

несколько факторов – изменения гемодинамики при переходе на взрослый тип циркуляции, особенности вегетативной регуляции с созревшей парасимпатической (как более древней) и развивающейся симпатической иннервацией, различная степень зрелости проводящей системы.

Среди факторов риска ведущая роль принадлежит предшествующим прерываниям беременности (мед. аборт), угрозам прерывания беременности, гестозам I и II степени, трихомонозу и ОРВИ матери в первой половине беременности. Показано также, что причиной синдрома дезадаптации ССС новорожденных может быть повреждение церебральных механизмов регуляции ее деятельности в результате внутриутробной и интранатальной гипоксии. По мнению Ю.И. Барашнева, в основе гипоксической энцефалопатии лежат метаболические расстройства, связанные с дефицитом кислорода, гибелью отдельных клеток, сопровождающиеся изменениями энергетического и электролитного баланса и накоплением свободных радикалов. Эти нарушения метаболизма, несомненно, касаются не только ЦНС, но и всех органов и систем. Так, гипоксическое поражение ССС, по мнению разных авторов, встречается у 40-70% новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию [8].

Чаще аритмии наблюдались у детей с сопутствующей патологией: поражением центральной и вегетативной нервной системой, гипертензионным и гидроцефальным синдромами.

Причинами аритмий у больных с ВПС являются следующие: врожденное нарушение строения проводящей системы сердца, длительное нарушение гемодинамики, наличие дополнительных путей проведения, воспалительные, метаболические и электролитные нарушения, грубые манипуляции при катетеризации полостей сердца, хирургическая травма.

Таким образом, полученные данные подтверждают высо-

кую распространенность и полиморфизм НРС и проводимости у детей раннего возраста. Развитие нарушений ритма и проводимости в большей степени связано как с незрелостью ЦНС, так и проводящей системы сердца. Гипоксическое поражение ССС встречается у 53,1% детей, перенесших перинатальное поражение ЦНС, что соответствует литературным данным. Выявленная патология беременности родов в 56,3% способствует развитию хронической и острой гипоксии новорожденных и приводит к проявлению дезадаптационных синдромов в раннем неонатальном периоде. Среди факторов риска ведущая роль принадлежит угрозе прерывания беременности, ОРВИ матери во время беременности и урогенитальным инфекциям. Герпетическая инфекция во время беременности является фактором риска развития электрической нестабильности миокарда, что наблюдалось в 4,2% случаях.

Высокий удельный вес МАРС (18%) у детей может свидетельствовать о значении соединительнотканых дисплазий в генезе данных состояний. Вышеперечисленные выводы свидетельствуют в пользу мультифакториальной этиологии аритмий. Полная нормализация ритма в 19,1% случаев говорит в пользу функционального генеза аритмий у детей раннего возраста.

Таким образом, для раннего выявления НРС и проводимости необходим контроль состояния реактивности ССС плода с использованием КТГ женщинам из групп риска. Необходимо выявлять сопутствующие заболевания, так как они являются пусковым механизмом возникновения нарушений сердечного ритма и проводимости. Как можно раньше установить факторы риска жизнеугрожающих аритмий, для проведения комплексной медикаментозной коррекции и реабилитации, по показаниям хирургическое лечение (ЭКС, абляция).

Кардиология. – 2001. – Т. 41. №11. – С.66-69.

6. Школьников М.А. Жизнеугрожающие аритмии у детей. – М.: Нефтяник, 1999. – 230 с.

7. Школьников М.А., Березинская В.В. Физиология и патология сердечно-сосудистой системы у детей первого года жизни. – М., 2002. – С.83-111.

8. Шарькин А.С. Перинатальная кардиология: Рук-во для педиатров, акушеров и неонатологов. – М.: Волшебный фонарь, 2007. – 264 с.

9. Ferrtr P.L. Fetal arrhythmias // Current concepts in diagnosis and management of arrhythmias in infants and children / Eds B.J. Deal, G.S. Wolff, H. Gelband. –Armonk, NY: Futura, 1998. – P.17-63.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконь Н.А. Неревматические кардиты у детей. – М.: Медицина, 1984. – 221 с.

2. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. – М.: Медицина, 1987. – Т. 1. – С.392-421.

3. Бокерия Е.Л. Нарушения ритма сердца у новорожденных детей при ГИЭ // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2001. – Т. 46. №1. – С.19-21.

4. Прахов А.В., Гапоненко В.А., Игнашина Е.Г. и др. Болезни сердца плода и новорожденного ребенка. – Нижний Новгород, 2001. – 188 с.

