

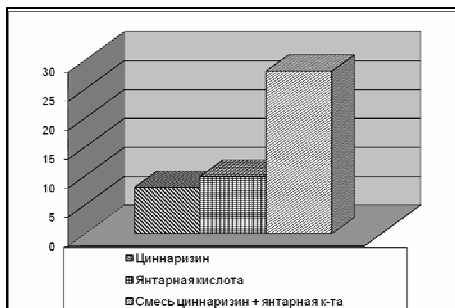


Рис. 3. Выживаемость животных (%), на фоне гемической гипоксии, после введения циннаризина, янтарной кислоты и смеси циннаризина с янтарной кислотой в процентах по отношению к контролю

Заключение. Из проведенной скрининг-оценки антигипоксической активности смеси циннаризина и кислоты янтарной видно, что при пероральном введении в общепринятых дозировках по сравнению с применением указанных веществ по отдельности наблюдается увеличение эффективности по сравнению с контролем, поэтому целесообразно проводить дальнейшие исследования по созданию комбинированной лекарственной формы.

Литература

1. Коваленко А.Л., Белякова Н.В.// Фармация. № 5-6. 2000. С. 40–43.
2. Гусев Е.И. и др. Лекарственные средства в клинике: Руководство для врачей. М.: МЕДПресс-информ, 2003. 416 с.
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства. 15-е изд. М.: Новая волна, 2006. 1200 с.
4. Гланц С. Медико-биологическая статистика: Пер. с англ. М. Практика, 1998. 459 с.

УДК 616-053.2/5:616.716.1.4

ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЯ ПРИКУСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. СТАВРОПОЛЯ

М.П. ВОДОЛАЦКИЙ, В.М. ВОДОЛАЦКИЙ*

Ключевые слова: прикус, характер нарушений

Определение характера нарушения прикуса среди детей и подростков подвинуто практической задаче рациональной организации ортодонтического лечения [1–7].

Цель исследования – изучение характера нарушения прикуса у детей и подростков.

Характер нарушения прикуса среди детей и подростков определялся по результатам комплексного стоматологического обследования 2676 дошкольников и школьников г. Ставрополя в возрасте от 4 до 17 лет (1 274 мальчиков и 1 402 девочек). Распространенность нарушения соотношения зубных рядов изменялась с возрастом детей (рис. 1). У $93,72 \pm 0,47\%$ детей и подростков аномалия прикуса была обусловлена деформацией зубоальвеолярного комплекса (рис. 2, А). Нарушение прикуса вследствие изменения размера или формы челюстной кости определялась в $6,28 \pm 0,47\%$ наблюдений (рис. 2, Б).

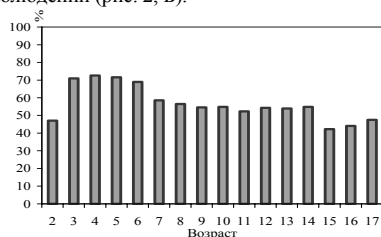


Рис. 1. Распространенность аномалий прикуса в зависимости от возраста детей и подростков

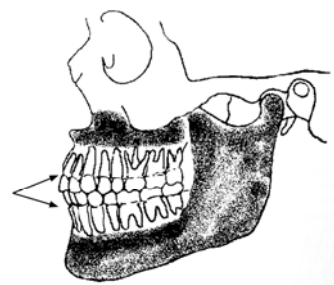


Рис. 2. Нарушение прикуса в результате деформации зубоальвеолярного комплекса – А, изменения размера и формы челюстной кости – Б.

Формирование гнатической (скелетной) формы нарушения соотношения зубных рядов у детей и подростков отмечалось в случае увеличения или уменьшения размера челюстной кости. Чаще всего причиной гнатической формы зубочелюстной деформации являлось изменение размера нижней челюсти – $66,37 \pm 0,91\%$ (рис. 3, 4).



Рис. 3. Аномалия прикуса у ребенка 4 лет в результате недоразвития тела нижней челюсти.



Рис. 4. Нарушение соотношения зубных рядов у подростка 14 лет в результате чрезмерного развития тела нижней челюсти

* Ставропольская ГМА каф. челюстно-лицевой хирургии и стоматологии детского возраста

В процессе проводимого исследования практически не выявлялась изолированная форма патологического прикуса только в одной из трех плоскостей (сагиттальной, орбитальной или горизонтальной). Соотношение зубных рядов у всех обследованных с аномалией прикуса нарушалось по отношению к двум или трем плоскостям (рис. 5).

