

Особенности течения и лечения ветряной оспы у военнослужащих срочной службы в условиях Забайкалья // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2011. — Т. 79, № 3. — Ч. 1. — С. 132-134.

8. Шаханина И. Л., Горелов А. В., Лыткина И. Н. и др. Экономическая оценка вакцинопрофилактики ветряной оспы на примере Москвы // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2009. — Т. 3, № 2. — С. 49-56.

9. Ясинский А.А. Ветряная оспа в Российской Федерации // Бюл. вакцинация. — 2009. — № 1. — С. 5-6.

10. Brisson M., Edmunds W.J. Epidemiology of Varicella-Zoster Virus in England and Wales // J. Med. Virol. — 2003. — Vol. 70 (Suppl. 1). — С. 9-14.

11. Kempf W., Lautenschlager S. Infections with varicella zoster virus // Hautarzt. — 2001. — Vol. 52, № 4. — P. 359-376.

12. Mohsen A.H., McKendrick M. Varicella pneumonia in adults // Eur. Respir. J. — 2003. — Vol. 21, № 5. — P. 886-891.

13. Saitou-M, Niitsuma-K, Kasukawa-R. Two cases of severe adult varicella pneumonia // Nihon-Kokyuki-Gakkai-Zasshi. — 1998 — Vol. 36, № 3. — P. 251-255.

Сведения об авторах

Кузьмина Татьяна Юрьевна — к. м. н., доцент каф. инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: tkuzmina_24@mail.ru

Тихонова Юлия Сергеевна — ассистент каф. инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: tihonova-1981@mail.ru

Тихонова Елена Петровна — д. м. н., проф., зав. каф. инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: tihonovaer@mail.ru

Бабушкин Александр Олегович — врач инфекционного отделения Городской клинической больницы им. Н.С.Карповича, Красноярск; тел. 8(391)2469372.

Андропова Наталья Владимировна — к. м. н., ассистент каф. инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: andronat@mail.ru

© ПАНИЧЕВА Е. С., АЛЯМОВСКИЙ В. В., ПРАХИН Е. И., ЭВЕРТ Л. С., ПЕРОВА Е. Г., ВОЛЫНКИНА А. И., КУЗНЕЦОВ В. С.
УДК 616.314.2-053.2

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Е. С. Паничева¹, В. В. Алямовский¹, Е. И. Прахин¹, Л. С. Эверт², Е. Г. Перова¹, А. И. Волынкина¹, В. С. Кузнецов¹

¹ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра-клиника стоматологии ИПО, зав. — д. м. н., проф. В. В. Алямовский²; ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, директор — член-корр. РАМН В. Т. Манчук.

Резюме. Обследовано 800 учащихся коррекционной школы-интерната в возрасте 7-18 лет. У обследованных школьников установлена частота встречаемости проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ДСТ) и структура зубочелюстных аномалий и деформаций (ЗЧАД). Выявлена ассоциация ряда клинико-анамнестических показателей и внешних фенотипических признаков ДСТ с аномалией окклюзии (АО) у детей. Определена степень риска формирования аномалии окклюзии с учетом диагностической значимости изученных признаков.

Ключевые слова: дети, дисплазия соединительной ткани, зубочелюстные аномалии и деформации, аномалии окклюзии.

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) до настоящего времени остается важной медико-социальной проблемой [2,4,5,9]. Актуальность проблемы дисплазии соединительной ткани обусловлена ее широкой распространенностью, системностью поражений, заинтересованностью многих физиологических и биохимических процессов в организме, обусловленных морфофункциональными изменениями соединительнотканых структур, высокой вероятностью формирования различных видов патологии, в том числе, стоматологической, с наличием особенностей ее течения, значительно более высокой вероятностью прогрессирования и неблагоприятностью прогноза [1,3,8].

Дисплазия соединительной ткани является морфологической основой формирования аномалий развития опорно-двигательного и зубочелюстного аппарата [1,3,7]. Основными клиническими проблемами стоматологических больных с недифференцированной ДСТ являются нарушения формы, размеров, прорезывания зубов, изменения их положения в зубных рядах (скупенность, диастемы, тремы, «проблемы третьих моляров»). Значительную сложность представляют аномалии прикуса и мягких тканей полости рта (уздечка языка, губ, тяжелей слизистой оболочки),

кариозные и некариозные поражения зубов, заболевания пародонта, а также нарушения функций височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц [1,3,7].