5. Школьников М.А., Березинская В.В. Циркадный профиль возникновения угрожающих жизни аритмий у детей //

Информация об авторе: Самборская Ирина Сергеевна – ассистент, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1.

© ДИДЕНКО Н.М., ВЯЗЬМИН А.Я., МАМОНОВА Н.В. – 2013
УДК 616. 857. 314. 2 – 007.26

МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ВЗРОСЛЫХ С АНОМАЛИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ПРИКУСА

Наталья Михайловна Диденко¹, Аркадий Яковлевич Вязьмин¹, Наталья Вячеславовна Мамонова²
(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.Н. Малов, кафедра ортопедической стоматологии, зав. – д.м.н. проф. А.Я. Вязьмин; ²Байкальский государственный университет экономики и права, г. Иркутск, ректор – д.э.н., проф. М.А. Винокуров, кафедра математики, эконометрики и статистики, зав. – к.ф.-м.н. И.А. Никифорова)

Резюме. В клинике ортопедической стоматологии при обследовании 171 взрослого больного с аномалиями и деформациями прикуса, у 99 (57,9%) – выявлены жалобы на головную боль. Цель исследования – изучение проявлений головной боли у взрослых больных с аномалиями и деформациями прикуса. Всем обследуемым было предложено ответить на вопросы анкеты, специально разработанной для настоящего исследования. Полученные данные обработаны стандартными параметрическими методами с использованием парного критерия Стьюдента. Исследование жалоб пациентов на головную боль показало закономерности локализации боли в зависимости от разновидности нарушения прикуса.

Ключевые слова: аномалии и деформации прикуса у взрослых, головная боль напряжения, статистические методы, закономерности локализации.

MEDICAL AND STATISTICAL RESEARCH OF THE HEADACHE FREQUENCY IN ADULTS WITH ANOMALIES AND DEFORMATIONS OF BITE

N.M. Didenko¹, A.V. Vyazmin¹, N.V. Mamonova²
(¹Irkutsk State Medical University, ²Baikal State University of Economy and Law, Irkutsk)

Summary. In examination of 171 adult patients with anomalies and bite deformations, the complaints about headache were revealed in 99 patients at clinic of orthopedic stomatology. The aim of research was to study the headache manifestations in adult patients with anomalies and deformations of the bite. The patients answered the questionnaire, developed for the present research. The obtained data was processed by standard parametrical methods with use of pair Students criterion. Examination of the complaints in patients with headache showed the regularities of pain localization according to the variation of the bite abnormality.

Key words: anomalies and bite deformations in adults, a tension headache, statistical methods, regularities of localization.

В настоящее время установлена взаимосвязь патологических состояний зубочелюстной системы с нарушениями в краниальном и лицевом отделе головы [7]. Доказано, что незначительные изменения во взаимоотношениях зубов и челюстей в сочетании со стрессовыми факторами, приводят к болезненному спазму жевательных мышц и, как следствие, возникновению головных и лицевых болей [2,3]. В жевательной мускулатуре таких больных обнаруживаются болезненные уплотнения, в толще которых имеются участки гиперчувствительности – мышечно-фасциальные триггерные точки. Под термином мышечно-фасциальный болевой синдром понимают чувствительные, двигательные и вегетативные симптомы, вызываемые мышечно-фасциальными триггерными точками [8]. Имеются доказательства того, что мышечно-фасциальные триггерные пункты играют значительную роль в патогенезе головных болей напряжения [4]. Механизм возникновения мышечно-фасциальной головной боли заключается в том, что триггерная точка активизирует и сенсibiliзирует нейроны задних рогов спинного мозга, приводя к отражению боли в области, отдаленной от триггерной точки, соответственно сегментам. Отраженные боли ощущаются как головная боль в лобной, височной или теменной областях. Эти головные боли очень распространены и составляют основную долю амбулаторных обращений больных с жалобами на головную боль [9].

Во время обследования больных в клинике ортопедической стоматологии, нами выявлены жалобы больных на боль в смежных областях головы. В источниках литературы мы не нашли сведений о характере взаимосвязи нарушений окклюзии с возникновением головной боли.

Цель работы: изучение проявлений головной боли у взрослых больных с аномалиями и деформациями прикуса.

Материалы и методы

Исследование проводилось у 171 (43 – мужчин; 128 – женщин) взрослых больных с аномалиями и деформациями прикуса в возрасте от 18 до 62 лет, которые были обследованы в клинике ортопедической стоматологии Иркутского государственного медицинского университета.