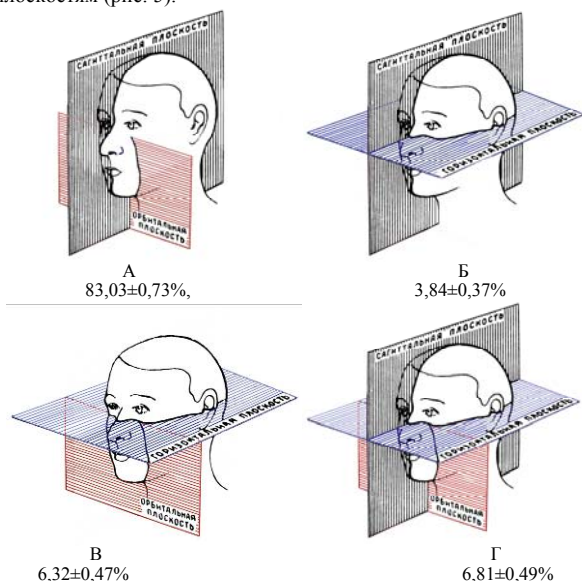


Рис. 5. Частота формирования нарушения прикуса в трех и двух плоскостях у обследованных детей и подростков. Summary

Нарушение соотношения зубных рядов в трех плоскостях имело место у 182 обследованных ($6,81 \pm 0,49\%$) – рис. 5А. У основной группы детей и подростков -2494 ($93,19 \pm 0,49\%$) аномалия прикуса формировалась в двух плоскостях. Возникающие при этом нарушения соотношения зубных рядов развивались в сагиттальной и орбитальной – $83,03 \pm 0,73\%$ (рис. 5В), сагиттальной и горизонтальной – $3,84 \pm 0,37\%$ (рис. 5В), орбитальной и горизонтальной плоскостях – $6,32 \pm 0,47\%$ (рис. 5Г). Клинические проявления сочетанных форм аномалий прикуса, установленные в процессе обследования детей и подростков, изложены в табл. 1.

Таблица 1

Формы сочетанных аномалий прикуса у детей и подростков

Формы аномалий прикуса в плоскости			
Сагиттальной и орбитальной	Сагиттальной и горизонтальной	Орбитальной и горизонтальной	Сагиттальной, горизонтальной и орбитальной
Дистальный и глубокий 1639 $61,25 \pm 0,94\%$ 164	Дистальный и перекрестный 91 $3,40 \pm 0,35\%$ 9	Перекрестный и глубокий 68 $2,54 \pm 0,30\%$ 7	Дистальный, перекрестный и глубокий 88 $3,29 \pm 0,34\%$ 9
Дистальный и открытый 181 $6,76 \pm 0,49\%$ 18	Мезиальный и перекрестный 12 $0,49 \pm 0,13\%$ 1	Перекрестный и открытый 101 $3,77 \pm 0,37\%$ 10	Дистальный, перекрестный и открытый 56 $2,09 \pm 0,28\%$ 5
Мезиальный и глубокий 129 $4,82 \pm 0,41\%$ 13			Мезиальный, перекрестный и глубокий 18 $0,67 \pm 0,16\%$ 2
Мезиальный и открытый 273 $10,20 \pm 0,59\%$ 27			Мезиальный, перекрестный и открытый 20 $0,74 \pm 0,17\%$ 2
Σ 2222 $83,03 \pm 0,73\%$ 222	Σ 103 $3,84 \pm 0,37\%$ 10	Σ 169 $6,32 \pm 0,47\%$ 17	Σ 182 $6,81 \pm 0,49\%$ 18 267

По результатам исследования, представленного в табл. 1, дистальный прикус являлся самой распространенной формой нарушения соотношения зубных рядов у детей и подростков ($76,79 \pm 0,97\%$). Чаще всего он сочетался с глубоким прикусом

($61,25 \pm 0,92\%$). Наиболее редким являлась комбинация дистального прикуса с перекрестным и открытым ($2,09 \pm 0,28\%$).

Глубокий прикус определялся вторым по распространенности среди детей и подростков – $72,57 \pm 0,95\%$. Преимущественно он сочетался с дистальным прикусом $61,25 \pm 0,92\%$. Совсем редко встречалась комбинация глубокого прикуса с перекрестным и мезиальным ($0,67 \pm 0,15\%$). Характерным для мезиального прикуса, который регистрировался у $16,92 \pm 0,48\%$ детей и подростков являлась его комбинация с открытым ($10,20 \pm 0,59\%$) и глубоким ($4,82 \pm 0,41\%$) прикусами. Сочетание мезиального прикуса с перекрестным определялось как редкая форма аномалийного соотношения зубных рядов ($0,49 \pm 0,13\%$).

