

тіолозалежні системи неспецифічної резистентності залишалися у пригніченому стані.

### Висновки

1. Стан тіол-дисульфідної системи сироватки крові відрізняється у здорових жінок різного віку.

2. Гострий холецистит супроводжується реактивними змінами у тіол-дисульфідній системі сироватки крові, сту-

пінь виразності яких залежить від віку хворих.

3. Швидкість відновлення тіол-дисульфідної системи у пацієнток, прооперованих з приводу гострого холециститу, залежить від стану цієї системи до оперативного втручання і від віку хворих.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Петухов В. А., Кузнецов М. Р., Болдин Б. В. Желчнокаменная болезнь: современный взгляд на про-

блему // *Анналы хирургии*. — 1998. — № 1. — С. 12-16.

2. Рамазанов Р. М. Опыт 1000 лапароскопических холецистэктомий в условиях районной больницы // *Хирургия им. Пирогова*. — 2000. — № 10. — С. 28-30.

3. Зміни антиокислювального гомеостазу при хірургічному лікуванні хворих на холестеринний холелітіаз / В. Т. Зайцев, Ю. Е. Журов, А. В. Параніч та ін. // *Шпитальна хірургія*. — 1998. — № 2. — С. 9-12.

4. Ермолов А. С. Хирургия желчнокаменной болезни // *Анналы хирургии*. — 1998. — № 3. — С. 13-23.

УДК 616.314.007

Дхуаі Хатем Бен, М. М. Руденко

## ПОШИРЕНІСТЬ І КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАНСВЕРЗАЛЬНИХ АНОМАЛІЙ ПРИКУСУ

Одеський державний медичний університет

Зубощелепні аномалії є одним з найбільш розповсюджених видів патології жувального апарату. Вони призводять до порушень функції жування і мовлення, естетичних недоліків, травмують психіку дітей.

Згідно з останніми даними вітчизняних та іноземних дослідників, зубощелепні аномалії трапляються більш ніж у 50–70 % дітей [1; 2].

Серед численних клінічних різновидів зубощелепних аномалій неабияке значення мають трансверзальні аномалії. До них належать усі види звуження та розширення щелеп, мікро- і макрогнатія, скупченість зубів і різновиди косо-го прикусу. Про частоту цієї патології в літературі відомості дуже суперечливі. Наводяться показники від 3 до 74,6 % [1–3].

Така низька вірогідність даних пояснюється різним підходом до діагностики трансверзальних аномалій. Деякі дослідники при проведенні епідеміологічних обстежень дитячого населення до трансверзальних аномалій зараховували тільки косий прикус [4–6]. Однак трансверзальні аномалії частіше трапляються у сполученні з іншими аномаліями. Тому дослідники, що враховують усі відхилення в трансверзальній площині в сполученні з іншими видами аномалій, указують на значно вищу частоту [7; 8].

Все це свідчить про те, що потребують подальшого поглибленого вивчення поширеність і клініка трансверзальних аномалій прикусу з метою розробки раціональних методів діагностики та лікування цієї патології.

Мета дослідження — вивчення поширеності та клінічної характеристики різновидів трансверзальних аномалій прикусу.

### Матеріали та методи дослідження

Усього під спостереженням перебувало 346 пацієнтів 6–22 років, які одержували ортодонтичне лікування на кафедрі стоматології дитячого віку ОДМУ в 2000–2002 рр. З них 124 особи чоловічої статі і 222 — жіночої. Усіх обстежених було розподілено на дві вікові групи: до першої увійшли діти 6–12 років зі змінним прикусом, до другої — діти з постійним прикусом віком після 13 років та дорослі до 22 років.

Стоматологічне обстеження проводили при стандартному штучному освітленні, за допомогою звичайного стоматологічного набору. Зубощелепні аномалії визначали відповідно до сучасної номенклатури найменувань ВООЗ. Усі аномалії розглядалися у тривимірній системі: в сагітальній, вертикальній і трансверзальній площинах. Враховували кількість зубів, їхнє розташування, форму зубних дуг і взаємне розташування щелеп. За розташуванням перших молярів визначали клас аномалії за Енглеєм.

До трансверзальних аномалій було залічено усі види патології розмірів і форм щелеп у площині: звуження верхньої щелепи, звуження обох щелеп, скупчене положення зубів внаслідок зменшення поперечного розміру щелеп, а також невідповідність ширини верхньої і нижньої щелеп через зменшення або збільшення однієї із щелеп (косий прикус).

