6. *Эрдес Ш.Ф., Фоломеева О.М.* Проблема ревматических заболеваний в России // Русс. мед. журн. – 2004. – № 20. – С.1121–1123.

7. *Эрдес Ш.Ф., Галушко Е.А. и др.* Частота болей в суставах у городских и сельских жите-лей России (предварительные результаты)// Тер. арх. – 2005. – № 5. – С. 65–69.

8. *Arnett F.C.* The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis // Arthr. Rheum. – 1988. – Vol. 31. – P.315–324.

Поступила 14.04.09.

THE PREVALENCE OF RHEUMATIC DISEASES IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN ACCORDING TO THE RESULTS OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES

N.G. Shamsutdinova, I.G. Salikhov, S.P. Yakupova, R.M. Hastiev

Summary

Conducted was an epidemiological study of rheumatic diseases on the territory of the Republic of Tatarstan. Shown was the fact that its actual incidence is several times greater than the data of official healthcare statistics.

Key words: epidemiology, rheumatic diseases, prevalence, osteoarthritis, rheumatoid arthritis.

УДК 617.52–053.2–07

ОЦЕНКА ГАРМОНИЧНОСТИ ПРОФИЛЯ ЛИЦА У ДЕТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ МИОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Юлия Викторовна Гвоздева, Оксана Александровна Царькова, Марина Анатольевна Данилова

Кафедра детской стоматологии и ортодонтии (зав. – проф. М.А. Данилова) Пермской государственной медицинской академии

Реферат

Проведена оценка гармоничности профиля лица у 58 детей с различными миофункциональными нарушениями. Выявлена взаимосвязь между изменениями определенных профилометрических параметров и видом функционального нарушения.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, профиль лица, миофункциональные нарушения.

Этиологические факторы, ведущие к развитию зубочелюстных аномалий многочисленны и разнообразны [2]. Под их действием в разные периоды формирования прикуса в зубочелюстной системе возникают многофункциональные нарушения различной тяжести. Развитие зубочелюстной системы тесно связано с активными мышечными движениями при еде, дыхании и формировании речи. Одни авторы из основных факторов, влияющих на формирование лицевого черепа, в первую очередь выделяют влияние тяги мышц (языка, губ и щек), затем окклюзионные (жевательное давление), направленные через ткани пародонта, и силы прорезывания зубов [2]. Другие отмечают, что зубная дуга формируется под влиянием большего количества факторов, в том числе мышечных сил, действующих как в покое, так и во время функции [5]. Все авторы, изучавшие общие причины и последствия зубочелюстных аномалий, пришли к заключению, что изменения в костях лицевого черепа под воздействием мышечных сил возникают особенно легко при повышенной пластичности костной ткани, наблюдающейся в процессе роста и развития ребенка [3, 4] .

Миодинамическое равновесие мышц челюстно-лицевой области играет важную роль в росте и формировании всего зубочелюстного аппарата. Это равновесие могут нарушить вредные привычки у детей, мешающие нормальному физиологическому развитию и ведущие к формированию аномалий зубочелюстной системы, при которых изменяется функциональное состояние мышц челюстно-лицевой области. Функциональная недостаточность круговой мышцы рта может явиться причиной увеличения верхнего зубного ряда и выраженности дистальной окклюзии. При зубочелюстных аномалиях функциональные нарушения круговой мышцы рта наблюдаются в 68% случаев, при физиологической окклюзии – лишь в 12,4%. Среди вредных привычек наиболее часто встречаются привычка сосать палец или соску (пустышки), ротовое дыхание при отсутствии генетически, анатомически и физиологически обусловленного носового дыхания, отсутствие нормального смыкания губ и инфантильное глотание. Все

Рис.1. Определение бронхиального сопротивления.

Рис. 3. Определение формы профиля лица, измерение подбородочно-губного угла.

они сопровождаются нарушением миодинамического равновесия мышц антагонистов и синергистов, что ведет к формированию различных зубочелюстных аномалий и изменению профиля лица.

Цель исследования – оценить изменения профиля лица у детей в процессе лечения при различных видах миофункциональных нарушений и выявить взаимосвязь различных параметров в зависимости от вредной привычки.

Обследовано 58 детей в возрасте от 4 до 6 лет: в основной группе – 36 человек, в группе сравнения – 22. Основную группу составили дети, находившиеся под наблюдением у врача-ортодонта для проведения лечебно-профилактических методов коррекции миофункциональных нарушений. Их распределили по двум подгруппам: первая – с вредной привычкой сосания, вторая – с нарушенным носовым дыханием. В группу сравнения вошли дети, осмотренные в «Дни здорового ребенка» в районных поликлиниках г. Перми.

