

ISSN 2409-563X

MEDICUS

International medical scientific journal

№ 4 (40), 2021

Founder and publisher:
Publishing House «Scientific survey»

The journal is founded in 2015 (January)

Volgograd, 2021

UDC 61
LBC 72

MEDICUS

International medical scientific journal, № 4 (40), 2021

The journal is founded in 2015 (January)
ISSN 2409-563X

The journal is issued 6 times a year

The journal is registered by Federal Service for Supervision in the Sphere of Communications, Information Technology and Mass Communications.

Registration Certificate: III № ФС 77 – 59575, 08 October 2014

Head editor: Teslina Olga Vladimirovna

Executive editor: Malysheva Zhanna Alexandrovna

EDITORIAL BOARD:

Ivanova Olga Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences
Abdikarimov Serikkali Zholdasbaevich,
Candidate of Medical Sciences
Komarovskikh Elena Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences
Lazareva Natalya Vladimirovna, Doctor of Medical Sciences
Vishneva Yelena Mikhaylovna, Doctor of Medical Sciences
Bessonov Prokopiyy Prokopievich,
Candidate of Medical Sciences
Maslyakov Vladimir Vladimirovich,
Doctor of Medical Sciences
Dorozhenkova Tat'yana Yevgenievna,
Candidate of Biological Sciences
Vecherkina Zhanna Vladimirovna,
Candidate of Medical Sciences
Kazushchik Vasiliy Leonovich, Candidate of Medical Sciences
Sergushev Sergey Gennadievich,
Candidate of Medical Sciences
Zhandarova Lyudmila Fyodorovna,
Candidate of Medical Sciences
Karatayeva Lola Abdullayevna, Candidate of Medical Sciences

EDITORIAL STAFF:

Egorova Alla Gennadievna,
Candidate of Medical Sciences
Selikhova Marina Sergeevna,
Doctor of Medical Sciences
Illek Yan Yuryevich,
Doctor of Medical Sciences
Petrova Olga Grigoryevna,
Doctor of Veterinary Sciences
Lebedev Yuri Ivanovich,
Candidate of Medical Sciences
Bayakhmetova Aliya Aldashevna,
Doctor of Medical Sciences

Authors have responsibility for credibility of information set out in the articles.
Editorial opinion can be out of phase with opinion of the authors.

Address: Russia, Volgograd, Angarskaya St., 17 "G", office 312
E-mail: scimedicus@mail.ru
Website: <http://scimedicus.ru/>

Founder and publisher: «Scientific survey» Ltd.

УДК 61
ББК 72

MEDICUS

Международный медицинский научный журнал, № 4 (40), 2021

Журнал основан в 2015 г. (январь)
ISSN 2409-563X

Журнал выходит 6 раз в год

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

**Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ № ФС 77 – 59575 от 08 октября 2014 г.**

Главный редактор: Теслина Ольга Владимировна
Ответственный редактор: Малышева Жанна Александровна

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Иванова Ольга Николаевна, доктор медицинских наук
Абдикаримов Сериккали Жолдасбаевич,
кандидат медицинских наук
Комаровских Елена Николаевна, доктор медицинских наук
Лазарева Наталья Владимировна,
доктор медицинских наук
Вишинева Елена Михайловна, доктор медицинских наук
Бессонов Прокопий Прокопьевич,
кандидат медицинских наук
Масляков Владимир Владимирович,
доктор медицинских наук
Дороженкова Татьяна Евгеньевна,
кандидат биологических наук
Вечеркина Жанна Владимировна,
кандидат медицинских наук
Казуцик Василий Леонович, кандидат медицинских наук
Сергушев Сергей Геннадьевич, кандидат медицинских наук
Жандарова Людмила Федоровна,
кандидат медицинских наук
Каратаева Лола Абдуллаевна, кандидат медицинских наук

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Егорова Алла Геннадьевна,
кандидат медицинских наук
Селихова Марина Сергеевна,
доктор медицинских наук
Иллек Ян Юрьевич,
доктор медицинских наук
Петрова Ольга Григорьевна,
доктор ветеринарных наук
Лебедев Юрий Иванович,
кандидат медицинских наук
Баяхметова Алия Алдашевна,
доктор медицинских наук

За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы.
Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов.

Адрес редакции: Россия, г. Волгоград, ул. Ангарская, 17 «Г», оф. 312
E-mail: scimedicus@mail.ru
Website: <http://scimedicus.ru/>

Учредитель и издатель: ООО «Научное обозрение»

CONTENTS

Maieutics

Mirzaev M.A., Kudryashov Ye.A., Laktionova G.I., Grebenyuk A.L.
ANATOMICAL CLASSIFICATION OF OBSTETRIC BLEEDING 8

Clinical medicine

Valov G.G.
ABOUT THE PECULIARITIES OF ALCOHOLIC PSYCHOSIS
IN SOMATICALLY HEALTHY YOUNG PEOPLE WORKING
UNDER DEPRIVATION CONDITIONS AT AN ALTITUDE OF 6,200 METERS 13

Neurology

Volodina D.A., Antonov A.R.
SEASONAL AFFECTIVE DISORDERS 17

Emergency medicine

Rakhimova S.R., Mirzaeva A.D., Kurbanova R.R., Akbaeva N.A.
CLINICAL ASPECTS OF FEBRILE CONVULSIONS 29

Critical care medicine

*Dzholdybekov T.S., Utegenova Zh.A.,
Kaliakbarova M.Zh., Alzhappar T.K., Samut Z.A.*
ENTERAL NUTRITION AS THE BASIS OF INTENSIVE THERAPY
IN PATIENTS WITH ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT 34

Odontology

Babich V.V.
INFLUENCE OF SOMATIC BURDEN ON THE EFFECTIVENESS OF DENTAL REHABILITATION..... 40

Babich V.V.
FEATURES OF ORTHOPEDIC TREATMENT WITH COMPLETE
SECONDARY ABSENCE OF TEETH IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS 42

Babich V.V.
EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS
OF THE USE OF TOOTHPASTE "LACALUT AKTIV" 45

Babich V.V.
EVALUATION OF APPLICATION DENTURE'S GLUE «LACALUT FIX» AND IT'S EFFICIENCY 48

Mirzakulova U.R., Menchisheva Yu.A., Menzhanova D.D., Abshukirov Ye.M., Turusbekov Ye.T.
PROGRESSION OF PUTREFACTIVE-NECROTIC PHLEGMON
OF THE ORAL CAVITY AND TOTAL MEDIASTENITIS AS A COMPLICATION
OF DIFFICULT ERUPTION OF THE LOWER THIRD MOLAR..... 51

Surgery

Maslyakov V.V., Voronov V.V., Gezali Alya Eddin, Akmalov N.A.

СТАТЬЯСТАТЬЯСТАТЬ THE EFFECT OF THE TIME OF THE PERFORMED
OPERATION FOR A STAB WOUND OF THE NECK ON THE LONG-TERM
RESULTS OF TREATMENT AND THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS..... 58

Endocrinology

Ivanova A., Dimitrov D., Petrov I.

INDIVIDUAL LIFESTYLE TRAINING
FOR PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS..... 67

СОДЕРЖАНИЕ

Акушерство

- Мирзаев М.А., Кудряшов Е.А., Лактионова Г.И., Гребенюк А.Л.*
 АНАТОМИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АКУШЕРСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ 8

Клиническая медицина

- Валов Г.Г.*
 ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРОТЕКАНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА
 У СОМАТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ,
 РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ДЕПРИВАЦИИ, НА ВЫСОТЕ 6200 М. 13

Неврология

- Володина Д.А., Антонов А.Р.*
 СЕЗОННЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА 17

Неотложная медицина

- Рахимова С.Р., Мирзаева А.Д., Курбанова Р.Р., Акбаева Н.А.*
 КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ 29

Реаниматология

- Джолдыбеков Т.С., Утегенова Ж.А.,
 Калиакбарова М.Ж., Алжаппар Т.К., Самут З.А.*
 ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК ОСНОВА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
 У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 34

Стоматология

- Бабич В.В.*
 ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО ОТЯГОЩЕНИЯ
 НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 40

- Бабич В.В.*
 ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОЛНОМ ВТОРИЧНОМ
 ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 42

- Бабич В.В.*
 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБНОЙ ПАСТЫ «LACALUT АКТИВ» 45

- Бабич В.В.*
 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕЗНОГО КЛЕЯ «LACALUT FIX» 48

- Мирзакулова У.Р., Менчишева Ю.А., Менжанова Д.Д., Абишукиров Е.М., Турусбеков Е.Т.*
 РАЗВИТИЕ ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ ДНА
 ПОЛОСТИ РТА И ТОТАЛЬНОГО МЕДИАСТЕНИТА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ
 ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА 51

Хирургия

Масляков В.В., Воронов В.В., Гезали Аля Эддин, Акмалов Н.А.

ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ ПРОВЕДЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОЛОТО-РЕЗАНОМ
РАНЕНИИ ШЕИ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ..... 58

Эндокринология

Иванова А., Димитров Д., Петров И.

ОБУЧЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ
БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА 67

УДК 618.14-005.1-089

АНАТОМИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АКУШЕРСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

М.А. Мирзаев, кандидат медицинских наук
Первый Московский Государственный Медицинский Университет
(119991, Россия, г. Москва, ул. Трубецкая, дом 8, строение 2)
Email: mirma@yandex.ru

Е.А. Кудряшов, доктор медицинских наук
Первый Московский Государственный Медицинский Университет
(119991, Россия, г. Москва, ул. Трубецкая, дом 8, строение 2)
Email: mirma@yandex.ru

Г.И. Лактионова, кандидат медицинских наук, старший преподаватель
Первый Московский Государственный Медицинский Университет
(119991, Россия, г. Москва, ул. Трубецкая, дом 8, строение 2)
Email: mirma@yandex.ru

А.Л. Гребенюк, магистрант
Первый Московский Государственный Медицинский Университет
(119991, Россия, г. Москва, ул. Трубецкая, дом 8, строение 2)
Email: mirma@yandex.ru

***Аннотация.** Кровотечение как один из факторов материнской смертности и заболеваемости является актуальной проблемой. В статье описывается новый подход к анатомической классификации кровотечения, который способствует дифференциальной тактике при оперативном родоразрешении по поводу кровотечения. Цель данной работы направлена на снижение кровопотери при кесаревом сечении. В зависимости от уровня кровотечения выявлены наиболее целесообразные дополнительные методы хирургического гемостаза – при 1 уровне кровотечения деваскулиризация матки с помощью перевязки магистральных сосудов матки, при 2 уровне кровотечения целесообразно применение компрессионных швов в сочетании с перевязкой магистральных сосудов матки. 3 уровень предполагает применение перевязки внутренней подвздошной артерии как первой меры помощи, с целью снижения кровопотери.*

***Ключевые слова:** кесарево сечение, акушерское кровотечение, уровни кровотечения, хирургический гемостаз.*

Актуальность.

Анализ материнской смертности говорит о высокой частоте летальных исходов, связанных с кровотечением (Нажмутдинова Д.К., 2014). Основной проблемой является недостаточный объем проведенных мер и манипуляций, связанных с дефицитом времени и в

некоторых случаях отсутствие опытного персонала для оказания полноценной помощи [1, 2, 4, 7]. В литературе последних лет много работ, посвященных проблеме снижения кровотечения во время оперативного родоразрешения [1-4, 6, 7]. Методические подходы разные, что предполагает дальнейшее исследование в этой области.

Цель.

Дифференцированный подход к хирургической тактике при оперативном родоразрешении с целью снижения интраоперационной кровопотери. Выявить основные факторы риска на кровотечение при кесаревом сечении. Оценить эффективность предложенной тактики оперативного вмешательства.

Материалы и методы.

Проведено проспективное когортное исследование случай-контроль у 56 беременных родоразрешенных путем кесарева сечения с повышенной кровопотерей во время операции. Критериями включения были: интраоперационная кровопотеря выше 800 мл, снижение гематокрита ниже 8 % от исходного на 2 сутки после операции, проведение инфузии препаратов крови, высокий риск на кровотечение по данным ультразвукового сканирования-это предлежание, приращение и низкая плацентация плаценты, нарушение свертывания крови по Ли-Уайта выше 10 минут, применение дополнительных хирургических вмешательств для достижения гемостаза во время операции – компрессионные швы, перевязка маточных и других магистральных сосудов, гистерэктомия. Критерии исключения: запланированная гистерэктомия при миоме матки. В зависимости от анатомической локализации источника кровотечения применяли разработанную в РСНПМЦАиГ градацию уровней кровотечения: 1 уровень (1 группа n-27)-кровотечение из области тела матки при атонии матки, 2 уровень кровотечения (1 группа n-15) – перешеек матки, нижний сегмент матки, при низкой плацентации и предлежании плаценты. 3 уровень кровотечения (1 группа n-14) – локализация очага кровотечения: шейка матки, верхняя треть влагалища, область параметрия и забрюшинного пространства, кровотечение при ранении магистральных сосудов матки с образованием забрюшинных гематом. Проводили анализ клинико-лабораторных данных исследуемых больных. Определяли количество кровопотери гравиметрическим путем и на основе гематокрита по методу Море и шокового индекса (отношения пульса к систолическому давлению). Лечение кровотечения проводили согласно протоколу принятому в Центре: консервативная медикаментозная терапия-утеретоники окситоцин до 40 ед, мизопростол до 1000 мг в прямую кишку, при отсутствии эффекта проводили следующий этап вмешательства- поэтапную деваскулиризацию матки, это перевязка маточных сосудов матки с двух сторон, наложение компрессионных швов на матку по разработанной в Центре модификации, в некоторых случаях производили перевязку внутренней повздошной артерии, в случае отсутствия эффекта от проводимой терапии выполняли гистерэктомию. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли программой «STATISTICA6.0» с вычислением критерия Стьюдента.

Результаты.

Ведущими показаниями к операции кесарево сечения были в первой группе преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) в 51,8 % (14). Рубец на матке в 18,5 % (5), в 7,4 % (2) случаях преэклампсия тяжелой степени, многоплодная беременность также в 7,4 % (2) случаях. Во второй группе ведущими причинами к оперативному родоразрешению были преждевременная отслойка низко расположенной плаценты в 40 % (6), диспропорция таза матери и головки плода в 13,3 % (2) случаях, рубец на матке был показанием в 13,3 % (2) случаях, многоплодная беременность в 13,3 % (2) случаях. В 3 группе ведущими причинами к кесареву сечению были в 35,7 % (5) случаях центральное предлежание плаценты, ПОНРП была показанием в 14,2 % (2) случаях, многоплодная беременность 14,2 % (2) рубец на матке служили показанием в 14,2 % (2) случаях. Таким образом, основной причиной массивной кровопотери во время операции кесарево сечения в нашем исследовании были: преждевременная отслойка нормально и

низко расположенной плаценты в 39 % (22), рубец на матке от предыдущего кесарево сечения в 16 % (9) случаев, многоплодная беременность в 10,7 % (6) центральное предлежание 8,9 % (5) случаях, приращение в 5,3 % (3) случаях.

1 уровень кровотечения был диагностирован в 48,2 % (1 группа n-27) случаях. Длительность операции была в этой группе составила $47,78 \pm 5,3$ минут (таблица 2). Интраоперационные вмешательства включали в себя перевязку маточных артерии 7,4 % (2), наложении компрессионных швов в 7,4 % (2). Объем кровопотери составил $982 \pm 78,2$ мл. 2 уровень был диагностирован у 26,7 % (2 группа n-15) больных с объемом кровотечения $1183 \pm 28,8$ мл, длительность операции составила $54 \pm 2,8$ минут, интраоперационные вмешательства включали в себя наложение компрессионных швов с перевязкой маточных артерии в 33,3 % (5), гистерэктомию в 6,6 % (1). Инфузионно-трансфузионная терапия включала препараты крови в 26,6 % (4). К 3 уровню кровотечения были отнесены 25 % (n-14) больных в основном с массивной кровопотерей и различной степенью геморрагического шока, объем кровопотери составил $1555,5 \pm 196,2$. Инфузионно-трансфузионная терапия включала препараты крови в 71,4 % (10) случаях. В 3 группе длительность операции составила $96 \pm 6,8$ минут.

Интраоперационные вмешательства включали перевязку внутренней подвздошной артерии с гистерэктомией в 28,5 % (4), и только гистерэктомий 42,8 % (6). Был один случай релапаротомии. При кровотечении 1 уровня связанных с гипотонией матки консервативное медикаментозное лечение было эффективно в 92,6 % (25) случаях, в 7,8 % (2) производили хирургические методы гемостаза: перевязка магистральный маточных сосудов матки и компрессионные швы на матку. При 2 уровне кровотечения во второй группе эффективность консервативного лечения составила 60 % (9), а остальных 40 % (6) случаях вследствие отсутствия эффекта от консервативного лечения гемостаз достигнут перевязкой магистральных маточных сосудов матки в сочетании с компрессионными швами на матку.

При кровотечении 3 уровня которая сопровождалось массивной кровопотерей и геморрагическим шоком, эффективность консервативного лечения составила 14,2 % (2), а остальных 85,7 % (12) случаях гемостаз был достигнут перевязкой магистральных маточных сосудов матки в 14,2 % (2) случаях, в 28,5 % (4) случаях гемостаз был достигнут применением перевязки внутренней подвздошной артерии с гистерэктомией, в 42,8 % (6) проведена только гистерэктомия. В третьей группе выявлено, что кровопотеря при проведении перевязки внутренних подвздошных артерии достоверно меньше ($1484 \pm 186,2$ мл) чем при проведении только гистерэктомии ($1824 \pm 136,2$) мл, при $P < 0,05$.

Выводы.

1. Наибольший риск на массивное кровотечение во время операции являются: центральное предлежание и приращение плаценты, ПОНРП, рубец на матке от предыдущего кесарево сечения, многоплодная беременность.

2. Кровотечения, связанные с атонией матки (1 уровень кровотечения) чаще всего купируются медикаментозными методами при адекватном их применении.

3. При кровотечении из перешейка матки, нижнего сегмента матки, (2 уровень кровотечения) эффективно применение перевязки маточных сосудов матки с двух сторон с наложением компрессионных швов на матку.

4. При локализации очага кровотечения 3 уровня: шейка матки, верхней трети влагалища, область параметрия и забрюшинного пространства сопровождаются массивной кровопотерей и геморрагическим шоком и требует в качестве первой меры помощи перевязку внутренних подвздошных артерии, а затем гистерэктомий при необходимости для успешного лечения кровотечения.

5. Применение предложенной методики уровней кровотечения способствует

оптимизации тактики оперативного вмешательства в достижения полного гемостаза в условиях ограниченного фактора времени при массивном акушерском кровотечении.

6. Требуется провести исследование с большей выборкой для получения более достоверных данных эффективности предложенной методики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко, В.В. Кесарево сечение в перинатальной медицине / В.В. Абрамченко, Е.А. Ланцов, И.А. Шахмалов. – С.-Петербург: Эйбл, 2005. – С. 226.
2. Ан, А.В. Критические состояния при акушерских кровотечениях / А.В. Ан, Ж.Е. Пахомова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2010. – Т. 9 – № 4 – С. 33–36.
3. Голяновский, А.В. Комплексная профилактика осложнений в случае повторного кесарева сечения / А.В. Голяновский, В. Мехедко, Д.В. Кульчицкий // Педиатрия, акушерство и гинекология. – 2011. – Т. 73 – № 6 – С. 88–91.
4. Густоварова, Т.А. Актуальные вопросы абдоминального родоразрешения в современном акушерстве / Т.А. Густоварова, А.Н. Иванян, Н.С. Самедова, // Русский вестник акушера гинеколога. – 2006. – № 3 – С. 96–99.
5. Кулаков, В.И. Кесарево сечение / В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, Л. Комиссарова // Русский вестник акушера-гинеколога. – М.: Триада-Х, 2011. – № 4 – С. 36–38.
6. Логутова, Л.С. Оптимизация кесарева сечения (медицинские и социальные аспекты) / Автореф. ... дис. д-ра мед. наук / Л.С. Логутова. – Москва, 1996.
7. Курцер, М.А. Истинное вращение плаценты. Органосохраняющие операции / М.А. Курцер, М.В. Лукашина, А.В. Панин // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2009. – Т. 8 – № 5 – С. 31–35.

REFERENCES

1. Abramchenko V.V., Lantsov Ye.A., Shakhmalov I.A. *Kesarevo secheniye v perinatal'noy meditsine* [Caesarean section in perinatal medicine]. S.Petersburg. Able. 2005, p. 226 (In Russ.).
2. An A.V., Pakhomova Zh.Ye. *Kriticheskiye sostoyaniya pri akusherskikh krvotecheniyakh* [Critical conditions in obstetric bleeding]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatalogii* [Questions of gynecology, obstetrics and perinatology]. 2010, vol. 9, no 4, pp. 33–36 (In Russ.).
3. Golyanovskiy A.V., Mekhedko V., Kul'chitskiy D.V. *Kompleksnaya profilaktika oslozhneniy v sluchaye povtornogo kesareva secheniya* [Comprehensive prevention of complications in the case of repeated cesarean section]. *Pediatriya, akusherstvo i ginekologiya* [Pediatrics, obstetrics and gynecology]. 2011, vol. 73, no 6, pp. 88–91 (In Russ.).
4. Gustovarova T.A., Ivanyan A.N., Samedova N.S. *Aktual'nyye voprosy abdominal'nogo rodorazresheniya v sovremennom akusherstve* [Topical issues of abdominal delivery in modern obstetrics]. *Russkiy vestnik akushera ginekologa* [Russian bulletin of the obstetrician gynecologist]. 2006, no 3, pp. 96–99 (In Russ.).
5. Kulakov V.I., Chernukha Ye.A., Komissarova L. *Kesarevo secheniye* [Caesarean section]. *Russkiy vestnik akushera ginekologa* [Russian bulletin of the obstetrician gynecologist]. Moscow. Triada X. 2011, no 4, pp. 36–38 (In Russ.).
6. Logutova L.S. *Optimizatsiya kesareva secheniya (meditsinskiye i sotsial'nyye aspekty)* [Optimization of cesarean section (medical and social aspects). Thesis]. Moscow. 1996 (In Russ.).
7. Kurtser M.A., Lukashina M.V., Panin A.V. *Istinnoye vrastaniye platsenty. Organosokhranyayushchiye operatsii* [True placenta regrowth. Organ-preserving operations]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatalogii* [Questions of gynecology, obstetrics and perinatology]. 2009, vol. 8, no 5, pp. 31–35 (In Russ.).

Материал поступил в редакцию 10.07.21

ANATOMICAL CLASSIFICATION OF OBSTETRIC BLEEDING

M.A. Mirzaev, Candidate of Medical Sciences

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University),
(119991, Russia, Moscow, Trubetskaya str., 8-2
Email: mirma@yandex.ru

Ye.A. Kudryashov, Doctor of Medical Sciences

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University),
(119991, Russia, Moscow, Trubetskaya str., 8-2
Email: mirma@yandex.ru

G.I. Laktionova, Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University),
(119991, Russia, Moscow, Trubetskaya str., 8-2
Email: mirma@yandex.ru

A.L. Grebenyuk, Master's Degree Student

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University),
(119991, Russia, Moscow, Trubetskaya str., 8-2
Email: mirma@yandex.ru

Abstract. *Bleeding as one of the factors of maternal mortality and morbidity is an urgent problem. The article describes a new approach to the anatomical classification of bleeding, which contributes to differential tactics in surgical delivery for bleeding. The purpose of this work is aimed at reducing blood loss during cesarean section. Depending on the level of bleeding, the most appropriate additional methods of surgical hemostasis were identified – at the 1st level of bleeding, uterine devascularization using ligation of the main vessels of the uterus, at the 2nd level of bleeding, the use of compression sutures in combination with ligation of the arterial vessels of the uterus is advisable. Level 3 involves the use of ligation of the internal iliac artery as a first aid measure, in order to reduce blood loss.*

Keywords: *cesarean section, obstetric bleeding, bleeding levels, surgical hemostasis.*

УДК 61

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРОТЕКАНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА У СОМАТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ДЕПРИВАЦИИ, НА ВЫСОТЕ 6200 М.

Г.Г. Валов, врач-психиатр

Волгоградская областная психиатрическая больница № 1
(404519, Россия, Волгоградская область, Калачевский р-н, ст. Ложки)

Email: valovgeorg777@mail.ru

***Аннотация.** Изучению клинико-описательным методом было подвергнуто 8 здоровых молодых людей, работающих в условиях депривации на высоте 6200 метров и перенесших алкогольный психоз. В ходе исследования было показано, что ротоглоточные галлюцинации являются показателем тяжести соматического и психоневрологического состояния пациента.*

***Ключевые слова:** алкогольный психоз, ротоглоточные галлюцинации, стресс, депривация.*

Алкогольный психоз – это тяжёлое расстройство психической деятельности, вызванное алкоголизмом. Как правило, алкогольные психозы проявляются у больного тогда, когда по тем или иным причинам произошел отказ человека от алкоголя. Кроме того, возникновению того или иного вида алкогольного психоза могут сопутствовать и другие факторы, среди которых могут быть черепно-мозговая травма, перенесенное инфекционное заболевание, сильная стрессовая ситуация и некоторые другие катализирующие процесс и механизмы. Основным патогенетическим звеном развития алкогольного психоза является нарушение деятельности, активация различных нейромедиаторных систем, в особенности катехоламиновой и опиатной системы. Большинство алкогольных психозов различаются по форме и содержанию друг от друга. Клиническая картина алкогольных психозов может отличаться. Различают такие алкогольные психозы как алкогольный делирий, алкогольный галлюциноз, Корсаковский психоз, алкогольная энцефалопатия и другие [4, 8].

