

ISSN 1993-3932

2019
№ 2(49)

УЧРЕДИТЕЛЬ
МЕДИЦИНСКИЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ
(негосударственное
образовательное
учреждение)

КЛИНИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВЕСТИК

Медицинского
стоматологического
института

Журнал
зарегистрирован
Министерством РФ
по делам печати,
телерадиовещания
и средств массовых
коммуникаций

Выходит
один раз в 3 месяца.
Тираж 500 экз.
Цена свободная.

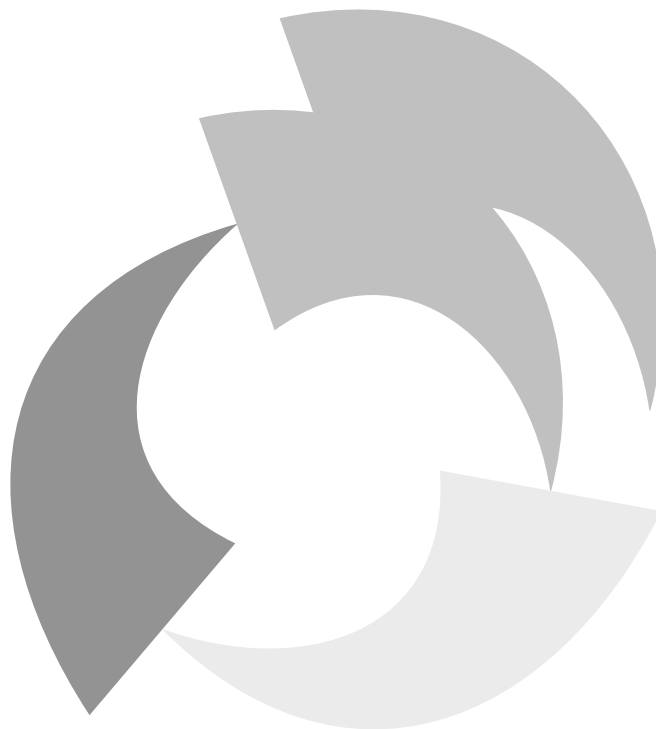
Основан в 2007 г.

**Регистрационный
номер**
ПИ №ФС 77-25685
от 7 сентября 2006 г.

ВНИМАНИЕ!
Подписка на журнал
«Вестник медицинско-
го стоматологического
института» прини-
мается в почтовых
отделениях по месту
жительства

Индекс по каталогу
«Роспечать»:
82168 — для индивидуальных подписчиков
84645 — для предприятий и организаций

**Адрес редакции
и издателя:**
127253, Москва, ул.
Псковская, 9, корп.1.
Тел.: 8 (909) 232 20 63;
8 (967) 059 74 86



Реал Тайм

Главный редактор

М.Н. Пузин, доктор медицинских наук, профессор

Заместитель главного редактора

В.С. Полунин, доктор медицинских наук, профессор

Научный редактор

И.А. Вышлова, кандидат медицинских наук

Ответственный секретарь

М.А. Омаров, доктор медицинских наук

Редакционная коллегия

О.Т. Богова, доктор медицинских наук, профессор
М.А. Дымочка, доктор медицинских наук, профессор
В.П. Зайцев, доктор медицинских наук, профессор
С.Ю. Иванов, доктор медицинских наук, профессор
А.С. Кадыков, доктор медицинских наук, профессор
С.М. Карпов, доктор медицинских наук, профессор
Г.Г. Кармазановский, доктор медицинских наук, профессор
В.М. Китаев, доктор медицинских наук, профессор
Д.И. Кича, доктор медицинских наук, профессор
О.Е. Коновалов, доктор медицинских наук, профессор
А.В. Лепилин, доктор медицинских наук, профессор
И.М. Макеева, доктор медицинских наук, профессор
Н.В. Нуднов, доктор медицинских наук, профессор
М.А. Омаров, доктор медицинских наук, профессор
В.С. Полунин, доктор медицинских наук, профессор
В.Н. Потапов, доктор медицинских наук, профессор
М.Н. Пузин, доктор медицинских наук, профессор
Н.А. Сирота, доктор медицинских наук, профессор
В.Б. Хышов, доктор медицинских наук, профессор
В.М. Ялтонский, доктор медицинских наук, профессор

Менеджер проекта:

Беленький Вадим Викторович

e-mail: vadimbele@yahoo.com

тел.: + 7 (958) 8589624

Редактор:

Манаенкова Ирина Александровна

e-mail: irinaalex83@mail.ru

тел.: 8 (909) 232 20 63

Ответственность за достоверность сведений, содержащихся в статьях и рекламных объявлениях, несут авторы и рекламодатели.

Авторам, желающим опубликовать свои труды в данном журнале, следует направлять оригинальные статьи по электронной почте на два адреса: docpuzin@mail.ru и mister.nikpuz@yandex.ru.

По вопросам размещения рекламы или рекламных статей обращаться по тел.: +79670597486 (Марина Анатольевна Котова).

Содержание

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Гюнтер Н.А.

Особенности организации прививочной работы в лечебных учреждениях Московской области

Маккаева С.М.

Качество жизни у юношей допризывного возраста с учетом социально-экономических условий

КЛИНИКА. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ, ЛЕЧЕБНЫЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Галь И.Г., Кипарисов В.Б.

Особенности системы реабилитации посттравматических нарушений на амбулаторно-поликлиническом этапе

Вязьмин А.Я., Пузин М.Н.

Синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

Паценко М.Б.

Ранняя диагностика острого коронарного синдрома

Саркисов А.А.

Клинико-психологическая концепция стоматологической помощи

Спицына В.И.

Особенности терапии хронического генерализованного пародонтита в зависимости от фазы менструального цикла

Сорокоумов Г.Л., Хритинин А.Д., Еремина Н.В.

Особенности психологического статуса стоматолога

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ИССЛЕДОВАНИЯ

Еремина Н.В., Пузин М.Н.

Клинические аспекты тригеминальной невралгии

ЛЕКЦИИ

Щетинин В.В.

Значение метода ультразвуковой диагностики при обнаружении и мониторинге лечения рака предстательной железы

Contents

ORGANIZATIONAL ASPECTS OF MEDICAL CARE

4 Gunter N.A.

Features of the organization of vaccination work in medical institutions of the Moscow region

6 Makkaeva S.M.

Quality of life in young men of pre-conscription age, depending on socio-economic conditions

CLINICAL PATTERN. DIAGNOSTIC, MEDICAL AND REHABILITATION TECHNOLOGIES

8 Gal I.G., Kiparisov V.B.

Features of the system for the rehabilitation of post-traumatic disorders at the outpatient stage

13 Vyazmin A.Ya, Puzin M.N.

Temporomandibular joint dysfunction syndrome

17 Patsenko M.B.

Early diagnosis of acute coronary syndrome

23 Sarkisov A.A.

Clinical and psychological concept of dental care

27 Spitsyna V.I.

Features of therapy of chronic generalized periodontitis depending on the phase of the menstrual cycle

31 Sorokoumov G.L., Khritinin A.D., Yeremina N.V.

Features of the psychological status of the dentist

CLINICAL ASPECTS AND RESEARCH

36 Yeremina N.V., Puzin M.N.

Clinical aspects of trigeminal neuralgia

LECTURES

40 Schetinin V.V.

The importance of the ultrasound diagnostic method for the detection and monitoring of prostate cancer treatment

Организационные аспекты медицинской помощи

Гюнтер Н.А.

Особенности организации прививочной работы в лечебных учреждениях Московской области*Медицинский стоматологический институт Департамента образования города Москвы*

Аннотация. в данной работе представлена структура выявленных нарушений в областных поликлиниках при организации прививочной работы.

Ключевые слова: вакцинация, нарушения.

Annotation. this paper presents the structure of the identified violations in the regional clinics in the organization of vaccination work.

Key words: vaccination, violations.

Введение. Здравоохранение как система имеет три неразрывные функции — знать (познавать, изучать, исследовать), что такое здоровье и болезни (знания, наука); предупредить болезни и другие угрозы для здоровья (профилактика), а если это не удастся, вылечить заболевшего или пострадавшего человека (лечение и реабилитация). Так, функция «профилактика» означает необходимость заблаговременно увидеть опасности, которые возникают во внешней среде для здоровья человека, принять меры к устранению этих опасностей всеми способами (1). И одним из таких способов предупреждения возникновения инфекционных заболеваний является вакцинопрофилактика, в организации, которой, существует множество недостатков.

Цель настоящего исследования — определить структуру нарушений в организации прививочной работы в соответствии с санитарным законодательством.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели были проанализированы итоги контрольно-надзорных мероприятий в 34 лечебных учреждениях области.

