

рівняно зі стенокардією напруження стабільною, II ФК і кардіосклерозом атеросклеротичним із серцевою недостатністю та/або порушенням ритму. Більш виражений ефект інтерференції у хворих зі стенокардією напруження стабільною, III ФК, що вказує на більш виражену ригідність (вузькість, жорсткість) пізнавального контролю. Інтерференція у таких хворих є результатом конфлікту вербальних і сенсорно-перцептивних функцій, тобто характерна більша «сила» вербальних функцій і «слабкість» сенсорно-перцептивних [8–10]. Низька інтерференція, що спостерігається у хворих з ІХС у вигляді кардіосклерозу атеросклеротичного з серцевою недостатністю та/або порушенням ритму, свідчить про здатність гальмувати вербальні функції за рахунок сприйняття кольору.

Отже, визначення індивідуального стресового й ішемічного профілів у хворих на ІХС у поєднанні з ГХ дозволило уточнити механізми патогенезу та бути передумовою до корекції лікування.

Висновки

1. Знижений когнітивний стиль (зниження швидкості, ува-

ги, толерантність до стресових ситуацій і збільшення кількості помилок) у хворих на стенокардію напруження стабільну, III ФК вказує на невисокий рівень здатності концентрації уваги в умовах інформаційного навантаження.

2. Виражена ригідність пізнавального процесу у хворих на стенокардію напруження стабільну, III ФК порівняно з хворими на стенокардію, II ФК і кардіосклероз атеросклеротичний з серцевою недостатністю та/або порушенням ритму є результатом конфлікту вербальних і сенсорно-перцептивних функцій.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати мають свій подальший розвиток для визначення співвідношення психосоматичних компонентів у індивідуальних механізмах ішемічної хвороби серця у поєднанні з гіпертонічною хворобою як передумова до корекції лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Панченко Л. Л. Диагностика стресса : учеб. пособие / Л. Л. Панченко. — Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2005. — 35 с.
2. Щербатых Ю. В. Психология стресса / Ю. В. Щербатых. — М. : Эксмо, 2006. — 304 с.

3. Соколова Е. Д. Эмоциональный стресс: психологические механизмы, клинические проявления, психотерапия / Е. Д. Соколова, Ф. Б. Березин, Т. В. Барлас // *MateriaMedica*. — 1996. — № 1 (9). — С. 5-25.

4. Белялов Ф. И. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца / Ф. И. Белялов // *Кардиология*. — 2002. — № 8. — С. 63-67.

5. Левин О. С. Когнитивные нарушения в практике терапевта: заболевания сердечно-сосудистой системы / О. С. Левин // *Consilium medicum*. — 2009. — Т. 11, № 2. — С. 55-61.

6. Никитина Ю. М. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца / Ю. М. Никитина, Ф. Ю. Копылов // *Врач*. — 2008. — № 4. — С. 2-5.

7. Ушенин С. Г. Психические расстройства при ишемической болезни сердца / С. Г. Ушенин // *Український вісник психоневрології*. — 2000. — Т. 8, № 3 (25). — С. 72-74.

8. Холодная М. А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума / М. А. Холодная. — М.: Пер Сэ, 2002. — 480 с.

9. Koch C. Self-monitoring, need for cognition, and the Stroop effect: a preliminary study / C. Koch // *Percept Mot Skills*. — 2003. — Vol. 96. — P. 212-214.

10. MacLeod C. M. The Stroop task: The "gold standard" of attentional measures / C. M. MacLeod // *J. Exper. Psych. General*. — 1992. — Vol. 121. — P. 12-14.

УДК 616.314-089-06:616.314-007.1]-053.2

О. М. Ославський

ВПЛИВ ПЕРЕДЧАСНОГО ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ НА РОЗВИТОК ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Загальновідомо, що зубощелепні аномалії (ЗЩА), у тому числі скупчене положення зубів — хвороби поліетіологічні й пояснюються в більшості випадків взаємодією спадкових і

ендогенних факторів [1; 6; 7]. Якщо усунення перших мало ймовірно, то на набуті фактори ми можемо впливати цілком реально [1; 3; 4; 8]. Перед плануванням усунення ЗЩА, насамперед, необхідно визначитись із діагнозом, етіологією,

патогенезом розвитку аномалії. Допомогти у розв'язанні цих питань може комплекс методів діагностики, що включає клінічні, функціональні, біометричні та рентгенологічні дослідження [5]. У даній статті проведено оцінку ортопантомограми як



методу діагностики патології зубощелепної системи (ЗЩС).