Одним из симптомов алкогольных психозов являются галлюцинации. Восприятия в виде ощущений и образов, произвольно возникающих без реального раздражителя (объекта) и приобретающих для больного характер объективной реальности. В средние века их объясняли духовным просветлением или напротив, одержимостью дьяволом. Десятки людей были объявлены святыми, тысячи – сгорели на кострах инквизиции. В наше время их принято считать признаком сумасшествия. Тяжёлой психической болезнью.

Одной из разновидностей галлюцинаций являются ротоглоточные-тактильные галлюцинации, локализующиеся в полости рта и глотки и характеризующиеся больными как ощущение инородного тела, чаще волоса или нити. Вызывающее у больного попытку освободиться от него с помощью языка или губ. Впервые этот симптом описал и изучил Вассерман М.А. (1941 г), как патогномичный для отравления тетраэтилсвинцом. В настоящее время рассматривается как проявление своеобразных зрительно тактильных галлюцинаций, локализующихся в полости рта, зёва и глотки. Наблюдается при некоторых вариантах алкогольного делирия на высоте психоза в связи с изменением сознания. При

протекании белой горячки с онейроидным нарушением сознания хорошо сохраняются в памяти после выхода из психоза [2, 3, 6, 8].

В работе применялся клиничко-описательный метод; медицинский манометр, медицинский градуслик, медицинский фонендоскоп.

Изучению было подвергнуто 8 соматически здоровых молодых мужчин в возрасте 27-35 лет. Работавших метеорологами на леднике Федченко А.П. на Гидрометеорологической станции имени Горбунова В.Н. В условиях депривации на высоте 6200 метров. Жили в полусферическом модуле. Длиной 50-70 метров. Поставленном на площадке скалистой горы. Длиной 100x50 метров. При низких температурах. Вахта длилась 10 месяцев, с перерывом на отпуск 2 месяца. Все необходимые средства сосуществования доставлялись вертолетом [5, 7].

В один из солнечных дней мая поступил вызов из Санитарной авиации. Необходимо лететь на Гидрометеорологическую станцию имени Горбунова В.Н., ледника Федченко П.А., якобы там заболел человек. Необходимо оказать помощь. Но погода была нелетная. Нам пришлось ждать ещё сутки. В городе погода была +25, на леднике -25 °С.

По прилёте на Гидрометеорологическую станцию вертолетом в ходе беседы удалось выяснить. Больной мужчина Н. 32 года. Работавший начальником станции. Вернулся с очередного трудового отпуска, который длился два месяца. Находясь в отпуске пил запоями, по 3-5 дней, всё подряд самогон, пиво, вино, водку. В большом количестве. Напивался допьяна, выпивая до 1.5 литра водки за сутки. Состояние опьянения нравилось. Наутро, как правило, болела голова. Мучила жажда. Тряслись пальцы рук. Опохмелялся пивом. В последние дни выпивал до 3.0 литров пива за день [4, 8].

Прилетев на станцию. Тайно провёз 5 бутылок 40 градусной водки по 0.5 литров каждая. В тот же день всей командой сотрудников выпили их за вечер. Ночь спал тревожно. На следующий день болела голова, как с похмелья, мучила жажда тряслись руки. Снилось настроение. Появилась тревога. Возникло ощущение инородного тела во рту, глотке. Першение в горле. Стал сплевывать. Но ощущение инородного тела во рту не проходило. Стал вытаскивать изо рта червей. Ночь спал с перерывами. Наутро связались по радиации с управлением. Был приглашен на переговоры инфекционист. Который после беседы с больным порекомендовал принять антибиотики. Обмыться в резиновой капсуле хорошо с хлоркой и прополоскать керосином рот. Пациент. Всё выполнил пунктуально. Но ощущение, что во рту какие-то черви не проходило. Был тревожен. Сплёвывал постоянно. Ночь не спал [2].

К утру слышал голоса извне. Вначале неразборчиво. Затем всё чётче, яснее. Говорила жена, что летит к ним с детьми. Затем выскочил наружу и стал кидать куски угля в сторону пропасти. Уверял всех, что летит вертолет, жена с детьми и их надо встречать. Один из сотрудников станции вновь связался с управлением по радиации. Вызвали психиатра, который из разговора определил, что у пациента психоз и его срочно надо эвакуировать и госпитализировать в одну из психиатрических больниц города. Порекомендовал вскрыть мешок с медикаментами и напоить его препаратами со снотворным эффектом. Сотрудники станции с трудом уговорили товарища, находящегося в психозе, зайти в дом и выпить снотворные препараты. Ночь спал тревожно, с перерывами. Наутро в беседе с нами пациент сидел спокойно. Был заторможен, вял. Несколько сонлив. На вопросы отвечал с неохотой, по существу. Многие психотические состояния скрывал. Сообщил, что пил снотворные препараты по 1-2 таблетки 3 раза в день. Соматическое состояние было удовлетворительное. Жалоб на здоровье не предъявлял. АД 130/80 мм.рт.ст. Т-36,7. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий безболезненный. По остальным органам без особенностей. В вертолет вошёл спокойно, без сопротивления. Всю дорогу был задумчив, молчалив. По приезде вечером в город был помещен в психоневрологическое отделение городской больницы, где алкогольный психоз был купирован. Уснул [3, 4, 8].

Но к ночи пациент стал жаловаться на резкие боли в животе. Был вызван дежурный

хирург диагностирована Прободная язва желудка. Пациент был направлен в хирургическое отделение на операцию. Операция прошла успешно. Больной по выздоровлении был выписан из больницы без психотических расстройств.

Следует отметить что остальные сотрудники выглядели на станции как «зомби». Ходили мимо нас медленно и осторожно. Почти ни о чём не спрашивали. Но выказывали интерес к беседе. Прислушиваясь к нашему разговору с больным. В ходе беседы с остальными сотрудниками удалось выяснить, что у всех было депрессивное настроение. В той, или иной степени выраженности. Замедленная походка. Вялость. Апатия. Иррациональная тревога. Раздражительность. Нервозность. Учащенное сердцебиение. Жалобы на соматическое здоровье не предъявляли. В среднем давление у всех держалось в пределах нормы А/Д-127/78 мм.рт.ст. Т-36.2 [1].

Такой вид депрессии в большинстве случаев проходит самостоятельно в течении несколько дней и не требует проведения лечебных мероприятий. Поэтому решено было оставить их работать на гидрометеорологической станции.

Кроме того, выяснилось, что, испугавшись вида сотрудника, находящегося в алкогольном психозе. Посчитав, что водка, которую они пили накануне, отравлена и, что не сегодня, завтра разовьется такой же психоз у каждого из них – разобрали в мешке все снотворные и психотропные препараты и потихоньку их принимали. Кто днём, кто на ночь. Кто по одной, кто по две таблетке. С каждым из них была проведена индивидуальная беседа. В ходе беседы были даны соответствующие советы и рекомендации.

Выводы.

Ротоглоточные галлюцинации являются показателем тяжести соматического и психоневрологического состояния пациента.

Необходимо усилить медицинский контроль за лицами, работающими в условиях стресса и депривации.

Оснастить места работы таких сотрудников, средствами фиксации и купирования психотических состояний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барникова, М.В. Виды депрессий. / М.В. Барникова. – Режим доступа: <http://depressia.info/mariya-viktorovna-barnikova/>
2. Вассерман, М.А. О ротоглоточных галлюцинациях / М.А. Вассерман. – 1941. – Режим доступа: [https://alkoblog.com/lehenie-alkogolizma\(alkogolhyi-pshoz-simptomu-j-lechenie\)](https://alkoblog.com/lehenie-alkogolizma(alkogolhyi-pshoz-simptomu-j-lechenie))
3. Гулямов, М.Г. Острые алкогольные психозы. / М.Г. Гулямов, Э.Т. Григорьянц, Я. Рахминов. – Ташкент; Медицина. УзССР, 1975. – 121 с. Библиограф. С. 118–120.
4. Гулямов, М.Г. Белая горячка (Клиника и некоторые вопросы патогенеза); под редакцией Г.В. Морозова / М.Г. Гулямов, В.Ф. Хасанов, В.Ф. Коломеец. – Душанбе: Ирфон, 1976. – 215 с. (Труды Таджикский гос. мед. ин-т им. Авиценны: т-129.)
5. Долгушин, Л.Д. Ледники / Л.Д. Долгушин, Г.Б. Осипова. – М. Мысль, 1989.
6. Сакс, О. Галлюцинации / О. Сакс. – Издательство. А.С. Т., 2018.
7. Селье, Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. – М. Медгиз, 1960.
8. Энтин, Г.М. Алкогольная и наркотическая зависимость / Г.М. Энтин. – 2002.

REFERENCES

1. Barnikova M.V. *Vidy depressiy* [Types of depression]. Available at: <http://depressia.info/mariya-viktorovna-barnikova/> (In Russ.).
2. Vasserman M.A. 1941 *O rotoglotochnykh gallyutsinatsiyakh* [About oropharyngeal hallucinations]. Available at: [https://alkoblog.com/lehenie-alkogolizma\(alkogolhyi-pshoz-simptomu-j-lechenie\)](https://alkoblog.com/lehenie-alkogolizma(alkogolhyi-pshoz-simptomu-j-lechenie)) (In Russ.).
3. Gulyamov M.G., Grigor'yants E.T., Rakhminov Ya. *Ostryye alkogol'nyye psikhozy* [Acute alcoholic psychoses]. Tashkent. Meditsina. UzSSR. 1975, P. 121 (In Russ.).
4. Gulyamov M.G., Khasanov V.F., Kolomeyets V.F. *Belaya goryachka (Klinika i nekotoryye*

voprosy patogeneza); pod redaktsiyey G.V. Morozova [Delirium tremens (Clinic and some issues of pathogenesis); edited by G.V. Morozov]. Dushanbe: Irfon. 1976, P. 215 (In Russ.).

5. Dolgushin L.D., Osipova G.B. *Ledniki* [Glaciers]. Moscow. Mysl. 1989 (In Russ.).

6. Saks O. *Gallyutsinatsii* [Hallucinations]. Publ. A.S.T. 2018 (In Russ.).

7. Sel'ye G. *Ocherki ob adaptatsionnom syndrome* [Essays on the adaptation syndrome]. Moscow. Medgiz. 1960 (In Russ.).

8. Entin G.M. *Alkogol'naya i narkoticheskaya zavisimost'* [Alcohol and drug addiction]. 2002 (In Russ.).

Материал поступил в редакцию 05.07.21

ABOUT THE PECULIARITIES OF ALCOHOLIC PSYCHOSIS IN SOMATICALLY HEALTHY YOUNG PEOPLE WORKING UNDER DEPRIVATION CONDITIONS AT AN ALTITUDE OF 6,200 METERS

G.G. Valov, Psychiatrist

Volgograd Regional Psychiatric Hospital No. 1

(404519, Russia, Volgograd Region, Kalach District, Lozhki Station)

Email: valovgeorg777@mail.ru

Abstract. *Eight healthy young people were subjected to a clinical and descriptive study. They work under deprivation conditions at an altitude of 6,200 meters and suffered alcoholic psychosis. During the study, oropharyngeal hallucinations were shown to be an indicator of the severity of a patient's somatic and psychoneurological condition.*

Keywords: *alcoholic psychosis, oropharyngeal hallucinations, stress, deprivation.*

УДК 616.8

СЕЗОННЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Д.А. Володина, кандидат медицинских наук, доцент
Уральский государственный медицинский университет,
(620028, Россия, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3)
Email: volod.da@mail.ru

А.Р. Антонов, доктор медицинских наук,
Уральский государственный медицинский университет,
(620028, Россия, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3)
Email: volod.da@mail.ru

***Аннотация.** В данной работе анализируются возможные механизмы развития сезонных аффективных расстройств. В качестве пускового звена рассматривается рассогласование функционирования супрахиазматических ядер гипоталамуса и дорсальных ядер шва, а также супрахиазматических ядер гипоталамуса и сетчатки. Рассматриваются пути возникновения речедвигательной заторможенности. Обсуждаются компенсаторные механизмы, которые могут быть истощены при развитии сезонных аффективных расстройств.*

***Ключевые слова:** сезонные аффективные расстройства, депрессия, ритм сна, ритмы внутренних органов.*

Сезонное аффективное расстройство (САР) (англ. Seasonal Affective disorder, SAD) – аффективное расстройство, частный случай рекуррентного депрессивного расстройства, возникающее эпизодически в результате недостатка солнечного света и увеличения выработки мелатонина в осенне-зимний период. В летний период при достаточном уровне естественной инсоляции симптомы полностью подавляются.

Сезонное аффективное расстройство (САР) характеризуется следующими признаками:

- депрессии, регулярно появляющиеся в одно и то же время в осенне-зимний период
- гиперсомния
- переедание и увеличение веса
- тревожность
- снижение настроения
- вялость
- снижение работоспособности
- утрата интересов.

Часть из этих признаков (тревога, чувство вины, апатия, вялость) являются классическими депрессивными проявлениями, однако имеют место и неклассические, характерные больше для атипичной депрессии симптомы — увеличение продолжительности сна, тяга к углеводам, переедание, которые также могут свидетельствовать о нарушениях в

работе щитовидной железы.

Эффект «зимней депрессии» начали изучать в 1980-х годах, первые работы были опубликованы американским психиатром Норманом Розенталем, который заметил у своих пациентов вялость, тоску, тревожность, ощущение чувства вины, увеличение продолжительности сна, утрату интересов и другие симптомы. В это же время выходит работа американского психиатра Альфреда Леви, который описывает симптомы «зимней депрессии» и указывает в качестве главной причины их возникновения недостаточный уровень естественной освещённости в осенний и зимний периоды. Психиатр из Осло Андреас Магнуссон (Andreas Magnusson) также публикует работы, в которых отмечает у своих пациентов чёткую зависимость между длиной светового дня и эмоциональным состоянием. Исследования и эксперименты этих учёных положили начало проблеме изучения сезонного аффективного расстройства, которое позже было включено в перечень заболеваний и согласно Международной классификации болезней является частным случаем рекуррентного депрессивного расстройства. Главной причиной заболевания является сезонное изменение освещённости.

Распространённость сезонных депрессий, по материалам эпидемиологических исследований, проведенных в различных странах, варьирует в широких пределах. В Северной Америке САР встречается с частотой 1,4-9,7 %, в Европе – 1,3-3 %, в Азии – 0,0-0,9 %. Такой разброс приводимых показателей может быть связан как с отсутствием единых исходных критериев, на которых базируется проведение исследований. Для Сибирского региона России этот показатель составляет 7 %, данная цифра отражает актуальность заболевания для жителей Сибири ввиду особой продолжительности зимнего времени года.

Средний возраст, в котором проявляется САР, – третье десятилетие жизни, хотя существуют широкие возрастные колебания. Действительно, имеются сообщения о развитии САР в детстве, а многие пациенты описывают сезонный характер смены настроения, который впервые проявился в подростковый период. Женщины подвержены расстройству вдвое чаще, чем мужчины.

В 2016 году учёные из Калифорнийского университета выяснили, что склонность к SAD также зависит от моделей сна. А модели сна – от всемогущих генов. Или, если точнее, от их не менее всемогущих мутаций. Изучение семей с необычными моделями сна позволило говорить, что мутация гена PER3, одного из основных циркадных генов, является первой известной человеческой мутацией, связанной с сезонным аффективным расстройством. Несмотря на то что изначально эксперименты проводились на грызунах, дополнительный анализ «поведения PER3» в чашках Петри подтвердил гипотезу.

Вопрос об анатомических структурах, приводящих к развитию сезонной депрессии ставится уже много лет. Это связано с тем, что данное расстройство характеризуется десинхронизмом ритмики внутренних органов и систем, наступающим в связи с изменениями длины светового дня весной и осенью. Наличие такого маркера депрессии позволяет выдвигать на роль пускового звена этого расстройства различные мозговые структуры, которые могли бы привести к десинхронизму ритмики организма и через это – к развитию сезонной депрессии.

Так, на роль депрессогенной структуры в работе [1] выдвигается эпифиз. Автор объясняет свою версию тем, что эпифиз способен затягивать ритмику основного ритмоводителя – супрахиазматических ядер (СХЯ) гипоталамуса и через это, возможно, приводить к развитию сезонной депрессии. Кроме того, у больных сезонной депрессией обнаружены иные, по сравнению со здоровыми лицами, концентрации эпифизарного гормона мелатонина [1, 11].

В другой работе [2] на роль мозговой структуры, ответственной за возникновение депрессии, выдвигается стриатум. В качестве обоснования своей версии автор приводит

факт, что повторная стимуляция стриатума способна сдвигать акрофазу ритма суточной подвижности на ранние ночные часы.

Еще одной структурой, которая обсуждается как пусковое звено развития сезонной депрессии, являются дорсальные ядра шва (ДЯШ) [8]. Автор аргументирует свою точку зрения тем, что дорсальные ядра шва – это мозговая структура, богатая нейромедиатором серотонином, а на современном этапе дисбаланс серотонина в мозге является одной из гипотез развития сезонной депрессии [12, 13].

Однако думается, что было бы слишком большим упрощением считать, что отдельно взятая мозговая структура может привести к развитию сезонной депрессии, поскольку мозг обладает большими резервами компенсации, и поэтому можно предполагать, что сезонная депрессия разовьется, лишь когда во взаимодействие (под влиянием одной неверно функционирующей структуры) включатся несколько сопряжённых структур мозга. Этот факт подтверждают и клинические наблюдения – сезонная депрессия – это не только десинхронизация ритмики организма, но и психомоторная заторможенность. За ритмику внутренних органов и двигательную сферу отвечают различные структуры мозга, поэтому можно предполагать, что и в развитии сезонной депрессии участвует целый ряд мозговых структур.

В данной статье предлагается два варианта «запуска» сезонных аффективных расстройств (САР) с общим одинаковым вовлечением в патологическое функционирование ряда структур мозга, сопряжённых с первично неверно функционирующей структурой.

Супрахиазматические ядра гипоталамуса (СХЯ) обладают всеми свойствами осцилляторов и являются эндогенными ритмоводителями – имеют нейрональную активность с собственной циркадианной частотой, способны к захвату ритма внешнего синхронизатора – фотопериода и могут синхронизировать свой ритм с внешним фотопериодом. Кроме того, супрахиазматические ядра главные синхронизаторы для многих ритмов, например, таких, как температурная регуляция, цикл сон – бодрствование, суточный ритм сердечных сокращений, ритмика эндокринной системы [10].

Супрахиазматические ядра гипоталамуса функционируют при тесном взаимодействии с сопряжёнными структурами мозга – стриатумом, эпифизом, гиппокампом и дорсальными ядрами шва. Рассмотрим более подробно влияние этих структур на СХЯ гипоталамуса.

Роль эпифиза в организации циркадианного периодизма заключается в формировании более четкого рисунка поведенческих ритмов на протяжении суток, с другой – состоит в затягивании периода колебаний циркадианной ритмики [2, 3].

Стриатум, как и СХЯ гипоталамуса, является осциллятором, генерирующим короткопериодные (секундного и минутного диапазонов) колебания. Данный осциллятор является вторичным по отношению к супрахиазматическим ядрам гипоталамуса. Повторная стимуляция стриатума снижает амплитуду суточной подвижности со смещением её акрофазы на ранние ночные часы [2, 6].

Ядра шва – еще одна структура, которая получает фотопериодический сигнал от СХЯ гипоталамуса. От ядер шва супрахиазматические ядра получают обратную серотонинергическую афферентацию [10]. Электрическая стимуляция ядер шва тормозит гипоталамические нейроны [3].

Обсудим взаимодействие супрахиазматических ядер гипоталамуса и гиппокампа. Согласно работе [4], следует говорить о существовании своего рода антагонистических взаимоотношений между указанными структурами. Так, авторы отмечают, что физиологическая роль супрахиазматических ядер гипоталамуса должна сводиться к синхронизации, а гиппокамп – к десинхронизации колебательных процессов. Гиппокамп обладает свойствами осциллятора и в ситуациях неопределённости генерирует специфический для него тета – ритм на ЭЭГ [4].

Взаимодействие дорсальных ядер шва и супрахиазматических ядер гипоталамуса

характеризуется торможением гипоталамических нейронов под влиянием дорсальных ядер шва [3]. Можно думать, что между данными структурами устанавливаются отношения с отрицательной обратной связью, при которой дорсальные ядра шва тормозят нейроны СХЯ гипоталамуса в период их высокой активности, т.е. в светлое время суток, и не влияют на низкую активность СХЯ гипоталамуса в темное время суток.

Отрицательная обратная связь – это условие устойчивой работы любой системы, и можно предполагать, что оно справедливо и для взаимодействия дорсальных ядер шва и супрахиазматических ядер гипоталамуса. Иными словами, условие устойчивого взаимодействия данных структур мозга предполагает синхронное увеличение их активности в светлое время суток и уменьшение активности в темное время. В противном случае без сдерживающего влияния ДЯШ днем возможен неограниченный рост активности СХЯ гипоталамуса, а наличие активных дорсальных ядер шва в темное время суток может привести к полному подавлению функционирования супрахиазматических ядер гипоталамуса ночью, и без того подавленных темнотой.

Можно предполагать, что рассогласование синхронного функционирования дорсальных ядер шва и супрахиазматических ядер гипоталамуса – один из возможных механизмов запуска сезонных аффективных расстройств. Изменения длины светового дня весной и осенью – это то время, когда меняется длина периодов активности СХЯ гипоталамуса и дорсальных ядер шва. Однако дорсальные ядра шва могут быть «инертными», т.е. опаздывать с уменьшением активности при наступлении темноты или опаздывать с увеличением активности при наступлении светлого времени суток. Дорсальные ядра шва могут также быть «реактивными», т.е. уменьшать свою активность до наступления темноты и увеличивать свою активность до наступления светлого времени суток.

«Инерционность» и «реактивность» дорсальных ядер шва исходно является малой, т.к. времена восхода и захода Солнца день ото дня меняются не более, чем на 2-3 минуты, даже весной и осенью в период самых быстрых изменений длины светового дня. Однако по мере все большего изменения длины светового дня время рассогласования между дорсальными ядрами шва и супрахиазматическими ядрами гипоталамуса нарастает.

Рассогласование функционирования указанных структур приводит к двум эффектам:

1. подавлению функционирования супрахиазматических ядер гипоталамуса, когда деятельность СХЯ тормозится одновременно темнотой и активными дорсальными ядрами шва;
2. неограниченному росту активности супрахиазматических ядер гипоталамуса, когда одновременно наличие светлого времени суток и отсутствие активности ДЯШ усиливают работу СХЯ гипоталамуса.

И подавление активности СХЯ гипоталамуса, и гиперфункция данных ядер приведут в первую очередь к сдвигу фазы ритма сна – бодрствования, зависящего от этой структуры мозга. Однако в первом случае (при подавлении активности СХЯ) будет иметь место общее уменьшение активации заболевшего человека, а во втором случае (при гиперфункции СХЯ) – появление эпизодов возбуждения утром или вечером, которые по мере увеличения изменений длины светового дня будут захватывать все большее время в течение суток.

Подавление активности супрахиазматических ядер вечером во время наступления темноты приводит к сдвигу ритма сна – бодрствования в сторону ранних часов. В цикле сна, образно говоря, пропускается его начало, сон стартует с более поздней своей фазы, чем был бы должен. Этот факт подтверждается тем, что дорсальные ядра шва в норме отвечают за наступление быстрого сна [12]. Следовательно, их гиперфункция может приводить к укорочению латентного периода наступления фазы быстрого сна и увеличению представленности быстрого сна в течение ночи. Эти два признака являются, согласно литературным данным, характерными признаками эндогенной депрессии [1, 14, 16]. Сдвиг ритма уровня бодрствования приводит к ранним утренним пробуждениям и неустойчивому сну во второй половине ночи.

Подавление и гиперфункция супрахиазматических ядер гипоталамуса приведут также к сдвигу фаз ритмики подчинённых органов. Можно думать, что у тех ритмов, чья акрофаза не наступила к моменту аномального функционирования СХЯ гипоталамуса, подавление ритмики СХЯ вызовет сдвиг фазы в сторону более ранних часов, усиление ритмики СХЯ передвинет фазы подчинённых ритмов в сторону более поздних часов. Если же акрофаза подчинённого ритма миновала к моменту аномальной деятельности супрахиазматических ядер гипоталамуса, то подавление ритмики СХЯ вызовет сдвиг фазы подчинённого ритма в сторону более поздних часов, а гиперактивность СХЯ – в сторону более ранних часов.

Таким образом, рассогласование синхронной деятельности дорсальных ядер шва и супрахиазматических ядер гипоталамуса вызовет в организме заболевшего человека десинхроноз ритмики внутренних органов, который согласно данным литературы, является признаком эндогенной депрессии [5], а также эпизоды состояния возбуждения, также сопровождающиеся десинхронозом ритмики, что может быть расценено как наступление маниакальной фазы.

Для того, чтобы понять, каким образом дисфункция сетчатки может привести к сезонным аффективным расстройствам, обратимся к рисунку 2, на котором изображена анатомическая схема фотопериодической системы организации движений человека. Из рисунка можно видеть, что фотопериодический сигнал первоначально поступает на сетчатку глаз, а затем по ретино-гипоталамическому тракту отправляется к супрахиазматическим ядрам гипоталамуса. Таким образом, из схемы следует, что информацию об уровне освещённости СХЯ гипоталамуса получают от сетчатки глаз. Можно предполагать, что дисфункция сетчатки – ее повышенная или пониженная светочувствительность в первую очередь скажется на функционировании супрахиазматических ядер гипоталамуса.

Можно предположить существование четырёх вариантов дисфункции сетчатки:

1. постоянно пониженная светочувствительность;
2. постоянно повышенная светочувствительность;
3. «инертная» светочувствительность при изменениях длины светового дня;
4. «реактивная» светочувствительность при изменениях длины светового дня.