Результаты и обсуждения. В результате проведенного исследования, было установлено, что наибольшее число выявленных нарушений законодательства в области иммунопрофилактики, наблюдалось по 4 нормативным документам. В 20 медучреждениях из 34 были выявлены нарушения СП 3.3.2367-08 «Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней», что составило 58,8%. Нарушения соответствующие пунктам СП

3.3.2342 -08 «Обеспечение безопасности иммунизации» - в 16 учреждениях, что составило 47%. Далее, позицию в структуре занимали нарушения, связанные с пунктами СП 3.3.2.1248-03 «Условия транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов» - 32,4% и наименьшее число нарушений соответствующие пунктам СП 3.3.2.1120-02 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям транспортирования и отпуска гражданам медицинских иммунобиологических препаратов...», на долю которых пришлось 29,4%. Для дальнейшего обсуждения особого внимания заслуживают нарушения, связанные с пунктами СП 3.3.2367-08.И, так, лидирующую позицию занимают нарушения связанные с п. 5.6. (11,5±4,1%)-учет работающего и неработающего населения. Второе ранговое место занимали нарушения связанные с п. 4.2 - 4.5, что составило по 9,8±3,8% соответственно. Данные разделы санитарных правил регламентируют порядок ведения учетно-отчетной документации. Далее в структуре нарушений в части организации прививочной работы - 6,1±2,9% это недостатки, связанные с п.6.4, то есть, отсутствие полного пакета документов на имеющиеся препараты и актов о списании вакцины с истекшим сроком годности. Четвертое ранговое место занимают нарушения, по следующим пунктам СанПиНа: 3.2, 4.6, 5.9. На их долю в общей структуре нарушений пришлось по 5±2,8% соответственно. Особый интерес представляют нарушения соответствующие п. 5.9., определяющий порядок работы ведения итоговых отчетов по выполнению плана профилактических

прививок. Так, в 4 (20%) из 20 поликлиник, своевременно не вносились в прививочную картотеку сведения о выполненных прививках; отсутствовал план профилактических прививок на следующий календарный год, а так же не проводился анализ выполнения плана по терапевтическим участкам. В случае невыполнения плана прививок, по каждому участку в отдельности, отсутствовал анализ причин непривитости. Незначительная часть среди выявленных нарушений пришлось на такие пункты, как: 2.7, 4.1, 5.1, 5.7, 5.8, что составило в сою очередь по $3,3 \pm 2,2\%$. В соответствии с пунктом 2.7 руководители лечебно-профилактических организаций назначают ответственных лиц за все разделы работы по организации иммунопрофилактики. Среди проверенных учреждений в 2-х (10%) учреждениях ответственные за организацию прививочной работы назначены не были. Пункт 4.1. регламентирует наличие необходимого набора документов для обеспечения полноты, достоверности и своевременности учета групп населения, подлежащих вакцинации, и выполненных прививок. Так, в 10% случаях не был обеспечен должный контроль за достоверностью представления отчетных форм по проф. прививкам. Пункты 5.1. и 5.7 определяют порядок планирования при-

вивок лечебным учреждением. Так, например, в поликлиническом отделении одной из районных больниц, составление годового плана профилактических прививок взрослому населению ведется без учета числа вакцинированных взрослых в разрезе терапевтических участков. Следовательно, установить «реальную картину» привитости взрослого населения по терапевтическим участкам не представляется возможным.

Выводы: Таким образом, выявленные нарушения свидетельствуют об отсутствии контроля со стороны руководителей медицинских учреждений за организацией прививочной работы, в том числе достоверности планирования профилактических прививок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Венедиктов Д.Д. Первичная медико-санитарная помощь: системные и организационные аспекты. – М.; ИД «Панорама»-2009.- С.13-14.

Сведения об авторах

Гюнтер Нина Александровна — доктор медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинского стоматологического института Департамента образования г. Москвы.

medinstmcsu@inbox.ru.

Маккаева С.М.

Качество жизни у юношей допризывного возраста с учетом социально-экономических условий

Медицинский стоматологический институт Департамента образования г. Москвы

Аннотация. Проведено анкетирование 947 юношей допризывного возраста. На оценку качества жизни существенное влияние оказывают уровень материальной обеспеченности, жилищно-коммунальные условия, наличие/отсутствие вредных привычек, качество питания. У юношей ключевым аспектом в системе самооценки жизни является степень материальной обеспеченности. 75% юношей, оценивающих качество своей жизни как высокое, указывают удовлетворенность своим материальным достатком, причем его неденежной составляющей. Полноценный рацион питания отмечается у 15,2% респондентов. При этом корреляцию между качеством питания и самооценкой уровня жизни проследить сложно. Наличие вредных привычек характеризуется как фактор отрицательного воздействия не только на самооценку состояния здоровья опрошенных лиц, но и на степень удовлетворенности их качеством жизни.

Ключевые слова: качество жизни, юноши допризывного возраста, материальная обеспеченность, рацион питания, вредные привычки.

Annotation. Carried survey of 947 young men pre-conscription age. The assessment of quality of life is significantly influenced by the level of material security, housing conditions, presence / absence of bad habits, quality of food. in the life of self-esteem is the degree of material security. 75% of young men, assessing their quality of life as a high to indicate satisfaction with their material prosperity, and its non-monetary component. Complete diet indicated in 15.2% of respondents. In this case the correlation between the quality of nutrition and standards of living self-esteem is difficult to trace. The study revealed the presence of bad habits negatively impact not only on self-assessment of health of persons interviewed, but also on the degree of satisfaction with their quality of life.

Key words: quality of life, pre-draft age youths, material well-being, diet, bad habits.

У юношей допризывного возраста степень материальной обеспеченности является ключевым аспектом в самооценке качества жизни, не менее важным, чем состояние здоровья и физического развития. Это связано в первую очередь со сложившейся системой ценностей в семье и обществе, влиянием материальной составляющей на положение и авторитет среди сверстников [1].

По результатам проведенных в течение 2-х лет наблюдений большая часть юношей (75%), дающих высокую оценку качеству своей жизни, оценивают собственные материальные условия как «приличные». Одновременно снижение степени удовлетворенности жизнью совпадает с понижением оценки материальных условий жизни.

При этом, как выяснилось, роль количества получаемых денежных единиц в самооценке качества жизни незначительна. Это видимое противоречие может указывать на существенное значение неденежных форм материального обеспечения в жизни юношей: вероятно, в виде помощи родителей продуктами, техникой, одеждой и другими вариантами материальной помощи. Небезынтересно, что для юношей, высоко оценивающих качество своей жизни, характерна низкая потребность в количестве денег, необходимых, как они считают, для нормального существования.

Отмечается невысокая трудовая активность большинства юношей: доход от собственных заработков имеют немногие, и это составляет незначительную часть их бюджета.

Оценивая такой важный показатель материального благополучия, как условия проживания, следует отметить, что основная часть опрошенных лиц проживает с родителями. Значительный процент опрошенных составляют юноши, живущие в съемных квартирах, причем значительная часть (до 7,9%) - в одной комнате с хозяевами или в общежитии. Доля юношей, имеющих собственное жилье, незначительна. Обращает на себя внимание тот факт, что юноши с высокой степенью удовлетворенности жизнью проживают в большинстве своем отдельно, а с низкой - с родителями.

На основе анализа анкетных данных мы предприняли также попытку выявить степень воздействия вредных привычек на основные показатели качества жизни юношей. Множество опрошенных начали курить и употреблять алкогольные напитки до 14 лет. К 21 году число курящих на момент опроса или куривших, но бросивших курить юношей, возрастает. Параллельно этому увеличивается и количество подростков, регулярно употребляющих алкоголь. Тревожным фактом является то, что среди юношей старших возрастов мы наблюдаем

тех, кто употребляет алкогольные напитки каждую неделю, и то, что к 21 году возрастает число лиц, ответивших положительно на вопрос «Были ли Вы когда-нибудь пьяны?». Можно отметить неоднозначное отношение респондентов к употреблению алкоголя и курению. Так, если более 90% юношей считают курение вредным для здоровья, то более 50% опрошенных думают, что в умеренных количествах алкоголь не вреден и практически каждый из них употребляет слабоалкогольную продукцию в алюминиевой банке каждый день. Основная масса опрошенных не употребляли когда-либо наркотики, однако настораживает тот факт, что среди 21-летних есть респонденты, неоднократно употреблявшие наркотики ещё в подростковом возрасте. Как курение, так и употребление алкогольных напитков оказывают отрицательное воздействие не только на самооценку состояния здоровья опрошенных лиц, но и на степень удовлетворенности их качеством жизни [2].

Важным гигиеническим составляющим условием жизни является характеристика питания [3]. Как показывают данные опроса, основная часть респондентов имеет хороший аппетит. При этом подростки, считающие свое питание достаточным, составляют около 71%; их число в 2010-2011 гг. несколько выше, чем в 2009-2010 гг. Этот показатель не связан с оценкой качества жизни, но при более детальном анализе можно отметить, что число опрошенных, дающих высокую оценку своего питания среди 17-летних значительно выше, чем среди 21-летних. Такая тенденция сохраняется в течение двух лет исследования и это можно расценивать как свидетельство более критического отношения к условиям питания у лиц, более старшего возраста.

В среднем частота приёма пищи составляет три раза в день. Как следует из анкет, большинство респондентов старшего возраста отдают предпочтение пище, приготовленной в домашних условиях. Доля питания в буфете или так называемых «фаст-фудах» в среднем составляет 10-15%, в основном у лиц более молодого возраста. При этом можно отметить, что юноши, дающие высокую оценку качеству своей жизни, в большей степени, по сравнению с другими, предпочитают питаться дома. Рацион питания опрошенных характеризуется непропорциональностью, преобладанием углеводистой пищи и нехваткой белковой, а также дефицитом продуктов, богатых витаминами и минеральными веществами. Лишь у 15,2 % респондентов рацион питания по всем показателям соответствует возрастным нормам. В рационе большинства подростков преобладают картофель, мучные изделия, сливочное масло, колбасы. Лишь единицы указывают на систематическое употребление мясных и рыбных продуктов, сырых овощей и фруктов. Не-

благоприятно обстоит дело с молочными и молочнокислыми продуктами: большинство утверждают, что едят их лишь изредка.

Резюмируя обсуждение состояния жилищно-коммунальных, материальных условий, образа жизни (привычек) и их влияния на самооценку качества жизни юношей, следует отметить, что материальное положение основной массы юношей является слабо удовлетворительным. Показана значительная роль этого фактора в формировании самооценки качества жизни. Социально-бытовые условия большинства юношей оцениваются как слабо удовлетворительные, в оценке качества жизни у молодых людей большое значение имеет возможность реализации относительной независимости от родителей. Условия проживания имеют весомое значение при формировании представлений о качестве жизни. Степень удовлетворенности жизнью значительно выше у лиц, проживающих отдельно от родителей.