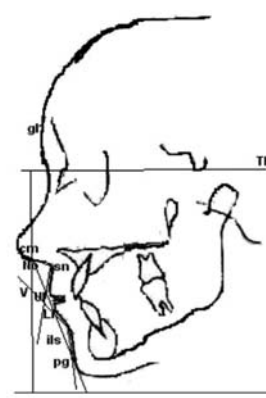

Рис.2. Основные антропометрические показатели.

Детям второй подгруппы функцию внешнего дыхания оценивали методом определения сопротивления дыхательных путей посредством прерывания потока (Rint). Измерение осуществляется без какого-либо усилия со стороны пациента, при этом он спокойно дышит через загубник или лицевую маску (рис.1). Методика измерения сопротивления дыхательных путей (Rint) основана на том, что во время кратковременного прерывания воздушного потока (100 мс) альвеолярное давление выравнивается с давлением в полости рта. Быстрый автоматический поворот клапана обеспечивает прерывание воздушного потока на очень непродолжительный период времени, остающийся практически незаметным для пациента. Результаты теста сопротивления дыхательных путей вычисляются автоматически и визуализируются на экране. Весь тест занимает несколько минут и может быть применен у детей раннего возраста.

Гармоничность профиля лица оценивали по методике Viazis [1]. Для этого измеряли 7 параметров, позволяющих наиболее полно охарактеризовать профиль лица пациента и спрогнозировать возможность улучшения лицевых признаков. Критериями оценки профиля были выбраны следующие антропометрические показатели (рис.2–4): 1) угол gl-Ul-pg (характеризует форму профиля лица); 2) V-угол (по нему оценивается выпуклость нижней трети лица); 3) угол носогубной Ls-sn-cm (зависит от выступания верхней губы и наклона нижнего контура носа); 4) индекс верхнего и нижнего носогубных углов (характеризует положение верхней губы и вздернутость кончика

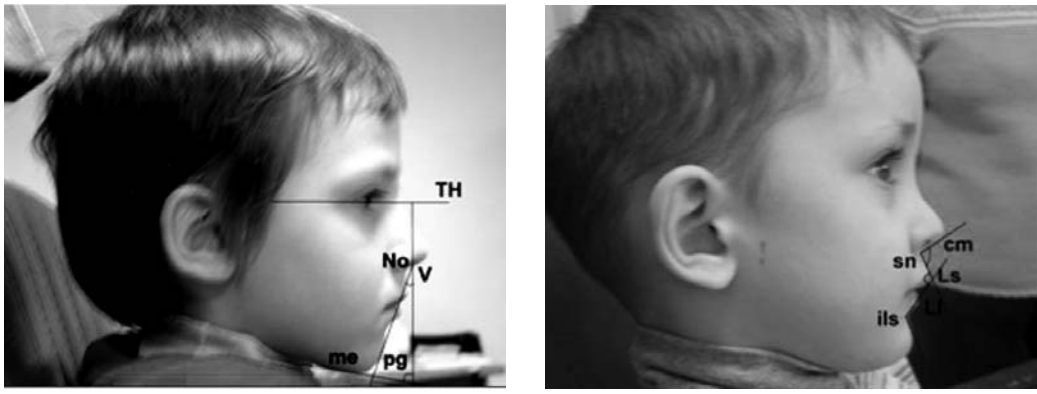

Рис. 4. Измерение выпуклости нижней трети лица, носогубного угла и угла выступания губ.

Таблица 1

Параметры гармоничности у детей первой подгруппы с вредной привычкой сосания

Параметры гармоничности	Группы наблюдения	
	основная	сравнения
Угол gl-Ul-pg	153±5°	170–190°
V-угол	14±2	13±4
Угол Ls-sn-cm	103±3°	100±10°
Угол Ll-ils-pg	126±3°	130±10°
Угол выступания губ	138±2°	125±10°
Определение переднезадней позиции, мм		
верхней губы	1±1	2±2
нижней губы	0+2	0-2
подбородка	-5±1	-3,5±2

Таблица 2

Параметры гармоничности у детей первой подгруппы с нарушенным носовым дыханием

Параметры гармоничности	Группы наблюдения	
	основная	сравнения
Угол gl-Ul-pg	153±5°	170–190°
V-угол	14±2	13±4
Угол Ls-sn-cm	113±3°	100±10°
Угол Ll-ils-pg	145±3°	130±10°
Угол выступания губ	135±2°	125±10°
Определение переднезадней позиции, мм		
верхней губы	1±1	2±2
нижней губы	0-2	0-2
подбородка	-3,5±1	-3,5±2

носа); 5) подбородочно-губной угол (глубина надподбородочной складки и положение подбородка); 6) угол выступания губ; 7) определение переднезадней позиции губ.

Указанные параметры измеряли на фотографиях пациентов в профиль, сделанных до начала ортодонтического лечения.

Данные показатели были выбраны для оценки гармоничности и эстетичности профиля лица, выявления наиболее важных показателей в изменении профиля и возможности их коррекции посредством регулирования миодинамического равновесия. Профиль считался гармоничным, если прослеживалась гармония по 6 и более параметрам из 8 перечисленных.

У всех пациентов определяли бронхиальное сопротивление методом Rint. Анализ результатов измерения сопротивления дыхательных путей (СДП) показал, что у 58% детей с нарушениями в носоглотке оно было повышенным. Степень повышения варьировала от 108 до 144% по сравнению с возрастной нормой (средний показатель – 116,0±0,3%). В группе здоровых дошкольников без патологии ЛОР-органов показатель сопротивления дыхательных путей составил 97,7±10,2% по сравнению с возрастной нормой.

Измерения показали гармоничность профиля лица у 25% пациентов, несмотря на имеющиеся у них миофункциональные нарушения. У остальных 75% профиль лица был негармоничен, причем в зависимости от подгруппы претерпевали изменения различные параметры. У детей с вредной привычкой сосания характерные изменения были выявлены при определении позиции губ (табл. 1), в то время как у детей с нарушенным носовым дыханием – при оценке угловых параметров (табл. 2). Данные изменения подтверждает диагностика в полости рта дистальной окклюзии в сочетании с глубокой резцовой окклюзией или каждой

из перечисленных выше форм в изолированном варианте.

Таким образом, нами подтверждена взаимосвязь между миофункциональными нарушениями и изменением профиля лица. При этом различные функциональные дисгармонии влекут за собой изменения характерных профилометрических показателей. С учётом возможности регуляции миофункциональных нарушений при взаимном сотрудничестве пациента и врача-ортодонта, оказывании пассивного влияния на рост челюстей можно рассчитывать на коррекцию гармоничности лица за счет нормализации положения нижней челюсти и восстановления миодинамического равновесия.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Косырева Т.Ф.* Эстетика лица и её анализ. – М., 1996. – 24 с.

2. *Лукина О.Ф.* Современные методы исследования функции легких у детей // Леч. врач. – 2003. – № 3. – С. 32–34.

3. *Образцов Ю.Л.* Выявление и устранение факторов риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей. – Архангельск, 1991. –25с.

4. *Трезубов В.Н., Фадеев Р.А., Дмитрова О.В.* Фотографический метод анализа лица // Ортодент-инфо. – 2002. –№ 1. – С. 42–44.

5. *Beydon N., Pin I., Matran R.* Pre/Postbronchodilator Interrupter Resistance Values in Healthy Young Children // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2002. – № 165(10). – P. 1388–1394.

Поступила 14.04.09.

EVALUATION OF HARMONICITY OF FACE PROFILES IN CHILDREN WITH VARIOUS TYPES OF MYOFUNCTIONAL DISORDERS

U.V. Gvozdeva, O.A. Tsar'kova, M.A. Danilova

Summary

Conducted was the evaluation of harmonicity of face profiles in 58 children with various myofunctional disorders. Established was the interrelation between changes in certain profilometric parameters and the type of functional disorders.

Key words: dentition anomalies; face profile, myofunctional disorders.

УДК 616.248–053.2–085.835.14:612.017.1

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Галина Дмитриевна Алеманова

Кафедра детских болезней (зав. – проф. М.Н. Воляник) Оренбургской государственной медицинской академии, e-mail: galina.alemanova@bk.ru

Реферат

Показано, что курс баротерапии оказывает благоприятное влияние на клинико-иммунологическую динамику показателей у больных бронхиальной астмой и выраженность этого влияния зависит от тяжести заболевания. Клиническая эффективность гипобарической гипоксической стимуляции характеризуется удлинением ремиссий и уменьшением суммарной балльной оценки тяжести астмы.

Ключевые слова: бронхиальная астма, гипобаротерапия, цитокины, дети.

Одним из перспективных немедикаментозных методов лечения бронхиальной астмы (БА) у детей на этапе реабилитации является гипобарическая гипоксическая стимуляция (ГГС) [10]. Цитокины участвуют в развитии воспаления дыхательных путей при БА и определяют ее тяжесть [6,12]. Цитокиновый каскад находится в организме в динамическом состоянии и в зависимости от фазы течения болезни меняет свои показатели, которые через клетки иммунной системы воздействуют на дыхательную систему и весь организм в целом [5].

Целью настоящего исследования являлось определение клинико-иммунологической эффективности ГГС у детей с БА.

Были обследованы больные БА различной тяжести в периоде ремиссии (71 чел.) в возрасте от 7 до 12 лет. У 3 детей установлена легкая степень заболевания, у 56 – средняя и у 12 – тяжелая. Контрольную группу составили 30 условно здоровых детей. Перед проведением курса ГГС все пациенты были в состоянии ремиссии, обусловленной рациональной базисной