

Алкоголизация родителей как фактор риска нарушения артикуляционного аппарата детей

ЖИРОВА О.Н.

м.н.с. Центральной научно-исследовательской лаборатории
Северного государственного медицинского университета (СГМУ), Архангельск

ОБРАЗЦОВ Ю.Л.

д.м.н., проф., зав. кафедрой детской стоматологии СГМУ, Архангельск

СОЛОВЬЕВ А.Г.

д.м.н., проф., зав. кафедрой наркологии и токсикологии СГМУ, Архангельск

Представлены результаты обследования детей и подростков в количестве 251 чел. трех возрастных групп: 4—6, 7—11 и 12—17 лет, 74,2% из которых — из семей, злоупотребляющих алкоголем. Установлено, что дети, родившиеся в семьях с алкогольными проблемами родителей, в значительной степени подвержены нарушениям артикуляционного аппарата (АА) и возникновению зубочелюстных аномалий (прикуса, зубных рядов и отдельных зубов), приводящих к нарушению речевого развития.

Наличие нарушений АА у детей приводит в дальнейшем к школьной и социальной дезадаптации [1]. Среди факторов, способствующих возникновению нарушений АА, различают неблагоприятные внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные) [2]. Известно, что длительное воздействие неблагоприятных климатических факторов, характерных для северных регионов нашей страны (холодный воздух в сочетании с повышенной влажностью, сильные порывистые ветры, резкие колебания парциального давления кислорода и другие), создают благоприятный фон для формирования зубочелюстных аномалий (ЗЧА) [7]. При изучении нарушений АА у детей, родившихся в семьях с алкогольной зависимостью, необходимо учитывать не только внешние — экологические и социальные, — но и биологические факторы, способствующие возникновению ЗЧА и приводящие к нарушению речи. Особый тип алкогольобусловленных сочетаний врожденных дефектов с последующими нарушениями как умственного, так и физического развития детей принято оценивать как алкогольный синдром плода [3]. В период эмбрионального развития алкоголь легко проникает через плацентарный барьер, что приводит к гибели плода либо к задержке его развития. Ранние и адекватные коррекционные воздействия позволяют эффективно компенсировать нарушения в развитии АА ребенка и, тем самым, смягчить, а возможно, и предупредить вторичные отклонения.

Цель исследования — выявление формирования ЗЧА и нарушений АА у детей, родившихся в семьях с алкогольной зависимостью, для прогноза отклонений в речевом развитии.

Объект и методы исследования

Исследовались дети и подростки в количестве 251 чел. трех возрастных групп: 4—6 лет в количестве 92 ребенка, 7—11 лет — 75, 12—17 лет — 84 детей. Из общего числа обследованных 112 детей проживали в с. Ошевенское Каргопольского р-на, 107 — в с. Рикасиха Приморского р-на Архангельской области и 32 — в г. Архангельске (посещающие специализированный детский сад и получающие логопедическую помощь). Для исследования генеалогического анамнеза матери, выяснения особенностей течения беременности и родов обследовано 200 родителей. Для определения алкогольной зависимости у них использована скринирующая методика ВОЗ — AUDIT [4].

На основании исследования 250 амбулаторных карт детей регистрировали особенности течения антенатального периода, развития ребенка на первом году жизни, перенесенные и сопутствующие заболевания.

Объективное стоматологическое обследование проводили с использованием общепринятых методик [5], предусматривающих выявление и регистрацию состояния основных функций зубочелюстной системы (дыхания, глотания, смыкания губ), аномалий уздечек губ и языка, состояния зубов, зубных рядов и прикуса. Определяли распространенность и интенсивность кариеса зубов, некариозных поражений, заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта, ЗЧА, патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Состояние ВНЧС оценивали на основе ведущих клинических признаков, выделенных экспертами ВОЗ, — шелканье, боль, затрудненное открывание рта, смещение челюсти в сторону при открывании рта.

Интенсивность кариеса зубов определяли по показателям «кариес — пломба — удаленный зуб» (кп, КПУ, кпу + КПУ). Состояние тканей пародонта оценивали с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА), уровень гигиены полости рта — на основании гигиенического индекса по Грин-Вермиллиону, а также комплексного пародонтального индекса по Леусу.

Для математической обработки данных использовали программы «Электорат» и Excel 2000.

В амбулаторных картах родителей наркологический диагноз был поставлен в Ошевенске в 10,2%, Рикасихе — в 29,4%, Архангельске — в 32,3% случаев. По данным же скринирующего исследования наличие признаков злоупотребления алкоголем у родителей было выявлено в Ошевенске в 85,7%, Рикасихе — в 45,3%, Архангельске — в 41,5% случаев.

