

имущественно нижних конечностей (81%), а наиболее специфичными — лабораторное подтверждение триггерной инфекции, вызванной *chlamydia trachomatis* — 81,8%, энтеробактериями — 72,7%. Предсказательная ценность положительного результата была высокой и составляла от 68% до 93%; предсказательная ценность отрицательных результатов была, наоборот, низкой — от 8,3 до 26, что свидетельствует о том, что отсутствие какого-либо критерия не исключает диагноза РеА. Отношение правдоподобия положительного результата свидетельствует, что лабораторное подтверждение *Chlamidia trachomatis* в 2,9 раз повышает вероятность диагноза РеА.

Наиболее информативными диагностическими критериями раннего РеА могут быть: асимметричный артрит (9), поражение ограниченного числа суставов преимущественно нижних конечностей (9,0); лабораторное подтверждение триггерной инфекции, вызванной *chlamydia trachomatis* (2,9) или энтеробактериями (1,1); уретрит/цервицит, предшествующий артриту в течение до 8 недель (1,5).

Таким образом, использование общепринятых классификационных критериев для дифференциальной диагностики неуточненных артритов дает возможность выставить диагноз определенного артрита у 40-80% больных. Статистическая обработка критериев позволила выявить наиболее информативные диагностические критерии и рекомендовать их для дифференциальной диагностики основных неуточненных артритов.

DIAGNOSTIC OPPORTUNITIES OF CLASSIFICATION CRITERIA IN NOT SPECIFIED ARTHRITISES

L.V. Men'shikova, N.J. Kazantseva, J.A. Gorjaev

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies)

With the purpose of an estimation of diagnostic opportunities of working classification criteria at diagnostics of the not specified arthritises and to offer the most informative criteria it is surveyed 311 patients directed to rheumatological centre of Irkutsk. For revealing the most significant criteria for early diagnostics, sensitivity, specificity, predictive value of positive and negative results and the relation of plausibility by R. Fletcher's technique were calculated. Comparison was carried out between the revealed patients with the certain arthritis and patients with not specified arthritis. With the help of the appropriate classification criteria it was possible to diagnose the certain arthritis at 40% of patients with not specified PA, at 67,7% - with not specified the Dog, at 66,7% - with not specified the EXPERT, and at 84% - with not specified PeA. Statistical processing of working diagnostic criteria has allowed to reveal the most valuable criteria at diagnostics not specified PA, the Dog, the EXPERT, PeA and seronegative spondylarthritis. Opportunities of working classification criteria are expanded at diagnostics of the not specified arthritises.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э.Р., Бунчук Н.В., Шубин С.В. и др. Критерии урогенных и энтерогенных реактивных артритов // Научно-практич. ревматол. — 2003. — №3. — С.82-83.
2. Бадюкин В.В. К вопросу о классификации псориатического артрита // Клинич. ревматология. — 1995. — № 1. — С.53-56.
3. Каратаев Д.Е. Основные тенденции и вариабельность эволюции ревматоидного артрита: результаты многолетнего наблюдения // Научно-практич. ревматол. — 2004. — № 1. — С.7-13.
4. Маколкин В.И., Бажанов Н.Н. Ранняя диагностика заболеваний, проявляющихся недифференцированными моно-олигоартритами // Научно-практич. ревматол. — 2003. — № 2. — С.15-18.
5. Насонов Е.Л. Почему необходима ранняя диагностика и лечение ревматоидного артрита // Рус. мед. журн. — 2002. — Т. 10, № 22. — С.1009.
6. Насонов Е.Л., Насонова В.А., Фоломеева О.М. Ревматические болезни и ревматологическая служба в Центральном федеральном округе России // Научно-практич. ревмат. — 2005. — № 4. — С.5-8.
7. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. — М.: Практика, 2004. — 352 с.
8. Шостак Н.А., Логинова Т.К., Муродянц А.А. Клиническая характеристика раннего ревматоидного артрита // Научно-практич. ревмат. — 2001. — № 3. — С.137-145.
9. Эрдес Ш.Ф., Фоломеева О.М. Проблема ревматических заболеваний в России // Рус. мед. журн. — 2004. — № 20. — С.121-122.
10. Van der Linden S., Val Kenburg H.H., Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis // Arthritis Rheum. — 1984. — Vol. 27. — P.361.
11. Gran J.T., Husby G. The epidemiology of ankylosing spondylitis Semin // Arthritis Rheum. — 1993. — Vol. 22. — P.319.