Перекрестный прикус имел место у $16,96 \pm 0,72\%$ детей и подростков. Преимущественно он сочетался с открытым ($3,77 \pm 0,37\%$) и дистальным ($3,40 \pm 0,35\%$) прикусами. Наиболее редкой формой нарушения соотношения зубных рядов являлось сочетание перекрестного и мезиального прикусов ($0,49 \pm 0,13\%$). Открытый прикус у детей и подростков встречался в $23,56 \pm 0,69\%$ наблюдений. В большинстве случаев он сочетался с мезиальным прикусом ($10,20 \pm 0,45\%$). Наиболее редкой формой нарушения соотношения зубных рядов являлось сочетание открытого прикуса с перекрестным и мезиальным ($0,74 \pm 0,17\%$). Аномалия прикуса у $93,72 \pm 0,47\%$ детей и подростков являлась следствием структурных нарушений в пределах зубочелюстного комплекса и только в $6,28 \pm 0,47\%$ наблюдений отмечалась гнатическая (скелетная) форма патологического прикуса.

Результаты исследования позволили установить у всех обследованных детей и подростков аномалию прикуса в двух ($93,19 \pm 0,49\%$) или трех плоскостях ($6,81 \pm 0,49\%$). Одной из основных форм сочетанного прикуса являлось нарушение соотношения зубных рядов в сагиттальной и орбитальной плоскостях ($83,03 \pm 0,73\%$). Более редкой являлась сочетанная форма нарушения прикуса в орбитальной и горизонтальной ($6,32 \pm 0,47\%$), а также сагиттальной и горизонтальной ($3,84 \pm 0,37\%$) плоскостях.

Среди многообразия возникающих комбинаций нарушения соотношения зубных рядов наибольшую распространенность имело сочетание дистального и глубокого прикусов ($35,23 \pm 0,92\%$), дистального и открытого ($5,75 \pm 0,45\%$), дистального и перекрестного ($3,40 \pm 0,35\%$), открытого и перекрестного ($3,74 \pm 0,37\%$), мезиального и открытого ($2,84 \pm 0,32\%$), мезиального и глубокого ($1,83 \pm 0,30\%$).

Определить в сформировавшейся комбинации основную значимость одного из вариантов нарушения соотношения зубных рядов не представляется возможным без уточнения его доминирующей роли в нарушении функции жевания и речи.

Литература

1. Водлацкий М.П. и др. Ортодонтия. – Ставрополь, 2005.
2. Дистель В.А. и др. Основы ортодонтии. – М., 2001. – 238 с.
3. Зубкова Л.П., Хорошилкина Ф.Я. Лечебно-профилактические мероприятия в ортодонтии. – Киев, 1993. – 342 с.
4. Малыгин Ю.М. Клинико-лабораторное обоснование топоико-морфометрической диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий и совершенствование методов их лечения. – М., 1990.
5. Персин Л.С., Косырева Т.Ф. Оценка гармоничного развития зубочелюстной системы. – М., 1996. – 46 с.
6. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. Ортодонтия. – М., 1989. – 267 с.
7. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. – М., 2006. – 541 с.

УДК 616,311,2-02; 616.314-085; 615.838

РОЛЬ ПРИРОДНЫХ КУРОРТНЫХ ФАКТОРОВ КУБАНСКОГО ПРИЧЕРНОМОРЬЯ И ПРИАЗОВЬЯ В ОПТИМИЗАЦИИ РЕОЛОГИЧЕСКИХ И СВЕРТЫВАЮЩИХ СВОЙСТВ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С КРОВОТОЧИВОСТЬЮ ДЕСЕН

И.Ю. КАМАЕВА*

Ключевые слова: реологические и свертывающие свойства крови

По свидетельству [4], население крупных субъектов Российской Федерации массово страдает синдромом кровоточивости десен, т.к. только зарегистрированная в официальных органах медицинской статистики обращаемость взрослых и детей в стоматологические учреждения Урала и Сибири с подобными жало-

* Научно-исследовательский Центр курортологии и реабилитации (г. Сочи) Федерального медико-биологического Агентства.