В условиях постоянной длины светового дня пониженная фоточувствительность сетчатки проявит себя в том, что лица с данным состоянием будут плохо видеть в условиях слабой освещённости. При повышенной светочувствительности сетчатки можно ждать непереносимости яркого света и трудностей адаптации глаз при переходе из темноты в освещённое помещение.

1) Постоянно пониженная светочувствительность сетчатки.

Можно предполагать, что пониженная светочувствительность в условиях тёмного и короткого зимнего дня приведёт к дополнительному уменьшению активности супрахиазматических ядер гипоталамуса и без того ослабленной низким уровнем освещённости. Изменения функционирования СХЯ гипоталамуса скажутся на ритме сна – бодрствования в виде общего уплощения его амплитуды, что клинически выразится в появлении дневной сонливости. Ритмика внутренних органов не претерпит изменений фазы. Можно ожидать уменьшения её амплитуды – общего уменьшения активности органов и систем организма, подчинённых супрахиазматическим ядрам гипоталамуса. Можно предполагать, что ритмика будет соответствовать сниженному уровню бодрствования.

2) Постоянно повышенная светочувствительность сетчатки.

Повышенная светочувствительность сетчатки проявит себя только в период сезонов года, характеризующихся повышенной освещённостью, а именно, летом, когда световой день максимален, и Солнце высоко стоит над горизонтом, а также весной во время увеличения длины светового дня и увеличения яркости освещения. Можно предполагать, что в это время увеличенная яркость светового дня приведет к дополнительной активации супрахиазматических ядер гипоталамуса. Повышенная светочувствительность сетчатки

также привнесёт в работу СХЯ дополнительную активацию, что скажется в первую очередь на ритме сна – бодрствования, который все более (по мере увеличения яркости освещённости) будет стремиться к состоянию возбуждения. При окончании светлой части суток состояние возбуждения будет исчезать постепенно, поэтому возможны трудности засыпания и ранние пробуждения с началом светового дня. Ритмика внутренних органов, подчинённых влиянию супрахиазматических ядер гипоталамуса также претерпит изменения и по своим характеристикам будет соответствовать состоянию возбуждения. Можно предполагать, что состояния, связанные с повышенной светочувствительностью сетчатки, не будут непосредственно приводить к сдвигу фаз ритмики организма, изменятся только ее частоты.

Таким образом, можно ожидать, что депрессии при пониженной светочувствительности сетчатки будут осенними и зимними – с повышенной сонливостью и адинамией, а мании при повышенной светочувствительности сетчатки будут возникать только в весенне-летний период, что по литературным данным, имеет место в рамках шизофрении [15].

3) «Инертная» и «реактивная» светочувствительность сетчатки при изменениях длины светового дня.

Выше были описаны состояния, характеризующиеся общей дисфункцией светочувствительности сетчатки, которая одинаково изменена в течение суток. Однако можно думать, что светочувствительность сетчатки имеет суточную динамику. В светлое время суток для оптимального различения предметов глазу нужна меньшая фоточувствительность, чем в тёмное время суток. Поэтому можно предполагать, что днём светочувствительность сетчатки меньше, чем ночью. По этой причине светочувствительность сетчатки должна находиться в реципрокных отношениях с супрахиазматическими ядрами гипоталамуса, которые, наоборот, имеют высокую активность днём и низкую – ночью.

Изменения длины светового дня весной и осенью приводят к перестройке длин периодов активности и покоя СХЯ гипоталамуса. Такая же перестройка должна иметь место и для светочувствительности сетчатки для того, чтобы имело место согласованное функционирование сетчатки и супрахиазматических ядер гипоталамуса. Однако можно предполагать, что достижение синхронной работы этих структур мозга возможно лишь при нормальной реактивности сетчатки. Если же светочувствительность сетчатки увеличивается слишком медленно при наступлении темноты вечером и слишком медленно уменьшается утром при наступлении светлой части суток, то можно условно говорить об «инертной» светочувствительности сетчатки. При быстрых изменениях длины светового дня «инертная» сетчатка не будет успевать перестроить свое функционирование, причём рассогласование ее активности с активностью СХЯ гипоталамуса будет нарастать по мере роста изменений длины светового дня.

«Реактивная» сетчатка обладает противоположными свойствами – опережать в своём функционировании изменения длины светового дня. Такая сетчатка укорачивает осенью период своей низкой светочувствительности на большую величину, чем интервал времени, на который укорачивается день. «Реактивная» сетчатка увеличивает дневной период своей низкой активности весной быстрее, чем растёт световой день.

По мере увеличения изменений длины светового дня всё более увеличивается время, в течение которого функционирование супрахиазматических ядер гипоталамуса и сетчатки рассогласовано. Рассогласование работы указанных структур мозга (как в случае «инертной», так и «реактивной» сетчатки) может привести к двум возможным ситуациям:

1. активность СХЯ гипоталамуса подавлена (возможна, когда СХЯ подавляются одновременно наступившей темнотой и всё ещё низкой светочувствительностью сетчатки, не пропускающей к супрахиазматическим ядрам гипоталамуса даже минимальную освещённость);

2. активность СХЯ гипоталамуса излишне повышена (имеет место, когда функционирование СХЯ стимулируется светлой частью суток и повышенной светочувствительностью сетчатки, ещё не закончившейся с тёмного времени суток).

Таким образом, рассогласование активности сетчатки и супрахиазматических ядер гипоталамуса весной и осенью во время быстрых изменений длины светового дня приводит к тем же последствиям, что и рассогласование работы дорсальных ядер шва и СХЯ гипоталамуса, т.е. подавлению активности СХЯ или к их гиперфункции. Последствия, которые наступают при дисфункции сетчатки, те же, что и при дисфункции дорсальных ядер шва. Имеет место сдвиг фазы ритма сна – бодрствования, что приводит к нарушениям сна, а также десинхронизации ритмики внутренних органов, подчинённых влиянию СХЯ гипоталамуса. Иными словами, развивается либо соматизированная депрессия, либо мания, проявляющаяся в виде эпизодов возбуждения и десинхронизации ритмики внутренних органов.

Выше были описаны механизмы развития нарушений сна и десинхронизации ритмики организма при сезонных аффективных расстройствах. Однако данные симптомы не исчерпывают симптоматики сезонных аффективных расстройств. Развитие большого депрессивного эпизода и развернутой мании предполагает появление двигательных нарушений – речедвигательной заторможенности при депрессии и речедвигательного возбуждения при мании.

Обратимся к рисункам 1 и 2. Согласно теории Бернштейна Н.А. об уровне организации движений, ритмика внутренних органов принадлежит к движениям самого нижнего уровня А [7]. Таким образом, часть движений данного уровня претерпевает десинхронизацию непосредственно при дисфункции супрахиазматических ядер гипоталамуса.

Однако дисфункция СХЯ гипоталамуса не может непосредственно повлиять на более высокие уровни системы организации движений. Обратимся к рисунку 1. Из него видно, что супрахиазматические ядра функционируют в тесном взаимодействии со стриатумом. Стриатум, согласно Бернштейну Н.А., отвечает за организацию движений уровня С – движений, в которых требуется учёт пространства [7]. Стриатум, как видно из рисунка 2, имеет эфферентную связь с паллидумом, организующим движения уровня В – синергические движения, обеспечивающие слаженную работу мышц [7]. Паллидум же посылает эфференты к красному ядру, отвечающему за организацию движений уровня А – тонус скелетной мускулатуры и движения внутренних органов [7]. Таким образом, дисфункция стриатума должна привести не только к нарушениям движений уровня С, но также и движений, принадлежащих к нижележащим уровням В и А.

Рассмотрим, что происходит в системе структур мозга, сопряжённых с супрахиазматическими ядрами гипоталамуса, при подавлении функционирования СХЯ. Можно предположить, что при подавлении активности супрахиазматических ядер гипоталамуса на роль ведущей структуры в системе СХЯ гипоталамуса и четырех петель их обратной связи (рисунок 1) выдвигается эпифиз. Обоснованием этому факту может служить то обстоятельство, что эпифиз связан собственными связями со всеми структурами, входящими в указанную систему. Из рисунка 1 можно видеть, что эпифиз связан мелатониновыми эфферентными связями с СХЯ гипоталамуса [3, 11], стриатумом [2] и гиппокампом [4], а также посредством латерального ядра уздечки [10] – с дорсальными ядрами шва.

Из литературы известно, что эпифиз затягивает периоды колебаний супрахиазматических ядер гипоталамуса и стриатума [2]. Следовательно, при подавлении функционирования супрахиазматических ядер гипоталамуса возросшее влияние эпифиза приведёт к затягиванию периода колебаний стриатума. Стриатум имеет колебания, период которых находится в минутном диапазоне [2,6]. В этом же диапазоне находятся периоды

ритмики двигательной системы [12]. Как уже отмечалось, стриатум, согласно теории Бернштейна Н.А., отвечает за организацию движений, в которых требуется учёт пространственной составляющей [7]. Таким образом, затягивание периода ритмики стриатума по причине возросшего влияния эпифиза приведет к затягиванию периодов ритмики пространственных движений – возникает двигательная заторможенность.

Первоначально двигательная заторможенность затронет только движения уровня С, связанные с пространственным полем. Однако если обратиться к рисункам 1 и 2, то можно видеть, что паллидум, организующий движения нижележащего уровня В (движения – синергии, отвечающие за плавность и координированность двигательных актов), непосредственно подчинён стриатуму. По этой причине затягивание ритмики стриатума немедленно внесет коррективы в функционирование паллидума – движения уровня В также окажутся заторможенными.

Одновременно с уровнями С и В дезорганизацию претерпят движения уровня А, за организацию которых ответственны образования группы красного ядра [7], поскольку паллидум имеет эфферентные связи с красным ядром. Выше отмечалось, что десинхронизация ритмики внутренних органов, подчинённых влиянию супрахиазматических ядер гипоталамуса, произойдет первично вслед за дисфункцией СХЯ. Ритмика внутренних органов, хотя и принадлежит к движениям уровня А, однако, является только частью движений этого уровня. Поэтому вместе с нарушением активности супрахиазматических ядер гипоталамуса первоначально дезорганизуется только часть движений уровня А. Полная дезорганизация происходит только при нарушении функционирования образований группы красного ядра.

Таким образом, при вовлечении в патологическое функционирование стриатума возникает двигательная заторможенность, охватывающая движения уровней А, В и С.

Дезорганизация движений более высоких уровней также возможна по причине наличия у паллидума связи с латеральным ядром перегородки [10], а через него – с моторным, зрительным, соматосенсорным и слуховым участками неокортекса [9]. Согласно Бернштейну Н.А., движения уровня D организуются группой премоторных полей коры (6, 8, 42 Brodmann) [7]. Теменная область коры, к которой принадлежит зрительная зона, имеет связи с премоторной зоной, следовательно, движения уровня D, отвечающие за взаимодействие человека с предметом, также оказываются дезорганизованными.

Бернштейн Н.А. не указал, какие именно отделы мозга организуют движения уровня Е (сложные двигательные цепи, объединённые единым замыслом, в частности, смысловое содержание речи и письма). Однако он отметил, что эти области, вероятнее всего, принадлежат коре больших полушарий [7]. Можно думать, что смысловая организация речи и письма также окажется заторможенной, поскольку латеральное ядро перегородки, через которое проходит сигнал с двигательных структур мозга, имеет обширные связи в коре больших полушарий.

Таким образом, подавление функционирования супрахиазматических ядер гипоталамуса приводит к высвобождению активности эпифиза и через это – к затягиванию ритмики двигательных структур на всем протяжении системы организации движений, начиная уровнем А и заканчивая уровнем Е.

Несколько слов о речевой заторможенности. Речевая моторика принадлежит к движениям уровня В, в которых требуется согласованная деятельность различных мышц голосового и дыхательного аппаратов. По этой причине речевая заторможенность возникнет одновременно с заторможенностью других движений, принадлежащих уровню В и контролируемых паллидумом. Смысловая компонента речи организуется более высоким уровнем Е, однако скорость речи обеспечивается фоновыми составляющими движений, принадлежащими уровню В, которые при подавлении активности СХЯ гипоталамуса оказываются заторможенными.

О возникновении идеаторной заторможенности можно высказать только

предположения. Их несколько. Во-первых, можно думать, что мыслительная деятельность тесно связана с речевой. При размышлениях мы думаем словами и на конкретном языке, и поэтому в процессе мышления присутствует внутреннее проговаривание мыслей. При возникновении речевой заторможенности можно ждать замедления этого проговаривания, что воспринимается как неспособность быстро думать.

Во-вторых, в качестве идеаторной заторможенности может быть расценена заторможенность уровня Е – координаций речи и письма, т.е. замедленность в планировании и реализации речевых двигательных программ. Возможно, именно это иногда расценивается больными как поглупение при депрессии.

Таким образом, подавление активности супрахиазматических ядер гипоталамуса вызывает появление новой ведущей структуры в системе СХЯ гипоталамуса и петель их обратной связи, а именно, эпифиза, влияние которого на стриатум приводит к моторной заторможенности движений всех уровней системы организации движений.

Мозг человека обладает большими возможностями компенсации. Это свойство мозга проявит себя и при развитии сезонных аффективных расстройств. Обратимся к рисунку 1. Как уже обсуждалось выше, супрахиазматические ядра гипоталамуса устанавливают отношения отрицательной обратной связи со своими сопряжёнными структурами – дорсальными ядрами шва и сетчаткой. Совместное влияние ритма фотопериодизма и функционирования этих структур обеспечивает оптимальную активацию супрахиазматических ядер гипоталамуса. При рассогласовании функционирования СХЯ и одной из сопряженных структур (ДЯШ или сетчатки) подавления или гиперфункции супрахиазматических ядер гипоталамуса не наступает, если вторая сопряженная структура перестроит свое функционирование так, чтобы компенсировать возникшие сдвиги в активности СХЯ. Можно думать, что сезонные аффективные расстройства развиваются, когда компенсаторные механизмы оказываются недостаточными. Иными словами, соматизированная депрессия и мания с десинхронизмом ритмики развиваются, когда дорсальные ядра шва неспособны компенсировать нарушение активности СХЯ гипоталамуса при дисфункции сетчатки, и когда изменения светочувствительности сетчатки уже не компенсируют дисфункции СХЯ при рассогласовании их совместной работы с дорсальными ядрами шва. Речедвигательная заторможенность – это следствие уже более тяжелых нарушений, а именно, смены управляющей структуры в системе СХЯ гипоталамуса и петель их обратной связи и высвобождении активности эпифиза.

Лечение САР

Метод светотерапии был разработан именно для лечения САР. Его проводят, используя специально оборудованные световые боксы, излучающие свет видимого спектра высокой интенсивности. Сеансы светотерапии назначают ежедневно и, как это бывает при лечении антидепрессантами, терапевтическая реакция может проявиться примерно через две недели после начала лечения, хотя у многих больных улучшение состояния наступает на 3-4 день. Тогда требуется проводить ежедневное поддерживающее лечение до конца зимы, его прекращают при наступлении спонтанной ремиссии или в случаях, когда депрессия сменяется, как это обычно бывает, гипоманиакальным состоянием.

Фармакотерапия используется при развернутых депрессивных эпизодах и при резистентности к фототерапии. Присоединение препаратов группы СИОЗС при резистентности к световой терапии повышает чувствительность к световой экспозиции. Среди антидепрессантов репаратаи первого выбора являются СИОЗС: флуоксетин, циталопрам, пароксетин, сертралин, флувоксамин), а также тимоаналептики двойного действия, влияющие как на серотонин-, так и на адреналинэргическую нейротрансмиссию (миртазапин). Имеются указания на лечение САР селективным ингибитором норадреналина – ребоксетином. Трициклические и тетрациклические антидепрессанты не применяются.

Профилактика САР.

Для профилактики заболевания рекомендуется проводить максимум времени на улице даже в пасмурную погоду. Немаловажным условием является диета при депрессии, содержащая в необходимом количестве витамины и минералы. Следует регулярно выполнять физические упражнения и вести активный образ жизни. Также для лиц с расстройством настроения важную роль играет социальная поддержка и благополучие в личной и профессиональной сферах.

Также, современные исследования доказали, что одновременный прием антидепрессантов и сеансы светолечения дают положительные результаты, корректируя настроение и увеличивая ресурсы организма.

Вывод

В представленной статье были рассмотрены сезонные аффективные расстройства, их причины и признаки, а также проанализированы отношения в системе супрахиазматических ядер гипоталамуса и петель их обратной связи. Анализ данных взаимоотношений показывает возможные пути развития сезонных аффективных расстройств. Однако необходимо отметить, что аффективная фаза – это состояние, которое является результатом нарушения функционирования целого ряда мозговых структур, которому предшествует истощение компенсаторных механизмов. Можно думать, что внешний контроль активности супрахиазматических ядер гипоталамуса с помощью дозированного освещения и темноты позволил бы усилить компенсаторные механизмы и остановить развитие депрессивных и маниакальных эпизодов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арушанян, Э.Б. Эпифиз и депрессия / Э.Б. Арушанян // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1991. – Т. 91 – № 6 – С. 108–112.
2. Арушанян, Э.Б. Комплексное взаимодействие супрахиазматических ядер гипоталамуса с эпифизом и полосатым телом – функционально единая система регуляции суточных колебаний поведения / Э.Б. Арушанян // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. – 1996. – Т. 46 – № 1 – С. 15–22.
3. Арушанян, Э.Б. Супрахиазматические ядра гипоталамуса и организация суточного периодизма. В кн.: Ф.И. Комаров, С.И. Рапопорт «Хронобиология и хрономедицина» / Э.Б. Арушанян, Э.В. Бейер. – М.: Триада-Х, 2000. – 488 с. – С. 50–64.
4. Арушанян, Э.Б. Место гиппокампа в биоритмологической организации поведения / Э.Б. Арушанян, Э.В. Бейер // Успехи физиологических наук. – 2001. – Т. 32 – № 1 – С. 79–95.
5. Арушанян, Э.Б. Депрессия и нарушения суточного ритма / Э.Б. Арушанян, В.С. Чудновский // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1988. – Т. 88 – № 4 – С. 126–131.
6. Арушанян, Э.Б. Стриатные дофаминергические механизмы и специфическая активность антидепрессантов / Э.Б. Арушанян, Е.В. Щетинин // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 1994. – Т. 57 – № 3 – С. 60–64.
7. Бернштейн, Н.А. Физиология движений и активность / Н.А. Бернштейн. – М.: Наука, 1990. – 495 с.
8. Виртс-Джастис, А. Хронобиология и аффективные расстройства / А. Виртс-Джастис // Диалоги в клинической нейронауке. – 2003. – Т. 5 – № 4 – С. 315–325.
9. Заморский, И.И. Латеральное ядро перегородки мозга: морфологическая и функциональная организация, роль в формировании хроноритмов / И.И. Заморский, В.Ф. Мыслицкий, В.П. Пишак // Успехи физиологических наук. – 1998. – Т. 29 – № 2. – С. 68–87.
10. Заморский, И.И. Функциональная организация фотопериодической системы головного мозга / И.И. Заморский, В.П. Пишак // Успехи физиологических наук. – 2003. – Т. 34 – № 4 – С. 37–53.
11. Кочетков, Я.А. Мелатонин и депрессия / Я.А. Кочетков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – Т. 107 – № 6 – С. 79–83.
12. Мосолов, С.Н. Хронобиологические аспекты нормотимического действия антиконвульсантов и солей лития (экспериментальное и клиническое полисомнографические

исследования). Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике / С.Н. Мосолов. – М., 1994.

13. Симуткин, Г.Г. Сезонные аффективные расстройства (клинико-конституциональные и хронобиологические аспекты) / Г.Г. Симуткин. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2005. – 360 с.

14. Фактурович, А.Я. Нарушения сна при эндогенных депрессиях. (Обзор) / А.Я. Фактурович // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1985. – Т. 85 – Вып. 4 – С. 602–609.

15. Хананашвили, М.М. Клиническое и прогностическое значение фактора сезонности при эндогенных маниакальных состояниях / М.М. Хананашвили // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – Т. 102 – Вып. 8 – С. 14–17.

16. Emsley, R. The impact of sleep disorders on the course of depression / R. Emsley, M.B. ChB // Medicographia. – 2005. – V. 27. – No 3 – P. 273–278.

REFERENCES

1. Arushanyan E.B. *Epifiz i depressiya* [Epiphysis and depression]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1991, vol. 91, no 6, pp. 108–112 (In Russ.).

2. Arushanyan E.B. *Kompleksnoye vzaimodeystviye suprachiazmaticheskikh yader gipotalamusa s epifizom i polosatym telom – funktsional'no yedinaya sistema regulyatsii sutochnykh kolebaniy povedeniya* [The complex interaction of the suprachiasmatic nuclei of the hypothalamus with the epiphysis and striatum is a functionally unified system for regulating daily fluctuations in behavior]. *Zhurnal vysshey nervnoy deyatel'nosti im. I.P. Pavlova* [Journal of Higher Nervous Activity named after I. P. Pavlov]. 1996, vol. 46, no 1, pp. 15–22 (In Russ.).

3. Arushanyan E.B., Beyer E.V. *Suprachiazmaticheskiye yadra gipotalamusa i organizatsiya sutochnogo periodizma. V kn.: F.I. Komarov, S.I. Rapoport «Khronobiologiya i khronomeditsina»* [Suprachiasmatic nuclei of the hypothalamus and the organization of diurnal periodism. In the book: F. I. Komarov, S. I. Rapoport "Chronobiology and chronomedicine"]. Moscow. Triada-X, 2000, 488 p., pp. 50–64 (In Russ.).

4. Arushanyan E.B., Beyer E.V. *Mesto gippokampa v bioritmologicheskoy organizatsii povedeniya* [The place of the hippocampus in the biorhythmological organization of behavior]. *Uspekhi fiziologicheskikh nauk* [Achievements of physiological sciences]. 2001, vol. 32, no 1, pp. 79–95 (In Russ.).

5. Arushanyan E.B., Chudnovskiy V.S. *Depressiya i narusheniya sutochnogo ritma* [Depression and circadian rhythm disorders]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1988, vol. 88, no 4, pp. 126–131 (In Russ.).

6. Arushanyan E.B., Shchetinin Ye.V. *Striatnyye dofaminergicheskiye mekhanizmy i spetsificheskaya aktivnost' antidepressantov* [Striate dopaminergic mechanisms and specific activity of antidepressants]. *Ekspierimental'naya i klinicheskaya farmakologiya* [Experimental and clinical pharmacology]. 1994, vol. 57, no 3, pp. 60–64 (In Russ.).

7. Bernshteyn N.A. *Fiziologiya dvizheniy i aktivnost'* [Physiology of movements and activity]. Moscow. Nauka. 1990, p. 495 (In Russ.).

8. Virts-Dzhastis A. *Khronobiologiya i affektivnyye rasstroystva* [Chronobiology and affective disorders]. *Dialogi v klinicheskoy neyronauke* [Dialogues in clinical neuroscience]. 2003, vol. 5, no 4, pp. 315–325 (In Russ.).

9. Zamorskiy I.I., Myslitskiy V.F., Pishak V.P. *Lateral'noye yadro peregordki mozga: morfologicheskaya i funktsional'naya organizatsiya, rol' v formirovaniy khronoritmov* [Lateral nucleus of the brain septum: morphological and functional organization, role in the formation of chronorhythms]. *Uspekhi fiziologicheskikh nauk* [Achievements of physiological sciences]. 1998, vol. 29, no 2, pp. 68–87 (In Russ.).

10. Zamorskiy I.I., Pishak V.P. *Funktsional'naya organizatsiya fotoperiodicheskoy sistemy golovnoy mozga* [Functional organization of the photoperiodic system of the brain]. *Uspekhi fiziologicheskikh nauk* [Achievements of physiological sciences]. 2003, vol. 34, no 4, pp. 37–53 (In Russ.).

11. Kochetkov Ya.A. *Melatonin i depressiya* [Melatonin and depression]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2007, vol. 107, no 6, pp. 79–83 (In Russ.).

12. Mosolov S.N. *Khronobiologicheskiye aspekty normotimicheskogo deystviya antikonvul'santov i soley litiya (eksperimental'noye i klinicheskoye polisomnograficheskoye issledovaniya)*. *Antikonvul'santy v psikiatricheskoy i nevrologicheskoy praktike* [Chronobiological aspects of the normotimic effect of anticonvulsants and lithium salts (experimental and clinical polysomnographic studies). Anticonvulsants in

psychiatric and neurological practice]. Moscow. 1994 (In Russ.).

13. Simutkin G.G. *Sezonnyye affektivnyye rasstroystva (kliniko-konstitutsional'nyye i khronobiologicheskiye aspekty)* [Seasonal affective disorders (clinical, constitutional and chronobiological aspects)]. Tomsk. Publ. Tomsk univ. 2005, p. 360 (In Russ.).

14. Fakturovich, A.Ya. *Narusheniya sna pri endogennykh depressiyakh. (Obzor)* [Sleep disorders in endogenous depression. (Review)]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1985, vol. 85, no 4, pp. 602–609 (In Russ.).

15. Khananashvili M.M. *Klinicheskoye i prognosticheskoye znachenie faktora sezonnosti pri endogennykh maniakal'nykh sostoyaniyakh* [Clinical and prognostic significance of the seasonality factor in endogenous manic states]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2002, vol. 102, no 8, pp. 14–17 (In Russ.).

16. Emsley R., ChB M.B. The impact of sleep disorders on the course of depression. *Medicographia*. 2005. V. 27, No 3, P. 273–278 (In English).