Все это обуславливает необходимость поиска маркеров риска формирования зубочелюстных аномалий и деформаций у детей, разработки системы количественной оценки риска развития диспластикообусловленных аномалий развития зубочелюстного аппарата у детей для ранней диагностики и профилактики данной стоматологической патологии.

В связи с вышеизложенным целью работы было определение диагностической значимости и степени участия клинико-анамнестических показателей и диспластико-зависимых признаков в качестве маркеров риска формирования аномалий окклюзии у детей.

Материалы и методы

Обследовано 800 учащихся специализированной школы-интерната для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата. Для определения вида прикуса и наличия зубочелюстных аномалий и деформаций (ЗЧАД) проводилось клиническое обследование (опрос, осмотр, проведение функциональных проб дыхания, глотания, речи) и специальные методы диагностики (измерение

контрольно-диагностических моделей, ортопантомография, по показаниям — телерентгенография). Проведен структурный анализ ЗЧАД у обследованных детей: оценивалось число детей с аномалией окклюзии (АО), аномалией зубных рядов (АЗР), аномалией отдельных зубов (АЗ) и сочетанными ЗЧАД (АО + АЗР, АО + АЗ, АО + АЗР + АЗ). Включение детей в группы осуществлялось по наличию превалирующей по степени тяжести ортодонтической патологии. Оценка диагностически значимых критериев риска формирования ЗЧАД проведена в группе детей с аномалией окклюзии. Оценка стоматологического статуса проведена с использованием стандартного набора стоматологических инструментов. Сроки и последовательность прорезывания постоянных зубов у обследованных сравнивали со стандартными сроками прорезывания и формирования постоянных зубов.

У всех обследованных оценивалось наличие внешних фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани. Проведен анализ данных интервьюирования родителей и индивидуальных историй развития учащихся (особенностей семейного анамнеза, раннего развития, наличие вредных привычек и жалоб ребенка, сведений о перенесенных им заболеваний, наличие хронической патологии). Все дети осмотрены врачом-ортопедом, педиатром, неврологом.

Полученные результаты подвергнуты статистической обработке с применением пакета прикладных программ «Statistica 5.5 for Windows» [6]. Для выявления диагностически значимых критериев риска формирования аномалии окклюзии использован метод логистической регрессии, который позволил выявить признаки (факторы), ассоциированные с аномалией окклюзии, их весовые коэффициенты (В) и рассчитать отношение шансов и значения диагностического коэффициента (ДК) для каждого из этих факторов. Степень риска формирования аномалии окклюзии определялась величиной ДК и оценивалась по следующим критериям: низкий риск — ДК = 1,0-1,9; средний риск — ДК = 2,0-2,9; высокий риск — 3,0-3,9 и очень высокий риск — ДК равен или превышает 4,0.

Результаты и обсуждение

Из 800 обследованных в специализированной школе-интернате детей у 602 (75,3%) выявлялись те или иные виды изолированных (АО — у 45/5,6%, АЗР — у 85/10,6% и АЗ — у 28/3,5%) или сочетанных (АО + АЗР, АО + АЗ, АО + АЗР + АЗ) зубочелюстных аномалий и деформаций. У 257 (32,1%) из 800 обследованных школьников имелись единичные признаки дисплазии, что с учетом критериев верификации диагноза дисплазии, не позволяло говорить о наличии у них четко очерченного синдрома ДСТ. Диагноз недифференцированной дисплазии соединительной ткани верифицирован у 543 (67,9%) учащихся, из них дисплазия первой (легкой) степени регистрировалась у 356 (44,5%) человек, умеренно выраженную (вторую) степень тяжести ДСТ имели 187 (23,4%) школьников. Чаще ДСТ отмечалась у девочек (70,0%), чем у мальчиков (30,0%). Проявления ДСТ чаще выявлялись в старшей возрастной группе (12-18 лет) — 69,1% в сравнении с младшей (7-11 лет) — 30,9% человек.

По результатам проведенного статистического анализа и оценки диагностической значимости клинико-анамнестиче-

ских характеристик и внешних фенотипических признаков соединительнотканной дисплазии нами разработаны формализованные таблицы для оценки риска формирования аномалии окклюзии у детей. Табл. 1 иллюстрирует показатели, имеющие статистически достоверную ассоциацию с данным видом ЗЧАД (в нее включены признаки, сопряженные с высоким и очень высоким риском формирования аномалии окклюзии).