Діагноз визначали, враховуючи всі виявлені відхилення. За наявності кількох аномалій у одного хворого спочатку вказували головне, а потім другорядні порушення.

Дані клінічного обстеження були підтвер-



Клінічні різновиди трансверзальних аномалій у дітей із зубощелепними аномаліями

Вік, прикус	К-кість обстежених			Трансверзальні аномалії								Супровідна патологія при трансверзальних аномаліях						
	Усього	У. Т. ч. осіб		Усього	Звуження верхньої щелепи	Звуження обох щелеп	Скупченість зубів	Косий прикус	Аномалії розташування зубів	Прогнатичний прикус	Протетичний прикус	Відкритий прикус	Глибокий прикус	Аномалії кількості зубів	Незакорочення верхньої губи і піднебіння			
		Чол. статі	Жін. статі													Чол. статі	Жін. статі	
6–12 років	188	72	116	100	65	15	29	23	37	42	6	5	16	7	4			
Змінний, %	54,3	38,3	61,7	50,5	66,3	15,3	29,6	23,5	37,0	42,0	6,0	5,5	16,0	7,0	4,0			
13–22 роки	158	52	106	98	49	5	64	21	24	34	3	5	12	3	2			
Постійний, %	45,7	32,9	67,1	49,5	50	5,1	65,3	21,4	24,5	34,7	3,4	5,1	12,2	3,1	2,0			
Загалом, абс.	346	124	222	198	114	20	93	44	61	76	9	10	28	10	6			
%		35,8	64,2	57,2	57,6	10,1	47	22,2	30,8	38,4	4,6	5,1	14,1	5,1	3,0			

джені біометричними методами дослідження моделей щелеп пацієнтів за Поном, Коркхаузом, Герлахом, Снагіною; розшифровку телерентгенограм і ортопантограм.

### Результати обстеження та їх обговорення

Як свідчать наведені в таблиці дані, серед обстежених переважали діти зі змінним прикусом (54,3 %). Їм проводили ортодонтичне лікування знімними пластинковими апаратами різної конструкції.

Пацієнти з постійним прикусом становили 45,7 %. У більшості з них застосовували брекет-системи.

Виявлено, що по лікарську допомогу частіше зверталися особи жіночої статі (64,2 %), ніж чоловічої (35,8 %). Ця тенденція з віком збільшується. Якщо зі змінним прикусом лікувалося 61,6 % дівчаток і 38,3 % хлопчиків, то серед дорослих було 67,1 % осіб жіночої статі і 32,9 % — чоловічої.

З-поміж 346 осіб, що проходили ортодонтичне лікування, трансверзальні аномалії виявлено у 198 (57,2 %). При змінному прикусі трансверзальні аномалії трохи частіше трапляються у дівчаток (52,2 %), ніж у хлопчиків (46,9 %), тимчасом як при постійному в осіб жіночої статі частота їх знижується до 47,8 %, а у чоловіків зростає до 53,1 %.

У структурі трансверзальних аномалій переважали звуження верхньої щелепи (57,6 %), скупчене положення зубів (47 %) і косий прикус (22,2 %). При цьому у віковому аспекті спостерігалось зменшення частоти звуження щелеп з 66,3 % у дітей до 50 % у підлітків і дорослих та збільшення майже вдвічі скупченості зубів (від 29,6 % у дітей до 65,3 % у дорослих), що свідчить про перехід аномалії до тяжкої форми і відсутності тенденції до саморегуляції аномалій.

Усі види косоного прикусу становили 22,2 %. При цьому клініка косоного прикусу була різноманітною. Відомо багато клінічних різновидів косоного прикусу: одно- і двобічний, перехресний і перекривний, букальний і лінгвальний, латерогенічний і латерогнатичний. За нашими спостереженнями, найбільш розповсюдженою формою косоного прикусу був перехресний прикус внаслідок звуження верхньої щелепи (майже 80 %). Значно рідше при косоному прикусі є звуженою і нижня щелепа (12,3 %) і розширеною верхня щелепа (3,8 %), рідко — розширена нижня щелепа (0,6 %). При цьому однобічний косий прикус траплявся трохи частіше (13,8 %), ніж двобічний (8,4 %).

У деяких випадках косий прикус комбінувався з іншими видами аномалій. Найчастіше — поєднання його з прогнатичним і глибоким прикусом. З віком частота косоного прикусу знижується.



ся ненабагато (на 2,1 %), що свідчить про обмежені можливості саморегуляції.

Крім трансверзальних, у 42,8 % обстежених пацієнтів виявлено й інші зубощелепні аномалії, які у деяких хворих поєднувалися з патологією в трансверзальній площині або в інших напрямках. Як супровідну патологію найчастіше діагностували прогнатичний прикус (38,4 %), аномалії розташування зубів (30,8 %) і глибокий прикус (14,1 %). Рідше спостерігалися аномалії кількості зубів (5,1 %), прогенічний і відкритий прикуси (4,6 і 5,1 % відповідно).

### Висновки

Трансверзальні аномалії — дуже розповсюджена зубощелепна патологія, яка з-поміж усіх зубощелепних аномалій становить 57,2 %. Ці аномалії виявляються у пацієнтів усіх вікових категорій і мало змінюються з віком, що свідчить про незначні можливості саморегуляції.

УДК 616-002.5+616-097]-053.2

С. І. Кельманська, Є. М. Весела, С. М. Лєпшина, Н. А. Лукашевич,  
О. Г. Гуренко, Р. П. Оліферовська, Т. В. Кирилова, О. І. Слободян

## ТУБЕРКУЛЬОЗ І СНІД У ДІТЕЙ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Однією з важливих медичних і соціальних проблем сьогодні є профілактика ВІЛ-інфікування і туберкульозу як серед дорослого населення, так і серед дітей. Проблеми туберкульозу у ВІЛ-інфікованих набули актуальності в багатьох країнах світу. Американські спеціалісти центру з контролю за хворобами у 1992 р. визначили спільне ураження на СНІД і туберкульоз у населення як пандемію [1]. В період епідемії туберкульозу в Україні ці дві проблеми особливо актуальні. Туберкульоз і СНІД мають між собою тісний взаємозв'язок, який підтверджується все більш частим виявленням їхнього поєднання у хворих [2; 3]. Не тільки ВІЛ-інфекція несприятливо впливає на туберкульоз, а й сам туберкульоз сприяє прогресуванню ВІЛ-інфекції і розвитку СНІДу. Туберкульоз є однією

з основних причин смерті ВІЛ-інфікованих [4]. Найчастіше хворіють діти з вогнищ туберкульозної інфекції [5]. Особливу цікавість викликає перебіг туберкульозу у дітей, хворих на СНІД. Повідомлення з даного питання поодинокі.

З метою визначення особливостей перебігу туберкульозу у дітей, хворих на СНІД, проведено аналіз 6 історій хвороб. Одна дитина 2-місячного віку померла від міліарного туберкульозу на фоні СНІДу в соматичному відділенні міської лікарні, де вона перебувала на лікуванні.

Троє дітей віком від 3 до 4 років лікувалися в дитячому відділенні обласної клінічної туберкульозної лікарні (ОКТЛ) м. Донецька з приводу туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів з ускладненим перебігом: у двох — у вигляді бронхолегеневих ура-

### ЛІТЕРАТУРА

1. Персин Л. С. Ортодонтическое лечение зубочелюстных аномалий. — М.: Науч.-изд. центр «Инженер», 1998. — 297 с.
2. Руководство по ортодонтии / Под ред. Ф. Я. Хорошилкиной. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1999. — 800 с.
3. Heli E. Causal Relation between malocclusion and periodontal health // *Danmark epidemiology journal*. — 1983. — N 4. — P. 199-204.
4. Куліш Н. В. Морфологічні та естетичні зміни у дітей 6–12 років при лікуванні різних форм перехресного прикусу: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. — Полтава, 2000. — 13 с.
5. Куроедова В. Д., Карасюнок О. А. Особенности прикрепления мягких тканей преддверия полости рта у детей в период смены зубов // *Вісн. стоматології*. — 2000. — № 3. — С. 25-27.
6. Tilander B. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in children and adolescents in Bogotó, Colombia. An epidemiological study related to different stages of dental development // *European orthodontics journal*. — 2001. — N 2. — P. 153-163.
7. Lion S. K. Relationship between morphologic malocclusion and temporomandibular disorders in orthodontics patients prior to treatment // *Orthodontics journal*. — 1997. — N 5. — P. 13-16.
8. Ohito F., Ogand B. The prevalence of malocclusion in 13–15 year old children in Nairobi, Kenya // *Africans journal*. — 1996. — N 2. — P. 126-130.