На состояние здоровья и степень удовлетворенности качеством жизни существенное влияние оказывает образ жизни подростков. В формировании самооценки качества жизни достаточность питания играет довольно большое значение [4], при этом одной из причин обнаруженных нарушений гигиенических норм питания является малая критичность в оценке качества собственного пищевого рациона. Энергетическая ценность питания большинства юношей соответствует возрастным гигиеническим нормам, однако имеет место диспропорция содержания основных питательных веществ с недостаточностью белков, витаминов, некоторых минеральных веществ и избыточным количеством углеводов. С возрастом у подростков происходит повышение роли питания в формировании степени удовлетворенности качеством жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобков В., Масловский-Мстиславский П. Качество жизни: концепция и измерение / Всероссийский центр уровня жизни. - М., 1998. - 49 с.
2. Акопов В.К. О необходимости повышения качества антиалкогольной пропаганды среди студентов // Здравоохранение Рос.Федер. - 1989. - №9. - С. 28-30.
3. Кресова Г.А., Чухутин Н.В. Гигиеническая характеристика режима питания студентов / Работоспособность и функциональное состояние организма студентов: Матер. науч.-практич. конф. - Д., 1987. - С. 9-15.
4. Жмакин И.А., Кудрин Л.А. Синдром гипотрофии у юношей-подростков и его клиническая сущность // Губернские медицинские вести. - 2000. - Т.3.-С. 9-13.

Сведения об авторах

Маккаева Сакинат Магомедовна – доктор медицинских наук, доцент «Медицинский стоматологический институт Департамента образования города Москвы», моб.8-985-774-45-41.

Галь И.Г., Кипарисов В.Б

Особенности системы реабилитации посттравматических нарушений на амбулаторно-поликлиническом этапе

*Кафедра нервных болезней и кафедра организации здравоохранения Медицинского стоматологического института,
Москва*

Резюме. Одним из ключевых моментов реформы российского здравоохранения является развитие первичной медико-санитарной помощи. Основные этапы ее становления отражены в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренной постановлением Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации». Конечной целью стратегии здоровья населения, разработанной ВОЗ и реализуемой через развитие первичной медико-санитарной помощи, является предоставление возможности каждому человеку, каждой семье вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни, что особенно актуально для пациентов, перенесших травмы. Основой реализации данной стратегии должна стать поликлиническая служба, включая создание системы реабилитации посттравматических нарушений.

Ключевые слова: реабилитолог, травматизм, оказание помощи при травмах, структура.

Abstract. One of the cornerstones of the russian public health reform is development of the primary medical care. Basic stages of its establishment are highlighted in the Concept of public health and medical science, approved by Government of Russian Federation on 05.11.97 №1387 "Measures for stabilization and development of public health and medical science in Russian Federation". The final goal of population health strategy developed by WHO and realized through development of primary medical care is provision of possibility for every person and every family to lead productive social and economic life style what is especially important for patients who sustained injuries. Polyclinical care must become the basis for realization of this strategy including development of rehabilitation system for posttraumatic disturbances.

Key words: rehabilitation specialist, traumatism, medical care for injuries, structure.

В рамках анализа организации деятельности исследуемых медицинских учреждений амбулаторно-поликлинического звена по совершенствованию реабилитации в системе оказания медицинской помощи, была изучена документация по созданию отделений реабилитации, занимающихся лечением пациентов, перенесших травму конечностей [1,3,7,9].

Новая система организации медицинской помощи с элементами посттравматической реабилитации в амбулаторно-поликлинических учреждениях должна ориентироваться на врача кинезотерапевта, прошедшего специализацию по реабилитологии и знакомого с вопросами общей травматологии, что позволит обеспечить оказание последовательной (этапной) помощи различным категориям пациентов независимо от пола и возраста [2,6].

Врач реабилитолог–травматолог в перечень медицинских специальностей в настоящее время

не входит, однако, по нашему мнению, это специалист восстановительного лечения, знакомый со спецификой работы по восстановлению утраченных функций у пациентов травматологического профиля.

В рамках поэтапного внедрения в систему медицинского обслуживания врача реабилитолога-травматолога необходимы следующие мероприятия:

- для методического руководства по организации в медицине принципа преемственности в проведении реабилитации необходима подготовка высококвалифицированных специалистов первичного звена;
- унификация требований к организации деятельности реабилитолога;
- увеличения объема оказанной помощи на догоспитальном этапе, что возможно при введении должности специалиста реабилитолога-травматолога;

- необходимо проанализировать нормативную базу: законодательство Российской Федерации, приказы Министерства здравоохранения, которые определяют характеристику врачебной специальности «медицинская реабилитология» и регулируют деятельность этих специалистов на территории России;
- определить наиболее важные направления развития нормативной базы по вопросам организации реабилитации и адаптации норм гражданского здравоохранения к условиям современной медицины;
- провести работу по созданию документов, регулирующих деятельность врачей реабилитологов-травматологов в амбулаторно-поликлинической практике: положение о враче реабилитологе-травматологе, должностная инструкция, нормативы оснащенности и кадровой укомплектованности кабинетов, отделений и других форм организации реабилитации [4, 14];
- наладить взаимодействие с ведущими научно-методическими центрами, которые решают проблемы организации работы реабилитологов, и осуществляют последипломное обучение врачей по специальности «медицинская реабилитация» (так называемое «модульное обучение» в системе он-лайн-консультаций).
- разработать модель организации работы врачей реабилитологов – травматологов: кабинет врача реабилитолога поликлиники, консультативно-диагностический центр с отделением травматологической реабилитации.

Основные решенные задачи при введении модели врача реабилитолога-травматолога в систему медицинских учреждений:

- обобщение действующей в здравоохранении нормативной правовой базы, необходимой для формирования и внедрения модели реабилитации на принципах преемственности между лечебными учреждениями: поликлиника - стационар - санаторий;
- адаптация содержания нормативных правовых документов к условиям исследуемых медицинских учреждений;
- создание алгоритма действий врача-реабилитолога при травмах конечностей,
- разработка и внедрение образцов документации;
- отражение основных механизмов повышения качества оказания помощи (при использовании имеющихся ресурсов), для чего предложены организационно-штатные нормативы.

В соответствии с требованиями МКБ-Х установлен перечень заболеваний, при которых врач реабилитолог самостоятельно осуществляет реабилитацию

лиц, перенесших травму конечностей, и, при необходимости, организует дообследование, консультацию, госпитализацию в реабилитационные центры травматологической направленности, выполняет назначения и осуществляет дальнейшее наблюдение [5,8,11]. Это в свою очередь позволяет сформировать вариант стандартов объемов медицинской помощи, оказываемой врачом реабилитологом при различных травмах.

Нами систематизированы и четко структурированы материалы, касающиеся вопросов порядка назначения на должность, профессиональных требований к персоналу. Разработаны варианты типовых документов при определении реабилитационных программ и реабилитационного прогноза (в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации: в редакции Федерального закона от 30.06.2006. №90-ФЗ) [10].

Особого внимания, по нашему мнению, заслуживают представленные модели организации работы врача реабилитолога, которые могут вариативно применяться к конкретным условиям здравоохранения. Это связано с тем, что дальнейшее развитие реабилитационной помощи лицам, перенесшим травму, нельзя рассматривать в отрыве от географических, экономических и других особенностей каждой конкретной территории. Важен учет специфики деятельности лиц, перенесших травму [12].

Важнейшими характеристиками деятельности врача реабилитолога-травматолога являются критерии эффективности и качества, что позволяет проводить оперативный анализ диагностической, лечебно-профилактической и организационной работы внутри лечебно-профилактического учреждения для улучшения качества оказания медицинской помощи и мониторинга состояния здоровья лиц, перенесших травму. Перечень оценочных критериев эффективности работы врача реабилитолога-травматолога необходимо расширить по сравнению с нормативной базой, и учитывать ряд объемных показателей деятельности врача реабилитолога-травматолога. Важным направлением работы медицинских учреждений, в том числе и в плане организации реабилитации, можно отметить создание системы контроля и непрерывного повышения качества медицинской помощи [10].

Этой цели служат разработка стратегии контроля качества медицинской помощи. Большое внимание уделяется разработке индикаторов и инструментов повседневного управления качеством медицинской помощи в условиях медицинских учреждений.

Решение поставленных задач затруднялось рядом неблагоприятных внешних обстоятельств.

Среди них:

- несовершенство общегражданской нормативной базы управления качеством в здравоохранении;
- различие подходов к оценке качества пациентами, медицинскими работниками, страховщиками, органами власти и управления;
- отсутствие официально рекомендованных инструментов контроля качества.

Возможность преодоления этих трудностей определена в одновременном движении по нескольким направлениям. Одним из них стала адаптация к условиям существующей нормативной базы Минздравсоцразвития РФ. В этом отношении имеется удачный опыт создания в поликлинике врачебной комиссии, решающей широкий спектр задач по вопросам медицинской помощи прикрепленному контингенту, в том числе - по управлению ее качеством и в вопросах реабилитации. Комиссия была создана во исполнение Приказа Минздравсоцразвития РФ от 14 марта 2007 г. № 170 «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации...». В соответствии с Приказом, медицинским учреждениям были предоставлены широкие права по определению состава комиссии и круга, решаемых ею вопросов (далее Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24 сентября 2008г. №513н). При организации комиссии из ряда предлагаемых вариантов ее структуры был выбран один, в наибольшей степени отвечающий потребностям медицинского учреждения. Работу врачебной комиссии в поликлинике возглавил заместитель куратора по лечебной работе. Членами комиссии стали руководители основных лечебных подразделений. Такое решение было продиктовано тем, что большинство стоящих перед комиссией задач, в том числе задач по управлению качеством, лежит в сфере организации и контроля лечебно-диагностического процесса.

Следовательно, внедрение реабилитолога-травматолога в деятельность медицинской службы направлено на повышение доступности, равенства, возможности выбора, доверия, удовлетворенности пациентов и их близких. При этом планируется рационализация медицинских подразделений службы, оптимизация финансовых расходов на медицинскую помощь за счет сокращения уровней и длительности госпитализации в НИИ и Медицинские Центры травматологии, повышение качества помощи, развитие медицинской профилактики осложнений травм, реабилитации, улучшение профилактики травматизма на производстве, преемственности, этапности и своевременности помощи.

