

Summary

DYNAMICS IN IMMUNOLOGICAL INDICES OF CAPILLARY BLOOD IN PATIENTS WITH CHRONIC APICAL PERIODONTITIS BEFORE AND AFTER TREATMENT

Sidash Yu.V.

Key words: chronic apical periodontitis, cellular immunity, immunocyte population, capillary blood.

This paper presents the immunological studies of oral cellular immunity in patients with chronic apical periodontitis. By means of flow cytometry there have been shown the changes in lymphocyte subpopulations of oral capillary blood. Healthy persons have increased content of key immunocyte populations regarding the patients with chronic apical periodontitis. The introduction of this method contributed to the local immunological protection in patients with chronic apical periodontitis.

УДК: 616.314.25/26-054.6:[612.82:616-00.7.24]

ЗАВИСИМОСТЬ ТИПА ПРИКУСА ИРАНСКИХ И УКРАИНСКИХ СТУДЕНТОВ ОТ ВЕДУЩЕЙ КОНЕЧНОСТИ И ПОЛА

Фазели Н.М., Ткаченко Е.В.

Высшее Государственное Учебное Заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия», Полтава

В обзоре литературы в начале статьи авторами приводятся данные относительно факторов, влияющих на формирование и распределение нарушений прикуса и подчёркивается актуальность изучения данной проблемы. Основные полученные авторами результаты следующие. У истинных левшей преобладал ортогенетический прикус. Скрытые левши не имели физиологических типов прикуса, а имели практически в одинаковом соотношении бипрогнатический и глубокий прикусы. Ложные левши имели ортогнатический, прогнатический и бипрогнатический прикусы. Амбидекстры не имели физиологических типов прикуса, а имели практически равное распределение опистогнатического и перекрёстного прикуса. У иранских студентов преобладал ортогнатический прикус, а у украинских – глубокий. У парней преобладал глубокий и ортогнатический прикус, а отсутствовал прогнатический. У девушек незначительно преобладал бипрогнатический прикус при отсутствии ортогнатического и глубокого.

Ключевые слова: физиологический и патологический прикус, пол, ведущая конечность, левшество, амбидекстризм.

Челюстно-лицевые аномалии представляют собой реальный фактор риска для развития заболеваний пародонтальных тканей и твёрдых тканей зубов. Значительное количество нарушений прикуса сопровождается асимметрией органов челюстно-лицевой области [6]. Всемирная организация здравоохранения предложила специальные критерии определения нарушения прикуса, которые используются клиницистами всего мира [15].

В мировой практике имеются данные по вопросу взаимосвязи строения зубо-челюстного аппарата от этнических, культурных и хозяйственных особенностей популяции. Во многих африканских племенах охотников и собирателей большинство индивидов имеют здоровые зубы. В индустриально развитых странах практически всё население имеет аномалии прикуса. Эволюционной тенденцией является уменьшение количества зубов в связи с переходом на более гомогенную, мягкую пищу [1].

Популяционно-генетические исследования свидетельствуют о том, что нормальный прикус встречается в среднем не более, чем у 30-40% населения. В генетически однородных популяциях меньше нарушений прикуса, в частности, у меланезийцев Филиппинских островов практически не встречается неправильный прикус.

Harser и соавт. (1999) сообщают, что 99% американцев нуждаются в протетической помо-

щи. E. Hensel et G. Boun (2002) свидетельствуют о распространении патологии зубо-челюстной системы у 92,2% популяции Померании (Германия). Также получены следующие данные об особенностях зубов у различных этнических групп, в частности в Греции, Нигерии [17], Кувейте [14], у мексиканских метисов и белокожих американцев [18], в Бразилии, у эскимосов. У мужчин-персов выше распространённость абсцессов и гиперцементоза эмали, у женщин-персиянок – потери зубов до рождения, кариеса, недоразвития пульпы зубов, что свидетельствует о сочетанном влиянии этнической принадлежности и пола на особенности распространения патологических процессов в челюстно-лицевой области.

У жителей сельской местности уровень заболеваемости выше, чем у городских (например, в Полтавской области на 4,7% выше, чем в Полтаве) [12], в связи с меньшим охватом сёл стоматологической специализированной помощью, худшей осведомлённостью населения с данными вопросами и, как результат, меньшей обращаемостью к стоматологам.