Материал поступил в редакцию 13.07.21

SEASONAL AFFECTIVE DISORDERS

D.A. Volodina, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Ural State Medical University,
(620028, Russia, Yekaterinburg, Repina Street, 3)
Email: volod.da@mail.ru

A.R. Antonov, Doctor of Medical Sciences
Ural State Medical University,
(620028, Russia, Yekaterinburg, Repina Street, 3)
Email: volod.da@mail.ru

Abstract. *This paper analyzes the possible mechanisms of the development of seasonal affective disorders. The mismatch of the functioning of the suprachiasmatic nuclei of the hypothalamus and the dorsal suture nuclei, as well as the suprachiasmatic nuclei of the hypothalamus and the retina, is considered as a starting link. The ways of occurrence of speech-motor inhibition are considered. Compensatory mechanisms that can be depleted during the development of seasonal affective disorders are discussed.*

Keywords: *seasonal affective disorders, depression, sleep rhythm, rhythms of internal organs.*

УДК 61

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ

С.Р. Рахимова,

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
(100081, Узбекистан, Ташкент, ул. Кичик халка йули, 2)

Email: cool.lolo@mail.ru

А.Д. Мирзаева,

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
(100081, Узбекистан, Ташкент, ул. Кичик халка йули, 2)

Email: cool.lolo@mail.ru

Р.Р. Курбанова,

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
(100081, Узбекистан, Ташкент, ул. Кичик халка йули, 2)

Email: cool.lolo@mail.ru

Н.А. Акбаева

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
(100081, Узбекистан, Ташкент, ул. Кичик халка йули, 2)

Email: cool.lolo@mail.ru

***Аннотация.** В статью включены данные литературного анализа по аспектам фебрильных судорог, которые имеют важное значение у медиков особенно у педиатров. Однако изучение этой проблемы в неврологии остается открытым вопросом.*

***Ключевые слова:** нервная система, смертность, аспекты, ребенок, температура.*

Фебрильные судороги (ФС) – это состояние, которое формально не является эпилепсией, но традиционно привлекает внимание детских неврологов и эпилептологов, поскольку нередко может служить причиной развития эпилепсии и формирования стойкого интеллектуального и неврологического дефицита.

Как показано в литературе, простые фебрильные судороги – эпилептический приступ единственный (нет повторов в течение 24 ч), короткой продолжительности, генерализованный характер. Около 2/3 всех детей, госпитализированных по поводу фебрильных судорог, имеют именно простой фебрильный приступ. Коротким считается приступ менее 10-15 мин, но в целом простые судороги чаще продолжаются 1-1,5 мин. Клиницистами отмечено, что субъективное восприятие приступа родителями, находящимися в состоянии аффекта, затрудняет точное определение продолжительности приступа – он кажется им гораздо длиннее, чем на самом деле. У ребенка может произойти остановка дыхания, сопровождающаяся бледностью и периоральным цианозом, он может утратить мышечный тонус («обмякнуть») или, наоборот, у него может быть тоническое напряжение

конечностей с клоническими сокращениями в них. Иногда фебрильный приступ описывается родителями как озноб на фоне спутанного состояния сознания. О генерализованном характере приступа, в первую очередь, свидетельствует потеря сознания, при этом дети, как правило, падают. Некоторые авторы относят к критериям диагноза простых фебрильных судорог и нормальный неврологический статус ребенка до приступа, т.е. отсутствие у него каких-либо неврологических проблем. Повышение температуры может не определяться перед приступом, но имеет место сразу после него.

Специалистами был отмечен тот факт, что фебрильные судороги считаются мультифакторным состоянием, в развитии которого принимают участие и генетические факторы, и факторы внешней среды. У значительной части пациентов (от 25 до 40 %) есть указания на фебрильные судороги в анамнезе. В целом риск развития фебрильных судорог составляет 1:5 при наличии, таковых у сибса, 1:3 – если оба родителя имели в детстве фебрильные судороги. В семейных случаях не установлен точный тип наследования, вероятно, он полигенный. В отдельных семьях тип наследования описывается как аутосомно-доминантный с низкой пенетрантностью. Найдено несколько генов, мутации которых предрасполагают к развитию фебрильных судорог, но в клинической практике эти мутации выявлять не принято в связи с их благоприятным прогнозом. Фебрильные судороги могут наблюдаться в рамках отдельных генетических эпилепсий, но в настоящей статье этот вопрос обсуждению не подлежит. Для тех, кто интересуется данным вопросом, рекомендуем ознакомиться со статьей Е.Л. Дадали и соавт. (2016), посвященной этой теме.

Авторами также отмечено, что из факторов внешней среды наибольшую значимость имеет лихорадка. Повышение температуры тела может быть вызвано любыми инфекционными заболеваниями уха, носа и глотки, респираторными и желудочно-кишечными инфекциями. Наиболее частой причиной фебрильных судорог считается средний отит. Несмотря на отсутствие специфичности инфекций, при длительных судорогах и фебрильном статусе описана высокая частота (до 30 %) обнаружения вируса герпеса 6-В типа и предполагается развитие острой вирусемии.

К другим факторам риска развития фебрильных судорог относят также ранний возраст ребенка (до 12 мес жизни), быстрый темп повышения температуры, высокие цифры температуры, вакцинацию (особенно против коклюша и дифтерии, а также против кори-свинки-краснухи), недоношенность и пренатальную гипотрофию.

Клиницистами установлено, что прогноз фебрильных судорог обсуждается до тактики ведения ребенка, так как последняя определяется именно отдельными аспектами прогноза. Летальность при фебрильных судорогах чрезвычайно низка – настолько, что невозможно привести определенные цифры. Датское исследование с охватом 1,6 млн детей с фебрильными судорогами не показало увеличения риска летальности у детей с простыми судорогами, отмечено незначительное увеличение риска при сложных судорогах.

Дальнейший анализ литературных данных показал, что из самого названия ФС, фебрильное повышение температуры тела имеет прямое отношение к этому патологическому состоянию, причем механизмы термогенеза, задействованные в его возникновении, многочисленны и неоднозначны. Хотя ФС являются самым частым неврологическим нарушением в детском возрасте, многие аспекты этой проблемы до сих пор остаются окончательно не изученными и не решенными. Фебрильные судороги (англ. – febrile seizures) – это пароксизмы различной продолжительности, протекающие преимущественно в виде тонических или тонико-клонических припадков в конечностях, возникающие у детей грудного, раннего и дошкольного возраста при температуре тела не менее 37,8-38,5 °С (за исключением судорог, индуцированных инфекциями ЦНС), с вероятной трансформацией впоследствии в афебрильные судороги и эпилепсию. Предшествующее наличие (указание в анамнезе) у детей афебрильных приступов не позволяет рассматривать эпизоды судорог, возникающих на фоне гипертермии, в качестве фебрильных.

По определению ILAE (1993), ФС – это «приступы, отмечающиеся у детей в возрасте старше 1 мес., связанные с фебрильным заболеванием, не вызванным инфекцией ЦНС; без предшествующих судорог в неонатальном периоде и непровоцированных приступов, а также не соответствующие критериям других острых симптоматических приступов». Возраст детей, в котором имеющиеся пароксизмы могут расцениваться как ФС, также неоднократно служил предметом дискуссий. В настоящее время считается, что указанный диагноз правомочен при установлении у детей в возрасте от 6 мес до 4 лет (хотя 4-летние дети уже не относятся к контингенту раннего возраста, которым некоторые авторы ограничивают период установления ФС).

Статистика показала, что еще в начале 20-го века распространенность ФС среди детей была установлена на уровне 4,2 %. В настоящее время в США и странах Европы распространенность ФС составляет около 2–4 %. По данным M.I.Lorin (1982), у 2–4 % детей в возрасте от 6 мес до 5 лет отмечается хотя бы один эпизод ФС. Фебрильные судороги несколько чаще встречаются у мальчиков (примерное соотношение 1,4:1). По мнению J.R.Östergaard (2009), ФС поражают от 2 до 5 % детей в возрасте от 3 до 60 мес. Следует обратить внимание, что этот датский исследователь рассматривает судороги у детей в качестве фебрильных, начиная с 3-месячного (а не 6-месячного) возраста. M.D.Blumstein и M.J.Friedman (2009) указывают, что ФС встречаются у 25 % детей раннего возраста, что совпадает с данными, представленными в более ранних публикациях Подкомитета по ФС (1996), а также G.N. McAbee и J.E. Wark (2000). Известно, что в 93 % случаев первый эпизод ФС отмечается у детей в возрасте от 6 мес до 3 лет.

Отечественными авторами отмечено, что несмотря на отсутствие проведения в последние годы соответствующих эпидемиологических исследований в России, нет оснований полагать, что распространенность ФС в нашей стране отличается от средневропейской или мировой.

Госпитализация, как правило, носит кратковременный характер, так как ребенок с фебрильными судорогами в основном госпитализируется для наблюдения с целью убедиться, что это именно фебрильные судороги, а не другая более серьезная патология.

Специалистами утверждено также, что подавляющему большинству детей неотложная помощь не требуется – приступы у них завершатся до прихода врача, и пациент будет нуждаться только в наблюдении. Неотложная помощь потребует пациентам с длительным фебрильным приступом и фебрильным статусом. Мы уже упоминали, что грань между этими двумя типами фебрильных судорог в настоящий момент стирается. Пациент, как правило, госпитализируется. В стационаре, если приступ продолжается, обеспечивается проходимость дыхательных путей, мониторируются жизненные функции, дается кислород и внутривенно медленно вводится диазепам в дозе 0,5 мг на 1 кг массы тела с максимальной скоростью 5 мг/мин. Терапевтическая концентрация в головном мозге ребенка достигается через 10 с введения, при этом создается впечатление, что эффект наступает «на кончике иглы». Если приступ не прекращается при внутривенном струйном введении, через 10 мин оно повторяется в той же дозировке. Далее осуществляют лечение эпилептического статуса в соответствии с международными рекомендациями, но учитывая ограничения в связи с отсутствием в РФ внутривенных форм фенобарбитала и фенитоина. Если нет эффекта от внутривенного введения диазепама, то переходят на внутривенное введение вальпроата и лево-тирацетама, при отсутствии эффекта применяется наркоз.

В целом авторами отмечено, что при повторных длительных приступах родители пациентов (при соответствующем предварительном обучении) до прибытия скорой помощи могут оказать неотложную помощь ребенку. Если вводится ректальный гель диазепама, то терапевтическое действие наступает через 4–5 мин. Еще одним средством оказания неотложной помощи является буккальный (синоним – оромукозальный, т.е. наносимый на слизистую щеки) мидазолам. За рубежом есть и интраназальная форма мидазолама. Отсутствие эффекта от ректального диазепама или буккального/назального мидазолама

служит поводом для вызова неотложной помощи.

В случае первого простого фебрильного приступа у ребенка старше 18 мес жизни вопрос решается индивидуально: можно обойтись без госпитализации, если ребенок в хорошем состоянии и родители информированы о фебрильных судорогах. Ребенок с повторными приступами может не госпитализироваться, если диагноз фебрильных судорог уже установлен, состояние ребенка после приступа удовлетворительное, никаких неврологических симптомов не возникло, родители информированы. И в том и в другом случае желательно наличие средств для профилактики повторов фебрильных судорог.

Таким образом, подводя итог литературного обзора можно отметить ценность изучения этой проблемы в медицине в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Студеникин, В.М. Фебрильные судороги. / В.М. Студеникин, В.И. Шелковский, С.В. Балканская // Практика педиатра. – 2007. – С. 8–10.
2. Дадали, Е.Л. Наследственные заболевания и синдромы, сопровождающиеся фебрильными судорогами: клинико-генетические характеристики и способы диагностики. / Е.Л. Дадали, А.А. Шарков, И.В. Шаркова и др. // Русский журнал детской неврологии. – 2016. – № 11 (2) – С. 33–41.
3. Мухин, К.Ю. Фебрильные приступы (лекция) / К.Ю. Мухин, М.Б. Миронов, А.Ф. Долинина и др. // Русский журнал детской неврологии. – 2010. – Т. 5 – вып. 2 – С. 17–30.
4. Moreno M.A., Furtner F. Advice for parents. Febrile seizures in children. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2009; P. 872.
5. Nordli D.R.Jr., Moshe S.L., Shinnar S, Hesdorffer D.C., Sogawa Y, Pellock J.M., Lewis D.V. et al. Acute EEG findings in children with febrile status epilepticus: results of the FEBSTAT study. Neurology 2012; 79(22): P. 2180-2186.
6. Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 27th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. 2006: P. 992.

REFERENCES

1. Studenikin V.M., Shelkovskiy V.I., Balkanskaya S.V. *Febril'nyye sudorogi* [Febrile convulsions]. *Praktika peditra* [Pediatrician's practice]. 2007, pp. 8–10 (In Russ.).
2. Dadali Ye.L., Sharkov A.A., Sharkova I.V. *Nasledstvennyye zabolevaniya i sindromy, soprovozhdayushchiyesya febril'nymi sudorogami: kliniko-geneticheskiye kharakteristiki i sposoby diagnostiki* [Hereditary diseases and syndromes accompanied by febrile seizures: clinical and genetic characteristics and methods of diagnosis]. *Russkiy zhurnal detskoy nevrologii* [Russian Journal of Pediatric Neurology]. 2016, no 11 (2), pp. 33–41 (In Russ.).
3. Mukhin K.Yu., Mironov M.B., Dolinina A.F. *Febril'nyye pristupy (lektsiya)* [Febrile seizures (lecture)]. *Russkiy zhurnal detskoy nevrologii* [Russian Journal of Pediatric Neurology]. 2010, vol. 5, no 2, pp. 17–30 (In Russ.).
4. Moreno M.A., Furtner F. Advice for parents. Febrile seizures in children. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2009; P. 872 (In English).
5. Nordli D.R.Jr., Moshe S.L., Shinnar S, Hesdorffer D.C., Sogawa Y, Pellock J.M., Lewis D.V. et al. Acute EEG findings in children with febrile status epilepticus: results of the FEBSTAT study. Neurology 2012; 79(22): P. 2180-2186 (In English).
6. Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 27th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. 2006: P. 992 (In English).

Материал поступил в редакцию 12.07.21

CLINICAL ASPECTS OF FEBRILE CONVULSIONS

S.R. Rakhimova,

Republican Research Centre of Emergency Medicine
(100081, Uzbekistan, Tashkent, St. Kichik halka yuli, 2)

Email: cool.lolo@mail.ru

A.D. Mirzaeva,

Republican Research Centre of Emergency Medicine
(100081, Uzbekistan, Tashkent, St. Kichik halka yuli, 2)

Email: cool.lolo@mail.ru

R.R. Kurbanova,

Republican Research Centre of Emergency Medicine
(100081, Uzbekistan, Tashkent, St. Kichik halka yuli, 2)

Email: cool.lolo@mail.ru

N.A. Akbaeva,

Republican Research Centre of Emergency Medicine
(100081, Uzbekistan, Tashkent, St. Kichik halka yuli, 2)

Email: cool.lolo@mail.ru

Abstract. *The article includes data from the literature analysis on aspects of febrile seizures, which are important for doctors, especially for pediatricians. However, the study of this problem in neurology remains an open question.*

Keywords: *nervous system, mortality, aspects, child, temperature.*

УДК 616-08-039.11

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК ОСНОВА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Т.С. Джолдыбеков, кандидат медицинских наук,
доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии
Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова
(050000, Казахстан, г. Алматы, ул. Толе Би, 94)
Email: joldybekov.timur@gmail.com

Ж.А. Утегенова, кандидат медицинских наук,
доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии
Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова
(050000, Казахстан, г. Алматы, ул. Толе Би, 94)
Email: utegenova.zhanna@gmail.com

М.Ж. Калиакбарова, резидент 1 года обучения
Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова
(050000, Казахстан, г. Алматы, ул. Толе Би, 94)
Email: maral9595@mail.ru

Т.К. Алжаппар, резидент 1 года обучения
Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова
(050000, Казахстан, г. Алматы, ул. Толе Би, 94)
Email: togzhan.alzhapparova@gmail.com

З.А. Самут, резидент 1 года обучения
Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова
(050000, Казахстан, г. Алматы, ул. Толе Би, 94)
Email: z.samut@yandex.ru

***Аннотация.** В статье представлены результаты литературного обзора по теме энтерального питания у пациентов, перенесших инсульт и находящихся в отделении интенсивной терапии. Целью нашего исследования является определение эффективности раннего энтерального питания в остром периоде инсульта.*

***Ключевые слова:** острое нарушение мозгового кровообращения, инсульт, нутритивная поддержка, искусственное питание, энтеральное питание.*

Актуальность проблемы. Установлено, что более у 50 % пациентов, которые находятся в отделениях интенсивной терапии, отмечаются признаки нутритивной недостаточности, что ведет к нарушению белково-энергетического обмена. Усовершенствование

технологий интенсивной терапии пациентов, находящихся в критических состояниях различной этиологии, сопровождалось нарастанием прецедентов полиорганной недостаточности, стремительным снижением массы тела у таких пациентов, что приводило к «госпитальному истощению», а также способствовало увеличению количества летальности и приводило к осложнениям. Дефицит питательных веществ ведет к нарушениям метаболизма и иммунитета, которые в значительной степени снижают эффективность лечения пациентов в критических состояниях, увеличивает продолжительность их госпитализации в отделении интенсивной терапии (ОИТ) и связанные с этим расходы на лечение [7].

Инсульт является одной из частых причин инвалидности и смертности во всем мире. По оценкам ВОЗ, в период с 1990 по 2020 год в мире произошло увеличение смертности от инсульта на 78 % среди женщин и на 106 % среди мужчин [13]. Инсульт порождает широкий спектр проблем, которые влияют на способность пациента есть и пить, в том числе дисфагию, неправильную осанку, ограничение двигательной активности (парезы, параличи). Многочисленные исследования пытались установить частоту дисфагии после инсульта, частота составила от 23 % до 78 % [16, 17]. В свою очередь, дисфагия может привести к другим осложнениям, таким как обезвоживание, недостаточное питание, аспирационная пневмония. С целью предотвращения вышеуказанных осложнений рациональным является установка назогастрального зонда, посредством которого осуществляется дальнейшее кормление пациента и доставка лекарственных средств. Раннее зондовое кормление связано с улучшением выживаемости после инсульта, поэтому пациентам рекомендуется начинать зондовое питание в течение 24 часов после поступления в больницу [5, 9].

Введение. В общепринятом понимании к энтеральному питанию относят естественное, пероральное питание, так как при этом питательные вещества (нутриенты) всасываются в кровь через желудочно-кишечный тракт и включаются в метаболизм [6]. Хотя в отечественных литературных источниках под энтеральным питанием подразумевают в основном искусственное питание [2]. Главное его отличие от обычного (естественного) питания является субстрат. В первом случае это пища, а при энтеральном искусственном питании – это искусственно полученные питательные смеси.

Первые попытки его использования как альтернативы при невозможности обычного питания при болезни или травме принимались издревле. Согласно источникам, еще в Древнем Египте 3500 лет назад жрецы-врачи применяли питательные клизмы [12]. Ректальное питание широко использовалось в медицине и назначалось пациентам вплоть до конца XIX в. Пока в 1910 г. М. Эйнгорн (Einhorn M.) не выступил с критикой данного метода. И выступил с предложением вводить питательную смесь (молоко, яйца) через желудочный или дуоденальный зонд непосредственно в верхние отделы ЖКТ, когда обычное питание невозможно или нежелательно [14].

Первые попытки зондового внутрижелудочного питания начались еще в XVII-XVIII вв. В 1617 г. И. Фабриций (Fabricius H.) производил питание больному столбняком с помощью серебряной трубки, которая вводилась в пищевод. А уже в 1793 г. королевский хирург Англии Дж. Хантер (Hunter J.) в качестве желудочного зонда воспользовался китовый ус, который обернул кожей угря. Так пациенту с параличом вводилось зондовое питание, в составе из молока, яиц, сахара, студня [4].

Основное же развитие энтерально-зондовое питание получило лишь в XX в., после создания состава искусственных питательных смесей и специальных зондов [8, 15]. Это были питательные смеси для грудных детей, произведенные искусственным путем. Затем были созданы смеси и для взрослых пациентов.

Методы исследования. Нами был проведен библиографический поиск в базе данных Cochrane, PubMed и другой литературы по энтеральному питанию. Рассматривались мета-анализ, рандомизированные клинические исследования, систематические обзоры за последние 5 лет, на русском и английском языках. Использовались ключевые слова как “nutrition in stroke patient”, “nasal feeding”, “nasogastral tube in stroke patient”. Было

проанализировано более 20 литературных источников.

Задержка в питании и признаки гидратации выявляются уже на раннем этапе острого периода инсульта [21]. Дефицит питания ведет к развитию синдрома гиперметаболизм – гиперкатаболизма, который сопровождается развитием энергодефицита и неспособностью поддержания нулевого азотистого баланса, что приводит к замедлению репаративных процессов [15-17]. Искусственное питание проводится двумя путями: энтеральным и парентеральным. В выборе между ними, ряд авторов предпочитают энтеральное, так как поступление нутриентов через желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) наиболее физиологично. Питание посредством назогастрального зонда приводит к восстановлению физиологичной активности, улучшению функции и моторики желудка [18]. Помимо этого, при отсутствии химуса в кишечнике более 72 часов возможны диспепсические расстройства как дистрофия и атрофия слизистой, нарушение пристеночного и внутрисполостного всасывания, и барьерной функции [3]. При остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК) системная стрессовая реакция сказывается на состоянии ЖКТ. Массивный выброс катехоламинов и централизация кровообращения приводят к деструктивным изменениям слизистой оболочки желудка и кишечника, у 60 % пациентов при эзофагогастроуденоскопии были выявлены острые изменения в слизистой ^[1]. Поэтому помимо установки назогастрального зонда необходимо кислотное подавление желудка (H₂-блокаторами, ИПП, фармаконутриентами). Альтернативным способом активной гастропротекторной терапии является периодическое (раз в 3-4 часа) промывание желудка прохладной водой для удаления агрессивной желудочной среды. Немаловажную роль играет оценка эффективности НП, маркерами являются трансферрин и преальбумин [10]. По данным анализов лабораторных исследований на клинической базе Городской Клинической Больницы № 4 г. Алматы у 30 % критически тяжелых пациентов наблюдалась гипоальбуминемия до 30 г/л, а парез кишечника и кишечная недостаточность – у 5 пациентов. У пациентов с ОНМК следует поддерживать микробиотоз кишечника, назначая пробиотики и пребиотики. Также необходимо поддерживать водный баланс, было предложено вводить 25 % жидкости от объема применяемой нутриционной поддержки (НП).

Заключение. Питание является не только одним из этапов ухода за тяжелобольными, но и выступает как один из первостепенных методов интенсивной терапии. Нутритивная поддержка должна быть своевременна (в первые 24 часа), адекватной и оптимальной. В остром и острейшем периоде необходимо выбирать энтеральное питание. Энтеральное питание, очевидно, остается приоритетным у пациентов, перенесших инсульт (ОНМК) и находящихся в отделении интенсивной терапии.

Правильное применение нутритивной поддержки позволяет:

1. снизить стрессовую реакцию на слизистую ЖКТ, тем самым снижая риск развития деструктивных изменений, острых язв;
2. снизить частоту желудочно-кишечных кровотечений из острых язв;
3. снизить выраженность гиперметаболического синдрома;
4. снизить риск инфекционных осложнений и развития синдрома полиорганной недостаточности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ануфриев, В.А. Искусственное питание как компонент базисной терапии церебрального инсульта. Рекомендации по ведению больных. / В.А. Ануфриев, А.В. Ярославцев // Лечебное дело. 4. – 2009.
2. Костюченко, А.Л. Энтеральное искусственное питание в клинической медицине / А.Л. Костюченко, О.Г. Железный, А.К. Шведов. – Петрозаводск, 2001. – 202 с.
3. Луфт, В.М. Нутритивная поддержка пациентов в клинической практике. / В.М. Луфт // Вестник военно-медицинской академии. – 1997. – 120 с.
4. Лященко, Ю.Н. Энтеральное питание: история, современное состояние и перспективы развития. Часть 1. История энтерального питания / Ю.Н. Лященко // Клиническое питание. – 2004. – № 3 – С. 20–25.

5. Методические рекомендации // Королевский колледж врачей (RCP) – 2016.
6. Основы клинического питания/ под. ред. Л. Сobotки: пер. с. англ. – Петрозаводск, 2003. – 412 с.
7. Попова, Т.С. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях / Т.С. Попова, А.Е. Шестопалов, Т.Ш. Тамазешвили и др. – М.: Издат. дом «М-Вест», 2002. – 320 с.
8. Abbott WO, Rawson AJ. A tube for use in postoperative care of gastroenterostomy patients. JAMA 1939; 112: 2114.
9. Anne Rowat. Enteral tube feeding for dysphagic stroke patients. 2015.
10. Appleton R.T., Kinsella J., Quasim T. The incidence of intensive care unit – acquired weakness syndromes: A systematic review. Intensive Care. 2015; 16 (2): 126-136. doi:10.1177/1751143714563016.
11. Beavan J. Update on management options for dysphagia after stroke. British Journal of Neuroscience Nursing. 2015; 11:10-19. doi: 10.12986/ bjnn. 2015. 11.sup 2.10
12. Bonsmann M, Hardt W, Lober CG. The historical development of artificial enteral alimentation. AnaesthesiaIntenvivmed 1993; 34: 207-10.
13. Chen Ya Huang. Nutrition and stroke. //Asia Pac J ClinNutr – 2007, 16 (Suppl 1):266-274.
14. Einhorn M. Duodenal alimentation. Med. Res 1910; 78: 92–95.
15. Fallis LS, Barron J. Gastric and jejunal alimentation with fine polyethylene tubes. Arch Surg 1952; 65: 373-81.
16. Gonza'lez-Ferna'ndez M, Ottenstein L, Atanelov L, Christian AB. Dysphagia after stroke: an overview // CurrPhys Med Rehabil Rep. – 2013; 1 (3): 187Y196.
17. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. Stroke // 2005; 36 (12): 2756Y2763.
18. Rabadi et al, 2008; Nii et al, 2016.
19. Rowat A. Enteral tube feeding for dysphagic stroke patients. British Journal of Nursing. 2015; 24:138-144. doi:10.12986/bjon.2015.24.3.138.
20. Scottish Stroke Care Audit: 2013 National Report of Stroke Services in Scottish Hospitals. 2013. December 3, 2016.
21. Sophie Brazier, Stephen J Taylor, Kaylee Allan, Rowan Clemente, Deirdre Toher. 2017 Jun 22; 26 (12): 656-663. doi: 10.12968/bjon.2017.26.12.656.