Известно, что наиболее грубые дефекты речи возникают при нарушении развития плода в период от 4 недель до 4 мес. [6]. В первые месяцы беременности происходит формирование скелетного остова будущего ребенка, правильное развитие которого исключает возможность внутриутробного формирования ЗЧА. Пагубное воздействие алкоголя приводит к тому, что ребенок рождается слабым, нередко болеет инфекционно-вирусными заболеваниями, ранними желудочно-кишечными расстройствами. Частые инфекционные болезни приводят к нарушению функции носового дыхания, что является одним из самых

значимых факторов риска возникновения ЗЧА [7]. Оно проявляется в виде смешанного или ротового дыхания и способствует формированию различных аномалий — открытого, мезиального, глубокого, дистального прикусов и аномалий зубных рядов. В нашем исследовании нарушение функции дыхания, в целом, в 2,7 раза чаще встречалось у детей из семей, злоупотребляющих алкоголем. Частота встречаемости патологии прикуса, аномалий зубных рядов и прорезывания зубов, аномалий уздечек верхней губы и языка у обследованных детей представлена на рис. 1 и 2.

Патология прикуса — одна из важнейших причин, способствующих возникновению нарушений речи. Раннее формирование патологического прикуса с большой сагитальной или вертикальной щелью и другие морфофункциональные отклонения могут быть причинами неправильного глотания (проявляется в том, что в начальный момент глотания язык занимает межзубное положение и опирается во внутреннюю поверхность одной или обеих губ), что приводит к значительному напряжению тканей в окружности ротовой щели — «симптому наперстка», а, следовательно, и к нарушениям речи. По нашим данным, частота встречаемости патологии прикуса была больше среди детей, семьи которых злоупотребляли алкоголем: в группе детей от 4 до 6 лет — в 1,2 раза; от 7 до 11 лет — в 3,3 раза; от 12 до 17 лет — в 1,6 раза; аномалии зубных рядов — в 12; 1,5 и 2 раза соответственно.

Указанные отклонения в строении челюстей приводили к дефектам произношения — различным сигматизмам, ротацизмам, йотацизмам. Важную роль в формировании неправильного звукопроизношения играет изменение уровня прикрепления и уменьшение протяженности уздечки верхней губы, под влиянием которой верхняя челюсть может иметь тенденцию к более активному росту в связи с ограничением подвижности верхней губы и отсут-

ствием функционального воздействия ее на верхнюю челюсть; укороченная уздечка языка не дает ему возможности высоко подниматься (при верхних звуках) [6]. Нарушение звукопроизношения может быть вызвано и тем, что язык слишком большой, едва умещающийся в полости рта и от этого неповоротливый, или слишком маленький и узкий, что также затрудняет правильную артикуляцию.

При частичном ограничении подвижности языка, вызванном наличием короткой уздечки, нами чаще наблюдался глубокий прикус со скученностью резцов на нижней челюсти. Более выраженные отклонения отмечались при наличии толстой и короткой уздечки, вплетающейся вблизи кончика языка или непосредственно в него. Передняя часть языка у таких детей узкая, плоская, имела коническую форму, а заостренный конец языка при его выдвигении представлял единое целое с широкой и массивной уздечкой, которая фиксировала язык к альвеолярному отростку. У детей формировался выраженный дистальный прикус со скученностью передней группы зубов. Если аномалия уздечки являлась причиной парافункции языка и прокладывания его между зубами, развивался открытый или мезиальный прикус. По результатам нашего исследования частота встречаемости аномалии уздечки верхней губы была больше среди детей, семьи которых злоупотребляли алкоголем — в группе детей от 4 до 6 лет — в 1,7 раза; от 7 до 11 лет — в 1,8 раза; от 12 до 17 лет — в 3,1 раза; аномалии уздечки языка — в 2,3; 2 и 1,3 раза соответственно.

Частота встречаемости аномалии прорезывания зубов была также больше среди детей из алкоголизирующих семей: в группе от 4 до 6 лет — в 4,2 раза; от 7 до 11 лет — в 1,9 раза; от 12 до 17 лет — в 2,1 раза. Аномалии положения зубов и дисгармония их смены вели к неполноценности зубных рядов и страдали, прежде всего, звуки, образующиеся с участием передних зубов. Это относилось, в первую очередь, к язычно-зубным звукам: с, с', з, з', ц, т, т', д, д'. Такое нарушение часто сочеталось с аналогичным дефектом в произношении звуков ш, ж, ч, щ. Например, при отсутствии резцов или открытом переднем прикусе возникал межзубный сигматизм, т. е. звуки с, з, ц, с', з' произносились с расположением кончика языка между зубами. При отсутствии боковых зубов или при открытом боковом прикусе возникал боковой сигматизм, воздушная струя при произношении свистящих звуков отклонялась в сторону от центра. Зубные аномалии влияли на недостаточно полноценное произношение звуков: в, в', ф, ф', н, н', л, л', р. Широкие промежутки между резцами (диастемы) также вызывали сигматизмы.