Метричне вивчення ортопантограм щелеп з подальшою оцінкою отриманих за допомогою варіаційно-статистичного дослідження даних дозволяє визначити середні лінійні та кутові розміри окремих ділянок щелеп при ортодонтичному прикусі з урахуванням статі та періодів формування прикусу.

Метою роботи було вивчення впливу передчасного видалення зубів на розвиток скупченого положення зубів у дітей та показати важливість використання ортопантомографії для діагностики аномалій щелеп.

Матеріали та методи дослідження

У відповідності до мети дослідження, нами було обстежено 198 дітей віком від 8 до 15 років — учнів середніх шкіл Одеси, що потребували ортодонтичного лікування. З метою встановлення й уточнення діагнозу всім пацієнтам проводилися рентгенологічні дослідження, а саме ортопантомографію.

Усі 198 ортопантомограм були виконані у центральній оклюзії без прокладки між передніми зубами (рис. 1). На ортопантомограмах щелеп визначали такі параметри (рис. 2):

— розташування коронки зачатків постійних зубів по відношенню до коренів поряд розміщених постійних зубів;

— аномалію кількості зубів (часткову адентію, кількість і розміщення надкомплектних зубів);

— кількість і розташування ретенуваних зубів;

— напрямок прорізування зачатків постійних зубів і місце їх розташування;

— збіг середньої лінії між центральними верхніми і нижніми різцями;

— взаємовідношення сегментів зубного ряду у вертикальному і мезіо-дистальному напрямках правої та лівої сторони;

— корпусне або вертикальне зміщення зубів, їх нахил по

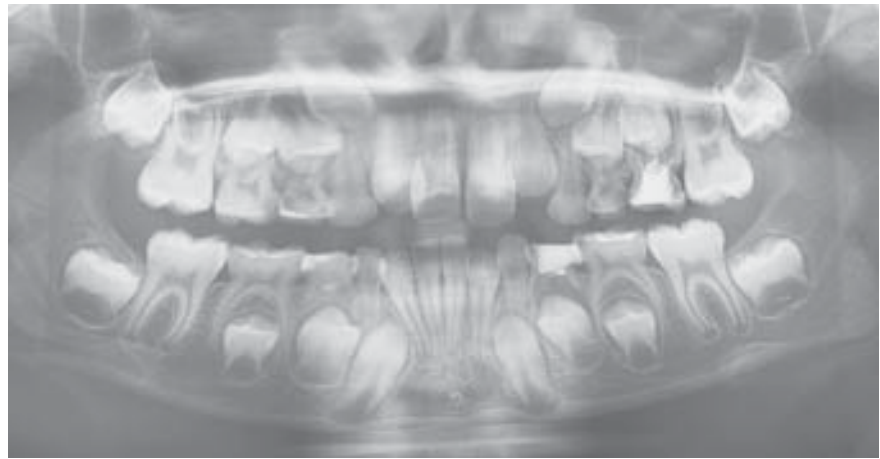


Рис. 1. Діагностична ділянка на ортопантомограмі

відношенню до зубів, розміщених на протилежному боці щелепи;

— тісне розташування постійних різців і клів, що прорізались, та їх зачатків;

— «віялоподібне» розміщення різців верхньої та нижньої щелеп;

— кути нахилу поздовжніх осей зачатків зубів чи постійних зубів, що прорізалися, по відношенню до площини, перпендикулярної до серединної площини обличчя;

— наявність проміжків між постійними зубами до і під час ортодонтичного лікування;

— ступінь формування коренів постійних зубів;

— місце, що займає третій моляр у ретромоларному просторі верхньої щелепи [8];

— кут між поздовжніми осями першого і третього постійних молярів верхньої та нижньої щелеп;

— симетричність розвитку нижньої та верхньої щелеп.

