

ЛИТЕРАТУРА

1. Волчанский Е. И. // Бюл. изобретений и открытий. — 1985. — № 23—24.
2. Волчанский Е. И. Критерии дифференциальной диагностики ранней стадии гипертонической болезни и нейроциркуляторной дистонии у детей и подростков, аспекты адекватной фармакотерапии: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1985. — 48 с.
3. Кобалава Ж. Д., Котовская Ю. В. // Кардиология. — 2006. — № 10. — С. 51—57.
4. Лямина Н. П., Долотовская П. В. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2005. — № 4 (6). — С. 16—21.
5. Розанов В. Б. Прогностическое значение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом, у детей и подростков и отдален-

ные результаты профилактического вмешательства: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2007. — 24 с.

6. Снигур Е. Л., Волчанский Е. И., Стаценко М. Е. // Пермский медицинский журнал. — 2008. — № 1 (25). — С. 49—53.
7. Asmar R. G., Panner B., Santoni J. P., et al. // Circulation. — 1988. — № 78. — P. 941—950.
8. Celermajer D. J., Sorensen K. E., Gooch V. M., et al. // Lancet. — 1992. — № 340. — P. 1111—1115.

Контактная информация:

Стаценко Михаил Евгеньевич — д. м. н., профессор, проректор по НИР, зав. кафедрой внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов Волгоградского государственного медицинского университета, statsenko@vistcom.ru

УДК 616.716.8:534.86:616-053.2/4(045)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ И ДЕФЕКТОВ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ

В. М. Водолацкий, Г. Н. Соломатина

Ставропольская государственная медицинская академия, Северо-Кавказский социальный институт

Целью исследования являлось выявление распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций и дефектов звукопроизношения у 609 детей г. Ставрополя в возрасте от 7 до 15 лет. Зубочелюстные аномалии и деформации выявлены у 336 детей — $55,17 \pm 2,71 \%$, дефекты звукопроизношения обнаружены у 273 детей — $44,83 \pm 3,01 \%$.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, деформации и дефекты звукопроизношения у детей.

PREVALENCE OF DENTO-ALVEOLAR ANOMALIES, DEFORMITIES AND DEFECTS OF PRONUNCIATION IN CHILDREN

V. M. Vodolatski, G. N. Solomatina

The purpose of the research was to reveal the prevalence of Dento-alveolar anomalies, deformations and defects of pronunciation in 609 children of Stavropol in the age group of 9—15 years. Dento-alveolar anomalies and deformations are revealed in 336 children — $55,17 \pm 2,71 \%$ and defects of pronunciation are found out in 273 children — $44,83 \pm 3,01 \%$.

Key words: dento-alveolar anomalies, deformations and defects of pronunciation in children.

За последние два десятилетия отмечается увеличение распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций среди детского населения. Показатель распространенности среди детей с данной патологией увеличился с 50 [5, 8] до 65—70 % [2, 6, 9]. Это увеличение обусловлено рядом объективных причин.

В возникновении зубочелюстных деформаций существенную роль играют уменьшение сроков естественного вскармливания и изменившийся характер пищи у детей.

Естественное вскармливание является гарантом гармоничного развития зубочелюстной системы в послеродовой период. Уменьшение сроков естественного

вскармливания в послеродовой период в настоящее время сократилось до 1,5—2 месяцев, что приводит к недоразвитию нижней челюсти, ее дистальному положению и инфантильности жевательной и мимической мускулатуры [6, 8, 9].

Характер современной пищи, принимаемой детьми в раннем возрасте, становится все более мягким и податливым. Вследствие этого у ребенка сокращается время приема пищи, раньше возникает глотательный рефлекс, значительно уменьшается физическая нагрузка жевательного аппарата. В результате этого зубочелюстная система оказывается недостаточно нагруженной и как следствие — отставание ее в росте. С достаточно большой степенью вероятнос-

ти можно прогнозировать дальнейшее увеличение распространенности зубочелюстной патологии в детской популяции. По мнению многих авторов, тенденция к увеличению количества детей с деформациями зубочелюстной системы будет стремиться к 100 % [2—4, 8, 9].

Причинными факторами возникновения аномалий зубочелюстной системы у детей являются эндогенные и экзогенные факторы, действующие на организм беременной женщины.

К эндогенным факторам, прежде всего, относится наследственность — 10—50 % [2]. Данная категория больных тяжело поддается лечению и имеет склонность к рецидивированию лечебного результата.