Правильное строение языка, зубов, челюстей, носоглотки имеет большое значение в жизни ребенка, обеспечивая его полноценное питание, дыхание и правильное формирование речи. Недостаточное общение, речевая пассивность служат серьезным тормозом в формировании полноценной речи не только в фонетическом, но и в лексико-грамматическом отношении. Выяснение ведущих этиологических факторов позволяет избрать наиболее рациональные методы лечения для преодоления механических дислалий. Полноценная речь ребенка является непременным условием его успешного обучения в школе. Поэтому очень важно устранить недостатки звукопроизношения еще в дошкольном возрасте, до того как они

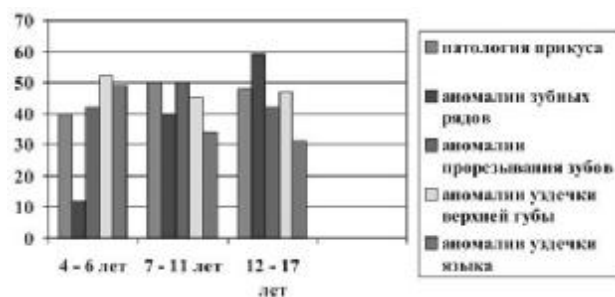


Рис. 1. Распространенность ЗЧА у детей из семей, злоупотребляющих алкоголем, в трех возрастных группах (%)

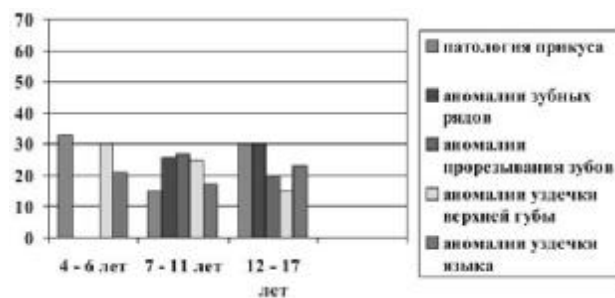


Рис. 1. Распространенность ЗЧА у детей из семей, не злоупотребляющих алкоголем, в трех возрастных группах (%)

превратятся в стойкий, сложный дефект. Кроме того, важно помнить, что именно в дошкольный период речь ребенка развивается наиболее интенсивно, а главное — она наиболее гибка и податлива.

Нами установлено, что из общего числа обследованных 39,8% детей страдали механической дислалией, 1,2% — ринолалией, 5,2% — дизартрией, 18,3% — общим недоразвитием речи, 1,6% — алалией, 4,0% — заиканием. 74,2% от числа детей с нарушениями речи составили дети из семей, злоупотребляющих алкоголем, что в 2,4 раза больше, чем из семей непьющих. Таким образом, просматривается прямая зависимость влияния алкоголя на возникновение нарушений АА.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости целенаправленного раннего выявления нарушений развития АА, а следовательно, и возможных нарушений речи у детей, родившихся в семьях с алкогольной зависимостью, с целью последующей коррекции и предупреждения развития ЗЧА.

Список литературы

1. Бочарова Е.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Качество жизни детей с отклонениями в психическом и речевом развитии // Психиатрия. — 2003. — №3. — С. 26–28.
2. Беккер К.-П., Совак М. Логопедия. — М.: Медицина, 1981. — 288 с.
3. Киселева Л.Г., Чумакова Г.Н., Соловьев А.Г., Ишеков Н.С. Клинико-диагностические аспекты алкогольного синдрома плода / Под ред. П.И. Сидорова. — Архангельск: Изд. центр СГМУ, 2001. — 24 с.
4. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente, Grant M: Development of the alcohol use disorder identification test (AUDIT) // Addiction. — 1993. — Vol. 88. — P. 791–804.
5. З.М. Аколис, Э.Я. Варес, Т.Ф. Виноградова и др. Руководство по ортодонтии / Под ред. Ф.Я. Хорошилкиной. — М., 1982. — 464 с.
6. Филичева Т.Б. Основы логопедии. — М.: Просвещение, 1989. — 225 с.
7. Образцов Ю.Л. Выявление и устранение факторов риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей. — Архангельск, 1994. — 25 с.

PARENTS' ALCOHOLIZATION AS A RISK FACTOR OF CHILDREN'S ARTICULATION APPARATUS DISORDER

ZHIROVA O.N. Researcher, Scientific Laboratory,
Northern State Medical University, Arkhangelsk
OBRAZTSOV YU.L. D.Med.Sci., Professor, Head Department of Child Dentistry,
Northern State Medical University, Arkhangelsk
SOLOVIEV A.G. D.Med.Sci., Professor, Head Department of Addictology
and Toxicology, Northern State Medical University, Arkhangelsk

The results are presented of the examination of 251 children and adolescents from three age groups — 4–6, 7–11 and 12–17 y.o. and 74,2% of them were from families abusing alcohol. It has been established that children born in families with parents' alcoholic problems are significantly subjected to articulation apparatus disorder and beginning of denti-maxillary anomalies (of occlusion, teeth rows and separate teeth) causing speech development disorders.