Медицинский контроль за состоянием здоровья лиц, перенесших травму, включает медицинское освидетельствование граждан при получении травмы, ежегодные не менее 3 лет медицинские обследования, предварительные и периодические медицинские осмотры персонала на рабочих местах, а также целевые медицинские осмотры для выявления последствий и осложнений травм. Следовательно, из упомянутых видов медицинского контроля для лечебно-профилактических учреждений наиболее актуальны ежегодные контрольные медицинские обследования лиц, перенесших травму и периодические медицинские осмотры.

Объем обследования в рамках контрольных медицинских осмотров (КМО) и периодических медицинских осмотров («Перечень врачей-специалистов, лабораторных и инструментальных исследований...») определен соответствующим нормативным документом учреждения. В схему КМО при посттравматических нарушениях предполагается ввести: антропометрию и определение жизненных показателей, врачебный осмотр (терапевт, травматолог-хирург, невролог, психиатр), лабораторные исследования (клинический анализ крови, RW, общий анализ мочи, исследование сахара крови лицам старше 40 лет), инструментальные исследования (флюорография или рентгенография органов грудной клетки и пораженных при травме конечностей), нейровизуализацию (при необходимости), электромиографию. Все вышеперечисленное диктует необходимость приведения известных схем КМО в соответствии с современными принципами организации периодических медицинских осмотров и внедрения в практику медицинских учреждений наиболее эффективных методов раннего выявления осложнений травм. Только таким образом может быть достигнут максимальный, в том числе экономический, эффект от КМО.

В основу модели КМО предлагается положить следующие принципы проведения медицинского скрининга у полностью восстановленных пациентов после травмы, условно говоря, здоровых:

- скрининг должен носить целевой характер по отношению к заболеваниям и обследуемым контингентам (должен быть направлен на выявление конкретных и строго определенных заболеваний);
- медицинский скрининг должен быть направлен на раннее выявление социально значимых травм;
- при проведении скрининга могут использоваться лишь те методы, высокая эффективность которых (чувствительность, специфичность, диагностическая точность) доказана в рандомизированных исследованиях;

- медицинский скрининг следует проводить лишь в отношении посттравматических нарушениях, поддающихся эффективному лечению, при этом их эпидемиология и естественное течение должны быть достаточно изученными.

Имеющиеся научные данные указывают на неэффективность существующих методов скрининга при посттравматических осложнениях, связанных с поражением периферической нервной системой. В связи с этим целевой скрининг в отношении данных заболеваний в настоящий момент не может быть рекомендован. Попытки его проведения неадекватными инструментами с высокой вероятностью окажутся неэффективными с медицинской и экономической точки зрения и могут нанести пациентам вред из-за неоправданного применения инвазивных и потенциально опасных методов обследования при уточнении диагноза. Формирование схемы КМО с учетом принципов доказательной медицины позволяет обсуждать новые организационные формы их проведения. Анализ профиля обязательных скрининговых мероприятий указывает на возможность проведения КМО в полном объеме терапевтом. В то же время, вполне возможно привлечение к КМО по мере необходимости врачей-специалистов различного профиля.

Организацию контрольных медицинских осмотров предлагается реформировать поэтапно. На первом этапе представляется актуальным сформировать на основе принципов доказательной медицины схему КМО и апробировать ее в ряде амбулаторно-поликлинических учреждений. Также потребует отработки механизм проведения контрольного осмотра врачом травматологом и его взаимодействия с врачами неврологами, реабилитологами [12,13,15].

В дальнейшем, по мере накопления соответствующей медицинской информации и укрепления материально-технической базы может производиться расширение схемы КМО в необходимом объеме.

Таким образом, на этапе первичного звена медицинской помощи (травмпункте) необходимо:

- повысить доступность медицинской помощи, проведение ранней реабилитации;
- уменьшить времена ожидания и затрат рабочего времени на этапе первичной медицинской помощи;
- улучшить преемственности на всех этапах медицинской помощи, включая взаимодействие с поликлиниками и стационарами;
- улучшить контакт с пациентом, соблюдая строго этические и деонтологические принципы;
- снизить стоимость медицинской помощи;
- повысить ответственность врача травмпункта за результаты труда и состояние здоровья работающего контингента;
- повысить значимость и престижность статуса врача первичной медицинской помощи.
- На этапе амбулаторно-поликлинической помощи ввести врача реабилитолога-травматолога, что даст возможность:
- повысить долю специализированной помощи в структуре посещений;
- повысить эффективность работы специалистов (устранение несвойственных задач в сфере первичной медицинской помощи в условиях травмпункта);
- повысить эффективность использования оборудования;
- уменьшить очереди на прием к травматологу, хирургу и неврологу (при осложненных травмах);
- уменьшить затраты на расходные материалы и оборудование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева О.С. Потребность инвалидов Москвы в медико-социальной реабилитации Медико- социальная экспертиза и реабилитация. – 2001.№1. – С. 6-11.
2. Андреева О.С. Правовые, организационные и методические основы формирования и реализация индивидуальной программы реабилитации // Методические рекомендации, М., 2000. – 46с.
3. Бравве А.Д. Медико-социальные аспекты инвалидности у военнослужащих и пути их социальной реабилитации Автореф. канд. дисс... М., 1999. – 24с.
4. Вялков А.И. Основы региональной политики в здравоохранении. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 336 с.
5. Гуров А.Н., Столяр В.П., Кислова Ю.Н. Предложения по применению индивидуальных носителей медицинской информации для оценки состояния пострадавших Вопросы организации и взаимодействия службы медицины катастроф территориального и местного уровней Иркутской области: Материалы науч.практ.конф.- Ч.2.- М.: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко.-2004.-25 с.
6. Ерестова Л.Ю. Динамика травматизма и тактика лечения пострадавших от травм нижних конечностей в Самарской области // Материалы н.- практ. конференции «Медико-социальная экспертиза, медико- социальная реабилитация и реабилитационная индустрия на современном этапе». М., 2001. №4. – С. 25-26.
7. Ерестова Л.Ю., Панина И.А. Первичная инвалидность вследствие травм нижних конечностей в Самарской области Медико-социальная экспертиза и реабилитация. М., 2001. №4. – С.25-26.
8. Еремин А.В. Комплексная реабилитация инвалидов с последствиями минно-взрывных травм нижних конечностей Материалы научно-практической конференции «Ампутация, протезирование, реабилитация. Настоящее и будущее». М., 2001. – С. 103 – 106.
9. Зилов В.Г. Современные представления о лечебных методах восстановительной медицины. Вестник восстановительной медицины. – 2009. -№1. – с.12-16.
10. Здоровье населения и приоритеты здравоохранения: Сб. научных трудов ННЦ СЗО РАМН – М.:-Медицина, Т.4., 2005.-С.192.

11. Кикозашвили Д.Л. Инвалидность вследствие военной травмы. М., 2000. – 223 с.
 12. Медик В.А., Пильник Н.М., Юрьев В.К. Санитарные потери в войнах XX века. – М. Медицина, 2002.- 240 с.
 13. Меметов С.С. Социально-гигиенические особенности инвалидности, медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов с последствиями боевых травм опорно-двигательной системы. Автореферат канд. Диссертации. М., 2001. 26с.
 14. Тимербулатов Ф.Д. Реабилитация взрослых больных с травмами опорно-двигательной системы. Автореферат кандидатской диссертации. Уфа, 2000. – 34 с.
 15. Цветаева Е.А. Медико-социальные аспекты заболеваемости и реабилитации, пострадавших от несчастных случаев на производстве Автореферат кандидатской диссертации М., 2002. –24 с.
-

Вязьмин А.Я., *Пузин М.Н.

Синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет Минздрава России

*Медицинский стоматологический институт Департамента образования города Москвы

Резюме. Одной из значимых проблем в стоматологии является своевременная диагностика и комплексное лечение наиболее распространенной патологии зубочелюстно-лицевой системы – синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). По данным российских авторов от 40% до 70% населения России имеют различные нарушения функции ВНЧС. Учитывая сложность диагностики синдрома дисфункции ВНЧС, диагностический процесс был разбит на два этапа. На первом — собирали и анализировали информацию, полученную непосредственно от пациента, выслушивали его субъективное мнение о том, с чего началось и как развивалось заболевание. На втором — устанавливали объективные симптомы, проводили детальное обследование больного.

Ключевые слова: височно-нижней челюстной сустав, стоматологические критерии, клинические особенности.

Abstract. One of the most significant problems of stomatology is timely diagnosis and complex treatment of the most common disorder of dental-mandibular-facial system – syndrome of temporomandibular joint dysfunction (TMJ). According to data of russian scientists from 40 to 70% of Russian population have different abnormalities of TMJ functioning. Taking into consideration the difficulty of diagnosis of TMJ dysfunction, diagnostic process was divided into 2 stages. The first stage included gathering and analysis of information received from patients, their subjective opinion on the possible causes of disease and its development. On the second stage thorough investigation of patients with detection of objective findings was carried out.

Key words: temporomandibular joint, stomatologic criteria, clinical features.

Для выполнения поставленных задач было проведено комплексное обследование и лечение 260 больных с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, из них у 36 пациентов было проведено тестирование для выявления психоэмоционального состояния (табл. 1). Группа контроля состояла из 36 практически здоровых лиц с устойчивой психикой, ортогнатическим прикусом, интактными зубными рядами. В анамнезе отсутствовали жалобы на ВНЧС, травмы, заболевания позвоночника.

Всем обследуемым проведены стоматологическое, неврологическое, психологическое исследования. При выявлении патологии со стороны других систем организма, больных направляли на консультацию к специалистам соответствующего профиля, согласно «Комплексной программе обследования и лечения больных с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава».