Действие экзогенных факторов, неблагоприятно воздействующих на организм женщины на 7—8 неделях беременности в период формирования лицевого отдела плода, приводит к различным порокам развития, в том числе и к аномалиям челюстно-лицевой области.

К экзогенным причинным факторам относят ионизирующую радиацию, недостаток кислорода, воздействие высоких температур, нарушение питания и недостаточное потребление витаминов, вирусные и бактериальные заболевания, гинекологические хронические воспалительные заболевания, работу на производстве, связанном с изготовлением химических препаратов, прием медикаментов в лечебных целях и др. [1, 3, 4, 7].

Также в последнее время отмечается негативная роль загрязнения окружающей среды в увеличении частоты рождаемости детей с пороками развития лицевого скелета. Так, резко вырос процент числа врожденных расщелин после аварии на Чернобыльской АЭС в пораженных радиацией зонах [1, 2], в которых констатируется увеличение количества рожденных детей с расщелинами неба на 300 случаев в год [1, 7]. По данным Ставропольского комитета Госстатистики, с 1991 по 1997 годы темп роста частоты рождаемости детей с пороками развития (среди которых на первом месте — врожденные пороки сердца, на втором — множественные пороки развития, на третьем — незаращение губы и неба) в Ставрополе, считающемся в экологическом отношении неблагополучным городом, составил 127,6 %. Эта цифра в два раза выше, чем в контрольном, относительно чистом, Апанащенском районе Ставропольского края.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявление распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций и дефектов звукопроизношения у детей.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено стоматологическое и логопедическое обследование 609 школьников Ставрополя в возрасте 7—15 лет. Стоматологическое обследование

включало выявление зубочелюстных аномалий и деформаций, логопедическое обследование изучало дефекты звукопроизношения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам проведенного обследования выявлено, что зубочелюстные аномалии и деформации обнаружены у 336 детей из общего числа испытуемых ($55,17 \pm 2,71$ %), дефекты звукопроизношения обнаружены у 273 детей из 609 школьников, что составило ($44,83 \pm 3,01$ %). Половые различия существенного влияния не имели.

Исследование показало, что неправильное положение 1 зуба обнаружено у 29 детей, при этом у 9 из них выявлены дефекты звукопроизношения. Оказалось, что в большинстве случаев данная патология не оказывает существенного влияния на звукопроизношение. Лишь адентия 1 зуба во фронтальном участке привела к появлению шипящего фона при произнесении свистящих звуков, так как в этом случае происходит нарушение направленности воздушной струи.

Полученные данные представлены в табл.

Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций и дефектов звукопроизношения у школьников Ставрополя

Патология	Кол-во зубочелюстных аномалий и деформаций		Кол-во дефектов звукопроизношения	
	Абс.	%	Абс.	%
Неправильное положение 1 зуба	29	$8,63 \pm 5,21$	9	$3,29 \pm 5,95$
Неправильное положение нескольких или группы зубов	169	$50,29 \pm 3,85$	137	$50,18 \pm 4,27$
Дистальный прикус	19	$3,65 \pm 5,34$	15	$5,49 \pm 5,88$
Мезиальный прикус	15	$4,46 \pm 5,33$	13	$4,76 \pm 5,91$
Глубокий прикус	33	$9,82 \pm 5,80$	31	$11,36 \pm 5,70$
Открытый прикус	29	$8,63 \pm 5,21$	29	$10,62 \pm 5,72$
Перекрестный прикус	7	$2,08 \pm 5,40$	6	$2,20 \pm 5,98$
Укороченная уздечка языка	11	$3,27 \pm 5,37$	11	$4,03 \pm 5,93$
Укороченная уздечка верхней губы	12	$3,57 \pm 5,35$	11	$4,03 \pm 5,93$
Укороченная уздечка нижней губы	3	$0,89 \pm 5,43$	3	$1,10 \pm 6,02$
Врожденные расщелины	9	$2,68 \pm 5,38$	8	$2,93 \pm 5,96$
<i>Итого</i>	336	$55,17 \pm 2,71$	273	$44,83 \pm 3,01$

Неправильное положение нескольких или группы зубов выявлено у 169 детей, у 137 из них выявлены нарушения звукопроизношения. При данном дефекте также не обнаружено тяжелых нарушений звукопроизношения. Адентия двух и более резцов детерминирует появление межзубного сигматизма, при котором язык при произнесении свистящих и шипящих звуков находится в образовавшейся щели. Дефекты звукопроизношения обуславливает и скупен-

ное положение зубов, которое приводит к нарушению местообразования свистящих звуков и звука «ц». Вследствие неправильного положения нескольких зубов может образоваться диастема, наличие которой приводит к нарушению прохождения воздушной струи при произнесении свистящих и шипящих звуков, которые приобретают избыточный шум.