© РАДКЕВИЧ А.А., ГАЛОНСКИЙ В.Г., ГАНТИМУРОВ А.А., ЮШКОВ М.Ю. — 2006

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У БОЛЬНЫХ С РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И НЁБА

А.А. Радкевич, В.Г. Галонский, А.А. Гантимуров, М.Ю. Юшков

(Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера СО РАМН, директор — д.м.н., проф. В.Т. Манчук)

Резюме. Представлен разработанный способ диагностики нарушений речевой функции и результаты фонетического обследования 165 человек с расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти и нёба, различной топографии и величины, до и после хирургического устранения изъяна и зубного протезирования. Показаны возможности способа в оценке качества лечения с учётом восстановления речи и зависимости величины нарушения речевой функции у данной категории больных от размера ротоносового соустья и топографии изъяна.

Ключевые слова: нарушения речи, расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и нёба.

В реабилитации больных с расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти и нёба одним из ключевых моментов, непосредственно влия-

ющих на результат, является хирургический метод лечения, основная задача которого состоит в восстановлении анатомических особенностей зубочелюстного

аппарата, что создает предпосылки для устранения функциональных нарушений, в том числе речевых [3,4].

Материалы и методы

В целях оценки качества лечения данной категории больных разработан способ диагностики нарушений речевой функции [1,2] и изучены особенности нарушений речевой функции у больных с расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти и нёба. Проведено фонетическое обследование 165 человек в возрасте от 5 до 32 лет с анатомическими изъянами данной локализации, различной топографии и величины до и после хирургического устранения изъяна и зубного протезирования. Качество произношения звуков и разборчивость речи (гнусавость) оценивали с помощью карты-опросника (табл. 1).

Устанавливали звуки, произношение которых нарушено (каждому звуку соответствует цифровой критерий, характеризующий частоту его встречаемости в русском языке), затем суммировали цифровые критерии нарушенных звуков, определяли коэффициент разборчивости речи по таблице 2 и путём математического вычисления определяли процент нарушения речевой функции по формуле:

$$U = \frac{Q_{\text{общ}} \times k}{430,5} \times 100\%,$$

где U — величина, характеризующая нарушение речевой функции (%); Q_{общ} — сумма коэффициентов частоты встречаемости звуков, произношение которых нарушено; k — коэффициент разборчивости речи; 430,5 — условно максимальная величина нарушения речи, характеризующаяся нарушением произношения всех звуков при максимальном коэффициенте разборчивости речи, выраженная в баллах — вычисляется по формуле и является постоянной величиной $\Sigma q \times k_{\text{max}} = 86,1 \times 5 = 430,5$; q — коэффициент частоты встречаемости звука, характеризующий в

баллах дефект речи при нарушении его произношения; k_{max} — максимальная величина коэффициента разборчивости речи, равная 5.

Статистическая обработка проводилась с использованием z-критерия. Критический уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Наибольшая величина речевого дефекта наблюдалась у больных с изъянами альвеолярного отростка и нёба (табл. 3). При этом в основном регистрировалось нарушение произношения согласных звуков таких как б, в, г, д, к, л, м, н, п, р, с, т. Произношение гласных звуков страдало минимально. У больных с одинаковыми размерами ротоносового соустья, но разной его локализации, показатели гнусавости и качества произношения звуков практически не отличались. Приводим несколько примеров.