Ортопантомограми розшифровували за допомогою запро-

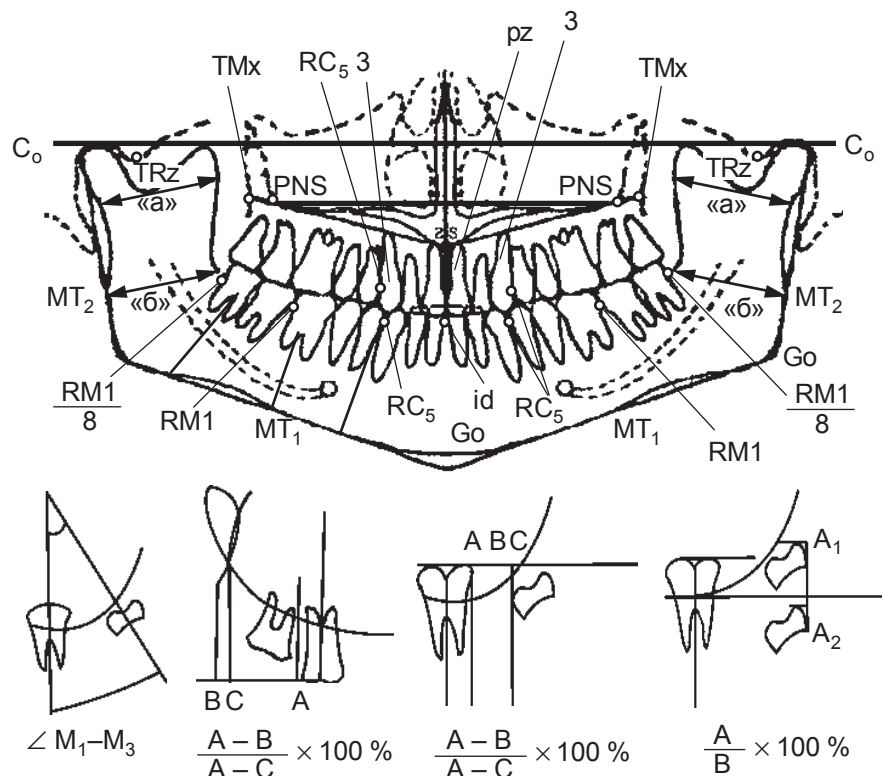


Рис. 2. Схема позначень точок і ліній вимірювань на ортопантомограмі щелеп



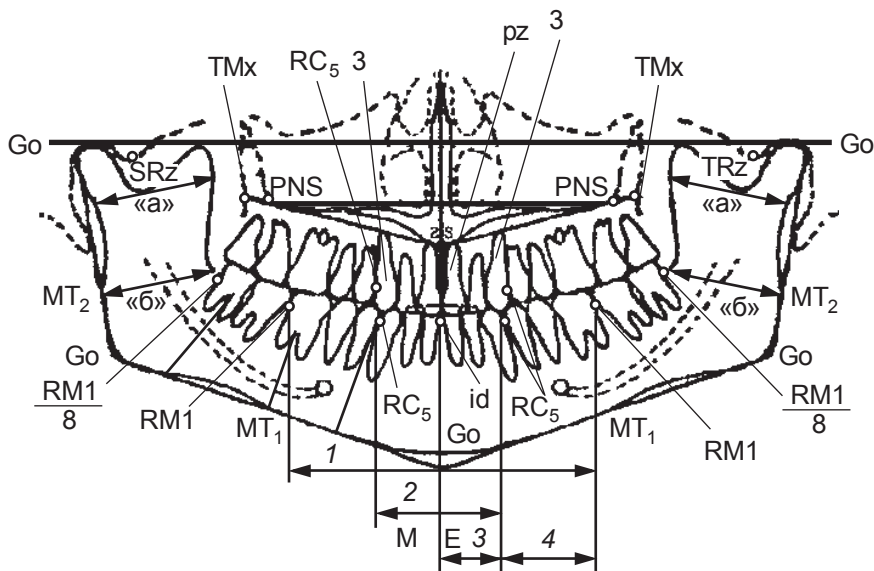


Рис. 3. Схема аналізу ортопантомограми щелеп: 1 — проекція довжини сегмента зубного ряду; 2 — проекція довжини центрального сегмента; 3 — проекція довжини переднього сегмента; 4 — проекція довжини бокового сегмента

понованої нами методики [2]. На Rtg-знімку створюється пряма, що дотично з'єднує, торкаючись найбільш високого місця (Go-Go) суглобових головок скронево-нижньощелепного суглоба (рис. 3). Перпендикулярно до цієї лінії та паралельно одна до одної проводять такі лінії з точок:

- а) медіальна поверхня нижніх центральних різців;
- б) дистальний край нижніх іклів;
- в) дистальний край перших постійних молярів.