При нарушениях прикуса обнаружены более грубые дефекты звукопроизношения.

При дистальном прикусе (19 детей, из которых 15 с дефектами звукопроизношения) в большинстве случаев нарушено местообразование шипящих звуков. В некоторых случаях присутствовало «нижнее» произношение «ш» и «ж», когда щель образуется передней частью спинки языка (кончик языка при этом опущен). Звучание этих звуков приобрело мягкий оттенок. В других случаях присутствовало заднеязычное произнесение этих звуков. При этом щель образовалась задней частью спинки языка с твердым небом. Достаточно часто встречалось нарушение произношения губно-губных (п, п', б, б', м, м'), губно-зубных (ф, ф', в, в'), переднеязычных взрывных (т, т', д, д'), реже — р, р'.

При мезиальном прикусе (15 детей, из которых 13 с дефектами звукопроизношения) отмечено грубое нарушение произношения свистящих и шипящих звуков, произносимые как межзубные звуки. Взрывные переднеязычные звуки при этом звучали смягченно.

При глубоком прикусе (33 ребенка, из которых 31 имеют нарушения звукопроизношения) наблюдался призубный сигматизм, когда вместо всех шипящих, свистящих звуков и аффрикат произносились переднеязычные взрывные звуки (т, т', д, д').

При открытом прикусе (29 детей, у всех из них присутствовали дефекты звукопроизношения) происходит нарушение произнесения свистящих, шипящих звуков и аффрикат, которые произносились как межзубные.

Односторонний или двусторонний перекрестный прикус (7 детей, у 6 из них выявлены дефекты звукопроизношения) приводит к появлению бокового сигматизма. При этом боковые края языка не прилегают к коренным зубам, воздушная струя проходит не по средней линии языка, а через боковую щель.

Укороченная уздечка языка обнаружена у 11 детей, у всех из них имелись дефекты звукопроизношения. При данной патологии затруднено движение языка по направлению вверх, вправо и влево. В более легких случаях наблюдалось «нижнее» положение шипящих звуков и всевозможные нарушения произношения звуков р, р'. Среди искажений преобладали велярное и увулярное произношение. Наиболее частой заменой была замена на j (йот). В более тяжелых случаях (при значительном укорочении уздечки языка) оказались нарушенными звуки верхнего подъема (шипящие, переднеязычные взрывные, сонорные).

Укороченная уздечка верхней губы выявлена у 12 детей, из которых 11 имели нарушения звукопро-

изношения. В данном случае затруднена подвижность верхней губы и вследствие этого произношение губно-губных звуков.

Укороченная уздечка нижней губы встречалась в 3 случаях, у всех из них выявлены дефекты звукопроизношения. При данной патологии происходит нарушение произнесения губно-зубных звуков. И в том, и в другом случаях лабиализованные гласные звуки (о, у) теряли лабиализацию и звучали как приближенные.

Врожденная расщелина неба обнаружена у 9 детей. При этом у одного ребенка дефекты звукопроизношения не выявлены. Этот ребенок прошел полный курс хирургического и ортодонтического лечения. Занятия с логопедом с ним проводились до полной нормализации произносительной стороны речи. У всех остальных детей выявлены множественные нарушения произношения. Фрикативные звуки этими детьми производились как межзубные (1 ребенок), боковые (1 ребенок), велярные (2 детей), носовые (2 детей), глоточные с назальным хрипом (2 детей). У всех 8 детей были отмечены дефекты взрывных звуков:

- взрывных язычно-зубных звуков, которые проявлялись в заменах «т» и «д» на взрывные заднеязычные (2 детей) или на фрикативный заднеязычный (1 ребенок). Часть детей производили замены взрывных на носовые «н» или «м» (2 ребенка) или на глоточный взрывной звук (3 детей);

- взрывных губно-губных звуков «п» и «б», которые заменялись заднеязычными взрывными или носовым губно-губным звуком (5 детей);

- взрывных заднеязычных звуков, которые производились за счет замены на фрикативные заднеязычные (3 детей).

У всех 8 детей было выявлено нарушение произношения аффрикат, вместо которых производилась замена на заднеязычный щелевой звук «х» (2 ребенка), на заднеязычные взрывные звуки «к», «г» (4 ребенка), 3 ребенка произносили аффрикаты как глоточный взрывной звук.