Больная Г., 24 года. Диагноз: Двусторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти, твёрдого и мягкого нёба, состояние после хейлоуранопластики. Объективно: Нарушение конфигурации лица за счёт западения и рубцовой деформации верхней губы, смещения концевой отдела носа вниз. Выявляется ороназальное сообщение с вестибулярной стороны в проекции отсутствующих 12 и 22 зубов. Слизистая оболочка, покрывающая изъяз, рубцово изменена. Зубная формула: 17, 16, 15, 14, 13, 23, 24, 25, 26, 27, нижний зубной ряд в пределах нормы. Исследование

Таблица 1

Карта-опросник

Исследуемый звук	Коэффициент частоты встречаемости на 100 звуков (q)	Опросник		
		Звук в начале слова	Звук в середине слова	Звук в конце слова
А	6,8	аист	рак	коса
Б	1,5	бак	лебедь	зуб
В	4,0	вол	повар	петров
Г	1,3	гусь	огонь	утюг
Д	2,1	дом	ладонь	сад
Е	8,0	енот	лес	море
Ё	0,5	ёлка	мёд	ещё
Ж	1,0	жук	сажа	нож
З	1,5	замок	роза	газ
И	6,1	игра	машина	мячи
Й	1,0	йод	тайга	мой
К	2,9	каша	река	сок
Л	4,5	лес	палец	зал
М	2,4	мак	лимон	лом
Н	6,1	небо	ванна	диван
О	10,8	обруч	вол	колесо
П	2,6	пыль	капля	суп
Р	3,8	рыба	город	двор
С	4,8	сыр	усы	нос
Т	5,0	туча	стул	балет
У	3,0	утка	жук	рагу
Ф	0,1	фасоль	буфет	шкаф
Х	0,8	хлеб	уха	вдох
Ц	0,4	цирк	улица	заяц
Ч	1,3	чай	сучок	мяч
Ш	0,7	шина	уши	луш
Щ	0,2	щука	роща	борщ
Ы	1,0	—	сыр	шкафы
Э	0,1	этаж	маэстро	каланхоэ
Ю	0,6	юла	уют	пою
Я	1,3	якорь	маяк	поля

речевой функции: нарушено произношение звуков – *з, п, с, ц, ч*; $k = 4$; $U = 12,17\%$. После устранения расщелин альвеолярных отростков верхних челюстей – на-

является расщелина альвеолярного отростка правой и левой верхней челюсти в проекции 53 и 63 зубов, твёрдого и мягкого нёба. Слизистая оболочка, покрываю-

Таблица 2

Коэффициент разборчивости речи

Коэффициент	Характеристика разборчивости речи
1	все звуки произносятся без гнусавого тембра
2	незначительная проходящая гнусавость
3	гнусавая, но разборчивая речь
4	тяжёлая открытая гнусавость, понимание речи после неоднократного повторения
5	непонятная речь даже после неоднократного повторения, смысл речи разбирается с трудом часто не полностью

рушено произношение звуков – *з, з, п*; $k = 3$; $U = 4,60\%$.

Больной О., 5 лет. Диагноз: Двусторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка верхней че-

Таким образом, разработанный способ диагностики нарушений речи является объективным и достоверным, позволяет оценить качество хирургического и ортопеди-

Таблица 3

Результаты исследования речевой функции у больных с расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти и нёба ($n = 165$)

Характеристика изъяна		Количество больных	U(%)	
			до лечения	после
Односторонние расщелины	Альвеолярного отростка верхней челюсти, состояние после хейлопластики	6	3,12±0,54	0
	Твёрдого и мягкого нёба, альвеолярного отростка верхней челюсти	5	22,31±3,39	4,27±1,40
	Альвеолярного отростка верхней челюсти, состояние после уранопластики	6	4,30±0,88	3,94±1,02
	Твёрдого и мягкого нёба, альвеолярного отростка верхней челюсти, состояние после хейлопластики	32	20,17±3,76	3,91±1,19
	Альвеолярного отростка верхней челюсти, состояние после хейлоуранопластики	38	4,25±1,32	3,80±0,93
	Альвеолярного отростка верхней челюсти, послеоперационный дефект нёба	8	26,05±4,69	4,12±1,36
	Альвеолярного отростка верхней челюсти, послеоперационный дефект нёба, состояние после хейлопластики	20	28,35±4,22	4,83±1,70
Двусторонние расщелины	Альвеолярного отростка верхней челюсти, состояние после хейлопластики	5	3,70±0,47	0,92±0,35
	Твёрдого и мягкого нёба, альвеолярного отростка верхней челюсти, состояние после хейлопластики	16	25,68±3,46	5,45±1,83
	Альвеолярного отростка верхней челюсти, состояние после хейлоуранопластики	18	11,09±2,06	4,29±1,55
	Альвеолярного отростка верхней челюсти, послеоперационный дефект нёба, состояние после хейлопластики	11	28,20±4,13	5,08±2,16