Данные о распространённости нарушений прикуса не равнозначны (от 32,7 до 95%) [5], составляя среди населения Полтавы и Полтавской области от 77,4% до 88,6% [12], и все свидетельствуют о том, что они представляют собой довольно значительную проблему медицины и

нуждаются в глубоком анализе и изучении и учёными, и клиницистами, ибо их частота возросла за последние 100 лет, несмотря на развитие ортодонтической помощи. Поэтому научный интерес к данной проблеме возрастает из года в год. Такая вариативность данных связана с тем, что эпидемиологические исследования проводятся в различных по экологическим условиям регионам, в различных по состоянию здоровья и возрасту группам.

Имеются данные о распространённости нарушений прикуса в различных регионах Украины, например, в Кривом Роге у детей больше всего распространён дистальный прикус [11]; в Прикарпатье в районах, где дети проживают в условиях действия малых доз радиации, выше процент нарушений прикуса [9].

По данным Л.А.Атраментовой и соавт. [1], прослеживается половой аспект нарушений прикуса. В целом, за медицинской протетической помощью примерно вдвое чаще обращаются женщины, чем мужчины (33% и 15% соответственно). Мужчины и женщины различаются распределением частот аномалий по тяжести. Размах изменчивости выше у мужской части населения, у женщин чаще встречаются аномалии средней тяжести (II класс по Энгля), у мужчин – тяжёлые и лёгкие формы (III и I классы по Энгля).

В связи с формированием прикуса в детском возрасте много работ посвящены изучению нарушений прикуса именно в детском возрасте, то есть возрастной фактор тоже влияет на распространение данной патологии [10].

У детей высокая частота нарушений прикуса связана с вредными привычками (сосание пальцев, губ, пустышек, питание из бутылочки и т.д.) [16]. Значительная связь продемонстрирована между сезоном рождения ребёнка и наличием нарушений прикуса: максимальное число больных детей рождается во втором квартале года (апрель-июнь). Значит, сезон года и вредные привычки можно отнести ещё к двум факторам, влияющим на распространённость нарушений прикуса.

К счастью, врачи и, в частности, ортопеды-стоматологи начинают уделять всё большее внимание влиянию качества жизни семьи пациента на формирование нарушений окклюзии у него [13].

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнения, что существует асимметрия строения и функционирования челюстно-лицевой области вообще и ротовой полости в частности как в физиологических, так и в патологических условиях [15]. Левшество представляет собой следующий фактор, влияющий на экспрессию, распространённость, особенности протекания и эффект от проведенной терапии при различных заболеваниях всего организма человека и стоматологического профиля в частности, а количество левшей и амбидекстров увеличивается из года в

год, поэтому с этим фактом приходится считаться специалистам всех направлений клинической медицины.

Однако данные об одновременном влиянии доминантной конечности, пола, этнической принадлежности на распространение нарушений прикуса практически не встречаются в отечественной и зарубежной литературе, что и послужило основанием для формулирования цели работы.

Цель работы – изучить зависимость типа прикуса иранских и украинских студентов от ведущей конечности и пола.

Задачи исследования:

1. оценить распределение физиологических и патологических типов прикуса у студентов УМСА в зависимости от ведущей конечности;
2. оценить распределение физиологических и патологических типов прикуса у студентов УМСА в зависимости от этнической принадлежности (иранских и украинских);
3. оценить распределение физиологических и патологических типов прикуса у студентов УМСА в зависимости от пола.

Методы исследования

1. классические пробы для оценивания типа индивидуальной межполушарной асимметрии [8]:

- анамнез (левшество в анамнезе);
- ведущая конечность (используемая при письме);
- ведущий палец;
- поза Наполеона;
- проба с апплодированием.

2. ортопедические методы оценки типа прикуса проводились по классификации типов прикуса по Л.П.Григорьевой [2];

3. статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием параметрического критерия Стьюдента [3].

Физиологические и патологические прикусы различают по степени эстетической и функциональной полноценности. К группе физиологических прикусов относятся ортогнатический и ортогнатический прикусы. Прогнатический, прогнатический, глубокий, перекрёстный и сравнительно редко встречающиеся бипрогнатический и опистогнатический прикусы относятся к основным патологическим прикусам по характеру соотношения фронтальных зубов.