REFERENCES

1. Anufriev V.A., Yaroslavcev A.V. *Iskusstvennoe pitanie kak komponent bazisnoy terapii tserebral'nogo insulta. Rekomendatsii po vedeniyu bol'nykh* [Artificial nutrition as a component of the basic therapy of cerebral stroke. Recommendations for the management of patients]. *Lechebnoe delo* [Medical business]. 4. 2009 (In Russ.).
2. Kostyuchenko A.L., Zheleznyy O.G., Shvedov A.K. *Enteral'noe iskusstvennoe pitanie v klinicheskoy meditsine* [Enteral artificial nutrition in clinical medicine]. Petrozavodsk. 2001. 202 p. (In Russ.).
3. Luft V.M. *Nutritivnaya podderzhka patsientov v klinicheskoy praktike* [Nutritional support of patients in clinical practice]. *Vestnik voenno-medicinskoy akademii* [Bulletin of the Military Medical Academy]. 1997, p. 120 (In Russ.).
4. Lyashchenko Yu.N. *Enteral'noe pitanie: istoriya, sovremennoe sostoyanie i perspektivy razvitiya. Chast' 1. Istoriya enteral'nogo pitaniya* [Enteral nutrition: history, current state and prospects of development. Part 1. History of enteral nutrition]. *Klinicheskoe pitanie* [Clinical nutrition]. 2004, no 3, pp. 20–25 (In Russ.).
5. *Metodicheskie rekomendatsii* [Methodological recommendations]. *Korolevskiy kolledzh vrachey* [Royal College of Physicians]. (RCP). 2016 (In Russ.).
6. *Osnovy klinicheskogo pitaniya. pod. red. L. Sobotki: per. s. angl.* [Fundamentals of clinical nutrition / ed. by L. Sobotka: trans. s. engl.]. Petrozavodsk. 2003. 412 p. (In Russ.).
7. Popova T.S., Shestopalov A.E., Tamazeshvili T.Sh. *Nutritivnaya podderzhka bol'nykh v kriticheskikh sostoyaniyakh* [Nutritional support for patients in critical conditions]. Moscow. Publ. dom «M-Vest». 2002. 320 p. (In Russ.).
8. Abbott WO, Rawson AJ. A tube for use in postoperative care of gastroenterostomy patients. JAMA 1939; 112: 2114 (In English).
9. Anne Rowat. Enteral tube feeding for dysphagic stroke patients. 2015 (In English).
10. Appleton R.T., Kinsella J., Quasim T. The incidence of intensive care unit – acquired weakness syndromes: A systematic review. Intensive Care. 2015; 16 (2): 126-136. doi:10.1177/1751143714563016 (In

English).

11. Beavan J. Update on management options for dysphagia after stroke. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 2015; 11: 10-19. doi: 10.12986/ bjnn.2015.11.sup2.10 (In English).
12. Bonsmann M, Hardt W, Lober CG. The historical development of artificial enteral alimentation. *AnaesthesiaIntenvivmed* 1993; 34: 207-10 (In English).
13. Chen Ya Huang. Nutrition and stroke. // *Asia Pac J ClinNutr*. 2007, 16 (Suppl 1): 266–274 (In English).
14. Einhorn M. Duodenal alimentation. *Med. Res* 1910; 78: 92–95 (In English).
15. Fallis LS, Barron J. Gastric and jeunal alimentation with fine polyethylene tubes. *Arch Surg* 1952; 65: 373–81 (In English).
16. Gonza ´lez-Ferna ´ndez M, Ottenstein L, Atanelov L, Christian AB. Dysphagia after stroke: an overview // *CurrPhys Med Rehabil Rep*. – 2013; 1 (3): 187Y196 (In English).
17. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke* // 2005;36(12):2756Y2763 (In English).
18. Rabadi et al, 2008; Nii et al, 2016 (In English).
19. Rowat A. Enternal tube feeding for dysphagic stroke patients. *British Journal of Nursing*. 2015; 24: 138–144. doi:10.12986/bjon.2015.24.3.138 (In English).
20. Scottish Stroke Care Audit: 2013 National Report of Stroke Services in Scottish Hospitals. 2013. December 3, 2016 (In English).
21. Sophie Brazier, Stephen J Taylor, Kaylee Allan, Rowan Clemente, Deirdre Toher. 2017 Jun 22;26(12):656-663. doi: 10.12968/bjon.2017.26.12.656 (In English).

Материал поступил в редакцию 23.06.21

ENTERAL NUTRITION AS THE BASIS OF INTENSIVE THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT

T.S. Dzholdybekov, Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the Department of Anesthesiology and Resuscitation
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
(050000, Kazakhstan, Almaty, St. Tole Bi, 94)
Email: joldybekov.timur@gmail.com

Zh.A. Utegenova, Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the Department of Anesthesiology and Resuscitation
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
(050000, Kazakhstan, Almaty, St. Tole Bi, 94)
Email: utegenova.zhanna@gmail.com

M.Zh. Kaliakbarova, 1st year Resident
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
(050000, Kazakhstan, Almaty, St. Tole Bi, 94)
Email: maral9595@mail.ru

T.K. Alzhappar, 1st year Resident
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
(050000, Kazakhstan, Almaty, St. Tole Bi, 94)
Email: togzhan.alzhapparova@gmail.com

Z.A. Samut, 1st year Resident
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
(050000, Kazakhstan, Almaty, St. Tole Bi, 94)
Email: z.samut@yandex.ru

***Abstract.** The article presents the results of a literature review on the topic of enteral nutrition in patients who have suffered a stroke and are in the intensive care unit. The purpose of our study is to determine the effectiveness of early enteral nutrition in the acute period of stroke.*

***Keywords:** acute cerebrovascular accident, stroke, nutritional support, artificial nutrition, enteral nutrition.*

УДК 61

ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО ОТЯГОЩЕНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

В.В. Бабич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии
Санкт-Петербургский медико-социальный институт
(195271, Россия, Санкт-Петербург, Кондратьевский проспект, 72А)
Email: vasvlbabich@yandex.ru

Аннотация. Данная статья посвящена изучению влияния соматического отягощения на эффективность стоматологической реабилитации.

Ключевые слова: соматические отягощения, стоматология, реабилитация.

В соответствии с И.С. Рубиновым в нервно-рецепторном аппарате возможны следующие типы реагирования: нормальное физиологическое протекание нервных процессов, хорошая адаптация и адекватная перестройка рефлексов; нарушенный ритм протекания нервных процессов, дисфункция, пониженная перестройка рефлексов. Понятие «функциональная система» предложил академик П.К. Анохин (1973). Функциональные системы организма складываются из динамически мобилизуемых структур в масштабе целого организма (функциональный принцип выборочной мобилизации структур является доминирующим). Адаптация – это формирование определенной функциональной доминирующей системы. Начальный этап адаптационной реакции возникает непосредственно после начала действия раздражителя, и может реализоваться лишь на основе готовых, ранее сформировавшихся физиологических механизмов. До лечения у пациента уже имеется сформированный индивидуальный функционально-физиологический баланс, подкрепленный устойчивыми рефлекторными связями (Баевский Р.М., Берсенева А.П., 1997). По мнению физиологов Меерсона Ф.З. и Пшенниковой М.Г., эффективность адаптации зависит от длительности воздействия последующей мобилизации функциональной системы, что приводит к развитию «долговременной» адаптации (когда в зубочелюстном аппарате возникают изменения, обеспечивающие увеличение ее функциональных возможностей), это осуществляется системой, непосредственно реагирующей на раздражитель (зубочелюстной аппарат), а также стресс-реализующими адренергическими и гипофизарно-адреналовой системами. По мнению академика А.М. Вейна (1998), адаптационная реакция организма протекает в зависимости от силы воздействующего фактора, времени воздействия и возможностей организма, которые определяются наличием функциональных и метаболических ресурсов. Адаптационные возможности зависят от типа высшей нервной деятельности, возраста, состояния организма (наличия сопутствующих заболеваний). При соматическом отягощении, в случае значительной силы воздействия или большой продолжительности внешнего фактора (ортопедического лечения), возникает выраженное напряжение регуляторных систем, включая симпатoadреналовую систему и корковые механизмы регуляции, возможна декомпенсация, что проявляется в отсутствии клинического эффекта. В данной работе использован системный подход, позволяющий оценить состояние зубочелюстного аппарата

и функциональное состояние организма (соматический статус). Среди сопутствующих заболеваний наиболее выражена эндокринная патология, сердечно-сосудистая патология (гипертоническая болезнь), остеохондроз.

Выводы.

1. При планировании стоматологического лечения необходимо учитывать возраст и соматический статус больного.

2. При наличии выраженного соматического отягощения существует высокий риск развития ятрогенных осложнений, либо осложнение основного заболевания. При этом требуется предварительное комплексное лечение с привлечением других специалистов (по показаниям); поэтапное протезирование с использованием временных ортопедических конструкций.

Материал поступил в редакцию 19.05.21.

**INFLUENCE OF SOMATIC BURDEN
ON THE EFFECTIVENESS OF DENTAL REHABILITATION**

V.V. Babich, Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the Department of Orthopedic Dentistry
Saint-Petersburg Medico-Social Institute
(195271, Russia, Saint Petersburg, Kondratyevsky Avenue, 72A)
Email: vasvlbabich@yandex.ru

***Abstract.** This article is devoted to the study of the influence of somatic burden on the effectiveness of dental rehabilitation.*

***Keywords:** somatic burden, dentistry, rehabilitation.*

УДК 616.314

ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОЛНОМ ВТОРИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В.В. Бабич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии
Санкт-Петербургский медико-социальный институт
(195271, Россия, Санкт-Петербург, Кондратьевский проспект, 72А)
Email: vasvlbabich@yandex.ru

***Аннотация.** В данной статье анализируются особенности ортопедического лечения при полном вторичном отсутствии зубов у пациентов пожилого и старческого возраста.*

***Ключевые слова:** ортопедическое лечение, пожилой возраст, стоматология.*

Пациенты с полным вторичным отсутствием зубов, как правило, люди пожилого и старческого возраста (63-87 лет). Сложность протезирования связана с фиксацией и стабилизацией протезной конструкцией во время жевания и речи. Врач-стоматолог-ортопед должен внимательно оценить соматический статус пациента, причины утраты зубов, степень атрофии кости альвеолярной части нижней челюсти и альвеолярного отростка верхней челюсти; а также уделить значительное внимание клиническим этапам ортопедического лечения [1-4]. Метод определения центрального соотношения челюстей значительно затруднен у пациентов с полным вторичным отсутствием зубов, особенно это объясняется значительной атрофией протезного ложа на верхней и нижней челюстях («плавающий» нижнечелюстной полный съемный протез). Дополнительную сложность создает деформация воскового прикусного шаблона. На этапе определения соотношения челюстей с помощью восковых прикусных шаблонов с валиками врач вынужден постоянно их повторно припасовывать на моделях, а затем охлаждать. Это требует дополнительных затрат времени и приводит к значительной погрешности в точности определения центрального соотношения челюстей, учащает коррекции протезных конструкций. Значительно упрощает процесс определения центрального соотношения челюстей при полном съемном протезировании метод определения с использованием жестких акриловых базисов с восковыми прикусными валиками, когда прикусные валики фиксируются на поверхности жесткого базиса (индивидуальной ложки). Это облегчает работу и уменьшает временные затраты врачу и зубному технику. Для удобства фиксации прикусных валиков и возможности повторной перепроверки центрального соотношения необходимо создать специальные фиксирующие пазы в воске. Снятие оттисков предпочтительнее в прикусе (при значительной атрофии и во избежание неравномерного или чрезмерного давления на слизистую оболочку возможно раздельное снятие оттисков врачом вручную).

Величина функционального покоя определяется с помощью измерения двух отмеченных точек у основания носа и на подбородке [5, 8], всегда превышает величину разобщения в состоянии центрального соотношения челюстей на величину межжюкклюзионного пространства [6, 9, 10]. Определив величину функционального покоя, начинают с оформления верхнечелюстного прикусного шаблона (планирование оптимальной для пациента постановки искусственных зубов), затем отмечая анатомические ориентиры. Кроме величины функционального покоя, мы можем ориентироваться на межальвеолярную высоту, зафиксированную на прежних (частичных или полных съемных) ортопедических конструкциях. В случае длительного ношения пациентом полных съемных протезов и отсутствии жалоб, но при наличии объективных признаков износа базисного материала и

искусственных зубов (трещины, изменение цвета, стертость искусственных зубов) часто снятие оттисков корригирующей силиконовой или полиэфирной массой производят в положении центрального соотношения (в прикусе), используя протезные конструкции как индивидуальные ложки; при необходимости перед снятием оттисков их можно окантовать воском или специальным силиконовым материалом. В данном случае следующим этапом будет уже примерка восковых моделей протезных конструкций (что также экономит время и уменьшает число коррекций).

Величина функционального покоя определяется комплексом анатомических ориентиров в состоянии максимально возможного фациального мышечного расслабления (в сочетании с фонетическими пробами); в состоянии, при котором мы можем наблюдать смыкание губ без напряжения [5, 7, 11].

Определение центрального соотношения на жестких базисах позволяет точно и в оптимальном для больного положении фиксировать межальвеолярное расстояние. В таком случае больные более успешно адаптируются к протезным конструкциям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воронов, А.П. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов / А.П. Воронов, И.Ю. Лебедеко. – М., Медпрессинформ., 2006. – 320 с.
2. Калинина, Н.В. Протезирование при полной утрате зубов / Н.В. Калинина, В.А. Загорский. – М., 1990. – 138 с.
3. Kurt Fiedler. Полные BPS – протезы с системой для достижения поставленной цели / Kurt Fiedler. – Москва, 2006. – 200 с.
4. Фисенко, Г.П. Корреляция между конфигурацией нёбного свода, функцией речи и частичными съемными протезами верхней челюсти. / Автореферат дисс. ... канд. мед. наук / Г.П. Фисенко. – Л., 1986.
5. Basker, R.M. Prosthetic treatment of the edentulous subjects. / R.M. Basker, J.C. Davenport // J. Oral Rehabil. – 1976. – 3: 353-8.
6. Dawson, P. Evaluation, diagnosis, and treatment of occlusal problems. 2nd ed. / P. Dawson. – St. Louis: CV Mosby; 1989. – P. 56-71, 500–510.
7. Fayz, F. Determination of occlusal vertical dimension: a literature review. / F. Fayz, A. Eslami // J. Prosthet. Dent. – 1988. – 59: 321–323.
8. Geers G.A. V.M., Stuhlinger M.E., Nel D. G. Полные съемные протезы, цель успешного лечения. J. Prosthet. Dent. 2004;91:59-66.
9. Smukler, H. Equilibration in the natural and restored dentition / H. Smukler. – Chicago: Quintessence Publishing, 1991. – P. 46–48.
10. The glossary of prosthodontic terms. J. Prosthet. Dent. – 1999; 81:39–110.
11. Toolson, L.B. Clinical measurement and evaluation of vertical dimension. / L.B. Toolson, D.E. Smith // J. Prosthet. Dent. – 1982. – 47: 236–241.

REFERENCES

1. Voronov A.P., Lebedenko I.Yu. *Ortopedicheskoye lecheniye bol'nykh s polnym otsutstviyem zubov* [Orthopedic treatment of patients with complete absence of teeth]. Moscow. Medpressinform. 2006, 320 p. (In Russ.).
2. Kalinina N.V., Zagorskiy V.A. *Protezirovaniye pri polnoy utrate zubov* [Prosthetics for complete loss of teeth]. Moscow. 1990, 138 p. (In Russ.).
3. Kurt Fiedler. *Polnyye BPS – protezy s sistemoy dlya dostizheniya postavlennoy tseli* [Complete BPS prostheses with a system to achieve the goal]. Moscow. 2006, 200 p. (In Russ.).
4. Fisenko G.P. *Korrel'yatsiya mezhdru konfiguratsiyey nyobnogo svody, funktsiyey rechi i chastichnymi s'yemnymi protezami verkhney chelyusti. Avtoreferat diss. ... kand. med. nauk* [Correlation between palatine arch configuration, speech function, and partial removable maxillary prostheses. Thesis]. L. 1986 (In Russ.).
5. Basker R.M., Davenport J.C. Prosthetic treatment of the edentulous subjects. J. Oral Rehabil. 1976, no 3, pp. 353–358 (In English).
6. Dawson P. Evaluation, diagnosis, and treatment of occlusal problems. 2nd ed. St. Louis: CV Mosby; 1989, P. 56-71, 500–510 (In English).

7. Fayz F., Eslami A. Determination of occlusal vertical dimension: a literature review. J. Prosthet. Dent. 1988, no 59, pp. 321–323 (In English).
8. Geers G.A. V.M., Stuhlinger M.E., Nel D. G. Full dentures, the aim of successful treatment. J. Prosthet. Dent. 2004;91:59-66
9. Smukler H. Equilibration in the natural and restored dentition. Chicago: Quintessence Publishing, 1991, P. 46–48 (In English).
10. The glossary of prosthodontic terms. J. Prosthet. Dent. 1999, no 81, pp. 39–110 (In English).
11. Toolson L.B., Smith D.E. Clinical measurement and evaluation of vertical dimension. J. Prosthet. Dent. 1982, no 47, pp. 236–241 (In English).

Материал поступил в редакцию 19.05.21.

FEATURES OF ORTHOPEDIC TREATMENT WITH COMPLETE SECONDARY ABSENCE OF TEETH IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

V.V. Babich, Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the Department of Orthopedic Dentistry
Saint-Petersburg Medico-Social Institute
(195271, Russia, Saint Petersburg, Kondratyevsky Avenue, 72A)
Email: vasvlbabich@yandex.ru

***Abstract.** This article analyzes the features of orthopedic treatment with complete secondary absence of teeth in elderly and senile patients.*

***Keywords:** orthopedic treatment, old age, dentistry.*

УДК 61

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБНОЙ ПАСТЫ «LACALUT АКТИВ»

В.В. Бабич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии
Санкт-Петербургский медико-социальный институт
(195271, Россия, Санкт-Петербург, Кондратьевский проспект, 72А)
Email: vasvlbabich@yandex.ru

Аннотация. В статье приведены данные об использовании пациентами при ежедневном уходе за полостью рта зубной пасты “Lacalut aktiv”.

Ключевые слова: зубная паста “Lacalut aktiv”, “Parodontax”.

Сложность протезирования пациентов после проведенной имплантации связана с поддержанием пациентами соответствующего уровня гигиены; что является существенным аргументом при вопросе пациента о долговечности установленной конструкции и возможности гарантировании проведенного лечения. Врач стоматолог-ортопед должен внимательно оценить соматический статус пациента, причины утраты зубов; и конечно уделить особое внимание соблюдению пациентом режима индивидуальной гигиены полости рта [1-3, 7].

Цель исследования

Повышение эффективности индивидуальной гигиены полости рта у пациентов при несъемном протезировании на имплантатах.

Материалы и методы

В период с 2019 по 2020 годы обследовано 34 пациента с протезированием несъемными металлокерамическими конструкциями на винтовой фиксации. Количество опор у всех обследованных было от 1 до 3. Все имплантаты (имплантационная система *ASTRA TECH*) расположены вблизи естественных (интактных) зубов в области жевательных сегментов зубных рядов.

Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – 17 человек регулярно пользовались пастой “Parodontax” и 2-я группа – 17 человек регулярно пользовались “Lacalut aktiv”; пациенты были обследованы через 2 недели, через 1 месяц, и через 3 месяца.

С помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса **РМА** (Massler M., Shour I., 1947) можно оценить объем и выраженность воспалительных реакций в пародонте; преобразуя полученные данные в абсолютных числах или в процентах (Parma S., 1960).

Оценку проводят следующим образом:

отсутствие воспаления – 0;

(Р) воспаление сосочков – 1;

(М) воспаление сосочка и маргинальной десны – 2 балла;

(А) воспаление маргинальной и альвеолярной десны – 3 балла.

$$РМА = \frac{\text{сумма показателей в баллах}}{3 \times \text{число обслед. зубов}} \times 100 \%$$

Оценку индекса РМА проводят следующим образом: до 30 % (легкая степень); 31-60 % – (средняя степень); больше 60 % (тяжелая степень).

Результаты

Главная цель лечения заболеваний пародонта – это ликвидация воспалительного

процесса, который начинается в области зубодесневого соединения, и при распространении далее, – вовлекает в патологический процесс все ткани пародонта [1].

Лечение заболеваний пародонта должно включать местное и общее лечение с использованием эффективных консервативных, хирургических и физиотерапевтических процедур, периодического диспансерного наблюдения пациентов; а также индивидуальных мер по профилактике заболеваний пародонта [2].

Индивидуальная гигиена полости рта должна проводиться для улучшения состояния тканей и органов полости рта, а также в дальнейшем для поддержания их на соответствующем уровне [3].

Через 1 месяц и 3 месяца мы наблюдали нормализацию показателей РМА во 2-ой группе, где пациенты пользовались пастой “Lacalut aktiv” по сравнению с пациентами из 1-ой группы, где динамика практически отсутствовала. Разница в значениях в группах была существенной, статистически достоверной; $p < 0,05$ (Y^2 , Y^2 Пирсона, метод Фишера).

Морфогистологическая картина в тканях, окружающих имплантаты существенно отличается от тканей пародонта здорового зуба (отсутствует периодонтальная связка и трофика осуществляется без коллатералей, а исключительно через надкостницу). Индивидуальная гигиена является наиболее важным фактором, который гарантирует стабильность результатов стоматологическо-ортопедического лечения, а тем более протезирования с опорой на имплантаты [4-7].

Содержание Хлоргексидина в зубных пастах и других средствах гигиены играет существенную роль в том случае, если гигиена в труднодоступных местах зубного ряда затруднена [8]. Это является дополнительным преимуществом зубной пасты “Lacalut aktiv”. Помимо Хлоргексидина, зубная паста “Lacalut aktiv” содержит и приятные вкусовые добавки. По субъективным ощущениям пациентов: зубная паста “Lacalut aktiv” значительно превосходит зубную пасту “Parodontax”, что, со слов пациентов, отражалось на продолжительности процедуры чистки зубов.

Врач стоматолог-ортопед должен тщательно контролировать соблюдение пациентом правил индивидуальной гигиены полости рта (назначать пациенту нерегулярные периодические осмотры и отмечать в медицинской карте динамику, или фиксировать неявку пациента в назначенное время); а также рекомендовать соответствующие современному уровню медицины, наиболее эффективные средства по уходу за полостью рта, в том числе и зубные пасты. Очевидно, что зубная паста “Lacalut aktiv” обладает значительными конкурентными преимуществами по сравнению со своими аналогами, способствует поддержанию должного уровня гигиены полости рта, а значит и положительно влияет на долговечность несъемных ортопедических конструкций, установленных на имплантаты.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грудянов, А.И. Лекарственные средства, применение при заболеваниях пародонта. / А.И. Грудянов, Н.А. Стариков // Пародонтология, – 1998. – № 2 – С. 6–17.
2. Данилевский, Н.Ф. Заболевания пародонта: Атлас / Н.Ф. Данилевский, Е.А. Магид, Н.А. Мухин и др. – М.: Медицина, 1993. – 320 с.
3. Улитовский, С.Б. Гигиена полости рта в пародонтологии / С.Б. Улитовский. – М.: 2006. – 268 с.
4. Knowles, J.W., Burgett, F.G., Nissle, R.R. et al. (1979). Results of periodontal treatment related to pocket depth and attachment level. Eight years. Journal of Periodontology 50, 225–233.
5. Lindhe, J. & Nyman, S. (1984). Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. Journal of Clinical Periodontology 11, 504–514.
6. Ramfjord, S.P., Caffesse, R.G., Morrison, E.C. et al. (1987). Four modalities of periodontal treatment compared over 5 years. Journal of Clinical Periodontology 14, 445–452.
7. Ramfjord, S.P., Morrison, E.C., Burgett, F.G. et al. (1982). Oral hygiene and maintenance of

periodontal support. Journal of Periodontology 53, 26–30.

8. Westfelt, E., Nyman, S., Lindhe, J. & Socransky, S.S. (1983a). Use of chlorhexidine as a plaque control measure following surgical treatment of periodontal disease. Journal of Clinical Periodontology 10, 22–36.

REFERENCES

1. Grudyanov A.I., Starikov N.A. *Lekarstvennyye sredstva, primeneniye pri zabolevaniyakh parodonta* [Medicines used in periodontal diseases]. *Parodontologiya* [Periodontology]. 1998, no 2, pp. 6–17 (In Russ.).

2. Danilevskiy N.F., Magid Ye.A., Mukhin N.A. *Zabolevaniya parodonta: Atlas* [Periodontal diseases: Atlas]. Moscow. Meditsina. 1993, p. 320 (In Russ.).

3. Ulitovskiy S.B. *Gigiyena polosti rta v parodontologii* [Oral hygiene in periodontology]. Moscow. 2006, p. 268 (In Russ.).

4. Knowles, J.W., Burgett, F.G., Nissle, R.R. Results of periodontal treatment related to pocket depth and attachment level. Eight years. Journal of Periodontology 1979, 50, 225–233 (In English).

5. Lindhe, J., Nyman, S. Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. Journal of Clinical Periodontology 1984, 11, 504–514 (In English).

6. Ramfjord, S.P., Caffesse, R.G., Morrison, E.C. Four modalities of periodontal treatment compared over 5 years. Journal of Clinical Periodontology 1987, 14, 445–452 (In English).