Каждый больной перед включением в исследование получал достаточную информацию о цели, методах, ожидаемой пользе, потенциальных рисках и неудобствах, которые могут возникнуть вследствие участия в исследовании, а также других значимых аспектах исследования. Больные имели право в любой момент отказаться от участия в исследовании или отозвать свое согласие без объяснения причин. Добровольное информированное согласие на участие в исследовании оформлялось только после того, как потенциальный участник ознакомится с представленной ему информацией. После подписания добровольного информированного согласия проводился медицинский осмотр, включающий осмотр полости рта и диагностику, предусмотренную планом нашего исследования.

Характер смыкания зубных рядов изучали непосредственно в полости рта больного, и с помощью универсального артикулятора «Гнатомат» на диагностических гипсовых моделях челюстей. Анализ окклюзионных взаимоотношений зубов проводили в положении центральной, передней, боковых и динамической окклюзиях. Изучение

биомеханики движений нижней челюсти проводились по трём взаимно перпендикулярным направлениям. Поэтому выявляемые аномалии и деформации прикуса мы группировали как сагиттальные (мезиальные и дистальные), трансверзальные и вертикальные. В каждой группе диагностировались как самостоятельные формы нарушения прикуса, так и сочетающиеся с другими аномалиями и деформациями зубочелюстной системы.

Всем обследуемым было предложено ответить на вопросы анкеты, специально разработанной для нашего исследования. Унифицированная анкета разработана на базе модифицированного рейтингового опросника и определения индекса нарушения жизнедеятельности при болях в шее [1]. В анкету включены блоки вопросов, направленных на выявление локализации головной боли в височных, теменных (в одной или в обеих) областях, затылочной, лобной и в области продольного шва.

Анализ полученных результатов проводили с помощью стандартных методов статистической обработки с использованием программного обеспечения для ПК: Microsoft Excel и IBM SPSS Statistica 6.0. Выявление меры линейной связи между параметрами проводилось с помощью выборочного коэффициента корреляции, который является нормированной ковариацией между показателями (не использовались ранговые коэффициенты корреляции Спирмена, Пирсона и др.) [5,6]. Для всех критериев и тестов критический уровень значимости принимался равным 5%, т.е. нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Нами выявлены жалобы больных на боль в смежных областях головы. Из 171 обследованного взрослого больного с аномалиями и деформациями прикуса 99 (57,9%) предъявляли жалобы на головную боль.

Исследование жалоб больных на головную боль показало закономерности локализации боли в зависимости от разновидности нарушения прикуса (табл. 1). Так, при мезиальной

Таблица 1
Локализация головной боли по областям головы у больных с аномалиями или деформациями прикуса

Области головы		Аномалии и деформации прикуса (n=99)			
		Сагиттальные (n=36)		Трансверзальные (n=37)	Вертикальные (n=26)
		М	Д		
височные	одна	2	-	11	8
	обе	8	-	-	6
теменные	одна	-	3	19	4
	обе	-	17	-	4
затылочная		-	5	1	-
продольного шва		-	-	4	2
лобная		1	-	2	2

Примечания: М – мезиальная разновидность прикуса, Д – дистальная разновидность прикуса.

разновидности прикуса (сагиттальные аномалии) боль отмечена в височных областях головы, преимущественно, с обеих сторон. Больные с дистальным прикусом (также, сагиттальные аномалии) в основном указывали на боль в теменной области с обеих сторон. При трансверзальных аномалиях и

деформациях отмечена односторонняя боль в теменных и височных областях. В случаях с вертикальными разновидностями нарушения прикуса боль может локализоваться в различных областях головы.

Частота боли по областям головы у больных с аномалиями и деформациями прикуса

Область головы	Аномалии и деформации прикуса (n=99)		
	Сагиттальные (36,4%)	Трансверзальные (37,4%)	Вертикальные (26,3%)
височные	27,8%	29,7%	53,8%
теменные	55,6%	51,4%	30,8%
затылочная	13,9%	2,7%	0%
продольного шва	0%	10,8%	7,7%
лобная	2,8%	5,4%	7,7%

Для определения корреляционной зависимости мы обозначили процентное соотношение больных, которые обратились с жалобами на головную боль (табл. 2).

Зависимость локализации боли в определенных областях головы от разновидности нарушения прикуса

Область головы	r	r _к
Височная область	0,001345	-0,9892
Теменная область	0,005845	0,9712
Затылочная область	0,298978	0,5861
Продольный шов	0,798582	-0,1589
Лобная область	0,102708	-0,8018

В результате нами были получены коэффициенты корреляции r_v , которые характеризуют меру линейной связи между зависимостью боли в определенной области головы

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация: рук-во для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М: Антидор, 2002. – 736 с.
2. Буровецкая О.Г. Постуральное равновесие и височно-нижнечелюстной сустав. Постуральный дисбаланс в патогенезе прозопагий // Ортодонтия. – 2006. – №3. – С.21-26.
3. Буровецкая Е.А., Гвоздева С.В., Диденко А.В. и др. Постуральное равновесие и окклюзия зубов. Роль нарушений окклюзии в возникновении постурального дисбаланса при нейросоматических заболеваниях // Мануальная терапия. – 2008. – Т. 30. №2. – С.40-48.
4. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. Головная боль // Клиническая медицина. – 1998. – №11 – С.63-65.
5. Гланц С. Медико-биологическая статистика. – Пер. с

от разновидности аномалии или деформации прикуса (табл. 3).