Таблица 1

Клинико-анамнестические показатели, ассоциированные с высоким и очень высоким риском формирования аномалии окклюзии у детей

Признак	ОШ	χ^2	p	ДК
Асфиксия новорожденного	11,03	18,2700	<0,0001	5
Дисплазия тазобедренного сустава	10,00	10,5550	0,0012	5
Высокое АД в I половине беременности	9,56	6,9097	0,0086	5
Нефропатия в I и II половине беременности	9,56	6,9097	0,0086	5
Деформация грудной клетки у ребенка	7,46	8,9171	0,0028	4
Проявления дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у ребенка	6,29	26,9750	<0,0001	4
Стресс в I и II половине беременности	6,06	6,4582	0,0110	4
Снижение уровня функционального состояния у ребенка	6,06	6,4582	0,0110	4
Позднее прорезывание зубов	5,78	15,2940	0,0001	4

Так, оказалась очень высокой вероятность формирования аномалии окклюзии у детей, перенесших асфиксию в периоде новорожденности (ДК = 5, ОШ = 11,0). К аналогичной категории степени риска формирования аномалии окклюзии относится наличие в анамнезе указаний на высокое АД в первой половине беременности у матери (ДК = 5, ОШ = 9,6). Такая же степень вероятности формирования аномалии окклюзии установлена и относительно наличия нефропатии у матери в первой и второй половине беременности (ДК = 5, ОШ = 9,6).

Диагноз дисплазии тазобедренного сустава, выставленный ребенку в первые месяцы жизни, ассоциируется с очень высокой вероятностью возникновения у него в последующем аномалии окклюзии (ДК = 5, ОШ = 10,0). Другие клинические проявления дисплазии соединительной ткани также сопряжены с высокой вероятностью формирования аномалии окклюзии (ДК = 4, ОШ = 6,3), к таковым относится и деформация грудной клетки у ребенка (ДК = 4, ОШ = 7,5). Перенесенный матерью стресс в первой и второй половине беременности в 6 раз повышает риск возникновения аномалии окклюзии у ребенка (ДК = 4, ОШ = 6,1). С высокой вероятностью возникновения аномалии окклюзии ассоциируется факт позднего прорезывания зубов у ребенка (ДК = 4, ОШ = 5,8) и сниженный уровень у него функционального состояния организма (по данным обследования на аппарате ORTO-EXPRES) (ДК = 4, ОШ = 6,1).

В табл. 2 представлены показатели, сопряженные со средним риском формирования аномалии окклюзии у детей.

Таблица 2

Клинико-anamnestические показатели, ассоциированные со средним риском формирования аномалии окклюзии у детей

Признак	ОШ	χ^2	p	ДК
ОРВИ во второй половине беременности	4,82	5,3364	0,0209	3
Перекося таза у ребенка	4,70	9,0857	0,0026	3
ППЦНС с дизартрией	4,06	7,0088	0,0081	3
Сколиоз – сторона поражения правая	3,69	11,8290	0,0006	3
Вторая степень тяжести сколиоза	3,61	9,9326	0,0016	3
ППЦНС с гипертензионным синдромом	3,60	12,7680	0,0003	3
ППЦНС с астено-невротическим синдромом	3,46	12,3960	0,0004	3
Плоскостопие I степени	3,29	10,8700	0,0010	3
Вальгусная деформация стопы у ребенка	2,74	6,5574	0,0104	2
Патология сердечно-сосудистой системы	2,71	7,9185	0,0049	2
Патология ЛОР-органов	2,69	5,9786	0,0145	2
Кесарево сечение	2,69	5,9786	0,0145	2
Ухудшение группы здоровья в динамике	2,58	9,2941	0,0023	2
Анемия во время беременности	2,53	7,4903	0,0062	2
ППЦНС с периферической цервикальной недостаточностью	2,52	4,9715	0,0258	2
Профессиональные вредности у матери до и во время беременности	2,41	3,9277	0,0475	2
Патология зрения у ребенка (миопия, гиперметропия, астигматизм, косоглазие)	2,25	5,0807	0,0242	2
Сколиоз у ребенка	2,15	4,7255	0,0297	2
Патология мягких тканей полости рта	2,12	7,3952	0,0065	2
Патология нервной системы	2,05	3,9451	0,0470	2

В 4,8 раза выше вероятность формирования аномалии окклюзии у ребенка, если мать перенесла ОРВИ во второй половине беременности (ДК = 3, ОШ = 4,8), в данном случае риск расценивается как средний. К этой же категории степени риска формирования аномалии окклюзии относятся такие анамнестические данные, как наличие у ребенка перинатального поражения ЦНС (ППЦНС) с дизартрией (ДК = 3, ОШ = 4,1), ППЦНС с гипертензионным (ДК = 3, ОШ = 3,6) и астено-невротическим синдромом (ДК = 3, ОШ = 3,4). Результаты анализа логистической регрессии позволили установить наличие ассоциации аномалии окклюзии с такими клиническими проявлениями, как наличие у ребенка плоскостопия (ДК = 3, ОШ = 3,3) и сколиоза, взаимосвязь со степенью тяжести (ДК = 3, ОШ = 3,6) и стороной сколиотического поражения (ДК = 3, ОШ = 3,7).