люсти, твёрдого и мягкого нёба, состояние после хейлопластики. Объективно: Нарушение конфигурации лица за счёт западения и рубцовой деформации верхней губы, смещения концевой отдела носа вниз. Вы-

на нарушения речевой функции у больных с расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти и нёба напрямую зависит от размера ротоносового соустья и не зависит от топографии изъяна.

THE DIAGNOSIS OF SPEECH DISTURBANCES IN THE PATIENTS WITH CLEFT OF UPPER LIP, ALVEOLAR PROCESS OF UPPER JAW AND PALATE

A.A. Radkevich, V.G. Galonsky, A.A. Gantimurov, M.U. Ushkov
(Scientific Research Institute for Medical Problems of North SD of RAMS)

There has been presented the method of diagnosis of disturbances of speech function and the results of phonetic examination of 165 patients with clefts of upper lips, alveolar process of upper jaw and palate, various topography and size, before and after surgical removal of defect and dental prosthesis. The possibilities of the method in the evaluation of treatment quality taking into consideration speech restoration and dependence of degree of disturbance of speech function in the present category of patients upon the size of stomato-nasal anastomosis and topography of the defect have been shown.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галонский В.Г., Радкевич А.А. Диагностика нарушений речи у больных с дефектами верхней челюсти // Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в стоматологии / Под ред. В.Э. Гонтера. — Томск: НПП МИЦ, 2006. — С.94-98.
2. Пат. № 2284744, МПК А 61 В 5/00, Российская Федерация. Способ диагностики нарушений речевой функции / Заявители и патентообладатели В.Г. Галонский, А.А. Радкевич. Заявл. от 15.02.2005. Опубл. 10.10.2006. Бюлл. № 28.
3. Семенченко Г.И., Вакуленко В.И., Дербалюк Л.Я. Нарушения слуха и речи при врожденных незаращениях неба. — Киев: Здоровье, 1977. — 152 с.
4. Харьков Л.В., Горюнов Н.Г., Яковенко Л.Н. и др. Врожденные незаращения верхней губы и неба: Метод. пособие для врачей стоматологов, лор-специалистов, психологов, логопедов. — Киев: Четверта хвиля, 2001. — 84 с.

© ОКЛАДНИКОВ В.И., ВАСИЛЬЕВ Ю.Н., СЕКУНДА Ю.И. — 2006

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В МЕХАНИЗМАХ ПАТОГЕНЕЗА ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

В.И. Окладников, Ю.Н. Васильев, Ю.И. Секунда

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра нервных болезней, зав. — д.м.н., проф. В.И. Окладников)

Резюме. Ключевые звенья патогенеза панического расстройства — высокая реактивная тревога и депрессия — формируются на фоне дисбаланса вегетативных реакций, направленных которого связана с типом личности. У интравертов преобладает ваготонус, что приводит в условиях стресса к недостаточности симпатического звена и компенсаторной гиперактивации надпочечников. У экстравертов преобладает симпатотонус, что ведет постоянному напряжению организма и ослаблению адаптационных систем. Рекомендовано для лечения панического расстройства у интравертов сочетать антидепрессанты со стресс-лимитирующей терапией, у экстравертов — с коррекцией симпатотонуса.

Ключевые слова: паническое расстройство, панические атаки, адаптационные реакции, дисбаланс ВНС.