По данным таблицы, в группе исследования преобладали пациенты женского пола в возрасте до 40 лет. Этот факт отражает общую тенденцию в распространенности синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава [7].

При опросе первого посещения выясняли начало и характер появления симптомов, а также с чем пациент связывает их возникновение [2]. Устанавливали характер боли, локализацию, иррадиацию в другие области челюстно-лицевой системы:

Таблица 1

Распределение исследуемых больных по полу и возрасту

Возраст больного в годах	Пол		всего
	М	Ж	
До 20	9	36	45
20-29	17	66	83
30-39	14	45	59
40-49	2	40	42
50-59	4	20	24
60 лет и старше	-	7	7
Всего:	46	214	260

шею, мышцы пояса верхней конечности [9]; с чем больные связывают возникновение болевых ощущений, когда они наиболее интенсивны; выясняли, не стискивает ли пациент зубы в ночное или дневное время суток [1,4,6]; определяли наличие звуковых явлений в суставе и момент их возникновения, выявляли жалобы на общее состояние здоровья [3,5].

У 187 пациентов с дисфункцией ВНЧС отмечались патологические изменения в зубочелюстной системе, включающие частичную вторичную адентию без снижения и со снижением окклюзионной высоты, деформацию зубного ряда; патологическую стираемость твердых тканей зубов; суперконтакты, балансирующие гипербалансирующие контакты, выявленные при определении передней

и боковой окклюзии; смещение зубов в результате хронического пародонтита; полную вторичную адентию, односторонний тип жевания. Выявлены: вторичная адентия, патологическая стираемость твердых тканей зубов со снижением окклюзионной высоты, деформация альвеолярного отростка, супербалансирующие и гипербалансирующие контакты, односторонний тип жевания, смещение зубов в результате хронического генерализованного пародонтита и др.

Все больные с болевой дисфункцией ВНЧС в зависимости от клинического проявления симптомов заболевания (выраженности болевого синдрома, степени ограничения открывания рта, количества триггерных точек в жевательных мышцах) были разделены на три группы (легкой, средней и тяжелой степени выраженности).

Среди обследованных больных преобладали пациенты со средней степенью тяжести заболевания болевой дисфункции ВНЧС как среди женщин, так и среди мужчин, которые соответственно составили 46,4% и 44,5%.

При определении характера боли по сенсорной оценочной шкале пациенты использовали в среднем 10,3 слова, по аффективной - 6,3. Длительность максимального усиления боли составила в среднем 46,5 минуты. Рисунок боли, отмечаемый больными на специальной карте, показывает, что основной зоной локализации боли при болевой дисфункции ВНЧС была область проекции ВНЧС (на 1-2 см впереди от наружного слухового прохода). Среди наблюдаемых нами больных острые стреляющие боли в зоне проекции сустава отмечались у 32 человек, постоянные тупые боли в указанной зоне — у 40, сочетание постоянных тупых или ноющих болей, пароксизмально усиливающихся - 52. Иррадиация болей в область наружного слухового прохода и в ухо была выявлена у 127 пациентов, в зуб верхней челюсти — 26. При этом рисунок боли иногда захватывал всю половину лица или головы и шеи.

Нами установлены и разделены на группы характерные жалобы, присущие синдрому дисфункции ВНЧС.

1. Жалобы, непосредственно связанные с ВНЧС: боль, звуковые явления (щелчки, хруст, треск), ограничение открывания рта, неравномерные смещения и вывихи головок нижней челюсти, блокирование сустава, отклонение нижней челюсти в стороны при открывании рта.

2. Жалобы со стороны ЛОР-органов: звон и шум в ушах; ощущение “наполненности водой”; нарушение слуха; зуд в наружном слуховом проходе; часто возникающие отиты; понижение слуха с одной или двух сторон; “заложенность” ушей. По-

явление заложенности возможно при изменении положения головы, одновременно отдельные пациенты отмечали неприятные ощущения в глазах. У части больных изменился голос, стал хриплым, они отмечали, что отдельные слова и фразы стали произносить иначе, чем до болезни, более жестко и глухо, появилось «першение» в горле.

3. Жалобы на окклюзионные нарушения: стирание эмали, деформации и дефекты зубных рядов, неудовлетворенность результатами ортодонтического и ортопедического лечения, на качество оперативного вмешательства при удалении зубов.

4. Жалобы на боли: в челюстно-лицевой области, в жевательных, мимических, мышцах шеи и пояса верхней конечности, дневное и ночное сжатие зубов, «без пищевое» жевание, асимметрия лица, возникающая при переохлаждении, напряженное состояние лицевой мускулатуры, частая головная боль.

5. Жалобы на нарушение психоэмоционального состояния: депрессия, раздражительность, головокружение, общая слабость, состояние общего дискомфорта, пониженная работоспособность и, как следствие, невыполнение своих профессиональных обязанностей (как правило, они связаны со значительными речевыми нагрузками). Отрицательный эмоциональный фон, чувство страха, канцерофобия.

6. Жалобы на органы зрения: покраснение глазных яблок, мелькание мушек перед глазами.

По локализации боль определялась как точечная непосредственно в ВНЧС, так и разлитая — во всей околоушно-височной области. Пациенты отмечали иррадиацию боли в другие области челюстно-лицевой системы: боковые зубы верхней и нижней челюстей, угол нижней челюсти, в височную область и ухо. У некоторых она отражалась в шейную область и мышцы пояса верхней конечности. Боли тупые, непостоянные, усиливающиеся в сырую холодную погоду или после длительной нагрузки, к вечеру, при начальных движениях нижней челюсти после состояния покоя. Отмечалась боль односторонняя и двухсторонняя, различной продолжительности, возникающая спонтанно или вследствие открывания рта, перемещения нижней челюсти в стороны, при жевании, во время разговора. Установлено, что переносимость боли во многом зависит от психоэмоционального состояния пациента. Пациенты, испытывающие страх перед болью, при равной чувствительности и толерантности к болевому воздействию, ощущали более сильные и многообразные реакции: тревогу, беспокойство, волнение, страх. При жалобах на болевые ощущения непосредственно в жевательных мышцах отмечали в анамнезе стискивание зу-

бов в ночное или дневное время суток. Одновременно появлялись неприятные ощущения в ушах.

Наиболее характерными признаками клинического проявления заболевания являются: боль и шумовые явления в области ВНЧС, ограничения открывания рта, смещения нижней челюсти (НЧ), затруднения при открывании рта и пережевывании пищи, головные боли, ощущения заложенности уха.

В структуре основных жалоб, которые предъявляли больные с синдромом дисфункции ВНЧС, наибольший удельный вес занимают жалобы на болевые ощущения в области ВНЧС и ограничение его движений (31 %). 25 % обследованных предъявляли жалобы на чисто болевые ощущения, 19 % - на звуковые явления в суставе, 13 % - на боль в сочетании со звуковыми явлениями. Наименьший удельный вес (около 3 %) пришелся на ограничение движений в суставе, без каких-либо других жалоб. Нами установлено, что различные сочетания этих симптомов встречается в четыре раза чаще, чем изолированно.

При исследовании областей, в которых наблюдается наибольшая степень болезненности при пальпации, с высокой точностью ($P < 0.01$) можно констатировать, что у большинства болезненность возникала в области ВНЧС, *m.pterigoideus med.* и *m.pterigoideus lat.*

Оценка данных о распространенности дорсопатии грудного и шейного отделов позвоночника (табл.2) позволила сделать вывод, что у большинства больных с синдромом дисфункции ВНЧС дорсопатия имеет место. По мере увеличения возраста больных, увеличивается частота встречаемости соответствия дорсопатии на фоне остеохондроза позвоночника, достигая при этом 100 % в возрастной группе 60 лет и старше. При этом, различия по полу не явились достоверными ($p > 0.05$). Это свидетельствует об отсутствии влияния пола на рас-

пространенность дорсопатии. В возрастной группе до 20 лет дорсопатия шейного и грудного отделов позвоночника отмечена не была, что можно объяснить компенсаторными возможностями организма в молодом возрасте.

При отсутствии патологии в зубо-челюстно-лицевой системе амплитуда боковых и передних движений нижней челюсти из положения центральной окклюзии колеблется в пределах 1.5-2 мм. По данным наших исследований в результате оценки частоты случаев с отклонениями амплитуды колебательных движений нижней челюсти от нормы можно утверждать, что у большинства больных с синдромом дисфункции ВНЧС наблюдается отклонение в пределах 4-6 мм (51.9 ± 1.23 на 100 обследованных). Кроме того, 28.5 ± 1.39 % имеют отклонения в пределах 7 мм и более. Оценка достоверности различий между данными показателями и нормативными ($P < 0.01$) свидетельствует о том, что синдром дисфункции ВНЧС выражается функциональными расстройствами в суставном аппарате, одним из которых является изменение амплитуды боковых и передних движений нижней челюсти.

Одним из элементов комплексного исследования функциональных расстройств у больных явилась оценка степени открывания рта с замерами максимальных позиций. Значение этого показателя в норме колеблется от 4.5 до 5 см.

При оценке степени открывания рта было выявлено, что у большинства больных наблюдается увеличение значения этого показателя и в 53,3% случаев достигает 5 см и более; у 20,9% - составляет менее 3 %; у 23,8% - колеблется в пределах от 3,0 до 4,9 см.