Объект исследования – 45 студентов УМСА, 19-26 лет:

- 20 левшей – 10 истинных, 5 скрытых и 5 ложных;
- 20 правшей;
- 5 амбидекстров;
- 10 девушек;
- 35 парней;
- 20 украинских студентов;
- 25 иранских студентов.

Истинная леворукость проявляется себя у левши, если среди его ближайших родственников есть левши [7]. Ложная леворукость проявляется в тех случаях, когда у индивида-правши была травма левого полушария или правой руки и он вынужден работать левой рукой. Скрытая леворукость

проявляется в тех случаях, когда у индивида-левши поражено правое полушарие, управляющее функцией левой руки, или сама левая рука, и левша вынужден пользоваться правой рукой.

Результаты исследования

Таблица 1
Распределение физиологических и патологических типов прикуса у студентов УМСА в зависимости от ведущей конечности, n=45

Тип прикуса	Истинные правши, n=20	Истинные левши, n=10	Скрытые левши, n=5	Ложные левши, n=5	Амби-декстры, n=5
Ортогнатический	13 (65%)	-	-	2 (40%)	-
Ортогенический	-	8 (80%)	-	-	-
Бипрогнатический	-	-	3 (60%)	1 (20%)	-
Опистогнатический	-	-	-	-	3 (60%)
Прогнатический	7 (35%)	-	-	2 (40%)	-
Прогенический	-	2 (20%)	-	-	-
Глубокий	-	-	2 (40%)	-	-
Перекрёстный	-	-	-	-	2 (40%)

p<0,05

По результатам статистической обработки полученных результатов, приведенным в таблице 1, у истинных правшей отмечался только ортогнатический и прогнатический прикусы с преобладанием первого. У истинных левшей преобладал ортогенический прикус, а также 1/5 студентов имели прогенический прикус. Скрытые левши не имели физиологических типов прикуса, а имели практически в одинаковом соотношении бипрогнатический и глубокий прикусы. Ложные левши (как истинные правши) имели ортогнатический и прогнатический прикусы, а кроме того, имели одного испытуемого с бипрогнатическим прикусом. Наконец, амбидекстры не имели физиологических типов прикуса, а имели практически равное распределение опистогнатического и перекрёстного прикуса при незначительном преобладании опистогнатического. Отсутствие физиологических типов прикуса у амбидекстров, возможно, ещё раз подтверждает имеющееся среди учёных мнение, что амбидекстры являются крайне неустойчивыми личностями с неопределённым доминированием правого и левого полушария, среди них повышен процент больных людей и что даже некоторые заболевания (например, энурез, ночные тики) возникают преимущественно среди них [7].

По данным обработки полученных результатов, приведенным в таблице 2, у иранских студентов преобладал ортогнатический прикус, а у украинских – глубокий, далее у иранских студентов шли ортогенический, прогнатический и прогенический прикусы, у украинских – ортогнатический, бипрогнатический и прогнатический, потом по процентному соотношению у студентов из Ирана шёл глубокий прикус при минимальной встречаемости бипрогнатического, опистогнатического и перекрёстного прикуса, в то время как у студентов из Украины на минимальном уровне

шли ортогенический и прогенический прикусы (в отличие от студентов из Ирана), а также опистогнатический и перекрёстный прикусы (как у студентов из Ирана).

Таблица 2
Распределение физиологических и патологических типов прикуса у студентов УМСА в зависимости от этнической принадлежности, n=45

Прикус	Иранские студенты, n=25	Украинские студенты, n=20
Ортогнатический	5 (20%)	2 (10%)
Ортогенический	3 (12%)	1 (5%)
Бипрогнатический	1 (4%)	2 (10%)
Опистогнатический	1 (4%)	1 (5%)
Прогнатический	3 (12%)	2 (10%)
Прогенический	3 (12%)	1 (5%)
Глубокий	2 (8%)	10 (50%)
Перекрёстный	1 (4%)	1 (5%)

p<0,05

Таблица 3
Распределение физиологических и патологических типов прикуса у студентов УМСА в зависимости от пола, n=45

