



выпадении желудочковых комплексов, множественные экстрасистолы, желудочковые экстрасистолы требуется проведение эхокардиографического исследования, изменение тренировочного режима, более частого и пристального контроля за состоянием здоровья, в частности, при занятиях спортом (КРГ, ЭКГ-контроль не реже 1 раза в 3 месяца).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Кушаковский М.С. Аритмии сердца (Расстройства сердечного ритма и нарушения проводимости. Причины, механизмы, электрокардиографическая и электрофизиологическая диагностика, клиника, лечение). - СПб.: Фолиант, 1999. – 640 с.
2. Баевский Р.М. Методические рекомендации по анализу вариабельности сердечного ритма. КардиоЛаб ВСР. – Харьков: Национальный аэрокосмический университет «ХАИ», 2009. – 242 с.
3. Канорский С.Г., Скибицкий В.В., Кудряшов Е.А. Кардиология. - М.: Наука, 1997. – С. 42-46.
4. Капшидзе М.И., Чапидзе Г.Э., Марсашвили Л.А, и др. Аритмия. - Л.: Наука, 1991. – №4.– С. 23-26.

УДК: 616.314.26-007.26:616.89-008.434.37]-08-03.81/.84

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ С ОТКРЫТОМ ПРИКУСОМ И ЕГО КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Нигматов Рахматулла Нигматович, Нигматова Ирода Маратовна, Аралов Мирзабек Бахромович, Рахматуллаева Нигора Рузметовна, Абдуганиева Нозима Абдукаххаровна

(кафедра Ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института)

РЕЗЮМЕ: Авторами проведено ортодонтическое обследование 1786 (из них 985 мальчиков и 801 девочек) детей, проживающих в г. Ташкенте, в возрасте от 6 до 13 лет для выявления распространенности и взаимосвязи нарушения функциональности организма, а также звукопроизношения при открытом прикусе, других аномалиях и деформациях зубочелюстной системы. Для определения ортодонтического и логопедического статуса обследуемых детей проводили клинические исследования и функциональные пробы. Своевременное выявление, составление и проведение комплексного лечения и профилактических мероприятий являются залогом успешного устранения зубочелюстных аномалий (в особенности открытого прикуса) и деформаций зубного ряда у детей.

Только совместная деятельность специалистов медицинского и педагогического профилей позволило своевременно и эффективно устранить анатомические нарушения в строении органов, участвующих в артикуляции, и корректировать челюстно-лицевое развитие организма детей в целом.

Ключевые слова: дети, сменный прикус, открытый прикус, функциональная проба, ортодонтическая помощь, речь, ортодонтический аппарат.



В течение последних 10-15 лет увеличилось количество детей, у которых закрепилось привычное открытое положение рта, следствием которого является перестройка типа дыхания: с физиологического носового типа дыхания ребенок переходит на патологический ротовой тип дыхания, вследствие чего сформируется патологический открытый прикус.

Открытый прикус - это патология прикуса в вертикальной плоскости. Данная окклюзия (смыкание зубов) отличается вертикальной щелью при центральной окклюзии во фронтальном отделе, реже в боковых участках между зубами верхней и нижней челюстей.

Открытый прикус, согласно литературным данным, чаще всего встречается у детей от 7 до 11 месяцев и составляет 18,5% случаев. В этом возрасте происходят основные процессы прорезывания зубов временного прикуса. У взрослых данная окклюзия встречается редко и составляет 2% случаев.

Л.С. Персин (1996 год) отмечал, что открытого прикуса не бывает, так как смыкания зубов не происходит. Данную окклюзию он обозначил как дизокклюзию.

Вертикальная дизокклюзия может возникать по причинам: наличия наследственного фактора; заболеваний матери во время беременности (токсикозы, присоединение инфекции, употребление алкоголя, курение, приём наркотических веществ); неправильного положения зачатков постоянных зубов; соматических заболеваний ребёнка (рахит).

Также к этиологическим факторам относят: травмы челюстей; вредные привычки (сосание большого пальца); запрокидывание головы в период сна; эндокринную патологию.

Открытый прикус может быть истинным только в том случае, если человек перенёс рахит. К возникновению данного заболевания приводит недостаток ультрафиолетовых лучей (солнечное облучение).

Вертикальная дизокклюзия также может возникнуть из-за ошибочного хирургического лечения переломов челюстей при сопоставлении их отломков (Хорошилкина Ф.Я., 2006).

Этому нефизиологическому открытому положению рта может способствовать патология ЛОР (уха, горла, носа) органов, затрудняющий процесс носового дыхания, в результате которого, ребенок переходит на ротовой тип дыхания. Дети, страдающие аденоидами и хроническими ринитами, имеют вторичные нарушения, проявляющиеся в снижении фонематического слуха. Ухудшение слухового восприятия и слуховых дифференцировок затормаживает процесс формирования языковых средств и влечет за собой речевые нарушения. Следствием нарушения фонематического слуха может быть общее недоразвитие речи, нарушение интонационной выразительности речи и другие.