Внаслідок цього утворюються такі сегменти:

- довжина зубного ряду між першими постійними молярами (від дистальної поверхні 36-го до дистальної поверхні 46-го зуба);
- центральний сегмент зубного ряду (73, 32, 31, 41, 42, 83-й зуби — змінний прикус) і (33, 32,

31, 41, 42, 43-й зуби — постійний прикус);

— бокові (36, 75, 74, 84, 85, 46-й у змінному періоді формування прикусу та 36, 35, 34, 44, 45 і 46-й у постійному);

— передній правий нижній (83, 42, 41-й або 43, 42, 41-й) у змінному і передній лівий нижній (31, 32, 73-й або 31, 32, 33-й) у постійному періодах формування прикусу.

За даною методикою було проведено дослідження відношення проекції центрального і бокових сегментів до проекції довжини зубної дуги. За відносною величиною бокових сегментів оцінювали симетричність їх розвитку. Порушення співвідношення між сегментами вказує на деформацію щелепи. Відношення проекції сегментів 31-33 (73) і сегмента 34 (74)-36 до проекції відстані між 31-м і

36-м зубами і такі ж виміри на симетричній стороні дозволяють стверджувати про симетричність щелепи, а також дефіцит чи надлишок місця в зубному ряду. Такий досить простий метод дослідження свідчить про аномалію розмірів і форми щелеп.

Результат наших досліджень показав, що у пацієнтів, які в анамнезі не мали передчасного видалення зубів, на рентгенограмі, між правим і лівим сегментами щелепи існує статистично вірогідна відповідність розмірів цих ділянок.

Проведене вивчення ортопантомограм у дітей з передчасно видаленими тимчасовими зубами показало зміну кутів нахилу постійних зубів, наявність відхилень у лінійних розмірах симетричних половин щелеп у цих пацієнтів. Для дослідження впливу передчасного видалення тимчасових зубів на формування скупченого положення постійних зубів нами проведено аналіз частоти їх видалення в різних вікових групах дітей, що мешкають в Одесі (таблиця). Згідно з даними таблиці, у період пізнього змінного прикусу (8–10 років) близько 40 % дітей мають дефекти зубних рядів. Найчастіше видаляли другі молочні моляри — (31,1±2,2) %, також виявлено 2,2 % дітей з видаленими першими постійними молярами. У постійному прикусі загальна кількість видалених зубів зменшується, що пояснюється завершенням фізіологічної зміни зубів, однак зростає відсоток видалених постійних молярів (8,2±2,4) % на верхній щелепі та (15,1±2,4) % на нижній щелепі.

Таблиця 1

Частота видалення тимчасових і постійних зубів за віковими групами у дітей, які мешкають в Одесі, %, M±m

Вікова група, років	Видалені зуби	Молочні другі моляри		Постійні перші моляри		Премоляри	
		верхні	нижні	верхні	нижні	перші	другі
8–10	39,9±3,1	6,3±1,1	31,1±2,2	0,30±0,01	1,9±1,1	—	—
11–13	18,6±1,7	—	—	3,90±0,02	14,7±2,3	—	—
14–15	23,5±1,9	—	—	8,2±1,0	15,1±2,4	0,200±0,004	—

Висновки

Таким чином, результати проведених досліджень показали, що обстежені діти у віковій групі 8–10 років у (39,9±3,1) % випадків мають видалені як тимчасові, так і постійні зуби. При цьому також слід зауважити, що профілактичне протезування проводилося тільки в поодиноких випадках. Результати аналізу ортопантограм, які показали статистично вірогідне зменшення розмірів проекції нижньої щелепи з боку, де було виявлене передчасне видалення тимчасових і постійних зубів у періоді змінного прикусу, підтвердили думку щодо ролі в патогенезі скупченого положення зубів передчасного видалення зубів (без профілактичного протезування). Відставання розвитку нижньої щелепи з

боку передчасного видалення зубів зберігається і в постійному прикусі, що є однією з причин скупченого положення зубів у постійному прикусі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Даминов Т. О. Роль общих факторов в патогенезе развития деформаций зубочелюстной системы у детей / Т. О. Даминов, Р. К. Якубов, И. Р. Мавлянов // *Стоматология*. — 2002. — № 4. — С. 57-60.