Нами установлено, что у большинства больных отсутствуют смещения нижней челюсти при открывании рта, что составляет $53,3 \pm 1,96$ % на 100 обследованных. У $23,4 \pm 1,07$ % - наблюдается

Таблица 2

Распространенность дорсопатии шейного и грудного отделов позвоночника среди обследованных больных по полу и возрасту

Возрастлет	Пол				P	Оба пола	
	Мужчины		Женщины			Отсутствует	Имеется
	Отсутствует	Имеется	Отсутствует	Имеется			
До 20	100	-	100	-	100	-	
20-29	41,2	58,8	16,9	83,1	>0,05	30,0	70,0
30-39	14,3	85,7	13,3	86,7	>0,05	13,6	86,4
40-49	-	100	2,5	97,5	>0,05	2,4	97,6
50-59	-	100	-	100		-	100
60 и старше	-	-	-	100		-	100

смещение челюсти влево, у $19,6 \pm 0,94\%$ - вправо и лишь у $3,7 \pm 0,63\%$ - наблюдается комбинированное смещение ($p \leq 0,01$).

При обследовании контрольной группы отмечалось отсутствие клинических признаков функциональных нарушений в ВНЧС: пальпация сустава в покое при открывании, закрывании рта безболезненная; степень открывания рта составляет 4,5-5 см. Движения нижней челюсти из положения центральной окклюзии в боковых, переднем и заднем направлении, при сомкнутых зубных рядах плавные; звуковые явления, как со стороны сустава, так и антагонизирующих зубов отсутствуют; движения нижней челюсти при открывании и закрывании рта совершаются строго по вертикали, без отклонения в стороны и зигзагообразного смещения.

Таким образом, при обследовании больных с синдромом дисфункции ВНЧС установлены следующие клинические признаки функциональных внутрисуставных нарушений:

Одностороннее смещение нижней челюсти при открывании и закрывании рта; зигзагообразное смещение нижней челюсти при открывании и закрывании рта.

Уменьшение степени открывания рта (менее 4,5 см), увеличение степени открывания рта (более 5 см).

Увеличение степени открывания рта с двухсторонним смещением головок нижней челюсти за вершину суставного бугорка свидетельствует о хроническом вывихе головок нижней челюсти; увеличение степени открывания рта с односторонним смещением головки нижней челюсти - об одностороннем хроническом смещении головки нижней челюсти.

Уменьшение степени открывания рта свидетельствует о тризме жевательных мышц, о блоки-

ровании сустава вследствие переднего, не вправляемого положения, суставного диска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гречко В.Е. Неотложная помощь в нейростоматологии. — М.: Медицина, 1990.—256с.
2. Гринин В.М. Концепция патогенеза окклюзионных нарушений при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология. — 1995. — №5. — С. 29-32.
3. Гринин В.М., Смирнов А.В. Поражение височно-нижнечелюстных суставов при болезни Бехтерева // Стоматология. — 1997.— т. 76, № 1.— С. 18-2 1.
4. Дергилёв А.П. Оптимизация диагностики внутренних нарушений височно-нижнечелюстного сустава с помощью магнитно-резонансной томографии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1997. — 22 с.
5. Копейкин В.Н. Руководство по ортопедической стоматологии. — М.: Медицина, 1993.—494с.
6. Петренко В.А., Нудельман С.В., Дацко А.А. Диагностика дисфункции височно-нижнечелюстных суставов при переломах мышечного отростка. Врожденная патология лицевого скелета. Патология височно-нижнечелюстного сустава: Сб. науч. тр. — М., 1989. — С. 128-131.
7. Петросов Ю.А. Клиника, диагностика и лечение дисфункциональных синдромов височно-нижнечелюстного сустава: Метод, рекомендации. М., 1985.- 32 с.
8. Петросов Ю.А., Копакьянц О.Ю., Сеферян Н.Ю. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. — Краснодар, 1996. — 352 с.
9. Пилипенко П.И. Неврологические изменения при дисфункциях височно-нижнечелюстного сустава // Врожденная патология лицевого скелета. Патология височно-нижнечелюстного сустава: Сб. науч. тр. — М., 1989. — С. 155-157.

Сведения об авторах

Вязьмин Аркадий Яковлевич — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии Иркутского государственного медицинского университета Минздрава России, igmu.ortstom@mail.ru

Пузин Михаил Никифорович — доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, Медицинский стоматологический институт, г. Москва, medinstmcsu@inbox.ru.

Паценко М.Б.

Ранняя диагностика острого коронарного синдрома

ФГКУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого МО РФ», г. Красногорск, Россия

Аннотация. На основе анализа отечественных и зарубежных рекомендаций по оказанию медицинской помощи при остром коронарном синдроме (ОКС), авторами проведена оценка качества диагностики ОКС в амбулаторно - поликлиническом филиале стационара. Приводится алгоритм действий врача (медицинской сестры) при первом контакте с больным с болями в грудной клетке. Подчеркивается, что комплексная оценка больного с подозрением на ОКС на догоспитальном этапе позволит своевременно направить его в стационар для проведения углубленного диагностического обследования и выбора целенаправленной тактики лечения (консервативной или инвазивной), что будет способствовать повышению эффективности терапии больных с сердечнососудистыми заболеваниями.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, ишемическая болезнь сердца, амбулаторно-поликлиническая помощь, боль в грудной клетке, тропонины.

Annotation. On the basis of the analysis of recommendations on the provision of health care in acute coronary syndrome (ACS), the authors evaluated the quality of diagnosis of ACS in the out - patient-polyclinic branch of the hospital. The paper describes the algorithm of a doctor (nurse) at the first contact with a patient with pain in the chest. Stresses that a comprehensive assessment of patients with suspected of ACS on pre-hospital stage will allow to send him to the hospital for an in-depth diagnostic evaluation and selection of targeted treatment (of a conservative or invasive), which will help increase the efficiency of therapy of patients with cardiovascular diseases.

Key words: acute coronary syndrome, coronary heart disease, pain in the chest, troponins, ambulatory outpatient care.

Оказание неотложной медицинской помощи является важной задачей лечебно-профилактического учреждения любого уровня. Объединение и укрупнение медицинских учреждений, внедрение в практику амбулаторно-поликлинических филиалов стационарозамещающих технологий является целесообразным и позволяет оказывать неотложную диагностику и медицинскую помощь с использованием современных научных достижений [1].

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в течение многих лет является главной причиной смертности населения во многих экономически развитых странах. По данным Американской Ассоциации Сердца [2] в США ежегодно регистрируется более 1 255 000 случаев инфаркта миокарда (из них 610 000 впервые возникших, более 325 000 повторных и 195 000, так называемых, немых инфарктов миокарда (ИМ), протекающих без клинических проявлений) и 571 402 смертей ежегодно от ИБС (в том числе 132 968 от ИМ). Практически каждые 25 сек житель Америки переносит острую ишемическую атаку (коронарное событие). Увеличение средней продолжительности жизни (возрастание в популяции доли лиц старше 64 лет), сахарный диабет являются одними из важнейших факторов (наряду с другими), определяющих высокую распространенность ИБС. Так, в 2004 г. острый коронарный синдром (ОКС) обусловил 35% всех смертей лиц старше 65 лет в США [3]. Более того, среди лиц, которые умерли от ИБС, 81% были пациенты старше 65 лет, из которых 68% имели сахарный диабет [2].

Поэтому, в последнее время все большее значение придается первому контакту врача (медсестры, родных, работников здравоохранения) с пациентом, у которого возникли боли/дискомфорт в грудной клетке, и подчеркивается, что от правильной оценки болевого синдрома зависит выбор стратегии оказания помощи (инвазивной или консервативной) и прогноз жизни больного. Так, наличие у больного повышения тропонинов, сахарного диабета, депрессии сегмента ST, почечной недостаточности и др. свидетельствует в пользу ранней (<24 ч от первого контакта с врачом) инвазивной стратегии [4, 5].

Нами проведена оценка качества догоспитальной диагностики ОКС в амбулаторно-поликлиническом филиале стационара.

В течение 5 лет в палату интенсивной терапии поступил 2531 пациент (средний возраст $64,2 \pm 5,4$ лет) с подозрением на ОКС для проведения дифференциальной диагностики. Общеклиническое обследование дополнялось исследованием маркеров повреждения миокарда, в т.ч. Т-тропониновым тестом, мозговой фракцией креатинфосфокиназы (МВ-КФК), ЭКГ-мониторным наблюдением, показаниями эхокардиографии, ультразвуковым исследованием внутренних органов, компьютерной и магнитно-резонансной томографией.

Больные 1 группы (высокого и промежуточного риска развития ИМ, $n=1704$ [67,3%] чел.) были госпитализированы в кардиологический стационар с диагнозами: а) ИМ ($n=535$; 31,4%); б) нестабиль-

ная стенокардия (n=1112; 65,3%), которая в 75,4% (n=838) случаев разрешилась в стабильную стенокардию, в 24,6% (n=274) развился ИМ; в) гипертонический криз (n=57; 3,3%).

Больные 2-й группы (низкого риска развития ИМ, n= 827; 32,7%) после исключения ОКС активно наблюдались на дому по поводу различных форм ИБС (n=544; 65,8%), заболеваний грудного отдела позвоночника (n=188; 22,7%), желудочно-кишечного тракта (n=58; 7,0%) и других, некоронарогенных кардиалгий (n=37; 4,5%). При дальнейшем наблюдении ни у одного больного из 2 группы не было проявлений ИБС и госпитализации по поводу ОКС. Отрицательный тест с тропонином Т выявлялся в 70,5% случаев и не являлся основанием отказа пациентам с подозрением на ОКС в госпитализации. Расхождения диагноза амбулаторно-поликлинического и стационарного этапов не выходило за пределы 0,3% и не влияло на исход заболевания.

В целом оснащение амбулаторно-поликлинического филиала стационара позволяет провести неотложную дифференциальную диагностику болевого синдрома, подозрительного на ОКС, и направить по целевому назначению в стационар для оказания специализированной помощи.

Необходимо отметить, что оценивая параметры боли в грудной клетке (характер, интенсивность, локализация, иррадиация, частота, длительность, условия возникновения и прекращения, давность, сопутствующие явления), важно помнить, что боли в грудной клетке у одного и того же пациента могут быть следствием влияния не одной, а двух и более причин, с соответствующим изменением в клинике болевого синдрома (табл. 1):

При первом контакте с больным задачей врача является диагностика острого коронарного синдрома (ОКС), который определяет дальнейшую тактику действия врача [7, 8].