Прикус	Парни, n=35	Девушки, n=10
Ортогнатический	10 (28,5%)	-
Ортогенический	1 (2,85%)	2 (20%)
Бипрогнатический	4 (11,40%)	3 (30%)
Опистогнатический	1 (2,85%)	1 (10%)
Прогнатический	6 (17,1%)	1 (10%)
Прогенический	-	2 (20%)
Глубокий	12 (34,2%)	-
Перекрёстный	1 (2,85%)	1 (1%)

p<0,05

По результатам статистической обработки, приведенным в таблице 3, у парней преобладал глубокий и ортогнатический прикус, отсутствовал прогенический при минимальном наличии ортогенического, опистогнатического и перекрёстного прикуса. У девушек незначительно преобладал бипрогнатический прикус при отсутствии ортогнатического и глубокого и минимуме опистогнатического и перекрёстного (как у парней), а также прогнатического (которого было

больше у парней).

Таким образом, данная работа демонстрирует, что ведущая конечность, этническая принадлежность и пол вносят свой вклад в распределение типов прикуса.

Полученные выводы можно выразить следующим образом.

1. У истинных правшей отмечался только ортогнатический и прогнатический прикусы. У истинных левшей преобладал ортогнатический прикус. Скрытые левши не имели физиологических типов прикуса, а имели практически в одинаковом соотношении бипрогнатический и глубокий прикусы. Ложные левши имели ортогнатический, прогнатический и бипрогнатический прикусы. Амбидекстры не имели физиологических типов прикуса, а имели практически равное распределение опистогнатического и перекрёстного прикуса.

2. У иранских студентов преобладал ортогнатический прикус, а у украинских – глубокий.

3. У парней преобладал глубокий и ортогнатический прикус а отсутствовал прогнатический. У девушек незначительно преобладал бипрогнатический прикус при отсутствии ортогнатического и глубокого.

Перспективы дальнейших разработок в данном направлении. На следующих этапах нами планируется более глубокое изучение комплекса факторов, влияющих на распределение нарушений прикуса.

Литература

- Атраментова Л.А. Динамика распространённости зубочелюстных аномалий в украинском населении и их сопряжённость с психическим здоровьем //Л.А.Атраментова, В.Д.Куредова, О.В.Филиппова [и др.] //Український стоматологічний альманах.-2007, №2.-С.7-10.
- Григорьева Л.П. Прикус у детей //Л.П.Григорьева. - Полтава, 1995.-232с.
- Гублер Е.В. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях / Е.В.Гублер, А.А.Генкин. - Л.: Медицина, 1973.-141с.
- Дроздовская А.А. Биолокационное определение типов леворукости с помощью биомеханической трёхдипольной модели биополя человека //А.А.Дроздовская. - Эниология XXI века: IV Международного конгресса Мат.конгр.-Одесса, 2002. - С.98-102.
- Каськова Л.Ф. Стан мікробного балансу нальоту у дітей із зубоцелелпними аномаліями і патологією тканин пародонта та твердих тканин зубів //Л.Ф.Каськова, Н.М.Тараненко // Вісник Української медичної стоматологічної академії «Актуальні проблеми сучасної медицини».-2004.-Т.4.-Вип.1.-С.41-42.
- Лебедеко И.Ю. Клинические методы диагностики функциональных нарушений зубочелюстных аномалий //И.Ю.Лебедеко. - Москва: МЕДпресс, 2006.-112с.
- Леутин В.П. Функциональная асимметрия мозга: мифы и действительность //В.П.Леутин, Е.И.Николаева. - СПб: Речь, 2005.-308с.
- Лурія А.Р. Основи нейропсихології: Монографія / Лурія А.Р. - М.: Изд-во "Наука", 1975.-374с.
- Лучинський М.А. Стан здоров'я дітей різних регіонів Прикарпаття //М.А.Лучинський // Український стоматологічний альманах.-2007, №2.-С.41-44.
- Макеев В.Ф. Характеристика зубоцелелпних деформацій у дітей із незрощеннями верхньої щелепи і піднебіння //В.Ф.Макеев // Український стоматологічний альманах.-2007, №6.-С.49-54.
- Самойленко А.В. Поширеність зубоцелелпних аномалій у здорових дітей із загальносоматичною патологією в Кривому Розі //А.В.Самойленко, В.О.Дрок //Український стоматологічний альманах.-2007. №2.-С.73-74.
- Фетісова Г.Л. Порівняльний аналіз розповсюдженості зубоцелелпних аномалій серед населення Полтави та Полтавської області //Г.Л.Фетісова, М.В.Трофименко, А.Є.Карасюнок [та ін.] //Вісник Української медичної стоматологічної академії «Актуальні проблеми сучасної медицини».-2007.-Т.8.-Вип.3 (23)-С.179-180.
- Benson P. The impact of malocclusion on quality of life //P.Benson // British Dental Journal.- 2007.-V. 202.-P. 88 – 89.
- Behbehania F. Prevalence and Severity of Malocclusion in Adolescent Kuwaitis //F.Behbehania, J.Artuna, B.Al-Jameb [et al.] // Med Princ Pract.-2005.-V. 14, №6.-P.390-395.
- Fazeli M.N. Asymmetry in maxillary-facial region: some theoretical and practical aspects //M.N. Fazeli, E.Tkachenko, A.Mahmmoudi [et al.].-Poltava, 2009.-72 p.
- Heimer M.V. Non-nutritive sucking habits, dental malocclusions, and facial morphology in Brazilian children: a longitudinal study //M.V.Heimer, C.R.T.Katz, A.Rozenblatt // The European Journal of Orthodontics.-2008.-V.30, №6.-P.580-585.
- Onyeaso C. Prevalence of malocclusion among adolescents in Ibadan, Nigeria //C.Onyeaso // American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.-2003.-V.126, №5.- P.604–607.
- Phelan T. Variation in Class II malocclusion: Comparison of Mexican mestizos and American whites //T.Phelan //American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.-2008.- V.125, №4, P.418–425.