7. Ramfjord, S.P., Morrison, E.C., Burgett, F.G. Oral hygiene and maintenance of periodontal support. Journal of Periodontology 1982, 53, 26–30 (In English).

8. Westfelt, E., Nyman, S., Lindhe, J. Use of chlorhexidine as a plaque control measure following surgical treatment of periodontal disease. Journal of Clinical Periodontology 1983a, 10, 22–36 (In English).

Материал поступил в редакцию 26.05.21.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF TOOTHPASTE "LACALUT AKTIV"

V.V. Babich, Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the Department of Orthopedic Dentistry
Saint-Petersburg Medico-Social Institute
(195271, Russia, Saint Petersburg, Kondratyevsky Avenue, 72A)
Email: vasvlbabich@yandex.ru

Abstract. *The article presents data on the use of toothpaste by patients during daily oral care "Lacalut aktiv".*

Keywords: *toothpaste "Lacalut aktiv", "Parodontax".*

УДК 61

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕЗНОГО КЛЕЯ «LACALUT FIX»

В.В. Бабич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии
Санкт-Петербургский медико-социальный институт
(195271, Россия, Санкт-Петербург, Кондратьевский проспект, 72А)
Email: vasvlbabich@yandex.ru

***Аннотация.** В статье приведены данные о навыках работы врача-стоматолога-ортопеда с пациентами при полном вторичном отсутствии зубов. Использование зубных протезов с помощью нанесения клея «Lacalut fix» чаще всего приводит к более стабильным зубным протезам и наиболее процветающему результату лечения зубов.*

***Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.*

Сложность социальной адаптации больных с полным отсутствием зубов связана с фиксацией, стабилизацией протезов во время жевания и речи. Врач ортопед-стоматолог должен внимательно оценить состояние слизистой оболочки протезного ложа, учитывать причины утраты зубов, а также уделить значительное внимание клиническим этапам ортопедического лечения. Значительно улучшает процесс полного съемного протезирования использование протезного клея и других фиксирующих средств [1-4].

Цель исследования

Повышение эффективности работы врача-стоматолога-ортопеда при полном съемном протезировании.

Материалы и методы

В течение 2020 года обследовано 40 пациентов (1 группа – 20 человек, 2 группа – 20 человек) с диагнозом полное вторичное отсутствие зубов (потеря зубов вследствие естественной утраты, удаления, травмы; K0.81). У всех пациентов при объективном осмотре полости рта выявлена средняя и значительная степень атрофии рельефа протезного ложа на верхней и нижней челюсти (2 и 3 класс по Шредеру на верхней челюсти; 3 и 4 класс по Келлеру на нижней челюсти), [5-8].

После сдачи протезных конструкций (полные съемные акриловые протезы) пациенты в течение 1 месяца не использовали каких-либо фиксирующих средств с целью стабильной адаптации слизистой оболочки протезного ложа на верхней и нижней челюстях под контуры базиса полного съемного протеза. После этого пациенты 1 группы в течение двух месяцев ежедневно использовали фиксирующий протезный клей «Corega» и «Protifix». Пациенты 2 группы ежедневно использовали протезный клей «Lacalut fix».

Результаты

По прошествии двух месяцев ношения полных съемных протезов (с использованием протезного клея) пациенты из 2 группы (при ежедневном использовании протезного клея «Lacalut») отмечали значительную длительность фиксации полных съемных протезов (12-24 часа) по сравнению с пациентами из 1 группы, где пациенты отмечали длительность фиксации полных съемных протезов в пределах от 6 до 10 часов.

У пациентов из группы 2 отмечено отсутствие или незначительные аллергические проявления на слизистой оболочке протезного ложа по сравнению с группой 1, где, несмотря на отсутствие исходных аллергических реакций (гиперчувствительность замедленного типа) на материал базисной пластмассы и искусственные зубы, выявлено наличие аллергических высыпаний.

Кроме того, выявлено меньшее число коррекций съемных протезов у пациентов из группы 2 (протезный клей «Lacalut fix») по сравнению с группой 1 (протезный клей «Corega», «Protifix»). Это, по-видимому, с содержанием витамина Е (*α-токоферола ацетат*) в составе протезного клея «Lacalut fix», что способствует репаративным процессам на слизистой оболочке полости рта (более быстрому заживлению микротравм).

Пациенты из группы 2 отмечали (по субъективным ощущениям) приятный мятный привкус, который незначительно влиял на вкусовое восприятие употребляемой пищи. Пациенты из группы 1 отмечали неприятный привкус и чувство тошноты, а также повышенный рвотный рефлекс через 10-20 минут после начала приема пищи. При использовании протезного клея «Lacalut fix» достоверно меньше число коррекций съемных протезов, изменение вкуса и рвотных реакций; $p < 0,05$ (χ^2 , χ^2 Пирсона, метод Фишера).

Заключение

Применение протезного клея «Lacalut fix» позволяет значительно ускорить адаптацию пациентов к полным съемным протезам и улучшить стабилизацию протезных конструкций. Использование современного, качественного фиксирующего средства позволит пациенту с полным отсутствием зубов длительно и беспрепятственно пользоваться съемными протезами.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воронов, А.П. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов / А.П. Воронов, И.Ю. Лебедеенко. – М., Медпрессинформ., 2006. – 320 с.
2. Калинина, Н.В. Протезирование при полной утрате зубов / Н.В. Калинина, В.А. Загорский. – М., 1990. – 138 с.
3. Фисенко, Г.П. Корреляция между конфигурацией небного свода, функцией речи и частичными съемными протезами верхней челюсти. Автореф. дисс. канд. мед. наук / Г.П. Фисенко. – Л., 1986.
4. Kurt, Fiedler. Полные BPS – протезы с системой для достижения поставленной цели / Kurt Fiedler. – Москва, 2006 – 200 с.
5. Basker R.M., Davenport J.C. Prosthetic treatment of the edentulous subjects. / R.M. Basker, J.C. Davenport // J. Oral Rehabil. – 1976. – No 3 – P. 353-358.
6. The glossary of prosthodontic terms. J. Prosthet. Dent. – 1999. – No 81 – P. 39-110.
7. Toolson, L.B. Clinical measurement and evaluation of vertical dimension. / L.B. Toolson, D.E. Smith // J. Prosthet. Dent. – 1982. – No 47 – P. 236-241.
8. Fayz F., Eslami A. Determination of occlusal vertical dimension: a literature review. / F. Fayz, A. Eslami // J. Prosthet. Dent. – 1988. – No 59 – P. 321-323.

REFERENCES

1. Voronov A.P., Lebedenko I.Yu. *Ortopedicheskoye lecheniye bol'nykh s polnym otsutstviyem zubov* [Orthopedic treatment of patients with complete teeth absence]. Moscow. Medpressinform. 2006, p. 320 (In Russ.).
2. Kalinina N.V., Zagorskiy V.A. *Protezirovaniye pri polnoy utrate zubov* [Prosthetics for complete loss of teeth]. Moscow. 1990, p. 138 (In Russ.).
3. Fisenko G.P. *Korrelyatsiya mezhdu konfiguratsiyey nebnogo svody, funktsiyey rechi i chastichnymi s'yemnymi protezami verkhney chelyusti* [Correlation between palatine arch configuration, speech function, and partial removable maxillary prostheses. Thesis]. L. 1986 (In Russ.).
4. Kurt Fiedler. *Polnyye BPS – protezy s sistemoy dlya dostizheniya postavlennoy tseli* [Complete BPS prostheses with a system to achieve the goal]. Moscow. 2006, p. 200 (In Russ.).
5. Basker R.M., Davenport J.C. Prosthetic treatment of the edentulous subjects. J. Oral Rehabil. 1976, no 3, pp. 353-358 (In English).
6. The glossary of prosthodontic terms. J. Prosthet. Dent. 1999, no 81, pp. 39-110 (In English).
7. Toolson L.B. Clinical measurement and evaluation of vertical dimension. J. Prosthet. Dent. 1982, no 47, pp. 236-241 (In English).
8. Fayz F., Eslami A. Determination of occlusal vertical dimension: a literature review. J. Prosthet. Dent. 1988, no 59, pp. 321-323 (In English).

Материал поступил в редакцию 26.05.21

EVALUATION OF APPLICATION DENTURE'S GLUE «LACALUT FIX» AND IT'S EFFICIENCY

V.V. Babich, Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the Department of Orthopedic Dentistry
Saint-Petersburg Medico-Social Institute
(195271, Russia, Saint Petersburg, Kondratyevsky Avenue, 72A)
Email: vasvlbabich@yandex.ru

***Abstract.** This article was considered by the different treatment effect among the edentulous patients. Use of dentures with help from glue application «Lacalut fix» more often lead to more stabilized dentures and most flourishing result of dental treatment.*

***Keywords:** dentures, glue application «Lacalut fix», Corega», «Protefix».*

УДК 61

РАЗВИТИЕ ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА И ТОТАЛЬНОГО МЕДИАСТЕНИТА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА

У.Р. Мирзакулова,

Кафедра хирургической стоматологии,
НАО «Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова»
(050000, Казахстан, г. Алматы, ул. Толе Би, 94)
Email: roza.dosh@mail.ru

Ю.А. Менчишева

Кафедра хирургической стоматологии,
НАО «Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова»
(050000, Казахстан, г. Алматы, ул. Толе Би, 94)
Email: roza.dosh@mail.ru

Д.Д. Менжанова,

Кафедра хирургической стоматологии,
НАО «Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова»
(050000, Казахстан, г. Алматы, ул. Толе Би, 94)
Email: roza.dosh@mail.ru

Е.М. Абшукиров,

Кафедра хирургической стоматологии,
НАО «Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова»
(050000, Казахстан, г. Алматы, ул. Толе Би, 94)
Email: roza.dosh@mail.ru

Е.Т. Турусбеков

Кафедра хирургической стоматологии,
НАО «Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова»
(050000, Казахстан, г. Алматы, ул. Толе Би, 94)
Email: roza.dosh@mail.ru

***Аннотация.** Затрудненное прорезывание третьих нижних моляров частая патология и сопровождается развитием грозных осложнений (флегмона, медиастинит, сепсис). Основная причина затрудненного прорезывания нижних третьих моляров - недостаток места в нижней челюсти. При запущенных случаях процесс быстро распространяется в глубокие пространства лица и шеи, порою до развития медиастинита, тяжелого заболевания, встречающегося в хирургии. Представлен клинический случай развития у пациента вторичного медиастинита как осложнение одонтогенной гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта с благоприятным исходом.*

***Ключевые слова:** затрудненное прорезывание зубов, осложнения, медиастинит, флегмоны челюстно-лицевой области.*

Актуальность проблемы

Затруднённое прорезывание нижних третьих моляров (зубов мудрости) встречается достаточно часто, и у людей работоспособного возраста, чревато развитием грозных осложнений (разлитые флегмоны, медиастинит, сепсис). Диагностика и лечение одонтогенных медиастинитов остаётся актуальной проблемой стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Основная причина затруднённого прорезывания нижних третьих моляров – недостаток места в нижней челюсти. Вследствие этого большая часть жевательной поверхности и дистальные бугры прорезывающегося зуба остаются покрытыми слизисто-надкостничным лоскутом (капюшоном). В этом мягкотканном кармане скапливаются пищевые остатки, слизь, микроорганизмы. В результате капюшон воспаляется. Применение для снятия боли тепловых процедур способствует быстрому распространению процесса в глубокие пространства лица и шеи, что приводит к развитию медиастинита, опасного осложнения затруднённого прорезывания третьих нижних моляров.

Одонтогенный медиастинит редкое заболевание, в прошлые годы он наблюдался в 0,3-1,78 % случаев. Характерными признаками заболевания являются трудность ранней диагностики, исключительная тяжесть течения и высокая летальность. Лечение медиастинитов признаётся одной из самых серьёзных проблем современной хирургии. Смертность при одонтогенных медиастинитах остаётся высокой и достигает 50 % и выше. Диагноз медиастинита удаётся установить у 20,5-50 % больных при жизни, поскольку все симптомы медиастинита, особенно в начальные периоды ступеневаются имеющимся процессом на шее и теряют свою специфичность.

Цель работы:

Описание клинического случая с тотальным одонтогенным медиастинитом, развившимся как осложнение затруднённого прорезывания нижнего третьего моляра с благоприятным исходом. **Приводим краткую выписку** из истории болезни больного с одонтогенным медиастинитом. Пациент К., 1988 года рождения, поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии «№ 5 городская клиническая больница» г. Алматы 13.01.21 в 22:25, по направлению дежурного врача с диагнозом: Одонтогенная флегмона дна полости рта.

При поступлении в клинику пациент предъявлял жалобы: на боли и припухлость в области дна полости рта, затруднённое и болезненное глотание, ограничение открывания рта. Больного беспокоили общая слабость, недомогание, нарушение сна, повышение температуры тела до 38,5 °С.

История настоящего заболевания. Со слов пациента болеет в течение 4-х дней. Боли и припухлость в области третьего моляра появлялись неоднократно. Начало заболевания связывает с переохлаждением, когда заболел 4.8 зуб. По поводу болей в области зуба никуда не обращался занимался самолечением, прикладывал грелки. Общее состояние больного ухудшилось, симптомы болезни усилились. Обратился в отделение челюстно-лицевой хирургии «№ 5 городская клиническая больница» г. Алматы, где был госпитализирован в urgentном порядке.

В день госпитализации общее состояние больного средней тяжести, нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, со стороны дыхательной, сердечнососудистой и других систем выраженной патологии не выявлены. При осмотре лицо у больного бледное, отмечается отёк мягких тканей подбородочной и поднижнечелюстных областей справа и слева. Инфильтрат не имеет отчетливых границ и захватывает всю толщу дна полости рта. Кожа над припухлостью гиперемирована, отёчна, пальпаторно резко болезненна, в складку не собирается. Со стороны полости рта: Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Открывание рта ограничено до 2,5 см, болезненное. Глотание затруднено, почти невозможно. Слизистая оболочка подъязычной области приподнята, выбухает в виде валика выше коронок зубов, покрыта фибринозным налётом. Из рта отмечается зловонный запах, коронка 4.8 зуба разрушена на 2/3 части, зуб ранее не лечен,

перкуссия резко болезненна. Кроме этого, выявлены множество пораженных кариесом и его осложнениями зубов.

Предварительный диагноз: Одонтогенная гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта от 4.8 зуба.

13.01.21. В 22:55 проведена операция: удаление 4.8 зуба и дренирование флегмоны дна полости рта. Для этого под местной инфильтрационной анестезией Sol. Novocaini 1 % – 30,0 удалён 4.8 зуб, произведён дугообразный разрез под нижним краем нижней челюсти отступя на 1,5-2,0 см ниже параллельно последней. Рана тупо и местами остро расширена. Широко вскрыты поражённые клетчаточные пространства подчелюстной, подподбородочной и подъязычной областей, промежутки между глубокими мышцами корня языка, а также окологлоточное и крыловидно-нижнечелюстное пространства справа и слева, рассечены челюстно-подъязычная мышца. Клетчатка дна полости рта была инфильтрирована и частично некротизирована. Во время операции получен жидкий гной в количестве около 20 мл со зловонным запахом и пузырьками газа. Мышцы некротизированы, представляют собой серовато-зловонную массу. Гнойная рана обильно промыта растворами антисептиков (H2O2, фурацилин). Гемостаз по ходу операции. Рана тампонируется турундами с гипертоническим раствором, наложена асептическая повязка.

Картина крови от 14.01.21 Гемоглобин – 141 г/л, Эритроциты $4,4 \times 10^{12}/л$, Цветовой показатель 0,9. Лейкоциты $16,2 \times 10^9/л$. Эозинофилы – 2 %, палочкоядерные – 25 %, сегментоядерные – 54 %, лимфоциты – 17 %, моноциты – 2 %, СОЭ – 14 мм/ч. Моча слабомутоватая, кислотность – 1008, белка нет, единичный плоский эпителий, лейкоциты – 3-4 в поле зрения.

Пациенту назначено медикаментозное лечение: анальгин 50 % – 2,0 мл. + димедрол 1,0 в/м при болях, антибактериальная терапия – цефазолин 1,0x2 р в день, метрид 100,0 Р в/в капельно. Для улучшения микроциркуляции – реополиглюкин 200,0 в/в капельно. В послеоперационном периоде состояние пациента расценивается как соответствующее тяжести перенесенной операции. Анализ крови от 15.01.21 Гемоглобин – 128,7 г/л, Эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$, Сахар крови – 7,1 ммоль/л. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки от 15.01.21: Лёгочные поля прозрачные. Корни расширены, структурные. лёгочный рисунок в Л/О усилен, деформирован за счёт явлений хронического бронхита. Отмечается уплощение медиастинальной плевры справа. Сердце – без особенностей.

15.01.21. В связи с ухудшением состояния больного в динамике, появлением гиперемии, отёка боковой поверхности шеи к диагнозу добавлены: Одонтогенная гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта и глубоких пространств шеи справа. Реактивный медиастинит.

В тот же день проведена операция: Двусторонняя медиастинотомия по Разумовскому. Под общим интубационным наркозом, после обработки операционного поля, произведён разрез по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы длиной 15-16 см. Тупо и частично остро послойно пройдены мягкие ткани. Получен гной со зловонным запахом в области сосудисто-нервного пучка в предтрахеальном пространстве, ткани были некротизированы. При дальнейшем прохождении в окологлоточном пространстве гноя не было, однако отмечается инфильтрация тканей. Аналогичная операция проведена слева. Получен гной в количестве около 30-40 мл. Раны промыты антисептиками. Создана контрапертура между ранами, рыхлая тампонада турундой с гипертоническим раствором, наложена асептическая повязка, больной переведён в отделение реаниматологии.

16.01.21. На контрольной обзорной рентгенограмме органов грудной клетки справа в верхних отделах тень средостения расширена. Лёгкие без изменений. *Заключение:* Медиастинит. В тот же день общее состояние пациента ухудшилось, появились затруднённое дыхание и боли в области груди. После консультации с анестезиологом-реаниматологом была усилена инфузионная терапия. Проведена совместная консультация с торакальным хирургом.

17.01.21. На контрольной обзорной рентгенограмме органов грудной клетки лёгкие расправленные, прозрачные. В динамике тень средостения в верхнем отделе уменьшилась, стала менее интенсивной. Корни структурные. Синусы свободные. Рентгенологическая динамика положительная. Общее состояние больного продолжает оставаться тяжёлым. Больного беспокоили выраженная одышка, боль за грудиной, затруднённое дыхание, температура тела – 38 °С. Проведена повторная консультация с торакальным хирургом. Отмечено, что несмотря на проводимую массивную антибактериальную, дезинтоксикационную терапию состояние больного ухудшилось. Учитывая отсутствие положительной динамики, больному показано активное хирургическое вмешательство с целью широкого дренирования средостения трансторакальным доступом. Родственники пациента предупреждены о высоком риске операции.

18.01.21. Проведена операция: Правосторонняя торакотомия, медиастинотомия, санация и дренирование заднего средостения и плевральной полости, плеврэктомия. Под общим интубационным наркозом произведена боковая торакотомия в X -межреберье электроножом. Гемостаз. При раскрытии плевральной полости получена мутно-геморрагическая жидкость. Парентерально-висцеральная плевра тусклая, покрыта гнойно-некротическим пластом фибрина (особенно медиастинальная плевра). Плевра утолщена, инфильтрирована, белесоватого цвета с очагами гнойного воспаления. Произведена медиастинотомия от купола плевры до диафрагмы. Из окологлоточного пространства выделено значительное количество гнойной жидкости со зловонным запахом. Проведена санация заднего и переднего средостения, плевральной полости растворами антисептиков (перекись водорода, фурацилин). Удалены некротизированные ткани из переднего и заднего средостения, по возможности проведена плеврэктомия, удалены гнойно-некротические пласты фибрина с висцеральной плевры. Полость дренирована трубками на всём протяжении, от шейного до диафрагмального отдела. Конец трубки выведен в 7-межреберье.

Отдельные дренажные трубки выведены от переднего средостения, купола плевры и диафрагмального участка плевры. Гемостаз, послойное ушивание раны, наложение асептической повязки.

Послеоперационный диагноз: Одонтогенная гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта и глубоких пространств шеи. Тотальный гнойный вторичный медиастинит. Интоксикационный синдром. Эмпиема плевры справа. Молниеносная форма, тяжёлое течение.

К лечению добавлено: 1) Роцефин по 1,0 2 раза в сутки в/в; 2) Ципрокс по 100,0 3 раза в день в/в капельно; 3) Гемодез по 400,0 в/в капельно; 4) Ацесоль по 400,0 2 раза в день в/в капельно; 5) Глюкоза 5 % 400,0+ вит. С 10,0 в/в капельно; б) рефортан по 500,0 в/в капельно; 7) Реополиглюкин по 200,0 в/в; 8) Промедол 2 % 1,0 при болях; 9) Свежезамороженная плазма по 500,0 и одногруппная эритроцитарная масса по 300,0 по показаниям.

Больной после операции переведён в отделение интенсивного ухода. Пациенту перелито одногруппной крови А(II)Rh+ 450 мл дробно – для коррекции гипопроотеинэмии.

19.01.21. Перелито одногруппной крови А(II) Rh + 250 мл дробно для коррекции гипопроотеинэмии. После операции состояние больного стабильно тяжёлое. Проводилось назначенное лечение, перевязки раны, контроль над дренажными трубками, проведена лечебно – санационная бронхоскопия. Картина крови от 19.09.09 Гемоглобин -100 г/л, Эритроциты $3,3 \times 10^{12}/л$, Лейкоциты $12,0 \times 10^9/л$. Эозинофилы – 0 %, палочкоядерные – 6 %, сегментоядерные -84 %, лимфоциты – 8 %, моноциты – 2 %, Ли Уайт- 11, общий белок 50,3 г/л.

В отделении интенсивного ухода проводилось симптоматическое лечение, перевязки, динамическое наблюдение. 21.09.09 перелито одногруппной крови А(II) Rh+ 500мл дробно - для коррекции анемии, также перелито свежемороженой плазмы крови А(II) Rh+ 500 мл дробно -для коррекции гипопроотеинэмии. Картина крови от 21.01.21 Гемоглобин – 70,2 г/л, Лейкоциты $10,1 \times 10^9/л$. Ли Уайт-5. Общий белок 52,5 г/л, СОЭ _ 60 мм

22.01.21. По стабилизации состояния пациент переведен в отделение торакальной хирургии. 22.09.09 на контрольной обзорной рентгенограмме органов грудной клетки правое лёгкое расправлено, тень средостения уменьшилась. Плевра утолщена на всем протяжении. В нижних отделах плевральной полости горизонтальный уровень жидкости. В плевральной полости дренажные трубки. В последующие два дня состояние больного стабильно тяжёлое, но отмечает улучшение общего самочувствия. Проводятся регулярные многократные перевязки, санация бронхов. Отделяемое из ран (около 400,0 мл). Лечение продолжается

25.01.21. На контрольной обзорной рентгенограмме органов грудной клетки справа лёгкое полностью не расправлено, в нижних отделах сохраняется уровень жидкости. Слева в нижних отделах также определяется однородное затемнение за счёт жидкости в плевральной полости. В картине крови от 26.01.21 отмечается сдвиг в сторону улучшения: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9,8 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1, палочкоядерные – 8, сегментоядерные – 66, лимфоциты – 21, моноциты – 4, СОЭ – 45 мм/ч.

28.01.21. На контрольной обзорной рентгенограмме органов грудной клетки справа в верхних отделах определяется инфильтративное затемнение с неровными нечеткими контурами, тесно примыкающее к тени средостения. Медиастинальная плевра справа утолщена. Справа в нижних отделах плевра утолщена. В синусах небольшое количество жидкости. Слева в нижних отделах однородное затемнение за счёт наличия жидкости в плевральной полости. По мере заживления ран на шее, при отсутствии гнойного отделяемого проводится сближение краев раны. Выделения из дренажных трубок уменьшаются.

05.02.21. На контрольной обзорной рентгенограмме органов грудной клетки справа лёгкое расправлено, в верхних отделах инфильтрация в динамике уменьшилась как по интенсивности, так и по размерам. В нижних отделах утолщение плевры сохраняется. Слева в нижних отделах сохраняется небольшое количество жидкости. Корни расширены. Тень сердца без особенностей. Через два дня в удовлетворительном состоянии с дренажной трубкой по Бюлау больной выписан на амбулаторное лечение под наблюдением хирурга по месту жительства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонов, А.Р., Блажитко Е.М., Чикинев Ю.В. Маданбек Н.К. Состояние антиоксидантной системы и микроэлементного статуса больных острым медиастинитом.
2. Ашиналиев, А.А. Оптимизация хирургического лечения больных с острым гнойным задним медиастинитом.
3. Добровольский, А.И., Чертищев О.А., Зятков И.Н. Антимикробная химиотерапия у пациентов с медиастинитами.
4. Егорова, О.А. Клиника, диагностика и лечение при одонтогенных медиастинитах / О.А. Егорова // Вестник хирургии. – 2000. – Т. 159 – № 6 – С. 81–85.
5. Ермолов, А.С. Проблемы диагностики и лечения острого гнойного медиастинита / А.С. Ермолов, М.М. Абакумов, А.Н. Погодина и др. // Материалы 3 конгресса ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. – М., 2007.
6. Зятков, И.Н., Ерещенко Ю.Р., Чертищев О.А. Этапность оказания хирургической помощи у пациентов с медиастинитами.
7. Маданбеков, Н.К. Оптимизация диагностики и лечения больных острым медиастинитом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.
8. Перепелицын, В.Н. Ранняя диагностика и комплексное лечение острого гнойного медиастинита / В.Н. Перепелицын, М.А. Огородников // Материалы 3 конгресса ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. – М., 2007. – С. 121–122.
9. Слесаренко, С.С. Медиастинит / С.С. Слесаренко, В.В. Агапов, В.А. Прелатов. – М., 2005. – 211 с.
10. Супиев, Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области / Т.К. Супиев. – Алматы. – 1994. – 222 с.
11. Шихалев, Н.С. Клиника, диагностики, лечение одонтогенных медиастинитов. / Н.С. Шихалев // Матер. конф. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.