Со средней степенью риска аномалии окклюзии ассоциируется вальгусная деформация стопы у ребенка (риск в 2,7 раза выше в сравнении с детьми, не имеющими данной патологии стоп) (ДК = 2, ОШ = 2,7). Значимым в плане оценки риска АО оказалось и наличие у ребенка патологии мягких тканей полости рта (ДК = 2, ОШ = 2,1), патологии органа зрения (ДК = 2, ОШ = 2,2) и ЛОР-органов (ДК = 2, ОШ = 2,7), патологии нервной (ДК = 2, ОШ = 2,0) и сердечно-сосудистой системы (ДК = 2, ОШ = 2,7). Кроме того, со средней степенью риска формирования аномалии окклюзии ассоциируются такие анамнестические признаки, как профессиональные вредности у матери до и во время беременности (ДК = 2, ОШ = 2,4), анемия беременной (ДК = 2,

ОШ = 2,5), роды посредством кесарева сечения (ДК = 2, ОШ = 2,7), а также перенесенное ребенком перинатальное поражение ЦНС с периферической цервикальной недостаточностью (ДК = 2, ОШ = 2,5).

Результаты анализа логистической регрессии анамнестических и клинико-функциональных показателей, ассоциированных с низкой вероятностью формирования аномалии окклюзии (ДК = 1,0-1,9) представлены в табл. 3.

Таблица 3

Клинико-anamnestические признаки, ассоциированные с низким риском формирования аномалии окклюзии у детей

Признак	ОШ	χ^2	p	ДК
Нефропатия беременной	1,94	8,0187	0,0046	1
Возраст матери на момент рождения ребенка	1,80	62,9420	<0,0001	1
Сколиоз и/или остеохондроз у близких родственников ребенка	1,58	11,8430	0,0006	1
Перекося таза у ребенка	1,55	14,4430	0,0001	1
Силовая выносливость мышц спины (снижение)	1,53	4,9925	0,0255	1
Родовая травма	1,37	11,5300	0,0007	1

В данную группу вошло небольшое число признаков (перекося таза у ребенка, снижение силовой выносливости мышц, ППЦНС, сколиоз и/или остеохондроз у близких родственников ребенка, нефропатия у матери в период беременности). При наличии этих признаков у ребенка или наличие их в анамнезе, правомочна оценка степени риска формирования аномалии окклюзии, как «низкая».

Таким образом, выявленные ассоциации аномалии окклюзии с клинико-anamnestическими и диспластическими обусловленными фенотипическими признаками имеют диагностическое значение в оценке риска формирования этого вида ЗЧАД у детей. Целесообразно использование наиболее информативных, диагностически значимых показателей, в качестве маркеров риска формирования данного вида ЗЧАД, критериев отбора детей в группы риска и оценки эффективности проведения у них комплекса профилактических и лечебных мероприятий.

CLINICAL AND ANAMNESTIC PARALLELS OF ANOMALIES OCCLUSION IN CHILDREN WITH CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

E. S. Panicheva¹, V. V. Aljamovsky¹, E. I. Prahin¹, L. S. Evert²,
E. G. Perova¹, A. I. Volynkina¹, V. S. Kuznetsov¹

¹Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V. F. Voino-Yasenetsky; ²Scientific Research Institute for Medical Problems of the North of Siberian Division of Russian Academy of Medical Sciences

Abstract. Were examined 800 students of correction school at the age of 7-18 years old. At that students was revealed the frequency of undifferentiated connective tissue dysplasia (CTD) and the structure of dentofacial anomalies and deformations

(ZCHAD). It was found the association of a number of clinical and anamnestic indicators and external phenotypic features of DST to the anomaly of occlusion (AO) in children. It was determined the risk degree of the formation of occlusion anomalies according to the diagnostic value of the studied symptoms.

Key words: children, connective tissue dysplasia, dentofacial anomalies and deformations, anomalies of occlusion.