Затруднение носового типа дыхания вследствие аденоидов приводит к нарушениям в строении лицевого скелета, так называемый «аденоидный» тип лица. При этом отмечается вялость губ, что снижает четкость речи и ухудшает дикцию. Недостаточность включения резонаторных полостей при аденоидах приводит к ринофониям - носовому оттенку речи.

Есть еще категория детей, которая имеет вредные привычки. К ним относятся сосание пальцев, длительное сосание пустышки, питание из бутылочки через соску, привычное удерживание и надкусывание зубами карандашей, ручек, твердых предметов. К вредным привычкам относят и инфантильное глотание пищи. Это сохранившийся у детей надолго сосательный рефлекс при глотании пищи. При инфантильном глотании язык упирается в разомкнутые зубы и выталкивается из полости рта.

Из-за постоянно открытого рта губные мышцы становятся вялыми. Низкий тонус круговой мышцы рта затрудняет нормальное смыкание губ, мешая нормальному развитию



нижней челюсти. В речи отмечается недостаточная лабиализация (активное участие губ при произнесении звуков), прежде всего гласных звуков. Позже, в школьном возрасте, недостаточная лабиализация гласных звуков может привести к специфическим (речевым) ошибкам на письме.

Исходя из сказанного, неправильное строение артикуляционного аппарата и неправильный прикус является одной из самых распространенных причин недостатков звукопроизношения. Аномалии и деформации челюстно-лицевой области препятствуют нормальной артикуляции звуков, способствуют закреплению привычек неправильной артикуляции и затрудняют их коррекцию.

Цель настоящего исследования - выявление взаимосвязи нарушения функции речи с открытым прикусом и разработать комплексный подход лечения этого прикуса.

Материал и методы. С 2018 г. по настоящее время было проведено ортодонтическое обследование 1786 (из них 985 мальчиков и 801 девочек) детей, проживающих в г. Ташкент, в возрасте от 6 до 13 лет.

Для определения ортодонтического статуса обследованных проводили клинические исследования и функциональные пробы. С помощью специальных функциональных проб изучали особенности смещения нижней челюсти (устанавливали направление и причину смещения), функции дыхания, жевания, глотания и речи (определение общего характера звукопроизношения и процесса артикуляции зубочелюстной системы). Кроме этого, мы изучали признаки открытого прикуса. Исследование речевой функции у детей, имеющих нарушения звукопроизводительной стороны речи и анатомические деформации органов ЗЧС, проводились по общепринятым в логопедии методикам с учетом возрастных особенностей.

Результаты и обсуждения. Анализ полученных результатов показал, что распространенность аномалий у детей со сменным прикусом очень высока и составляет, по нашим данным, 61,31% (1095 детей). Но, несмотря на такой высокий процент распространенности аномалии и деформации зубов, зубных рядов и прикуса, ортодонтическая помощь оказывает не более чем 6,93% таких детей.

Из числа 1095 детей с выявленными зубочелюстными аномалиями и деформациями с дефектом звукопроизношения прогнатический прикус наблюдался у 230 (21%), прогенический прикус – у 197 (18,01%), глубокий прикус – у 131 (11,96%), открытый прикус – у 110 (10,04%), перекрестный прикус – у 105 (9,59%).

У большинства числа обследованных отмечалось сочетание аномалий и положения зубов с патологией прикуса, а также нескольких видов аномалий прикуса одновременно.

Наиболее заметным признаком открытого прикуса являлся не смыкание челюстей в переднем или боковом отделе. А также мы обнаружили и другие признаки открытого прикуса такие, как: проблемы жевания или глотания; менее выступающий подбородок; приоткрытый прикус; изменения в ВНЧС, корректировать которых очень трудно; проблемы с речью и звукопроизношением; проблемы с пищеварением; боль при жевании. Кроме этого, на лице порождался эффект впалых щек из-за того, что открытый прикус не дает губам полностью сомкнуться.

Лечение открытого прикуса требовал комплексный подход лечения:

- занятия с логопедом для коррекции речи и звукопроизношения;
- хирургические мероприятия (пластика уздечек, укорочение размера языка при макроглоссии, удаление некоторых зубов при их тесном положении в зубных рядах, компактостеотомия);
- применение лечебной гимнастики для улучшения функции глотания и дыхания;
- применение функционально-действующих аппаратов (активатор Андресена-Гойпля, открытый активатор Кламмта, регулятор Френкеля, бионатор Бальтерса);



- применение функционально-направляющих аппаратов (аппарат Гербста-Кожокару);

- применение миофункциональных аппаратов;

- применение брекет-системы.