12. Pappa, H. Mediastinitis from odontogenic infection. A cae repor / H. Pappa, D.C. Jones // Br. Eep. J. – 2005. – Vo1. 198 – N. 9 – P. 547–548.

13. Sakamoto, H. Descending necrotizing mediastinitis due to odontogenic infections / H. Sakamoto, T. Aoki, Y. Kise et al. // Oral Mrd. – 2000. – Vol. 89 – N. 4 – P. 412–419.

REFERENCES

1. Antonov A.R., Blagitko Ye.M., Chikinev YU.V. *Sostoyaniye antioksidantnoy sistemy i mikroelementnogo statusa bol'nykh ostrym mediastinitom* [The state of the antioxidant system and the microelement status of patients with acute mediastinitis].

2. Ashinaliyev A.A. *Optimizatsiya khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh s ostrym gnoynym zadnim mediastinitom* [Optimization of surgical treatment of patients with acute purulent posterior mediastinitis].

3. Dobrovolskiy A.I., Chertishchev O.A., Zyat'kov I.N. *Antimikrobnaya khimioterapiya u patsiyentov s mediastinitami* [Antimicrobial chemotherapy in patients with mediastinitis].

4. Yegorova O.A. *Klinika, diagnostika i lecheniye pri odontogennykh mediastinitakh* [Clinic, diagnosis and treatment of odontogenic mediastinitis]. *Vestnik khirurgii* [Bulletin of Surgery]. 2000, vol. 159, no 6, pp. 81–85 (In Russ.).

5. Yermolov A.S., Abakumov M., Pogodina A.N. *Problemy diagnostiki i lecheniya ostrogo gnoynogo mediastinita. Materialy 3 kongressa assotsiatsii khirurgov im. N.I. Pirogova* [Problems of diagnosis and treatment of acute purulent mediastinitis Materials of the 3rd Congress of the N.I. Pirogov Association of Surgeons]. Moscow. 2007 (In Russ.).

6. Zyat'kov I.N., Yereshchenko Yu.R., Chertishchev O.A. *Etapnost' okazaniya khirurgicheskoy pomoshchi u patsiyentov s mediastinitami* [Stages of surgical care in patients with mediastinitis].

7. Madanbekov N.K. *Optimizatsiya diagnostiki i lecheniya bol'nykh ostrym mediastinitom: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk* [Optimization of diagnosis and treatment of patients with acute mediastinitis. Thesis].

8. Perepelitsyn V.N., Ogorodnikov M.A. *Rannyaya diagnostika i kompleksnoye lecheniye ostrogo gnoynogo mediastinita. Materialy 3 kongressa assotsiatsii khirurgov im. N.I. Pirogova* [Problems of diagnosis and treatment of acute purulent mediastinitis Materials of the 3rd Congress of the N.I. Pirogov Association of Surgeons]. Moscow. 2007, P. 121–122 (In Russ.).

9. Slesarenko S.S., Agapov V.V., Prelatov V.A. *Mediastinit* [Mediastinit]. Moscow. 2005, P. 211 (In Russ.).

10. Supiyev T.K. *Gnoyno-vospalitel'nyye zabolevaniya chelyustno-litsevoy oblasti* [Purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region]. Almaty. 1994, P. 222 (In Russ.).

11. Shikhalev N.S. *Klinika, diagnostiki, lecheniye odontogennykh mediastinitov. Mater. konf. «Vospalitel'nyye zabolevaniya chelyustno-litsevoy oblasti* [Clinic, diagnosis, treatment of odontogenic mediastinitis. Materials of the conference " Inflammatory diseases of the maxillofacial region].

12. Pappa H., Jones D.C. Mediastinitis from odontogenic infection. A cae repor. Br. Eep. J. 2005, vol. 198, no. 9, pp. 547–548 (In English).

13. Sakamoto H., Aoki T., Kise Y. Descending necrotizing mediastinitis due to odontogenic infections. Oral Mrd. 2000, vol. 89, no. 4, pp. 412–419 (In English).

Материал поступил в редакцию 20.05.21

**PROGRESSION OF PUTREFACTIVE-NECROTIC PHLEGMON
OF THE ORAL CAVITY AND TOTAL MEDIASTENITIS
AS A COMPLICATION OF DIFFICULT ERUPTION
OF THE LOWER THIRD MOLAR**

U.R. Mirzakulova,

Department of Surgical Dentistry,
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
(050000, Kazakhstan, Almaty, St. Tole Bi, 94)
Email: roza.dosh@mail.ru

Yu.A. Menchisheva,

Department of Surgical Dentistry,
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
(050000, Kazakhstan, Almaty, St. Tole Bi, 94)
Email: roza.dosh@mail.ru

D.D. Menzhanova,

Department of Surgical Dentistry,
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
(050000, Kazakhstan, Almaty, St. Tole Bi, 94)
Email: roza.dosh@mail.ru

Ye.M. Abshukirov,

Department of Surgical Dentistry,
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
(050000, Kazakhstan, Almaty, St. Tole Bi, 94)
Email: roza.dosh@mail.ru

Ye.T. Turusbekov,

Department of Surgical Dentistry,
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
(050000, Kazakhstan, Almaty, St. Tole Bi, 94)
Email: roza.dosh@mail.ru

***Abstract.** Difficult eruption of the third lower molars is a frequent pathology and is accompanied by the development of terrible complications (phlegmon, mediastinitis, sepsis). The main reason for the difficult eruption of the lower third molars is the lack of space in the lower jaw. In advanced cases, the process quickly spreads to the deep spaces of the face and neck, sometimes to the development of mediastinitis, a serious disease found in surgery. A clinical case of the development of secondary mediastinitis in a patient as a complication of odontogenic putrefactive-necrotic phlegmon of the oral floor with a favorable outcome is presented.*

***Keywords:** difficult teething, complications, mediastinitis, phlegmon of the maxillofacial.*

УДК 617.53:616.133]-001-005.1-089-039.74

ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ ПРОВЕДЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОЛОТО-РЕЗАНОМ РАНЕНИИ ШЕИ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

В.В. Масляков,

ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет»
(424000, Россия, Йошкар-Ола, Площадь Ленина, 1)
Email: maslyakov@inbox.ru

В.В. Воронов,

ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет»
(424000, Россия, Йошкар-Ола, Площадь Ленина, 1)
Email: maslyakov@inbox.ru

Гезали Аля Эддин,

ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет»
(424000, Россия, Йошкар-Ола, Площадь Ленина, 1)
Email: maslyakov@inbox.ru

Н.А. Акмалов,

ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет»
(424000, Россия, Йошкар-Ола, Площадь Ленина, 1)
Email: maslyakov@inbox.ru

***Аннотация.** Проведено исследование отдаленных результатов лечения и качества жизни 62 человек, оперированных по поводу колото-резаных ранений шеи. Всех раненых мы разделили на две группы: в группу А вошли раненые с колото-резаными ранениями шеи, время которых от момента получения ранения до начала лечения не превысило 60 мин., в группу Б – раненные, время которых от момента получения ранения до начала лечения превышало 60 мин. В группу А вошли 47 человек, в группу Б – 15 обследованных. Средний возраст обследованных составил 34 ± 3 года. Мужчин было 45 (72,6 %), женщин – 17 (27,4 %). В результате проведенного исследования было установлено, что на качество жизни и отдалённые результаты после операций, выполненных по поводу колото-резаных ранений шеи, оказывает влияние время с момента получения ранения до выполнения операции. В отдаленном послеоперационном периоде после таких ранений осложнения зарегистрированы в 19 (30,6 %) наблюдениях, при этом в группе А жалобы были обнаружены у 5 (8,0 %) человек, тогда, как в группе Б таких обследованных оказалось 12 (19,3 %). Помимо этого, выявлены изменения, касающиеся КЖ. КЖ оказалось хуже в группе пациентов группы Б.*

***Ключевые слова:** колото-резанные ранения шеи, отделенный послеоперационный период, качество жизни, осложнения.*

Введение. Проникающие ранения шеи, вследствие ее топографо-анатомических особенностей, относятся к наиболее сложным. Они нередко характеризуются тяжелым состоянием больных, вариабельной клиникой течения, непредсказуемым ходом раневого канала и повреждением органов шеи [3, 4]. Согласно данным, представленным в литературе, ранения шеи в мирное время встречаются в 5-10 % от числа всех ранений, а в военное время частота таких ранений составляет 0,5-3 % [2, 6]. Летальность при таких ранениях достигает 11 % [1, 7]. Согласно проведенным собственным исследованиям, ранения шеи оказывают влияние на качество жизни (КЖ) таких пациентов, приводя к снижению этих показателей [5]. Несмотря на достаточно большое количество статей, затрагивающих вопросы ранений шеи, остается множество нерешенных вопросов.

Цель исследования. Изучить отдаленные результаты и показатели качества жизни у пациентов, оперированных по поводу колото-резаных ранений шеи в отдаленном послеоперационном периоде в зависимости от времени выполненной операции.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было осуществлено изучение отдаленных результатов лечения (не менее чем рез год после выполнения операции) у 62 человек, оперированных по поводу колото-резаных ранений шеи. Всех раненых в данную область мы разделили на две группы: группу А составили раненые с колото-резаными ранениями шеи, время которых от момента получения ранения до начала лечения не превысило 60 мин., в группу Б – раненные, время которых от момента получения ранения до начала лечения превышало 60 мин. В группу А вошли 47 человек, в группу Б – 15 обследованных. Средний возраст обследованных составил 34 ± 3 года. Мужчин было 45 (72,6 %), женщин – 17 (27,4 %).

Основные показатели качества жизни (КЖ) были исследованы у 62 пациентов, которым были проведены операции по поводу колото-резаных ранений в срок после выполненной операции с помощью специально разработанной анкеты. Помимо изучения показателей КЖ, осуществлялось выявление основных жалоб, связанных с ранее перенесенной операцией с помощью специальной анкеты. Под термином качество жизни принято понимать интегральную характеристику физического, эмоционального и социального функционирования больного, который является важным и в ряде случаев основным критерием, определяющим эффективность лечения во многих клинических исследованиях. Изучение КЖ проводилось с использованием адаптированного опросника «The MOS 36-item Short-Form Hervey». В опроснике содержится 36 вопросов и включено 8 шкал. Ответы на вопросы выражены в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов шкалы соответствует более высокому уровню КЖ. Шкала ФФ (Physical Functioning – PF) отражает физическое функционирование. Шкала РФФ (Role-Physical – RP), с помощью данной шкалы возможно определение выполняемости типовой деятельности, в том случае, если были получены низкие баллы, то это отражает проблему, которая связана с выполнением нагрузки, осуществляемую каждый день. Шкала Б (Bodily Pain – BP) отражает болевой симптом, который может возникнуть у обследуемого. Шкала ОЗ (General Health – GH) отражает показатели, которые относятся к характеристикам общего здоровья. Шкала Ж (Vitality – VT) отражает ощущение связанные с жизнеспособностью, наличием или отсутствием внутренней силы, наличие или отсутствие чувства усталости. Шкала СФ (Social Functioning – SF) отражает способность обследуемого к выполнению социальных функций. Шкала РЭФ (Role-Emotional – RE) отражает эмоциональное поведение обследуемого. Шкала ПЗ (Mental Health – MH) отражает психологическое здоровье обследуемого.

Кроме опросника нами были разработаны специальные анкеты, которые учитывали основные жалобы в зависимости от характера ранения.

Данное исследование было выполнено на базе кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет». Исследование проводилось в соответствии с перспективным планом научно-исследовательской работы университета в период с 2015-2020 годы. На проведение работы было получено разрешение локального

этического комитета (протокол № 7 от 10.11.2010). Перед началом исследования, всем участникам были разъяснены цели и задачи исследования, после чего они подписывали протокол информированного согласия, что соответствует этическим принципам Хельсинкской Декларации, Европейским предписаниям по GCP и Правилам проведения качественных клинических испытаний в Российской Федерации.

Процедуры статистического анализа выполнялись с помощью программы IBM SPSS Statistics 24.0. При проверке выборочных совокупностей исследуемых величин на нормальность распределения по методу Колмогорова-Смирнова было выявлено, что распределение исследуемых параметров отличается от нормального, поэтому для анализа количественных признаков использовали методы непараметрической статистики с расчетом медианы и межквартильного размаха. Множественные сравнения проводили с помощью аналога дисперсионного анализа для непараметрических распределений – критерия Краскела-Уоллиса. Различия считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. После обработки, полученных в результате исследования, анкет, было установлено, что из общего количества обследованных, не выявлено жалоб у 43 (69,3 %) человек, при этом в 19 (30,6 %) наблюдениях обследованные отметили наличие различных жалоб. Здесь считаем необходимым отметить следующее, что в группе А жалобы были обнаружены у 5 (8,0 %) человек, тогда как в группе Б таких обследованных оказалось 12 (19,3 %), при математической обработке полученных результатов установлена сильная корреляционная связь ($r = 0,76$) ($p < 0,001$). Выявленные жалобы в двух группах изложены в таблице.

Анализ представленных в таблице данных показывает, что из общего количества обследованных, повторные операции выполнены у 7 (11,2 %) человек. Считаем необходимым отметить тот факт, что в 90 % случаях операции были выполнены в первый год после лечения. В группе А количество пациентов, которым были проведены повторные операции составил 1 (1,6 %) человек, тогда как в группе Б отмечается статистически достоверное увеличение до 6 (5,3 %) человек ($r = 0,72$) ($p < 0,001$). Необходимо уточнить, что как в группе А, так и в группе Б повторные операции выполнялись в связи с наличием свища в 5 (8,0 %) наблюдениях, а также в 2 (3,2 %) наблюдениях, по одному в группе А и Б в связи с резвившимся стенозом гортани.

Таблица

Структура и количество осложнений в отдаленном периоде у пациентов после операций по поводу колото-резаных ранений шеи

Выявленные осложнения	Количество осложнений	
	группа А (n = 47)	группа Б (n = 15)
Повторные операции	1 (1,6 %)	6 (5,3 %)*
Выявленные симптомы	Количество симптомов	
Слюнотечение	-	3 (4,8 %)*
Затруднение при глотании	1 (1,6 %)	4 (6,4 %)*
Затруднения прохождения пищи	-	2 (3,2 %)*
Парез лицевого нерва	1 (1,6 %)	4 (6,4 %)*
Нарушение голоса	2 (3,2 %)	10 (16,1 %)*
Отсутствие голоса	-	2 (3,2 %)*
Одышка при движении	2 (3,2 %)	3 (4,8 %)

Примечание: * – знак, показывающий статистическую достоверность

Самой частой жалобой, которая по результатам анкетирования была выявлена у всех обследованных, была связано с дисфонией, ее отметили 12 (19,3 %) опрошенных. При этом голос сохранялся, но происходило изменение его тембра. Дисфонию отметили 2 (3,2 %) обследованных группы А и 10 (16,1 %) группы Б ($r = 0,56$) ($p < 0,05$). Помимо этого, 2 (3,2 %)

обследованных из группы Б отметили отсутствие голоса ($r = 0,56$) ($p < 0,05$).

Жалобы, связанные с повреждением лицевого нерва, и как следствие его пареза, были выявлены у 5 (8,0 %) обследованных из двух групп. У 1 (1,6 %) человека из группы А и 4 (6,4 %) из группы Б ($r = 0,52$) ($p < 0,05$).

Нарушение прохождения пищи отметили 5 (8,0 %) человек, 1 (1,6 %) в группе А и 4 (6,4 %) в группе Б ($r = 0,32$) ($p < 0,05$).

Возникновение одышки, возникающую при передвижении, отметили 5 (8,0 %) человек, 2 (3,2 %) из них были в группе А, еще 3 (4,8 %) – в группе Б ($r = 0,32$) ($p < 0,05$). При описании этой жалобы следует отметить тот факт, что на затруднение дыхания при движении не оказывал влияние возраст. Данная жалоба появлялась при незначительной нагрузке и купировалась самостоятельно. В анамнезе у данных пациентов был пневмоторакс или (и) гемоторакс. Развитие этого осложнения может быть появлением спаечного процесса плевральной полости, это предположение нашло свое подтверждение после выполнения лучевого обследования с помощью рентгена, где были обнаружены плеврочечные-дифрогмальные спайки, диффузный пневмосклероз и уплотнение корней легких, кроме того, поднятие купола диафрагмы на одно ребро и смещение верхушки сердца в IV межреберье, а также облитерация левого синуса. При спирографическом обследовании выявлены умеренные изменения рестриктивного типа.

Наличие непроизвольного слюнотечения установлено в 3 (2,7 %) случаях, все обследованные относились к группе Б ($r = 0,52$) ($p < 0,05$). Развитие данного осложнения можно связать с ранением протока слюнной железы.

Дисфагия была выявлена у 5 (8,0 %) человек. У 1 (1,6 %) из группы А и у 4 (6,4 %) из группы Б ($r = 0,32$) ($p < 0,05$). Все обследованные жаловались на трудности, связанные с приемом твердой пищи, в результате пациенты были вынуждены принимать пищу дробно и часто. Вместе с тем, оперативного лечения не потребовалось.

Из общего количества обследованных ранениями шеи инвалидами различных групп признаны 12 (19,3 %) человек, из них III группы – 9 человек, II группы – 3 пациента, I группы – 0 человек.

Подводя итог исследованию, мы разделили отдаленные результаты операции на «отличные» – жалоб связанных с операцией нет, жизненная и трудовая деятельность без ограничений; «хорошие» – одна жалоба, связанная с операцией, жизненная и трудовая деятельность незначительно ограничена; «удовлетворительные» – до трех жалоб связанных с операцией, ограничение трудовой и жизненной деятельности; «неудовлетворительные» – более трех жалоб связанных с операцией одновременно, существенное ограничение трудовой и жизненной деятельности. Результаты отдаленных результатов после колото-резаных ранений представлены на рисунке 1.

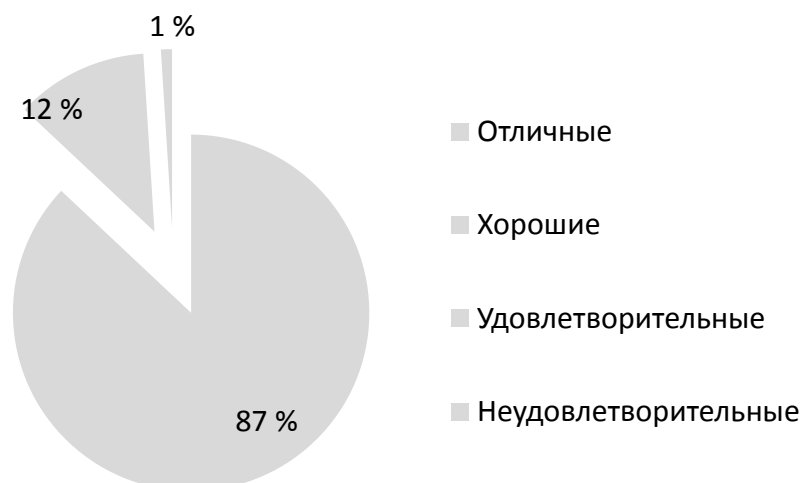
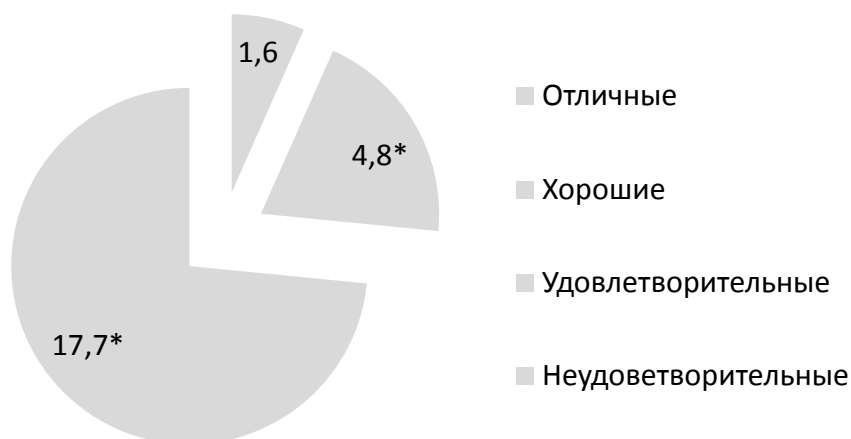


Рис. 1. Отдаленные результаты хирургического лечения колото-резаных ранений шеи группы А (в %)

Как видно из данных, представленных на рисунке 1, у большинства пациентов группы А – 45 (72,6 %) после ранений отдаленные результаты можно отнести к «отличным»; в 6 (9,7 %) случаях результаты могут быть расценены как «хорошие»; в 8 (12,9 %) к «удовлетворительным» и в еще в 3 (4,8 %) к «неудовлетворительным». Несколько другие результаты были получены в группе Б (рис. 2).



Примечание: * – знак, показывающий статистическую достоверность

Рис. 2. Отдаленные результаты хирургического лечения колото-резаных ранений шеи группы Б (в %)

На основании данных, представленных на рисунке 2, видно, что «отличных» результатов лечения в группе Б отмечено не было, как «хорошие» можно расценить только 1 (1,6 %) обследованного ($r = 0,38$) ($p < 0,05$), «удовлетворительные» – у 3 (4,8 %) ($r = 0,37$) ($p < 0,05$), у большинства обследованных этой группы – 11 (17,7 %) ($r = 0,72$) ($p < 0,05$) полученные результаты были расценены как «неудовлетворительные».

Таким образом, проведенные исследования показывают, что течение отдалённого периода после операций, выполненных по поводу колото-резаных ранений шеи, полностью зависит от времени, которое прошло от момента получения ранения.

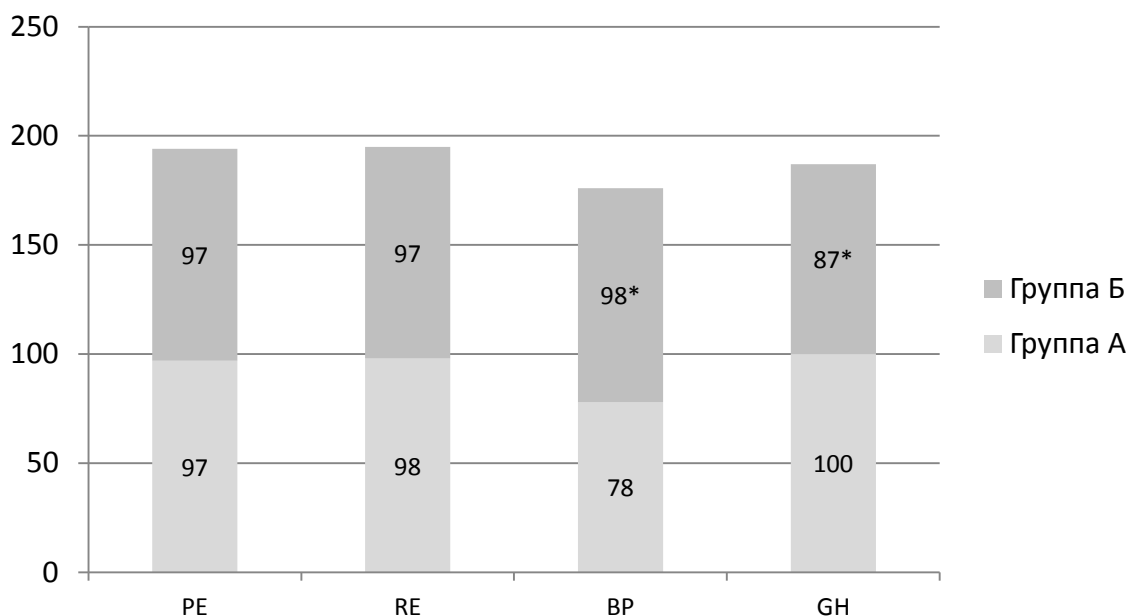
Показатели КЖ, иллюстрирующие физический компонент здоровья (показатели шкал PF, RP, BP и GH) представлены на рисунке 3.

Как видно из данных, представленных на рисунке 3, у пациентов, оперированных по поводу ранений шеи, вошедших в группу Б в отдаленном послеоперационном периоде, показатели, характеризующие физический компонент здоровья КЖ были незначительно снижены по сравнению с группой А. Однако данные изменения коснулись не всех шкал. Так, шкалы PF – физического функционирования составил в группе А $97 \pm 0,43$ балла, в группе Б – $97 \pm 0,33$ ($p > 0,05$). На основании этого можно утверждать, что полученные показатели не отличались друг от друга. Отсюда следует, что время, прошедшее от момента получения ранения до момента выполнения операции, не оказывает влияния возможности выполнения физических нагрузок.

Показатель RP – ролевого физического функционирования в группе А составил $98 \pm 0,4$; в группе Б – $97 \pm 0,5$ ($p > 0,05$), что также подтверждает отсутствие влияния времени, прошедшего от момента получения ранения до момента выполнения операции. У пациентов обеих групп отсутствовали проблемы, которые лимитировали бы выполнение повседневной нагрузки.

Статистически достоверные различия были выявлены при исследовании шкалы BP, которая характеризует болевые ощущения. Пациенты группы А получили $78 \pm 0,3$ балла, тогда, как в группе Б данный показатель оказался выше и составил $98 \pm 0,2$ ($r = 0,38$) ($p < 0,05$). Из этого следует, что в группе Б боевой синдром был более выраженный, чем в группе А, что не могло не отразиться на КЖ таких пациентов.

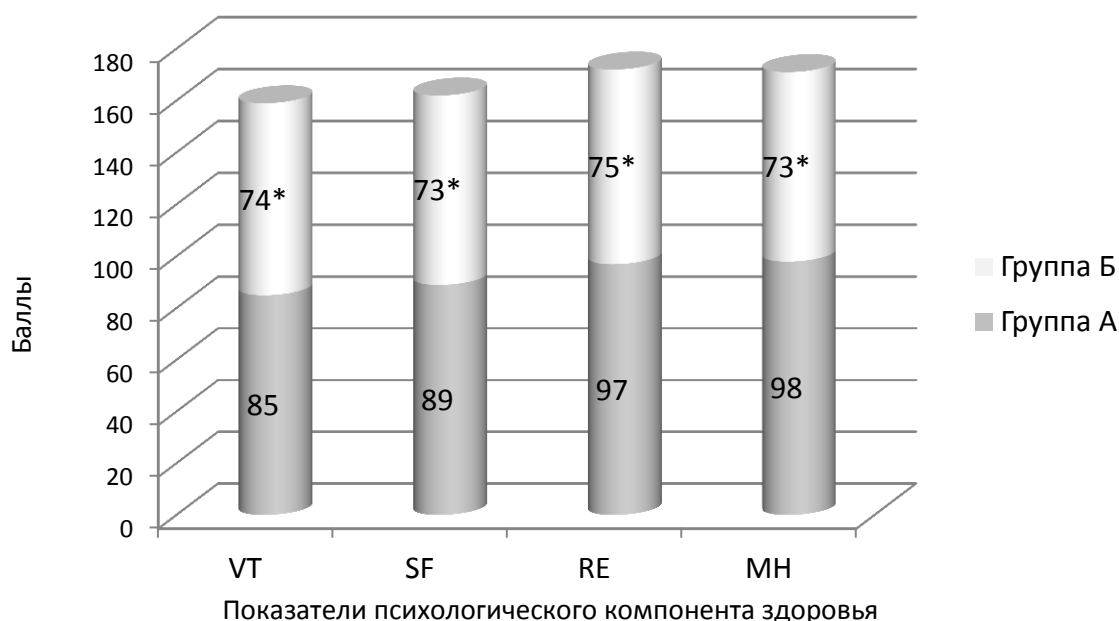
Показатель шкалы GH, отражающий общее здоровье в группе А составил $100 \pm 0,3$ балла, тогда, как в группе Б он был статистически достоверно снижен до $87 \pm 0,2$ ($r = 0,47$) ($p < 0,05$). Из этого можно сделать заключение, что субъективное восприятие предшествующего своего здоровья в группе Б было снижено.



Примечание: * – знак, показывающий статистическую достоверность

Рис. 3. Показатели КЖ, иллюстрирующие физический компонент здоровья у пациентов с ранениями шеи в отдаленном послеоперационном периоде (в баллах)

Показатели данной шкалы, которые отражают психологический компонент здоровья отражены на рисунке 4.



Примечание: * – знак, показывающий статистическую достоверность

Рис. 4. Результаты оценки показателей КЖ, характеризующих психологические компоненты здоровья (в баллах)

На основании представленных на рисунке 4 данных можно сделать заключение, что анализируемые показатели в двух группах отличались друг от друга. Так, в группе А, полученные результаты анализируемых показателей существенно не отличались от нормальных величин. В то же время в группе Б выявлено статистически достоверное всех показателей. Так, показатель VT, оценивающий жизнеспособность, в группе А составил $85 \pm 0,4$ балла, в группе Б – $74 \pm 0,3$ ($r = 0,51$) ($p < 0,05$). Снижение данного показателя происходит за счет снижения ощущения внутренней энергии, усталости, отсутствия желания выполнять энергичные действия.

При исследовании шкалы SF показатель отражающий социальное функционирование в группе А составил – $86 \pm 0,4$ балла, в группе Б происходило статистически достоверное снижение до $73 \pm 0,5$ ($r = 0,45$) ($p < 0,05$). Снижение данного показателя в группе Б происходит за счет уменьшения способности полноценно общаться с родственниками, друзьями, семьей, возможности адекватного профессионального общения из-за дисфонии или афонии.

Показатель шкалы RE – ролевого эмоционального функционирования, в группе А составил $97 \pm 0,3$ балла, в группе Б – $75 \pm 0,6$ ($r = 0,47$) ($p < 0,05$), что отражает эмоциональный статус пациента, влияние эмоций на повседневные занятия, взаимоотношения с окружающими, которые снижены в результате возникновения эмоциональных проблем.

Шкала MH – психологического здоровья, в группе А составила $98 \pm 0,3$ балла, в группе Б – $73 \pm 0,3$ ($r = 0,49$) ($p < 0,05$). Отсюда следует, что у пациентов после огнестрельных ранений шеи отмечается наличие невротизации, склонности к депрессивным состояниям, отсутствие ощущения счастья, умиротворенности и душевного спокойствия.

Заключение. На качество жизни и отдаленные результаты после операций, выполненных по поводу колото-резаных ранений шеи, оказывает влияние время с момента получения ранения до выполнения операции. В отдаленном послеоперационном периоде после таких ранений осложнения зарегистрированы в 19 (30,6 %) наблюдениях, при этом в группе А жалобы были обнаружены у 5 (8,0 %) человек, тогда, как в группе Б таких

обследованных оказалось 12 (19,3 %). Помимо этого, выявлены изменения, касающиеся КЖ. КЖ оказалось хуже у пациентов группы Б.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Егорова, О.А. Особенности оценки повреждений шеи и зубочелюстной системы, осложнившихся инфекционными процессами / О.А. Егорова, В.Л. Попов, С.Ф. Скрижинский // Судебно-медицинская экспертиза. – 2012. – № 4 – С. 15–18.
2. Коржук, М.С. Опыт специализированной помощи раненым в шею в Омском регионе / М.С. Коржук, К.К. Козлов, А.Г. Ткачѳв и др. // Омский научный вестник. – 2015. – № 2 (144) – С. 128–131.
3. Кочергаев, О.В. Особенности лечебной тактики при ранениях шеи / О.В. Кочергаев, Я.З. Резников, З.Я. Резников и др. // Тольяттинский медицинский консилиум. – 2017. – № 3-4 – С. 63–68.
4. Масляков, В.В. Особенности оказания хирургической помощи гражданскому населению с огнестрельными ранениями шеи в условиях локального военного конфликта силами гражданского здравоохранения / В.В. Масляков, В.Г. Барсуков, А.В. Усков // Медицина Кыргызстана. – 2017. – № 4 – С. 15–17.
5. Масляков, В.В. Отдаленные результаты и качество жизни пациентов после ранений шеи / В.В. Масляков, В.Г. Барсуков, А.В. Усков // Российский медицинский журнал «Медицинское обозрение». – 2018. – № 2 (II) – С. 43–46.
6. Романчишен, А.Ф. Оперативные доступы в экстренной и плановой хирургии органов шеи / А.Ф. Романчишен, А.В. Гостимский, В.Б. Мосягин и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – № 5 – С. 75–80.
7. Татаринова, Е.В. Осложнения у пострадавших с цервикоторакальными ранениями / Е.В. Татаринова, А.Н. Погудина, Е.Н. Коровкина // Хирургия. – 2014. – № 10 – С. 10–14.

REFERENCES

1. Yegorova O.A., Popov V.L., Skrizhinskiy S.F. *Osobennosti otsenki povrezhdeniy shei i zubochehyustnoy sistemy, oslozhnivshikhsya infektsionnymi protsessami* [Features of the assessment of injuries to the neck and the maxillary system complicated by infectious processes]. *Sudebno-meditsinskaya ekspertiza* [Forensic medical examination]. 2012, no 4, pp. 15–18 (In Russ.).
2. Korzhuk M.S., Kozlov K.K., Tkachyov A.G. *Opyt spetsializirovannoy pomoshchi ranennym v sheyu v Omskom regione* [Experience of specialized assistance to the wounded in the neck in the Omsk region]. *Omskiy nauchnyy vestnik* [Omsk Scientific Bulletin]. 2015, no 2 (144), pp. 128–131 (In Russ.).
3. Kochergayev O.V., Reznikov Ya.Z., Reznikov Z.Ya. *Osobennosti lechebnoy taktiki pri raneniyakh shei* [Features of therapeutic tactics for neck injuries]. *Tol'yattinskiy meditsinskiy konsilium* [Togliatti Medical Council]. 2017, no 3-4, pp. 63–68 (In Russ.).
4. Maslyakov V.V., Barsukov V.G., Uskov A.V. *Osobennosti okazaniya khirurgicheskoy pomoshchi grazhdanskomu naseleniyu s ognestrel'nymi raneniyami shei v usloviyakh lokal'nogo voyennogo konflikta silami grazhdanskogo zdravookhraneniya* [Features of providing surgical care to the civilian population with gunshot wounds of the neck in the conditions of a local military conflict by the forces of civil healthcare]. *Meditsina Kyrgyzstana* [Medicine of Kyrgyzstan]. 2017, no 4, pp. 15–17 (In Russ.).
5. Maslyakov V.V., Barsukov V.G., Uskov A.V. *Otdalennyye rezul'taty i kachestvo zhizni patsiyentov posle raneniy shei* [Long-term results and quality of life of patients after neck injuries]. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal «Meditsinskoye obozreniye»* [Russian medical journal "Medical Review"]. 2018, no 2 (II), pp. 43–46 (In Russ.).
6. Romanchishen A.F., Gostimskiy A.V., Mosyagin V.B. *Operativnyye dostupy v ekstrennoy i planovoy khirurgii organov shei* [Operative access in emergency and elective surgery of the neck organs]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova* [Surgery. The magazine named after N. I. Pirogov]. 2018, no 5, pp. 75–80 (In Russ.).
7. Tatarinova Ye.V., Pogudina A.N., Korovkina Ye.N. *Oslozhneniya u postradavshikh s tservikotorakal'nymi raneniyami* [Complications in patients with cervicothoracic wounds]. *Khirurgiya* [Surgery]. 2014, no 10, pp. 10–14 (In Russ.).

Материал поступил в редакцию 30.06.21

THE EFFECT OF THE TIME OF THE PERFORMED OPERATION FOR A STAB WOUND OF THE NECK ON THE LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT AND THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS

V.V. Maslyakov,

Mari State University
(424000, Russia, Yoshkar-Ola, Lenin Square 1)
Email: maslyakov@inbox.ru

V.V. Voronov,

Mari State University
(424000, Russia, Yoshkar-Ola, Lenin Square 1)
Email: maslyakov@inbox.ru

Gezali Alya Eddin,

Mari State University
(424000, Russia, Yoshkar-Ola, Lenin Square 1)
Email: maslyakov@inbox.ru

N.A. Akmalov,

Mari State University
(424000, Russia, Yoshkar-Ola, Lenin Square 1)
Email: maslyakov@inbox.ru

Abstract. *A study of the long-term results of treatment and the quality of life of 62 people operated on for stab wounds of the neck was conducted. We divided all the wounded into two groups: group A included wounded with stab wounds to the neck, the time from the moment of injury to the start of treatment did not exceed 60 minutes. Group B includes the wounded, whose time from the moment of injury to the start of treatment exceeded 60 minutes. Group A included 47 people, group B-15 surveyed. The average age of the examined patients was 34 ± 3 years. There were 45 men (72.6 %), 17 women (27.4%). As a result of the study, it was found that the quality of life and long-term results after operations performed for stab wounds of the neck are influenced by the time from the moment of injury to the operation. In the long-term postoperative period after such injuries, complications were registered in 19 (30.6 %) cases, while in group A, complaints were detected in 5 (8.0 %) people, while in group B, there were 12 (19.3%) such patients. In addition, changes related to the quality of life were identified. The quality of life was worse in the group of patients of group B.*

Keywords: *stab wounds of the neck, long-term postoperative period, quality of life, complications.*

УДК 61

ОБУЧЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

А. Иванова, ассистирующий профессор, преподаватель
кафедра здравоохранения, факультет здравоохранения
Медицинский университет
(1431, Болгария, София, бул. Академик Иван Евстратиев Гешов, 15)
Email: van.ann@abv.bg

Д. Димитров, доцент, преподаватель
кафедра здравоохранения, факультет здравоохранения
Медицинский университет
(1431, Болгария, София, бул. Академик Иван Евстратиев Гешов, 15)
Email: van.ann@abv.bg

И. Петров, ассистирующий профессор, преподаватель
кафедра здравоохранения, факультет здравоохранения
Медицинский университет
(1431, Болгария, София, бул. Академик Иван Евстратиев Гешов, 15)
Email: van.ann@abv.bg

***Аннотация.** Обучение больных сахарным диабетом 2-го типа изменяет индивидуальный образ жизни, дает людям психологическую поддержку, веру в себя, а также знания, навыки и способности, необходимые для улучшения личного и социального здоровья. Выявлены статистические различия показателей обмена веществ, клинических исследований и психологических вопросов среди групп пациентов с сахарным диабетом, которым прошли обучение от групп больных, которые не посещали какие-либо тренинги.*

***Ключевые слова:** сахарный диабет 2-го типа, пациент, контроль, оценка обучения.*

Введение

По данным мировой статистики 2013 года заболеваемость сахарным диабетом составляет около 387 млн. человек 8,3 % в возрасте 20-79 лет и есть прогнозы, что данная заболеваемость к 2030 году достигнет 552 млн. человек или 9,9 % взрослого населения мира. Тренинги по обучению преобретания навыков самоконтроля и улучшение знаний людей о диабете является основой медицинской помощи больным сахарным диабетом. Обучение больных изменяют индивидуальный образ жизни и традиции, дают людям психологическую поддержку, веру в себя, а также знания, навыки и способности, необходимые для улучшения личного и социального здоровья. По этим вопросам в мире начали широко исследовать. Это говорит и подтверждает о том, что обучения пациентов необходимы для повышения профилактического контроля осложнения сахарного диабета. По данным этапного исследования определения распространенности не инфекционных заболеваний 2010 года распространенность сахарного диабета составляет 6.5 %, а предиабет 9,1 %.

Целью нашего исследования является оценка обучения у больных сахарным диабетом 2-го типа.

Критерий включения в исследование: Нами были выбраны больные, которые были в возрасте 20-64 лет, без психических отклонений, имеющие способность к самообслуживанию, не участвовавшие прежде в каком-либо исследовании, принявшие участие в опросниках по сахарному диабету, имеющие постоянное место жительства, способные прийти и пройти контроль, получившие полную информацию исследования, согласившиеся на добровольное участие.

Критерий исключения из исследования: Беременные, имеющие лактацию, в возрасте выше 64 лет, инвалиды и люди социально-чувствительных групп населения (служайщие в армии, полицейские, студенты, заключенные), имеющие осложнения со стороны других органов систем (печёночная, почечная недостаточность), заболевания ЖКТ, осложнения последней стадии сахарного диабета (глаза, почки, ноги, инфаркта миокарда).

Методы коллектирования данных и информации: Тренинг знаний сахарного диабета выбранных больных оценивали с помощью опросника мировой практики, Michigan Diabetes Knowledge Test (MDKT) и PAID (Illness Perception Questionnaire) Проводили антропометрические измерения, объективное обследование больного (рост (см), вес (кг), систолическое давление (мм.р.ст), диастолическое давление (мм.р.ст), окружность талии- (см), жировые отложения (%). В лабораторном исследовании определяли уровень HbA_{1c} (%) и количество сахара в периферической крови натощак (ммол/л).

Проводили опрос исследования, антропометрические измерения, показатели обмена веществ среди обученных и не обученных групп больных до и после исследования в течении 6-х месяцев.

Антропометрическое измерение и инструменты для применения

Рост. Использовали ростомер, который был разрешен и утвержден пригодным к применению Центром Стандарта Измерения. При измерении исследуемого просили стоять ровно в непринужденной позе, не поднимая плеч, с сомкнутыми стопами. А также измеряли вес, процентное отношение жирового отложения и индекс массы тела больных с помощью аппарата марки Vivente, сделанный в Южной Корее. Больных взвешивали и измеряли с легкой одеждой до 100 гр.

Окружность талии. Измеряли ленточным метром, сделанным из клеёчатого материала, которого могли стерилизовать после каждой процедуры. Измерение проводили стоя и просили больных дышать спокойно, а потом измерительную ленту располагали горизонтально, не натягивая измеряли на месте между нижним углом лопатки и непосредственно над гребнями подвздошных костей. Если у человека был живот большим и нависшим, то измеряли непосредственно по линии пупка. **Артериальное давление** – участников досконально опрашивали о применении пищи, чая или кофе перед обследованием. Если они говорили да или были посетителями прямо с улиц, то их усаживали в спокойное место на 15 минут, а потом измеряли артериальное давление каждому в правом предплечье с помощью автоматического измерителя давления модели OMRON M5 по 2-3 раза и выявляли их средний показатель.

Лабораторное исследование:

Проводили биохимический анализ с определением гликированного гемоглобина HbA_{1c} в плазме крови с помощью Бельгийского полного автоматического анализатора ClindiaG FA-300 с применением немецкого полужидкого диагностикума Diasys для полного автоматического анализатора. Определяли количество сахара в периферической крови натощак с помощью глюкометра Accu-Chek Active, сделанной в Германии.

Каждому больному предварительно звонили, давали краткую информацию, а потом после этого перед проведением исследования объясняли цель и значения работы, также давали полную информацию предстоящего исследования, получали от всех разрешительные, подтверждающие подписи и вовлекали больных в исследовании.

Статистический анализ

Информационные данные исследования были разработаны с помощью программы SPSS 16. Процентные различия показателей были оценены методом корреляционного анализа хи квадратов Пирсона, а среднее различие было учтено с помощью метода Т теста. В случае аналогичного Р показателя меньше 0,05 следует считать, что различия статистически правдиво вероятным.

Результаты

Больных исследования, у которых впервые выявили сахарный диабет были мужчинами $49,4 \pm 8,9$ летнего возраста, 43,8 % (86) 56,2 % (110) из них были женщинами. 39,3 % больных имели диабетическую наследственность в анамнезе. 23,3 % пациентов из всех обследованных были курящими, а 76 % не курящими, 8,7 % прекратившими курить. 50,6 % обследованных больных прежде применяли алкоголь. Показатели HbA_{1c}-на обученных больных перед исследованием были 10.1 ± 1.42 и после 6-х месяцев исследования данный показатель стал $8,5 \pm 1.42$, что дали результаты статически должного снижения ($p < 0.001$). По данным нашего исследования у 85,7 % всех обследованных индекс массы тела и у 84,2 % всех больных окружность талии были увеличены от нормы, а также общее ожирение были распространены на 9,5 % намного выше среди женщин, чем среди лиц мужского пола ($p < 0.001$). Также нами были установлены, что артериальное давление у мужчин на 9,3 % выше, чем у лиц женского пола ($p < 0.05$).

Отношение людей к сахарному диабету оценивали по Brie-IPQ и обнаружили статистически значимые различия среди обученных и не обученных групп пациентов. Это значит, что в обученных группах люди приобретали хорошие знания к своей болезни и повышались навыки самоконтроля к диабету, что результаты нашего исследования совпадали с результатами исследования Moss-Morris R (1997), Frosthholm L (2006).

Нами в исследовании установлено, что понятия и знания больных о диабете не имели статистические различия среди обученных и не обученных людей. Наверное это связано со временем установления диагноза сахарного диабета новым больным и совпадали с результатами исследования.

67,9 % всех больных были обучены в амбулатории, 28,3 % – в стационаре, а 3,7 % – в семейных клиниках. Необходимо дальнейшее продолжительное исследование.

Выводы

Выявлены статистические различия показателей обмена веществ, клинических исследований и психологических вопросов среди групп пациентов сахарным диабетом, которым проведены обучения диабета от групп больных, которым не проведены какие-либо тренинги.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Balas EA, Krishna S, Kretschmer RA, Cheek TR, Lobach DF, Boren SA Computerized knowledge management in diabetes care. *Medical Care* 2004;42(6):610-621.
2. Frosthholm L, Oernboel E, Christensen KS, Toft T, Olesen F, Weinman J, et al. Do illness perceptions predict health outcomes in primary care patients? A 2-year follow-up study. *J Psychosom Res.* 2007;62:129-38.
3. Mongolian STEPS Survey on the Prevalence of Noncommunicable Disease Risk Factors 2009.
4. Moss-Morris R. The role of illness cognitions and coping in the aetiology and maintenance of the chronic fatigue syndrome (CFS). In: Petrie KJ, Weinman JA, editors. *Perceptions of health and illness: current research and applications.* Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 1997. p. 411-39.
5. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001;24:561-87.
6. Snoek F, Visser A (2003). Improving quality of life in diabetes: how effective is education. *Patient Education & Counseling* 51(1): 1-3.

7. Wens J, Vermeire E, Hearnshaw H, Lindenmeyer A, Biot Y, Van Royen P interventions aiming at improving adherence to treatment recommendations in type 2 diabetes. A sub-analysis of a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2008;79:377-388.

REFERENCES

1. Balas EA, Krishna S, Kretschmer RA, Cheek TR, Lobach DF, Boren SA Computerized knowledge management in diabetes care. *Medical Care* 2004;42(6):610-621 (In English).
2. Frostholm L, Oernboel E, Christensen KS, Toft T, Olesen F, Weinman J, et al. Do illness perceptions predict health outcomes in primary care patients? A 2-year follow-up study. *J Psychosom Res.* 2007;62:129-38. (In English).
3. Mongolian STEPS Survey on the Prevalence of Noncommunicable Disease Risk Factors 2009 (In English).
4. Moss-Morris R. The role of illness cognitions and coping in the aetiology and maintenance of the chronic fatigue syndrome (CFS). In: Petrie KJ, Weinman JA, editors. *Perceptions of health and illness: current research and applications.* Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 1997. p. 411-39. (In English).
5. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001;24:561-87. (In English).
6. Snoek F, Visser A (2003). Improving quality of life in diabetes: how effective is education. *Patient Education & Counseling* 51(1): 1-3. (In English).
7. Wens J, Vermeire E, Hearnshaw H, Lindenmeyer A, Biot Y, Van Royen P interventions aiming at improving adherence to treatment recommendations in type 2 diabetes. A sub-analysis of a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2008;79:377-388. (In English).

Материал поступил в редакцию 08.07.21

INDIVIDUAL LIFESTYLE TRAINING FOR PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

A. Ivanova, Assistant Professor, Lecturer
Department of Public Health, Faculty of Public Health
Medical University, Sofia
(1431, Bulgaria, Sofia, Blvd Academician Ivan Evstratiev Geshov, 15)
Email: van.ann@abv.bg

D. Dimitrov, Associate Professor, Lecturer
Department of Public Health, Faculty of Public Health
Medical University, Sofia
(1431, Bulgaria, Sofia, Blvd Academician Ivan Evstratiev Geshov, 15)
Email: van.ann@abv.bg

I. Petrov, Assistant Professor, Lecturer
Department of Public Health, Faculty of Public Health
Medical University, Sofia
(1431, Bulgaria, Sofia, Blvd Academician Ivan Evstratiev Geshov, 15)
Email: van.ann@abv.bg

Abstract. *Training of patients with type 2 diabetes mellitus changes the individual lifestyle and traditions, gives people psychological support, self-confidence, as well as the knowledge, skills and abilities necessary to improve personal and social health. Statistical differences in metabolic indicators, clinical studies and psychological issues were revealed among groups of patients with diabetes mellitus who were trained from groups of patients who did not attend any trainings.*

Keywords: *type 2 diabetes mellitus, patient, control, evaluation of training.*

MEDICUS

Международный медицинский научный журнал

№ 4 (40), июль / 2021

Адрес редакции:

Россия, 400081, г. Волгоград, ул. Ангарская, 17 «Г», оф. 312.

E-mail: scimedicus@mail.ru

<http://scimedicus.ru/>

Изготовлено в типографии ООО «Сфера»

Адрес типографии:

Россия, 400105, г. Волгоград, ул. Богунская, 8, оф. 528.

Учредитель (Издатель): ООО «Научное обозрение»

Адрес: Россия, 400094, г. Волгоград, ул. Перелазовская, 28.

E-mail: scimedicus@mail.ru

<http://scimedicus.ru/>

ISSN 2409-563X

Главный редактор: Теслина Ольга Владимировна

Ответственный редактор: Малышева Жанна Александровна

Редакционная коллегия:

Иванова Ольга Николаевна, доктор медицинских наук
Абдикаримов Сериккали Жолдасбаевич, кандидат медицинских наук
Комаровских Елена Николаевна, доктор медицинских наук
Лазарева Наталья Владимировна, доктор медицинских наук
Вишнева Елена Михайловна, доктор медицинских наук
Бессонов Прокопий Прокопьевич, кандидат медицинских наук
Масляков Владимир Владимирович, доктор медицинских наук
Дороженкова Татьяна Евгеньевна, кандидат биологических наук
Вечеркина Жанна Владимировна, кандидат медицинских наук
Казущик Василий Леонович, кандидат медицинских наук
Сергушев Сергей Геннадьевич, кандидат медицинских наук
Жандарова Людмила Федоровна, кандидат медицинских наук
Каратаева Лола Абдуллаевна, кандидат медицинских наук

Редакционный совет:

Егорова Алла Геннадьевна, кандидат медицинских наук
Селихова Марина Сергеевна, доктор медицинских наук
Иллек Ян Юрьевич, доктор медицинских наук
Петрова Ольга Григорьевна, доктор ветеринарных наук
Лебедев Юрий Иванович, кандидат медицинских наук
Баяхметова Алия Алдашевна, доктор медицинских наук

Подписано в печать 23.07.2021 г. Дата выхода в свет: 30.07.2021 г.

Формат 60x84/8. Бумага офсетная.

Гарнитура Times New Roman. Заказ № 60. Свободная цена. Тираж 100.