При произношении сонорных звуков отмечена замена на носовой звук «н» (3 детей), на взрывной (1 ребенок) или фрикативный заднеязычный звук (5 детей).

Фонетический анализ нарушений произношения у детей с расщелинами неба показал, что большинство обследованных детей при произнесении взрывных звуков использовали атипичные компенсаторные артикуляции (глоточные реализации), которые образуются за счет дополнительной артикуляции в полости гортани, что придает речи своеобразный «щелкающий» призвук.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить у детей Ставрополя в возрасте от 7 до 15 лет достаточно высокую распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций

(55,17 ± 2,71) % и дефектов звукопроизношения (44,83 ± 3,01) %. Полученные данные необходимо учитывать в профилактических и лечебных целях врачам-стоматологам и логопедам в построении коррекционно-педагогической работы.

Только совместная деятельность специалистов медицинского и педагогического профилей позволит эффективно решать проблему реабилитации пациентов детского возраста с аномалиями и деформациями челюстно-лицевой области и дефектами звукопроизношения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ваганов Н. // Мед. газета. — 1994. — № 44. — С. 5.
2. Водолацкий М. П. и др. Ортодонтия. — Ставрополь, 2005.
3. Дистель В. А., Сунцов В. Г., Вагнер В. Д. Основы ортодонтии. — М., 2001. — 238 с.

4. Зубкова Л. П., Хорошилкина Ф. Я. Лечебно-профилактические мероприятия в ортодонтии. — Киев, 1993. — 342 с.

5. Малыгин Ю. М. Клинико-лабораторное обоснование топоико-морфометрической диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий и совершенствование методов их лечения. — М., 1990.

6. Персин Л. С., Косырева Т. Ф. Оценка гармоничного развития зубочелюстной системы. — М., 1996. — 46 с.

7. Прошак Л. // Аргументы и факты. — 2001. — № 17.

8. Хорошилкина Ф. Я., Персин Л. С. Ортодонтия. — М., 1989. — 267 с.

9. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. — М., 2006. — 541 с.

Контактная информация:

Водолацкий Виктор Михайлович — к. м. н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии детского возраста Ставропольской государственной медицинской академии, e-mail: Viking-66@mail.ru

УДК 616.12. 005.4-053-076.5

ДИСБАЛАНС ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

С. И. Чернова, В. Н. Плохов

Отделенческая клиническая больница на станции Волгоград-1 ОАО «РЖД»

Изучено содержание провоспалительных цитокинов у больных с различными клиническими проявлениями ишемической болезни сердца (ИБС). У больных ИБС повышено содержание провоспалительных цитокинов интерлейкина (ИЛ)-1 β , ИЛ-6, фактора некроза опухоли (ФНО)- α . При остром инфаркте миокарда выявлены максимально высокие уровни провоспалительных цитокинов. У больных с многососудистым поражением коронарных артерий содержание цитокинов выше, чем у больных с поражением 1—2 магистральных артерий. Больные с высокими уровнями ИЛ-6 и ФНО- α , даже при гемодинамически незначимых стенозах коронарных артерий должны быть отнесены к группе высокого риска неблагоприятного исхода ИБС.

Ключевые слова: провоспалительные цитокины, инфаркт миокарда, многососудистое поражение коронарных артерий, высокий риск.

IMBALANCE OF PROINFLAMMATORY CYTOKINES IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

S. I. Chernova, V. N. Plohov

In ischemic heart disease the level of proinflammatory cytokines IL-1 β , IL-6 and FNO- α is increased. In acute myocardial infarction the highest possible levels of proinflammatory cytokines are noted. In patients with multivascular lesion of coronary arteries the level of cytokines was higher than in patients with a lesion 1—2 main arteries. Patients with high levels of IL-6 and TNF- α , even in hemodynamically insignificant stenoses of coronary arteries, should be ranked as a group of high risk of an adverse outcome of ischemic heart disease.

Key words: proinflammatory cytokines, an acute myocardial infarction, a multivascular lesion of coronary arteries, high risk.

Размер атеросклеротической бляшки не имеет решающего значения в развитии острого коронарного синдрома. Анализ ангиографических исследований демонстрирует, что очень часто подвержены разрыву с клиникой острого инфаркта миокарда атерос-

клеротические повреждения, вызывающие менее чем 50 % стенозов венечных артерий [4]. Это связано с тем, что признаки воспалительной активности, приводящие к нарушению целостности фиброзной капсулы бляшки, часто присутствуют в малых, не влия-