Паническое расстройство (ПР) — одно из наиболее тяжелых тревожных расстройств. Распространенность этой патологии составляет 1,9-3,6% [2,7]. Основным проявлением ПР являются повторяющиеся пароксизмы тревоги (панические атаки — ПА). Патогенез ПА изучен недостаточно полно. Предполагают, что депрессия является фактором, способствующим проявлению ПР [1], хотя механизмы этого взаимодействия остаются неясными. Дебют пароксизмальных состояний вызывается психогенными факторами, причем стрессы провоцируют возникновение ПА, а при конфликтных ситуациях развиваются демонстративные припадки [4,8]. Многие авторы указывают на выраженную вегетативную активацию при ПА и связывают ее с высоким уровнем тревоги, являющейся личностной чертой. Высказано предположение, что в результате тревожного ожидания пароксизмов запускаются два механизма: парасимпатическая недостаточность и симпатическая активность [6,9].

Таким образом, до сих пор не сформировано целостного представления о патогенезе этого заболевания, нет объяснения, почему одно и то же лечение может давать и положительный, и отрицательный клинический результат. Решение этих вопросов требует индивидуального подхода, позволяющего установить взаимосвязи между неврологическими, психологическими и адаптационными особенностями организма больного и его способностью реагировать на то или иное лечение в зависимости от типа личности, акцентуации характера, адаптационных возможностей и вегетативных нарушений [1].

Цель исследования. Выявление взаимосвязи между типом личности, состоянием адаптационных систем, психологическим и неврологическим статусом больных паническими атаками.

Материалы и методы

Изучена выборка из 25 больных (3 мужчин и 22 женщин, возраст 22-53 лет) с диагнозом паническое расстройство умеренной и тяжелой степени, находящихся на ста-

ционарном и амбулаторном лечении в клинике нервных болезней им. Х.-Б.Г. Ходоса. Умеренная степень тяжести определялась при наличии, по меньшей мере, четырех панических атак (ПА) в месяц и была диагностирована у 64% больных. Тяжелая степень заболевания верифицировалась по наличию, по меньшей мере, четырех ПА в неделю и была диагностирована у 36% больных.

С помощью психологического тестирования определялись акцентуация характера (по тесту «Акцент-2-90») и тип личности (по тесту Кейрси), оценивались в баллах изменения вегетативной системы (ВНС) по опроснику А.М. Вейна, вероятность развития стресса по шкале стрессогенных событий Холмса-Райха, качество сна по опроснику А.М. Вейна, уровень реактивной (РТ) и личностной тревоги (ЛТ) по тесту Спилбергера, уровень депрессии (по шкале Цунга). Для объективизации силы и выраженности стресс-реакции определены уровень кортизола в крови (методом ИФА) и степень симпатотонуса (по индексам Кердо и вегетативного равновесия-ИВР). Оценка вегетативной регуляции осуществлялась с помощью индекса Кердо, глазосердечного рефлекса (Даньини-Ашнера), ортоклиностатической пробы, а также по вариабельности сердечного ритма. Проводился автоматизированный математико-статистический анализ ЭКГ, а также спектральный анализ волновых характеристик деятельности сердца [6,9]. Таким образом, по вегетативным показателям были оценены вегетативный тонус, реактивность организма и вегетативное обеспечение деятельности.

Проведена статистическая обработка и корреляционный анализ полученных данных с помощью пакета программ «Excel» и «Statistica-6». Значимыми считались отличия при $p < 0,05$ и коэффициенты корреляции выше 0,5.

Всем больным проведено лечение современным антидепрессантом класса селективных ингибиторов обратного захвата серотонина ципралексом в течение 6 недель. Исследование проводилось в случае согласия больного на прием препарата по строго установленной схеме. Ципралекс назначался в виде монотерапии после отмены предшествующего лечения в течение не менее 7 дней, в начальной суточной дозе 5 мг (1/2 таблетки) в утренние часы. Эффективность лечения оценивалась в соответствии с рекомендациями «CONSORT».

Результаты и обсуждение

В лечении панического расстройства чаще всего применяются такие препараты, как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), трициклические антидепрессанты и высоко потенциальные бензодиазепины. При этом большинство авторов признаёт, что СИОЗС являются препаратами первой