Острый коронарный синдром – любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать **нестабильную стенокардию** или **ИМ**, **ИМ** с подъемом сегмента **ST**, **ИМ** без подъема сегмента **ST**, **ИМ**, диагностированный по изменениям ферментов, по биомаркерам, по поздним ЭКГ признакам.

Эти клинические состояния имеют единый патофизиологический процесс – тромбоз различной степени выраженности над надрывом атеросклеротической бляшки или эрозией эндотелия коронарной артерии, и последующих дистальных тромбозомболий [7, 8, 9], которые приводят к нарушению равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы.

Термин ОКС был введен в клиническую практику, когда выяснилось, что вопрос о применении некоторых активных методов лечения, в частности тромболитической терапии, должен решаться до установления окончательного диагноза наличия или отсутствия крупноочагового ИМ. В отличие от нозологических форм «**стенокардия**» и «**инфаркт миокарда**», классифицируемых в рубриках МКБ-10¹, термин «острый коронарный синдром с подъемом (или без-) сегмента **ST**» - это **стратегическое понятие**, определяющее тактику ведения больных **до верификации клинического диагноза**, в МКБ-10 не классифицируется.

В диагностике ОКС обращают внимание на ряд основополагающих моментов:

- ЭКГ - в первые часы ОКС – далеко не во всех случаях информативна.
- Грубая ошибка – отказ от госпитализации при отсутствии ЭКГ признаков ОКС, но наличии его клинических проявлений.
- Несовпадение диагноза ОКС на догоспитальном этапе и в стационаре в 50% случаев - закономерное явление.
- Использование диагностических приемов позволяющих провести дифференциальную диагностику торакалгий. Например, применение омепразола для разграничения кардиалгии и гастралгий, обусловленных гастроэзофагальной рефлюксной болезнью [10].
- У пациентов пожилого возраста, помимо характерного для ОКС начала с болевого синдрома, дебют заболевания может быть представлен следующими признаками, которые осложняют раннюю диагностику заболевания: одышка (49%), потливость (26%), тошнота и рвота (24%), синкопе (19%), симптомы сердечной недостаточности (хрипы в легких, набухание яремных вен и др.) [11].
- атипичное начало острого ИМ может встречаться (до 25% случаев) во всех возрастных группах, увеличиваясь до 60% у лиц старше 85 лет, при этом ухудшая прогноз и повышая в 3 раза госпитальную летальность [11].

Стратегия ведения больных с острым коронарным синдромом при первичном осмотре

При выработке стратегии ведения больного с подозрением на ОКС, врач принимает решение с учетом анамнеза, клинических симптомов, данных, полученных в ходе наблюдения за больным и его обследования, исходя из возможностей лечебного учреждения [4, 7, 8, 12]:

¹ МКБ-10 — международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятая 43-й Всемирной ассамблеей здравоохранения, 1989 г.

Таблица 1

Причины возникновения болей в грудной клетке [5, 6 с дополнениями]

Сердечнососудистые, не ишемические (не коронарогенные)	<ul style="list-style-type: none"> • расслаивающая аневризма аорты; • тромбоэмболия легочной артерии; • перикардит; • гипертрофическая кардиомиопатия; • аортальный стеноз
Легочные	<ul style="list-style-type: none"> • плеврит; • пневмоторакс; • пневмония; • рак легкого; • абсцесс легкого
Патология органов средостения	<ul style="list-style-type: none"> • медиастениты; • опухоли средостения
Желудочно-кишечные	<ul style="list-style-type: none"> • заболевания пищевода: <ul style="list-style-type: none"> - эзофагит; - спазм пищевода; - рефлюкс-эзофагит; - грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; - дивертикулы; - опухоли пищевода; - пептическая язва пищевода • желудочно-кишечные и билиарные заболевания: <ul style="list-style-type: none"> - язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки; - кишечная колика; - холецистит; - панкреатит; - желчная колика • диафрагмальный плеврит • поддиафрагмальный абсцесс • синдром Хилаидити (аномалия толстой кишки: правый изгиб расположен между диафрагмой и печенью) • синдром Ремхельда (гастрокардиальный синдром - возникает при наличии атеросклеротического поражения коронарных артерий)
Нервно-психические	<ul style="list-style-type: none"> • состояния беспокойства: <ul style="list-style-type: none"> - нейроциркуляторная дистония; - гипервентиляция; - панические расстройства; - первичная фобия; - психогенная кардиалгия • аффективные состояния: <ul style="list-style-type: none"> - депрессия; - соматогенный невроз • диэнцефальный синдром
Другие	<ul style="list-style-type: none"> • грудная клетка: <ul style="list-style-type: none"> - остеохондроз грудного отдела позвоночника; - фиброзит; - травмы ребер и грудины; - грудино-ключичный артрит (Синдром Титце); - межреберная невралгия; - опоясывающий лишай (до стадии высыпания); - шейно-плечевой синдром (добавочное шейное ребро) - синдром Фальконера-Ведделя; - синдром передней лестничной мышцы - синдром Нафцигера; - синдром малой грудной мышцы; - лопаточно-реберный синдром; - синдром плечо-кисть (синдром Стейнброекера); - межреберная невралгия; - ксифоидалгия; - синдром скользящих реберных хрящей (синдром Цириакаса); - туберкулез позвоночника; - метастазы злокачественных опухолей в позвоночник; - фибромиозит; - эпидемическая миалгия (болезнь Борнхольда) • заболевания молочной железы • болезнь Мондора (облитерирующий флебит поверхностных вен передней стенки живота и грудной клетки).

1. Пациенты со следующими жалобами должны быть срочно направлены на обследование:

- боль в грудной клетке сжимающая, давящая, ощущение тяжести за грудиной; радиация боли в шею, челюсть, плечо, спину, одну или две руки;
- чувство давления, тревоги, оцепенение, жжение, ноющие ощущения;
- тошнота, изжога, рвота ассоциированная с «дискомфортом в груди», сильная эпигастральная боль;
- инспираторная рецидивирующая одышка;
- слабость, головокружение, потеря сознания;
- обильное потоотделение.

2. Оценивают историю заболевания и жизни:

- перенесенные ранее коронарное шунтирование (КШ), чрескожная транслюминальная ангиопластика, ИБС, стенокардия напряжения или ИМ;
- использование ранее нитроглицерина для купирования «дискомфорта в груди»;
- факторы риска, включая курение, гиперлипидемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет, семейный анамнез, использование кокаина и метамфетамина;
- регулярное и недавнее медикаментозное лечение;
- **короткий анамнез заболевания, молодой возраст не является основанием для сомнений в диагнозе и отказе в госпитализации.**

3. Необходимо зарегистрировать ЭКГ и начать мониторное наблюдение для контроля ритма сердца. При повторных эпизодах боли в грудной клетке необходимо выполнять ЭКГ во время боли и после ее исчезновения (спонтанного, под влиянием нитратов или других средств).

4. Определить маркеры повреждения миокарда:

- тропонины Т или I должны быть определены при (до – по возможности) поступлении и измерены повторно через 6-12 часов;
- миоглобин и/или МВ-фракция креатинфосфокиназы (МВ-КФК) должны определяться при недавнем (менее 6 часов) появлении симптомов (как ранние маркеры инфаркта миокарда) и у больных с повторной ишемией после недавнего (менее 2-х недель) инфаркта миокарда для выявления его рецидива.

При проведении тропонинового теста необходимо учитывать его высокую чувствительность и низкую специфичность [13, 14].

Случаи повышения тропонинов, не связанные с острым коронарным синдромом, приводятся в табл. 2.

Таблица 2

Случаи повышения тропонинов, не связанные с ОКС [5, 13]

<p>I. Сердечные заболевания и различные вмешательства (манипуляции) на сердечной мышце.</p> <p>A. Различные вмешательства (манипуляции) на сердечной мышце.</p> <p>Кардиохирургические вмешательства (операции АКШ, протезирование клапанов сердца, коррекция врожденных пороков сердца и др.);</p> <p>Транслюминальная коронарная ангиопластика (баллонная, стентирование);</p> <p>Радиочастотная абляция;</p> <p>Кардиоверсия;</p> <p>Травма сердца при контузии грудной клетки (напр. вследствие автомобильной аварии);</p> <p>После пересадки сердца.</p> <p>Б. Заболевания сердца.</p> <p>Застойная сердечная недостаточность;</p> <p>Миокардиты (бактериальные, вирусные, аутоиммунные);</p> <p>Кардиомиопатия (дилатационная, гипертрофическая, такоцубо);</p> <p>Амилоидоз сердца;</p> <p>Гипертензия с выраженной гипертрофией левого желудочка;</p> <p>Фибрилляция предсердий;</p> <p>Суправентрикулярная тахикардия.</p> <p>II. «Внесердечные» заболевания и состояния</p> <p>Хроническая почечная недостаточность (терминальная стадия);</p> <p>Тромбоэмболия легочной артерии;</p> <p>Сепсис и септический шок;</p> <p>Грипп, ревматическая лихорадка;</p> <p>Мультиорганная недостаточность (у больных в критических состояниях);</p> <p>Химиотерапия (при онкологических заболеваниях и применении лекарственных препаратов в дозах, токсичных для миокарда, напр. цитостатиков);</p> <p>Рабдомиолиз;</p> <p>Токсическое воздействие (напр. последствия укуса скорпиона, передозировка кокаина и других наркотиков);</p> <p>Тяжелая физическая нагрузка (напр. марафонский бег);</p> <p>Мозговой инсульт; субарахноидальное кровоизлияние;</p> <p>Первичная легочная гипертензия;</p> <p>Гомоцистеинурия.</p>
--

В заключение приведем рекомендации врачу (медицинской сестре, работнику здравоохранения), которые впервые контактируют с пациентом, у которого возникли боли/дискомфорт в грудной клетке (рис. 1) (в скобках цифра обозначает класс, а буква - уровень доказанности рекомендаций) [7, 8, 9]:

1. Пациенты с симптомами подозрительными на ОКС должны осматриваться врачом (а не консультироваться по телефону), с последующей записью ЭКГ в 12 отведениях и определением биомаркеров (Класс I, уровень C).

2. Транспортировка пациентов с симптомами ОКС должна проводиться скорой помощью чаще, чем друзьями и сочувствующими (Класс 1, уровень B).

3. До госпитализации больному необходимо принять внутрь 162 до 325 мг аспирина, если нет противопоказаний (Класс I, уровень C).

4. Необходимо предупреждать больного, что нельзя принимать более 1 дозы нитроглицерина (НТГ) сублингвально для купирования боли/дискомфорта в грудной клетке. Если дискомфорт остается или увеличивается в течение 5 мин после приема 1 т. НТГ, рекомендовать пациенту (члену семьи/другу/другим лицам) вызвать немедленно службу скорой помощи (тел. «03») или службу спасения (тел. «112» – единый на всей территории России) перед тем как принять дополнительную таблетку НТГ (Класс I, уровень C).

5. Пациенты с менее выраженной клинической картиной ОКС, не относящиеся к высокому риску, которые ответили на прием НТГ, должны обследоваться в ускоренном порядке или первую очередь (Класс I, уровень C).

6. Медицинским работникам необходимо активно внедрять среди пациентов и членов их семьи публикации (брошюры, листовки и др.), посвященные ОКС или ИБС:

- «Пациент с риском сердечной боли» (Класс I, уровень C).
- «Как распознать симптомы ОКС» (Класс I, уровень C).
- «Болевой синдром в грудной клетке у пациентов с сахарным диабетом и другими сопутствующими заболеваниями».
- Составить план действия при потенциальном возникновении острого сердечного приступа, включая телефон скорой помощи и службы спасения (Класс I, уровень C).

В этом плане, больным уже страдающим ИБС и лицам с факторами риска развития ИБС необходимо провести обучение в кардиошколе, с целью приобретения знаний о клинике и диагностике ОКС, ИБС, правилам само- и взаимопомощи [1, 4, 15].

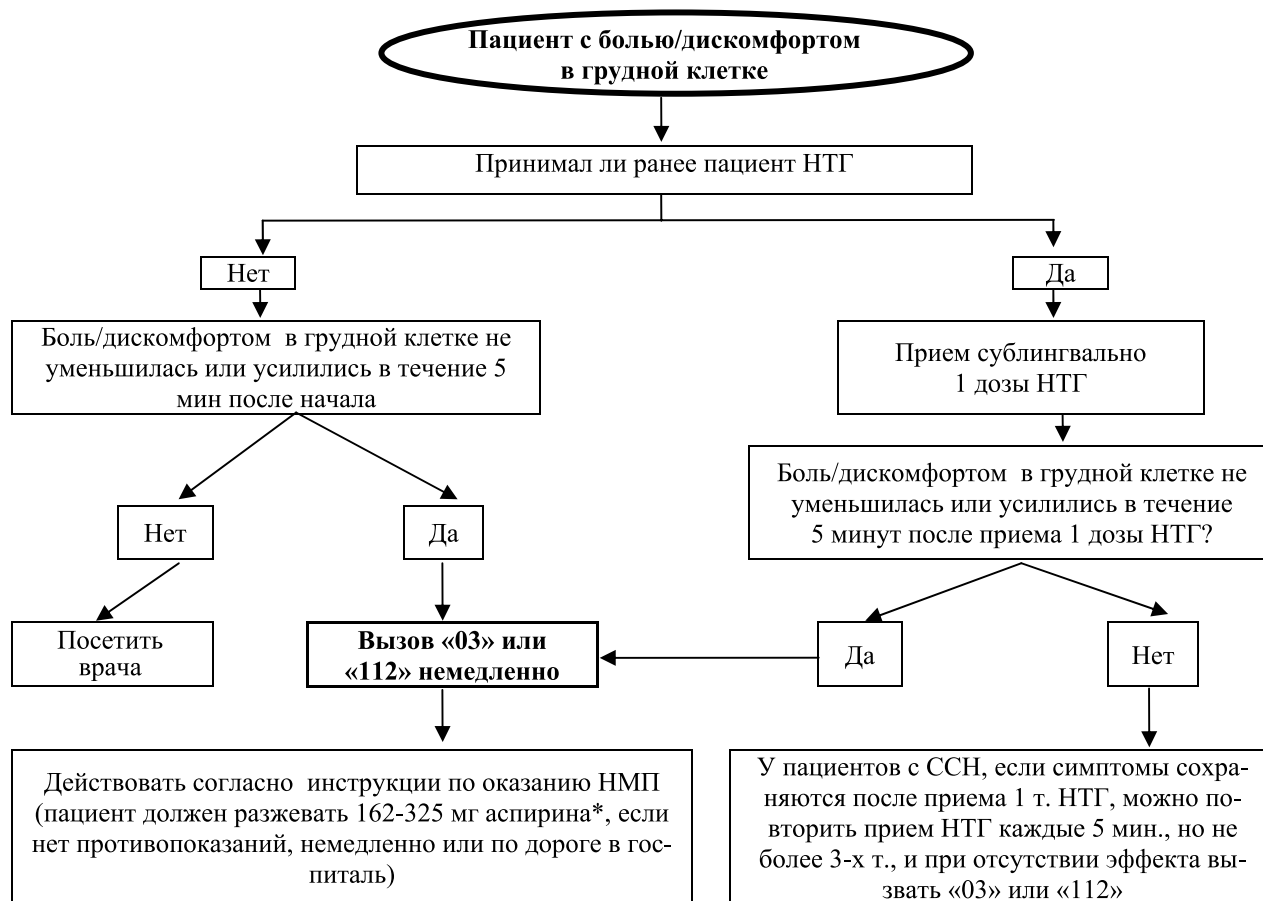


Рис. 1. Действия пациента при внезапном возникновении боли/дискомфорта в грудной клетке не травматического генеза [4 с дополнениями]

* Несмотря на то, что в ряде исследований используется кишечнорастворимый аспирин, применение быстрорастворимого аспирина предпочтительнее.

«03» — телефон скорой помощи в России; «112» — телефон службы спасения — единый на всей территории России; НМП — неотложная медицинская помощь; НТГ — нитроглицерин; ССН — стабильная стенокардия напряжения

Выполнение этих рекомендаций позволит своевременно направить пациента с болью в грудной клетке и подозрением на ОКС в стационар для проведения углубленного диагностического обследования и выбора целенаправленной тактики лечения (консервативной или инвазивной), что будет способствовать повышению эффективности терапии больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карташов В.Т., Попов А.В., Бакшеев В.И., Кныш В.И. Организация неотложной медицинской помощи в консультативно-диагностическом центре. В кн. Актуальные вопросы управления качеством медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях. В кн.: Материалы научно-практической конференции/ГВМУ МО РФ, ФГУ «52 КДЦ МО РФ»; Под ред. В.В. Шаппо.-М.-2008.- С. 82-88.
2. Roger V.L., Go A.S., Lloyd-Jones D.M., Benjamin E.J., Berry J.D et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2012 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125(1):e2-e220.
3. Kockanek D.K., Smith B.L. Deaths: preliminary data for 2002. In: National Vital Statistics Reports. Hyattsville, Md: National Center for Health Statistics; 2004; Vol 52, No. 13.
4. Anderson J.L., Adams C.D., Antman E.M., Bridges C.R., Califf R.M., et al. 2011 ACCF/AHA focused update incorporated into the ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2011;57:e215-367.
5. Hamm C.W., Bassand J.P., Agewall S., Vax J., Boersma E. et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2011;32(23):2999-3054.
6. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Рекомендации ВНОК. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008;7(6), Приложение 4.
7. Bassand J.P., Hamm C.W., Ardissino D. et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. *Eur. Heart J.*, 2007; 28: 1598-1660.
8. Лечение острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ. Рекомендации ВНОК. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2006; 8 (5), Приложение 1.
9. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST ЭКГ. Рекомендации ВНОК. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007; 6 (8), Приложение 1.
10. Симоненко В.Б., Тесля А.Н., Чаплик А.Л., Потапенко В.Н. Диагностика болевого синдрома в грудной клетке в условиях многопрофильного лечебно - профилактического учреждения. *Воен. Мед. Журн*. 2011; 4:51-58.
11. Alexander K. P., Newby L. K., Cannon C. P et al. Acute Coronary Care in the Elderly, Part I. Non-ST-Segment-Elevation Acute Coronary Syndromes. A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association Council on Clinical Cardiology. In Collaboration With the Society of Geriatric Cardiology. *Circulation*. 2007;115:2549-2569.
12. Раков А.Л., Симоненко В.Б., Резван В.В., Ипатов П.В., Мануйлов В.М. Первая помощь при остром коронарном синдроме. *Воен. Мед Журн*. 2007; 328(6):21-31.
13. Ammann P., Pfisterer M., Fehr T., Rickli H. Raised cardiac troponins. *BMJ*. 2004;328(7447):1028-1029.
14. Бакшеев В.И., Коломоец Н.М. Диагностика острого коронарного синдрома на амбулаторно-поликлиническом этапе. В кн. Тезисы Всероссийской научно-практической конференции (ежегодная сессия ФГУ РКНПК) «Неотложные состояния при сердечно-сосудистых заболеваниях» 1-2 июня 2006 г., Москва, Россия. С. 30.
15. Коломоец Н.М., Бакшеев В.И. Гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца. М., Медицина, 2003.

Сведения об авторе

Паценко Михаил Борисович – кандидат медицинских наук, главный терапевт 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, