

5. Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика: национальная программа. – М., 2012. – 182 с.
6. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Атмосфера, 2007. – 104 с.
7. Современные аспекты диагностики и лечения аллергического ринита / В.А. Ревякина, Л.Л. Виленчик, О.Ф. Лукина, Т.А. Филатова // Российский аллергологический журнал. – 2007. – № 5. – С. 36-45.
8. Фисенко, В. Ремоделирование при бронхиальной астме: принципы формирования и возможности фармакологического воздействия / В. Фисенко, Н. Чичкова // Врач. – 2006. – № 12. – С. 14-20.
9. Bartman, U. The role of transforming growth factor  $\beta$  in lung development and disease / U. Bartman, C.P. Speer // Cestst. – 2004. – Vol. 125. – P.754-765.
10. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) / J. Bousquet, P. van Cauwenberge, N. Khaltaev [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. – 2001. – Vol. 108, № 5. – P. S147-334.
11. Barnes, P.J. The cytokine network in asthma and chronic obstructive pulmonary disease / P.J. Barnes // J. Clin. Invest. – 2008. – Vol. 118. – P. 3546-56.
12. Glucocorticoids upregulate FOXP3 expression and regulatory T cells in asthma / C. Karagiannidis, M. Akdis, P. Holopainen [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. – 2004. – Vol. 114. – P. 1425-33.

УДК 616-002.3:612.11-053.2

© Ф.Г.Садыков, Л.Ф. Латыпова, В.В. Викторов, Х.И. Латыпов, Л.З. Хамидуллина, Р.Н. Раянова, 2014

Ф.Г.Садыков, Л.Ф. Латыпова, В.В. Викторов,  
Х.И. Латыпов, Л.З. Хамидуллина, Р.Н. Раянова  
**ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ  
У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ФУРУНКУЛЕЗОМ**  
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Уфа*

В последние годы отмечается увеличение частоты рецидивирующих фурункулезов у детей, причиной которых является несостоятельность систем защиты организма. Ранним диагностическим признаком их может явиться анемия или лейкопения. В связи с этим изучена частота лейкопений и железодефицитных анемий среди детей с фурункулезами. Установлена высокая частота лейкопений по сравнению с анемиями среди детей с фурункулезами. Выявлен более высокий удельный вес гематологических изменений у детей в возрасте старше 7 лет. Причем изменения периферической крови у детей до 6 лет были почти равными как у девочек, так и у мальчиков. В возрасте старше 7 лет анемии и лейкопении преобладали у мальчиков, а старше 14 лет – у девочек с фурункулезами. Определение частоты лейкопений и анемий среди детей с фурункулезами позволит выделить группы риска по неблагоприятному течению болезни, предупредить осложнения, повысить эффективность терапии и улучшить прогноз болезни.

**Ключевые слова:** фурункулезы, лейкопении, железодефицитные анемии, дети.

F.G. Sadykov, L.F. Latypova, V.V. Viktorov,  
Kh.I. Latypov, L.Z. Khamidullina, R.N. Rayanova  
**CHANGES OF PERIPHERAL BLOOD IN CHILDREN WITH RECURRENT  
FURUNCULOSIS**

Recent years witness an increase of furunculosis incidence among children, the reason for this being failure of body defense system. Its early diagnostic feature is anemia or leukopenia. In this regard, the proportion of leukopenia and iron-deficiency anemia among children with furunculosis has been studied. It was established that leukopenia has a higher incidence rate than anemia. A higher proportion of hematologic changes has been revealed in children older than 7. Besides, changes of peripheral blood in children under 6 years old were equal both in boys and girls; in children older than 7 anemia and leukopenia prevailed among boys; in children older than 14 – in girls with furunculosis. Determination of leukopenia and anemia occurrence among children with furunculosis will help to distinguish risk groups for unfavorable course of the disease, to prevent complications, to improve treatment efficacy and prognosis for the disease.

**Key words:** furunculosis, leucopenia, iron-deficiency anemia, children.

В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты различных заболеваний, для которых характерно вялое, затяжное и рецидивирующее течение [5,8,11,12,15,17,20,22]. Значительное место среди них занимают фурункулезы с различными этиологическими и патогенетическими механизмами развития болезни [3,7,10,16,18]. Нередко даже своевременное и адекватное лечение таких больных оказывается неэффективным, и заболевание приобретает осложненное и рецидивирующее течение [5,7,9,12,14,19].

Чаще всего рецидивирующий фурункулез, характеризующийся частыми и вялоте-

кущими обострениями, является клиническим проявлением несостоятельности факторов защиты организма [3,6,8,11,19,21]. При этом к наиболее ранним диагностическим признакам иммунной недостаточности относятся изменения показателей периферической крови [10,13,19,21]. Использование их в качестве критериев ранней диагностики рецидивирующих патологических процессов будет способствовать своевременному выявлению детей с затяжными и осложненными формами заболеваний. В связи с этим изучение частоты и критериев диагностики рецидивирующих фурункулезов позволит значительно сокра-

тить удельный вес осложнений и обострений болезни у детей.

Цель работы – изучить частоту лейкопений и железодефицитных анемий среди детей с рецидивирующими фурункулезами.

#### Материал и методы

Изучение частоты и характера изменений периферической крови проведено у 500 детей с фурункулезами в возрасте от 1 месяца до 17 лет, проживающих в г. Уфе. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации детских поликлиник №4,6, детских хирургических отделений БСМП, ГДКБ №17 г. Уфы по выявлению частоты фурункулезов среди детского населения. В процессе работы проанализированы данные годовых статистических отчетов детских поликлиник, медицинские карты детей (форма № 26), медицинские карты стационарных больных (форма № 003/У), истории развития детей (форма № 112), карты диспансерных больных (форма № 30), журналы лабораторных исследований (форма № 251-У).

Анализ медицинской документации позволил обобщить информацию о частоте фурункулезов среди детского населения города и удельном весе различных изменений периферической крови при фурункулезах у детей. Выбор контингента наблюдения производился на основании данных описательной эпидемиологии с использованием эпидемиологической карты больного (ЭВМ-ориентированной для научных исследований) № 601-НИИ. При анализе результатов периферической крови критерием лейкопении явилось

содержание лейкоцитов ниже  $5,9 \cdot 10^9 \text{ л}^{-1}$  [1], критерием железодефицитной анемии (ЖДА) у детей в возрасте до 6 лет – уровень гемоглобина ниже 110 г/л, старше 6 лет – ниже 120 г/л (ВОЗ, 1978). Статистическая обработка результатов исследования выполнена с использованием пакетов «Statistika» и MS Excel.

#### Результаты и обсуждение

Исследованием установлено, что среди 500 детей с фурункулезом в возрасте от 1 месяца до 17 лет диагностированы отклонения периферической крови в виде лейкопении или железодефицитной анемии у 283 (56,6%) мальчиков и у 217 (43,4%) девочек. Из них ЖДА выявлена у 163 (32,6%) детей, из них – у 80 (49%) мальчиков и у 83 (51%) девочек; лейкопения – у 337 (67,4%) больных, из них у 203 (60,8%) мальчиков и у 134 (40,2%) девочек (табл.1).

Частота гематологических изменений у детей различных возрастных групп колебалась от 12,7 до 80,8%, причем наибольший удельный вес среди них занимали лейкопении (67,4%). Удельный вес отклонений периферической крови у мальчиков колебался от 28,3 до 71,7%, причем чаще среди них выявлялись лейкопении (71,7%). Среди девочек удельный вес гематологических отклонений варьировал от 38,2 до 61,8% с преобладанием лейкопении (61,8%) (табл.1).

Исследованием установлено, что лейкопении чаще выявлялись у мальчиков, чем у девочек (60,8% против 40,2%), анемии чаще диагностировались у девочек, чем у мальчиков (51% против 49%) (табл. 1).

Таблица 1

Удельный вес изменений периферической крови у детей с фурункулезом в зависимости от пола ребенка

Нозологические формы	Мальчики		Девочки		Всего	
	n	%	n	%	n	%
ЖДА	80	28,3	83	38,2	163	32,6
Лейкопении	203	71,7	134	61,8	337	67,4
Итого...	283	100	217	100	500	100

Изменения периферической крови чаще встречаются у детей в возрасте с 7 до 14 лет (31,2%) и у детей старше 14 лет (31,4%), реже диагностируются в возрасте до 3 лет (22%) и наиболее редко выявляются у пациентов в возрасте с 4 до 6 лет (15,4%). Наряду с этим гематологические отклонения у мальчиков также чаще диагностируются в возрасте с 7 до 14 лет (33,2%), реже выявляются в возрасте с 4 до 6 лет (15,2%), тогда как в возрасте до 3 лет составляют 21,9%, в возрасте старше 14 лет – 29,7% (табл. 2). Отклонения периферической крови у девочек варьируют от 33,6% – в возрасте старше 14 лет до 15,7% – в воз-

расте с 4 до 6 лет, а в возрасте до 3 лет и с 7 до 14 лет составляют соответственно 22,1% и 28,6% (табл. 2).

У мальчиков и девочек в возрасте до 3 лет и с 4 до 6 лет изменения показателей крови в виде анемии и лейкопении встречаются в равной доле (21,9% и 22,1% соответственно и 15,2% и 15,7% соответственно). У детей в возрасте с 7 до 14 лет показатели периферической крови чаще были изменены у мальчиков, по сравнению с девочками (33,2% против 28,6%). Тогда как в возрасте старше 14 лет отклонения наблюдались чаще у девочек, чем у мальчиков (33,6% против 29,7%) (табл. 2).

Таблица 2

Удельный вес изменений периферической крови у детей с фурункулезом в зависимости от возраста и пола ребенка

Возраст, лет	Мальчики		Девочки		Всего	
	n	%	n	%	n	%
До 3	62	21,9	48	22,1	110	22,0
4 – 6	43	15,2	34	15,7	77	15,4
7 – 14	94	33,2	62	28,6	156	31,2
Старше 14	84	29,7	73	33,6	157	31,4
Итого...	283	100	217	100	500	100

Гематологические изменения у мальчиков чаще диагностировались в возрасте с 7 до 14 лет (33,2%), реже в возрасте с 4 до 6 лет (15,2%) и у мальчиков в возрасте до 3 лет составляли 21,9%, в возрасте старше 14 лет – 29,7% (табл.3). Следует отметить, что у мальчиков всех возрастных групп преобладали лейкопении. Лейкопении диагностировались у 62,9% пациентов в возрасте до 3 лет, у 60,5% – в возрасте с 4 до 6 лет, у 76,6% – в возрасте с 7 до 14 лет и у 78,6% – старше 14 лет (табл. 3).

Частота ЖДА у мальчиков в возрасте первых трех лет жизни и с 4 до 6 лет была выше, чем у мальчиков в возрасте с 7 до 14 лет и старше 14 лет (37,1% и 39,5% соответственно и 23,5% и 21,4% соответственно) (табл. 3).

Среди 80 мальчиков с анемией преобладали больные в возрасте первых 3-х лет жизни и с 7 до 14 лет (28,8% и 27,5% соответственно), а больные в возрасте старше 14 лет и с 4 до 6 лет составляли 22,5% и 21,2% соответственно (табл. 3).

Таблица 3

Удельный вес изменений периферической крови у мальчиков с фурункулезом в зависимости от возраста

Возраст, лет	ЖДА		Лейкопении		Всего	
	n	%	n	%	n	%
До 3	23	28,8	39	19,2	62	21,9
4 – 6	17	21,2	26	12,8	43	15,2
7 – 14	22	27,5	72	35,5	94	33,2
Старше 14	18	22,5	66	32,5	84	29,7
Итого...	80	100	203	100	283	100

Таблица 4

Удельный вес изменений периферической крови у девочек с фурункулезом в зависимости от возраста

Возраст, лет	ЖДА		Лейкопении		Всего	
	n	%	n	%	n	%
До 3	31	37,3	17	12,7	48	22,1
4-6	16	19,3	18	13,4	34	15,7
7-14	22	26,5	40	29,9	62	28,6
Старше 14	14	16,9	59	44,0	73	33,6
Итого...	83	100	134	100	217	100

ЖДА диагностировалась чаще, чем лейкопения, у девочек в возрасте первых 3 лет жизни (64,6% против 35,4%). В более старших возрастных группах частота анемии была ниже, чем частота лейкопении и составляла соответственно 47,1% против 52,9% – в возрасте с 4 до 6 лет, 35,5% против 64,5% – в возрасте с 7 до 14 лет и 19,2% против 80,8% – у девочек в возрасте старше 14 лет (табл. 4).

Среди 83 девочек с анемией заболевание чаще встречалось у больных в возрасте до 3 лет и с 7 до 14 лет (37,3% и 26,5% соответственно), реже в возрасте с 4 до 6 лет и старше 14 лет (19,3% и 16,9% соответственно). Лейкопении у девочек чаще выявлялись в возрасте старше 14 лет (44%), реже в возрасте с 7 до 14 лет (29,9%) и более редко - в возрасте до 3 лет и с 4 до 6 лет (12,7% и 13,4% соответственно) (табл. 4).

#### Заключение

Результаты исследования показали сравнительно более высокую частоту лейко-

пений среди детей с фурункулезами, причем отмечено преобладание данного показателя у мальчиков по сравнению с девочками. Выявлено увеличение отклонений периферической крови по мере роста и развития детей, что подтверждено более высоким удельным весом гематологических изменений у детей в возрасте старше 7 лет. При этом изменения периферической крови у детей до 6 лет были почти равны как у девочек, так и у мальчиков. Тогда как в возрасте старше 7 лет анемии и лейкопении преобладали у мальчиков, а старше 14 лет – у девочек.

У мальчиков всех возрастных групп отмечается более высокий удельный вес лейкопений, а среди пациентов с анемией преобладали мальчики старше 4-6 лет, среди пациентов с лейкопенией преобладали мальчики старше 14 лет. Исследованием отмечено снижение частоты анемий и увеличение частоты лейкопений среди мальчиков по мере их роста и развития.

У девочек отклонения периферической крови встречаются чаще в возрасте старше 14 лет, причем отмечается увеличение их частоты по мере их роста. Среди гематологических изменений у девочек преобладают лейкопении, причем наиболее выражен этот показатель в возрасте старше 14 лет. В то же время анемии у девочек выявляются чаще в раннем возрасте, а по мере увеличения возраста детей этот показатель снижается с 64,6 до 19,2%, тогда как удельный вес лейкопений увеличивается с 35,4 до 80,8%.

Повышение частоты отклонений периферической крови у детей с возрастом может быть обусловлено увеличением интенсивности влияния неблагоприятных факторов на состояние здоровья растущего организма ребенка. Вместе с тем высокий удельный вес анемий в более раннем возрасте объясняется

влиянием неблагоприятных анте- и постнатальных факторов, повышающих чувствительность эритроидных ростков к их действию и предрасполагающих к развитию сидеропении. С возрастом увеличивается число неблагоприятных миелосупрессивных факторов, определяющих характер нарушений со стороны системы крови и кроветворения, что обуславливает ее повышенную чувствительность и рост заболеваемости.

Результаты исследования позволяют выделить наиболее высокую частоту гематологических отклонений среди детей отдельных возрастных групп и отнести их в группы риска по более глубокой трансформации патологического процесса, в свою очередь комплексный подход к их диагностике и терапии будет способствовать предупреждению осложнений и улучшению прогноза болезни.

#### *Сведения об авторах статьи:*

**Садыков Фанис Гильманович** – д.м.н., профессор кафедры оперативной хирургии и хирургической анатомии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

**Латыпова Лилия Фуатовна** – д.м.н., профессор кафедры факультетской педиатрии с курсом педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

**Викторов Виталий Васильевич** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской педиатрии с курсом педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

**Латыпов Халил Ильдусович** – к.м.н., ассистент кафедры факультетской педиатрии с курсом педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

**Хамидуллина Ляйсан Закиевна** – аспирант кафедры факультетской педиатрии с курсом педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: donor1981@rambler.ru.

**Раянова Регина Наилевна** – аспирант кафедры факультетской педиатрии с курсом педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Алексеев, Н.А. Клинические аспекты лейкопений – нейтропений и функциональных нарушений нейтрофилов. – СПб.: Фолиант, 2002. – 416 с.
2. Батраков, А.В. Клинико-лабораторное обоснование применения светодиодного излучения длиной волны 470 нм в комплексном лечении больных фурункулами лица: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2012. – 27 с.
3. Галинкин, Ф.В. Клинико-иммунологические исследования при хроническом рецидивирующем фурункулезе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1968. – 22 с.
4. Гомоляко, А.В. Иммуный статус у больных хроническим рецидивирующим фурункулезом / А.В.Гомоляко, И.А.Новикова, А.С. Прокопович // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2010. – Т. 1. – С. 70-76.
5. Имбрыков, К.В. Оценка заболеваемости и варианты стационарного лечения больных с фурункулами и карбункулами лица / К.В. Имбрыков, В.Ю. Никольский // Стоматология. – 2012. – Т. 91, № 2. – С. 29-32.
6. Карабинская, А. В. Липоид в лечении рецидивирующего фурункулеза у детей / А.В. Карабинская, Л.Ф. Чернецова, П.Б. Зотов, Г.А. Костоломова // Справочник педиатра. – 2005. – № 3. – С. 62-63.
7. Лютов, К.В. Патогенетические аспекты лечения и профилактики хронического рецидивирующего фурункулеза у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Кемерово, 2006. – 23 с.
8. Малимон, Т.В. Фурункулы лица у детей и подростков. Методы профилактики и лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2006. – 19 с.
9. Манько, К.С. Дифференцированный подход к назначению синтетических иммунорегуляторных пептидов в составе комплексной терапии хронического рецидивирующего фурункулеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 22 с.
10. Новикова, И. А. Особенности нитроксида статуса лейкоцитов у больных хроническим рецидивирующим фурункулезом / И.А. Новикова, А.В. Гомоляко // Клиническая лабораторная диагностика. – 2010. – № 8. – С. 34-36.
11. Рутенбург, Д.Г. Психонейроиммунологические аспекты хронических рецидивирующих гнойно-воспалительных заболеваний / Д.Г. Рутенбург, А.В. Коньчев, О. В. Кокорев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2008. – Т. 167, №5. – С. 119-122.
12. Сетдикова, Н.Х. Иммуномодуляторы в комплексной терапии иммунокомпрометированных пациентов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2002. – 32 с.
13. Хлыбов, В.С. Клинико-лабораторное обоснование применения антиоксиданта мексидол в комплексном лечении фурункула лица: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2012. – 21с.
14. Щербакова О.А. Комплексная терапия больных хроническим рецидивирующим фурункулезом с нарушением аффинности иммуноглобулинов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 23 с.
15. Dahle K.W., Sontheimer R.D. The Rudolph sign of nasal vestibular furunculosis: questions raised by this common but under-recognized nasal mucocutaneous disorder // Dermatology Online Journal. – 2012. – V. 18. I. 3. – P. 6.
16. Holten-Andersen L. Dalsgaard I. Buchmann K. Baltic salmon, Salmo salar, from Swedish river Lule alv is more resistant to furunculosis compared to rainbow trout // PLoS ONE [Electronic Resource]. – 2012. – V. 7. I. 1. – P. 29571.
17. Romstad AB. Reitan L.J. Midtlyng P. Gravningen K. Evensen O. Development of an antibody ELISA for potency testing of furunculosis (Aeromonas salmonicida subsp salmonicida) vaccines in Atlantic salmon (Salmo salar L) // Biologicals. – 2012. – V. 40. I. 1. – P.67-71.

18. Baba-Moussa L. Sina H. Scheftel JM. Moreau B. Sainte-Marie D. Kotchoni SO. Prevost G. Couppie P. Staphylococcal Pantone-Valentine leucocidin as a major virulence factor associated to furuncles. PLoS ONE [Electronic Resource]. –2011. – V. 6. I. 10. – P. 25716.
19. Novikova IA. Gomoliako AV. Leukocyte nitric oxide status in patients with chronic recurrent furunculosis // Klinicheskaia Laboratornaia Diagnostika. – 2010. – V. 8. I. 34. – P. 6.
20. Gonnelli D. Degardin N. Guidicelli T. Magalon G. Bardot J. Surgical managing of current cutaneous infections in children. Archives de Pediatrie. – 2010. – V. 17. I. 9. – P. 1373-9.
21. Hamaliaka A. Novikova I. Nitric oxide production disorders in leukocytes of patients with recurrent furunculosis // Biomedical Papers of the Medical Faculty of Palacky University in Olomouc, Czech Republic. – 2010. – V. 154(2). – P. 163-7.
22. Atanaskova N. Tomecki KJ. Innovative management of recurrent furunculosis // Dermatologic Clinics. – 2010. – V. 28(3). – P. 479-87.

УДК 616.314-089.23-053.2/6:616.716.1/4-007-073

© Ф.В. Гиззатуллина, Ф.Ф. Маннанова, Т.А. Чудинова, 2014

Ф.В. Гиззатуллина<sup>1</sup>, Ф.Ф. Маннанова<sup>1</sup>, Т.А. Чудинова<sup>2</sup>  
**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ОККЛЮЗИИ  
 И ЕЕ РАЗНОВИДНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. УФЫ**  
*ИГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»  
 Минздрава России, г. Уфа*  
*2МБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника №3», г. Уфа*

Частота перекрестной окклюзии по данным многочисленных литературных источников варьирует от 0,39 до 60,1%. Нами изучена частота встречаемости перекрестной окклюзии и ее разновидностей среди детей и подростков с зубочелюстными аномалиями в возрасте от 5 до 18 лет. Перекрестная окклюзия встречалась у 82 (10,8±1,13%) пациентов, причем у большинства определено смещение нижней челюсти в трансверсальном направлении (у 77 из 82 обследованных пациентов с перекрестной окклюзией). Было выявлено несколько форм перекрестной окклюзии со смещением нижней челюсти: односторонняя палатиноокклюзия (64,9±5,44%), двусторонняя палатиноокклюзия (19,5±4,52%), односторонняя вестибулоокклюзия верхней челюсти (2,6±1,81%), односторонняя вестибулоокклюзия нижней челюсти (10,4±3,48%), односторонняя лингвоокклюзия (2,6±1,81%). Определение разновидностей такой сложной аномалии, как перекрестная окклюзия, позволяет более тщательно планировать лечение и получить положительные устойчивые результаты.

**Ключевые слова:** перекрестная окклюзия, частота встречаемости, трансверсальное смещение нижней челюсти, диагностика.

F.V. Gizzatullina, F.F. Mannanova, T.A. Chudinova  
**THE INCIDENCE OF CROSS-BITE AND ITS TYPES  
 IN UFA CHILDREN AND ADOLESCENTS**

Diverse findings about the incidence of cross bite (from 0.39% to 60.1%) have been well documented in the dental literature. We have studied the incidence of cross-bite and its variants among children and adolescents aged 5 – 18 with dentition anomalies. The cross-bite occurred in 82 (10.8±1.13%) patients. In the majority of subjects, there was transversal mandibular dislocation (in 77 out of 82 patients with cross-bite). Several forms of cross-bite with mandibular dislocation were identified: unilateral palatine occlusion (64.9±5.44%), bilateral palatine occlusion (19.5±4.52%), unilateral maxillary vestibuloocclusion (2.6±1.81%), unilateral mandibular vestibuloocclusion (10.4±3.48%), unilateral lingvoocclusion (2.6±1.81%). Identification of such a complicated anomaly as cross-bite occlusion contributes to the thorough treatment planning and obtaining beneficial results.

**Key words:** cross-bite, incidence, transversal mandibular dislocation, diagnostics.

Перекрестная окклюзия характеризуется несоответствием трансверсальных размеров и формы зубных рядов обеих челюстей, она сопровождается выраженными нарушениями функции жевания, блокированием движений нижней челюсти и нарушенной координации деятельности жевательных и височных мышц [7].

Перекрестная окклюзия в 77% случаев связана с боковым смещением нижней челюсти и считается очень сложным видом среди зубочелюстных аномалий, но распространенность этой аномалии среди детей и подростков не такая большая и колеблется от 0,39 до 1,9 %, увеличиваясь у взрослых до 3% [7]. Распространенность перекрестной окклюзии по данным зарубежных авторов несколько отличается от данных отечественных авторов. Так, Sonnesen L., Vakke M. (2007) перекрестную окклюзию отмечали у 8-17% населения;

по данным Kennedy D. (2005), данная аномалия выявлена у 7-23% населения [7,10,11].

Наиболее распространенной формой перекрестной окклюзии является односторонняя перекрестная окклюзия. Среди лиц с перекрестной окклюзией функциональный сдвиг нижней челюсти к причинной стороне встречается в 80 – 97% случаев. Такие осложненные формы в молочном прикусе составляют 8,4% и в период смены зубов – 7,2% [10].

Частота трансверсальной аномалии среди всех зубочелюстных аномалий в г. Перми составляет 6,29% [8]. По данным Яркина В. В. (2008), частичная (боковая) перекрестная окклюзия среди детей с аномалиями окклюзии в 6-11 лет составила 60,1%; в 12-14 лет – 56,9% и в 15-18 лет – 53,7%. [9]. Среди 300 обследованных детей в возрастной группе 7-12 лет перекрестная окклюзия встречается в 27,3±0,6