2. Деклараційний патент на корисну модель № 5678, Україна, МПК 7 А61С7/00. Спосіб діагностики симетричності верхньої та нижньої щелеп при скупченості зубів / Ославський О. М. — № 20040806377; заявл. 02.08.2004; опубл. 15.03.2005, Бюл. № 3.

3. *Результаты* ортодонтического лечения аномалий зубного ряда с удалением и без удаления зубов / Е. Н. Еловинова, Л. М. Гвоздева, К. Л. Бударман [и др.] // *Стоматология*. — 1989. — Т. 8, № 6. — С. 60-62.

4. Зубкова Л. П. Аномалии зубочелюстной системы при ранней потере временных моляров / Л. П. Зубкова // *Стоматологический журнал*. — 2002. — № 4. — С. 21-22.

5. Нётцель Ф. Практическое руководство по ортодонтической диагностике. Анализ и таблицы для использования в практике / Ф. Нётцель, К. Шульц; науч. ред. изд. на рус. яз. М. С. Дрогомирецкая; пер. с нем. — Львов: ГалДент, 2006. — 176 с.

6. Ясинская Е. В. Проблемы раннего и позднего сменного прикуса / Е. В. Ясинская, И. Л. Скрипник // *Сучасна ортодонція*. — 2008. — № 3. — С. 37-38.

7. Флис П. С. Распространенность аномалий формы и размера отдельных зубов по данным статистического исследования / П. С. Флис, Г. П. Леоненко, П. В. Леоненко // *Сучасна ортодонція*. — 2007. — № 1. — С. 16-20.

8. Vince Kokich Jr. Раннее решение проблемы врожденного отсутствия зубов / Jr. Vince Kokich // *Сучасна ортодонція*. — 2009. — № 3. — С. 9-12.

УДК 616.233-002.1-007.272-02:613.84]-053.5

О. М. Платонова, І. Л. Бабій

ТЮТЮНОПАЛІННЯ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ І ЙОГО ВПЛИВ НА ПЕРЕБІГ БРОНХІТІВ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Однією з актуальних проблем сучасності є тютюнопаління у дитячому віці. Незважаючи на все більш поширені в літературі та пресі дані щодо шкідливості цієї звички, тютюнопаління нестримно проникає у дитячу популяцію [1; 3; 4]. Доведено, що нікотин — одна з найсильніших отрут (речовина з сильним аддиктивним ефектом) рослинного походження — здатен викликати у дітей психологічну й фізичну залежність. Дослідження, проведені Хеннінгфілдом і Беновітцем, показали, що нікотин більшою мірою викликає фізичну залежність,

ніж кофеїн і марихуана, але меншою, — ніж алкоголь, кокаїн і героїн [10; 11]. Тютюнопаління негативно впливає на стан багатьох систем дитячого організму, однак найбільший пресинг тютюну відчуває дихальна система [3; 4]. Паління також спричинює виникнення деструкції епітелію бронхів, під впливом тютюнового диму відбувається гіпертрофія бронхіальних слизових залоз, сповільнюється ескалація слизу, порушується мукоциліарний кліренс [9]. При тривалому палінні тютюновий дим впливає на імунну систему: знижує активність Т-лімфоцитів, пригнічує синтез антитіл основних класів

(А, М, G), стимулює синтез імуноглобулінів Е, підвищує активність блукаючого нерва. Тютюнопаління запускає ланцюгову хімічну реакцію за участі активних форм кисню екзо- й ендогенного генезу. Встановлено, що тютюновий дим є інгібітором хемотаксису нейтрофілів [9]. Кількість альвеолярних макрофагів під його впливом збільшується, але зменшується їхня фагоцитарна активність [1; 2; 6].

Про вплив на дитячий організм пасивного, або «примусового», тютюнопаління написані численні роботи [1; 6; 7]. Усі автори одноставно констатують несприятливу, ушкоджую-

