомиоза (по 3-4 кусочка из каждого очага), фиксировали в 10% нейтральном формалине, заливали в парафин, готовили препараты. Гистологические препараты окрашивали обычными гистологическими методиками. Под световым микроскопом с помощью окуляр-микрометра на препаратах, оценивали площадь очагов аденомиоза, площадь, занимаемую железами, сосудами и цитогенной стромой. Осуществляли подсчет в поле зрения светового микроскопа на 500 ядросодержащих клеток лимфоцитов, гранулоцитов, плазмоцитов и др. клеток.

Результаты исследования

Гистологическое исследование показало, что размеры очагов аденомиоза в среднем составляют $0,8\text{мм}^2$. Очаги имеют разную форму. По периферии определяется гипертрофия мышечных клеток, расширение лимфатических сосудов. У большинства очагов наблюдается прорастание стромальных клеток по соединительно-тканым прослойкам между миоцитами.

Анализ морфологических данных позволил выявить две группы пациентов. У пациентов первой группы (55% больных) на гистологических препаратах в очагах аденомиоза наблюдается значительное преобладание стромального компонента над железистым. В этой группе в среднем строма составила 77,5%, 12% - сосуды и только 10,5% пришлось на железы.

Во второй группе (45% больных) железы составили в среднем 40%, строма – 56%, а сосуды – 4%. Увеличение размеров стромального компонента в очагах аденомиоза положительно коррелирует с длительностью течения заболевания ($r = 0,5$ в 1ой группе, $r = 0,99$ во 2ой группе пациентов) и размерами самих очагов ($r = 0,76$).

При изучении клинических данных было отмечено, что у пациентов 2-ой группы (меньше выражен стромальный компонент) заболевание аденомиозом протекает активнее. Длительность заболевания в этой группе составила от 1 до 6 лет, в то время как в 1ой группе: от 6 до 10 лет. У больных 2-ой группы чаще развивается анемия. Однако болевой синдром более выражен у пациентов, составляющих 1ую группу. В этой же группе аденомиоз чаще имеет узловую форму, в то время как во 2ой группе – чаще диффузную.

ОЦЕНКА ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Зенкина В.Г., Каредина В.С., Солодкова О.А., Михайлов А.О.

*Владивостокский государственный
медицинский университет
Владивосток, Россия*

Проблема преждевременного истощения овариального резерва, а также возможность возобновления запаса герминогенных клеток в постнатальном периоде является актуальной в настоящее время в связи с тем, что многие женщины откладывают рождение ребенка на поздний репродуктивный период и сталкиваются с ситуацией невозможности зачатия. Разработаны два диагностических подхода к оценке овариального резерва: пассивный и функциональный. Пассивный - предполагает использование гормональных методов исследования гонадотропинов и половых гормонов, что косвенно дает возможность оценить функциональную активность репродуктивной системы. Инструментальный метод позволяет визуализировать архитектуру яичника, наличие фолликулярного аппарата, оценить динамику его развития, что является более точным и значимым. Согласно мнению ряда исследователей, подсчет числа антральных фолликулов является наиболее точным методом оценки овариального резерва. В настоящее время обсуждается роль биопсии яичников как метода определения овариального резерва. В работах Л.Ф. Курило была прослежена закономерность между числом примордиальных фолликулов в одном поле зрения и возрастом женщины.

Целью данной работы было оценить овариальный резерв женщин г. Владивостока 31-45 лет. Результаты нашего исследования позволяют оценить ситуацию как критическую, в связи с тем, что в 10 из 12 случаев количество примордиальных фолликулов составляет 0,2 в поле зрения, а число антральных – 0–2 в срезе. Во всех гонадах выражен фиброз стромы коркового вещества, огрубение и уплотнение волокнистых структур. Уменьшение абсолютного количества герминативных элементов, исчезновение части гормонопродуцирующих структур яичника сопровождается определенной внутриорганный компенсаторной реакцией сохранившихся элементов, в частности, происходит увеличение тека-ткани как в развивающихся фолликулах, так и в атретических телах.

Таким образом, возрастные преобразования параллельно затрагивают как гормоно-