Реферат

ЗАЛЕЖНІСТЬ ТИПА ПРИКУСУ ІРАНСЬКИХ ТА УКРАЇНСЬКИХ СТУДЕНТІВ ВІД ПРОВІДНОЇ КІНЦІВКИ І СТАТІ
Фазелі Н.М., Ткаченко О.В.

Ключові слова: фізіологічний і патологічний прикус, стать, провідна кінцівка, лівацьтво, амбідекстризм.

В огляді літератури на початку статті авторами наводяться дані відносно факторів, які чинять вплив на формування та розподіл порушень прикусу, підкреслюється актуальність вивчення даної проблеми. Головні дані, які отримали автори, наступні. У справжніх правшів відмічався лише ортогнатичний і прогнатичний прикуси. У справжніх лівш переважав ортогнатичний прикус. Приховані лівші не мали фізіологічних типів прикусу, а мали практично в однаковому співвідношенні біпрогнатичний і глибокий прикуси. Несправжні лівші мали ортогнатичний, прогнатичний і біпрогнатичний прикуси. Амбідекстри не мали фізіологічних типів прикусу, а мали практично рівний розподіл опістогнатичного та перехресного прикусу. У іранських студентів переважав ортогнатичний прикус, а в українських – глибокий. У хлопців переважав глибокий і ортогнатичний прикус, а був відсутній прогенічний. У дівчат незначно переважав біпрогнатичний прикус при відсутності ортогнатичного і глибокого.

Summary

DEPENDENCE IN OCCLUSION OF IRANIAN AND UKRAINIAN STUDENTS ON DOMINANT EXTREMITY AND SEX
Fazeli N.M.

Key words: physiological and pathological occlusion, sex, dominant extremity, sinistrality, ambidextrism.

The paper presents the data on the factors causing malocclusions and underlined the urgency in studying the problem. The true dexters have only orthognathic and prognathic occlusions. Orthogenic occlusion is dominant in true sinisters. The latent sinisters have not any malocclusions but have biprognathic and deep occlusion in the equal correlation. The pseudosinisters have orthognathic, prognathic and biprognathic oc-

clusions. The ambidexters have no malocclusions but have a practically equal distribution in opisthognathic and crossing occlusion. Orthognathic occlusion seems to be dominant for the Iranian students while deep occlusion is typical for the Ukrainian ones. Deep and orthognathic occlusions are prevalent in the males while the progenic type is not observed. Biprogathic occlusion is insignificantly prevalent in females while the orthognathic and the deep ones are absent.

УДК [616.314+616.716.1/4]–054.6–056.4

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПА ТЕМПЕРАМЕНТА С МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Фетисова А.Л., Воронкова А.В.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Темперамент оказывает влияние на формирование лица и челюстей. Цель исследования – определить взаимосвязь между типом темперамента и патологией зубочелюстной системы. Обследованы и протестированы 75 студентов. Для определения типа темперамента использовали тест-опросник Г. Айзенка EPI, адаптированный А.Г. Шмелевым.

Ключевые слова: темперамент, патология зубочелюстной системы.

Показатели распространенности зубочелюстных аномалий по данным различных авторов имеют неодинаковые значения. Кривая частоты морфологических и функциональных изменений в зубочелюстно-лицевой системе с каждым годом демонстрирует тенденцию к росту. Тому есть множество причин, однако нас заинтересовала одна из них, которая оказывает влияние на формирование челюстно-лицевой области. Темперамент определяют как врожденные индивидуальные особенности человека, характеризующие его личность со стороны динамики психических процессов. Каждому типу темперамента свойственна своя сила и скорость психических реакций, степень эмоционального возбуждения и уравновешенности, особенности приспособления человека к внешним воздействиям, причем речь идет не только о психических, но и двигательных реакциях. Психоневрологическая характеристика личности, т.е. темперамент, оказывает влияние на формирование лица и челюстей и иннервацию мягких тканей. А.Б. Слабковская и соавт. [3] отмечают, что большая часть пациентов разного возраста со скелетными формами зубочелюстных аномалий имеют высокие показатели нейротизма и тревожности, что указывает на наличие невротического конфликта. По данным И.А. Рублёвой и соавт. [4] зубочелюстные аномалии развиваются у 42,8% детей с вредными привычками, психоневрологический статус которых изменен. В работах указывается необходимость коррекции психоневрологических нарушений в процессе ортодонтического лечения. В.Д. Куроедова [1] указывает на необходимость борьбы с патологическими привычными действиями и обследования пациента детским психоневрологом. Также В.Д. Куроедова и соавт. [2] указывают на возможный механизм возникновения бруксизма при нестабильном психоэмоциональном состоянии.

Целью нашего исследования стало определение взаимосвязи между типом темперамента и

характером морфологических и функциональных изменений зубочелюстно-лицевой области.

Материалы и методы

Нами обследованы 75 студентов стоматологического факультета ВГУЗУ «УМСА» в возрасте 19-21 года. Диагностика морфологических нарушений ЗЧС проводилась по классификациям Э. Энгля и Л.П. Григорьевой. Определяли также наличие бруксизма и стираемости твердых тканей зубов, признаков дисфункции ВНЧС, вредных привычек (прикусывание нижней губы, грызение ногтей). Для определения типа темперамента использовали тест-опросник Г. Айзенка EPI, адаптированный А.Г. Шмелевым. Методика содержит 3 шкалы: определение искренности испытуемого, шкала интроверсии-экстраверсии, шкала нейротизма. Сочетание характеристик по двум последним шкалам собственно и указывает тип темперамента.

Согласно учению академика Павлова выделяют четыре основных типа высшей нервной деятельности: 1) несдержанный (сильный, подвижный, неуравновешенный тип нервной системы – соответствует темпераменту холерика); 2) живой (сильный, подвижный, уравновешенный тип нервной системы – соответствует темпераменту сангвиника); 3) спокойный (сильный, уравновешенный, инертный тип нервной системы, соответствует темпераменту флегматика); 4) слабый (слабый, неуравновешенный, малоподвижный тип нервной системы, соответствует темпераменту меланхолика).

Шкала экстраверсии-интроверсии имеет bipolarную структуру, на обеих полюсах которой располагаются индивиды с диаметрально противоположными качествами. Средняя часть шкалы включает личности с различной степенью выраженности данных характеристик. Типичный экстраверт по Айзенку общителен, оптимистичен, импульсивен, имеет широкий круг знакомств и слабый контроль над эмоциями и