По полученным данным можно сделать вывод, что локализация головной боли в области продольного шва очень слабо зависит от разновидности аномалии или деформации прикуса. Также слабо выражена связь между болью в затылочной области и нарушениями прикуса. Боль в височных, лобной и теменных областях головы показывает достаточно высокую корреляцию с соответствующими нарушениями прикуса.

Мы проверили статистическую значимость корреляции для каждой исследуемой области головы. Значимость коэффициента r также сведена в таблицу 3. Малое p – значение ($p < 0,05$) указывает на достаточные основания отвергнуть нулевую гипотезу о незначимости коэффициента корреляции, то есть об отсутствии линейной связи между анализируемыми показателями. Из таблицы 3 можно заключить, что головная боль в височных, а также, в теменных областях имеет статистически значимую корреляционную зависимость от разновидности нарушения прикуса.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что проявление головной боли у взрослых с аномалиями и деформациями прикуса имеет линейную статистически значимую корреляционную зависимость в височных и теменных областях головы. Боль в лобной области у взрослых имеет достаточно высокую корреляцию с разновидностями аномалий и деформаций прикуса. Проявления головной боли у взрослых с нарушениями прикуса слабо выражены в затылочной области головы и очень слабо выражены в области продольного шва.

англ. – М.: Практика, 1998. – 459 с.

6. Ланг Т.А., Сесик М. Как описывать статистику в медицине. – Пер. с англ. – М.: Практическая медицина, 2011. – 477 с.

7. Стефаниди А.В. Значение дисфункции мышц височно-нижнечелюстного сустава в возникновении синдрома краниоалгии // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2003. – №5. – С.89-94.

8. Трэвелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли и дисфункции: руководство по триггерным точкам. – Пер. с англ. – В 2 т.: Т. 1. – М.: Медицина, 2005. – С.4.

9. Ферюссон Л.У., Гервин Р. Лечение миофасциальной боли: Клиническое руководство. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 544 с.

Информация об авторах: Диденко Наталья Михайловна – ассистент кафедры, к.м.н., 664003, г. Иркутск, ул. Лапина, д.4, кафедра ортопедической стоматологии ИГМУ, тел. (3952) 240688, факс (3952) 342696, e-mail: ortodont.irk@gmail.com; Вязьмин Аркадий Яковлевич – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор; Мамонова Наталья Вячеславовна – доцент кафедры, к.м.н.

© ДВОРНИЧЕНКО В.В., МИРОЧНИК М.В., СВИРЕПИК М.А. – 2013
УДК 616-083.287:[616-089.25:616.22-006.6-089.87-052]

ЭФФЕКТ МОЛОЧНОКИСЛОГО ПРОДУКТА НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГОЛОСОВЫХ ПРОТЕЗОВ У ЛАРИНГЭКТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Виктория Владимировна Дворниченко^{1,2,3}, Максим Владимирович Мирочник²,
Марина Александровна Свирепик²

(¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра онкологии, зав. – д.м.н., проф. В.В. Дворниченко; ²Областной онкологический диспансер, Иркутск, гл. врач – д.м.н., проф. В.В. Дворниченко; ³Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра онкологии и лучевой терапии, зав. – д.м.н., проф. В.В. Дворниченко)

Резюме. Ограничение службы голосовых протезов у ларингэктомированных пациентов из-за роста дрожжей, особенно вида *Candida*. Цель этого исследования состояла в том, чтобы определить влияние молочнокислого продукта «Бифилокс» на сроки службы голосовых протезов. Сроки службы голосовых протезов Provox были оценены в группе пациентов, которая ежедневно потребляла молочнокислый продукт «Бифилокс» Средняя продолжительность использования протезов в этой группе пациентов составила 15,9±6,9 мес. ($p < 0,01$). В группе пациентов без использования молочных продуктов средняя продолжительность использования протезов 5,9±2,4 мес. ($p < 0,01$).

Ключевые слова: срок службы, голосовые протезы Provox, молочнокислый продукт «Бифилокс».