Длительность ортодонтического лечения зависела от степени открытого прикуса (1 степень: вертикальная щель между режущими краями резцов верхней и нижней челюстей доходит до 3 мм; 2 степень: величина вертикальной щели между резцами и клыками доходит от 3 до 5 мм, рот полуоткрыт, нижняя треть лица увеличена, появляется симптом «наперстка»; 3 степень: высота вертикальной щели свыше 5 мм), разновидности (зубоальвеолярная и гнатическая форма), период формирования, от степени сложности ортодонтического лечения. В период сменного прикуса комплексный подход лечения открытого прикуса более благоприятный в сравнении с постоянным прикусом. Прогноз лечения зубоальвеолярной формы открытого прикуса наиболее благоприятен, чем скелетного. Если комплексный подход лечения зубочелюстных аномалий, в частности открытого прикуса, выполнен не полностью, то может возникнуть рецидивы аномалий (если не приняты меры к зубоальвеолярному укорочению в области верхних премоляров и моляров, то после достижения контактов между фронтальными зубами форма лица человека остается нарушенной. Возникает «десневая улыбка», то есть при улыбке обнажаются и альвеолярные отростки; из-за большой нагрузки может возникнуть боль в зубах и их расшатывание, изменение цвета коронок зубов).

Продолжительность ретенционного периода зависела от способа лечения. После функционально-действующих и функционально-направляющих аппаратов обычно ретенционные пластинки не понадобились. После механически-действующих аппаратов ретенционный период был равен от 6,5 до 8 месяцев.

Таким образом, при проведении обследования детей г. Ташкента в возрасте от 6-13 лет выявлена достаточно высокая распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций: так, аномалии и деформации ЗЧС диагностированы у 1095 (61,31%) из 1786 обследованных, дефекты звукопроизношения обнаружены у 824 (55,08%).

Своевременное выявление, составление и проведение комплексного лечения и профилактических мероприятий являются залогом успешного устранения зубочелюстных аномалий (в особенности открытого прикуса) и деформаций зубного ряда у детей.

Список использованных источников:

1. Арсенина Ю.И., Беняева Б.Д. Применение ЛМ-активаторов в раннем ортодонтическом лечении детей 3-12 лет // Ортодонтия. – 2006. – №1. – С. 62.
2. Водолацкий М.П. Ортодонтия. – Ставрополь, 2005. – С. 26-28.
3. Диагностика и коррекция звукопроизносительных расстройств у детей с тяжелыми аномалиями органов артикуляции. – М.: Книголюб, 2003. – 144 с.
4. Козырева О.А. Организационно-методические вопросы логопедической работы с детьми, имеющими общее недоразвитие речи. – Практ. психолог и логопед. – 2014. – №1. – С.46-55.
5. Костина Я.В., Чакаева В.М. Коррекция речи у детей. – М., 2008. – С. 11-24.
6. Куросдова В.Д., Сирик В.А. Логопедия в ортодонтии. – Полтава, Верстка, 2005. – 124 с.
7. Нигматова И.М., Нигматов Р.Н., Иногамова Ф.К. Дифференцированное ортодонтическое и логопедическое лечение по устранению произносительных расстройств у детей с зубочелюстными аномалиями.// Научно-практический журнал «Stomatologiya». № 2 (71), Т.- 2018. - С.- 43-46.



8. Нигматова И.М., Ходжаева З.Р., Нигматов Р.Н. Ранняя профилактика речевых нарушений у детей с использованием миофункционального аппарата. // Научно-практический журнал «Stomatologiya». № 4 (72), Т.- 2018. - С.30-33.

9. Персин Л.С. Ортодонтия. Современные методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий: Рук-во для врачей. - М: Информкнига, 2007. - 248 с.

10. Рузметова И.М., Шамухамедова Ф.А., Раззаков У.М. Распространенность дислалии у детей г. Ташкента. // Респ. научно-практ. Конф. «Актуальные проблемы стоматологии». 30-31 марта 2018 г., Нукус.- 86-87.

11. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфологические нарушения челюстно-лицевой области и их комплексное лечение // М.: ООО «МИА», 2006. – 541 с.

УДК 616.37-002-089

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Масалов Алдияр Ерланович

Докторант 1 года обучения НАО «Медицинский университет Семей»

Әуенов Медет Әуенұлы

Ассистент кафедры НАО «Медицинский университет Семей»

Абдрахманов Саматбек Турысбекович

Ассистент кафедры НАО «Медицинский университет Семей»

Ботаханова Инабат Шалкаровна

Интерн ВОП НАО «Медицинский университет Семей»

Естаева Жанель Естайкызы

Интерн ВОП НАО «Медицинский университет Семей»

Научный руководитель – Аймагамбетов Мейрбек Жаксыбекович
Семей, Казахстан

Научный консультант – Омаров Назарбек Бахытбекович
Семей, Казахстан

Аннотация. В настоящее время ОП является одной из наиболее важных и нерешенных проблем неотложной хирургии. Интерес хирургов к проблемам лечения различных форм острого панкреатита не случаен. Острый панкреатит вышел на третье место по частоте заболеваемости среди острой хирургической патологии органов брюшной полости уступая острому аппендициту и острому холециститу. Высокая летальность, достигающая при деструктивных формах 40 - 60 %, большое количество осложнений и длительные сроки госпитализации являются важнейшими медико-социальными проблемами в лечении различных форм панкреатита.

Ключевые слова: Медицина, хирургия, абдоминальная хирургия, билиарный панкреатит.