Литература

1. Алямовский В. В., Перова Е. Г., Паничева Е. С. и др. Сравнительная оценка зубочелюстных аномалий и деформаций у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Сибирское медицинское обозрение. — 2011. — № 2. — С. 65-68.
2. Алямовский В. В., Эверт Л. С., Прахин Е. И. и др. Оценка показателей здоровья и стоматологического статуса детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Сибирское медицинское обозрение. — 2010. — № 3. — С. 65-68.
3. Беляков Ю. А. Стоматологические проявления наследственных болезней и синдромов. — М.: Медицина, 1993. — 256 с.
4. Бороздун С. В., Паничева Е. С., Боброва Е. И. и др. Современные направления в исследовании этиопатогенеза идиопатического сколиоза у детей // Якутский медицинский журнал. — 2011. — № 3(35). — С. 10-14.
5. Кадурина Т. И., Горбунова В. Н. Дисплазия соединительной ткани / Руководство для врачей. — СПб.: Элбис-СПб, 2009. — 704 с.

6. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ «STATISTICA». — М.: Медиа Сфера, 2002. — 305 с.

7. Сулимов А. Ф., Савченко Р. К., Григорович Э. Ш. Дисплазия соединительной ткани в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. — М.: Медицинская книга, 2004. — 134 с.
8. Эверт Л. С., Бороздун С. В., Боброва Е. И. и др. Диагностика дисплазии соединительной ткани с использованием биомаркеров // Journal of Siberian Federal University. Chemistry. — 2009. — № 4. — С. 385-390.

9. Koopmans G., Hasse B., Sinis N. Chapter 19: The role of collagen in peripheral nerve repair // Int. Rev. Neurobiol. — 2009. — Vol. 87. — P. 363-379.

Сведения об авторах

Паничева Елена Сергеевна — соискатель кафедры-клиники стоматологии ИПО КрасГМУ; e-mail: lena_evert@mail.ru.

Алямовский Василий Викторович — д.м.н., проф., рук. Института стоматологии, зав. кафедрой-клиникой стоматологии ИПО КрасГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого; e-mail: alvas.1962@mail.ru.

Прахин Ефим Исаакович — д.м.н., проф. каф. поликлинической педиатрии КрасГМУ, рук. Института лечебного и профилактического питания КрасГМУ; e-mail: eprakhin@rambler.ru.

Эверт Лидия Семеновна — д.м.н., рук. клинического отделения нарушений сердечного ритма и синкопальных состояний НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН; e-mail: lidiya_evert@mail.ru.

Волынкина Анна Игоревна — клинический ординатор кафедры-клиники стоматологии ИПО КрасГМУ; e-mail: volynkina22@mail.ru.

Кузнецов Василий Сергеевич — аспирант КрасГМУ; e-mail: krasmedik@mail.ru.

© МУРАВЬЕВА Н. Г., САВЧЕНКО А. А., МАНЧУК В. Т.

УДК 612.017.1:616.998 — 053.2

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ 7-11 ЛЕТ С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА И ПРИ СОЧЕТАНИИ С ЛЯМБЛИОЗОМ

Н. Г. Муравьева¹, А. А. Савченко^{1,2}, В. Т. Манчук¹

¹ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, директор — член-корр. РАМН В. Т. Манчук;

²ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д.м.н., проф. И. П. Артюхов; кафедра физиологии им. А.Т. Пшоники, зав. — д.м.н., проф. А.А. Савченко.

Резюме. Для детей 7-11 лет с дисфункциональными расстройствами билиарного тракта (ДРБТ) и при их ассоциации с лямблиозом характерно развитие дисбаланса иммунной системы, которое характеризуется повышением показателей клеточного иммунитета и снижением активности гуморального звена иммунной системы. Характер и степень изменений зависит от наличия или отсутствия ассоциации основного заболевания с лямблиозом. Наиболее характерными иммунными проявлениями ДРБТ являются увеличение количества В-лимфоцитов в крови и снижение концентрации Ig M и Ig G, ДРБТ в ассоциации с лямблиозом характеризуются снижением содержания активированных Т-лимфоцитов. В клинической картине заболевания у детей 7-11 лет с ДРБТ выраженных особенностей в зависимости от наличия или отсутствия лямблиоза не выявлено.

Ключевые слова: дисфункциональные расстройства билиарного тракта, лямблиоз, иммунная система.

Изучение патогенеза заболеваний билиарного тракта у детей сохраняет свою актуальность, что обусловлено высокой распространенностью и неуклонным ростом данной патологии. Так, в 2006 году по сравнению с 1999

годом общее количество детей, страдающих заболеваниями желчного пузыря и желчевыводящей системы, увеличилось с 9,9 до 14,4% [2]. Наиболее распространенной патологией билиарного тракта у детей являются заболевания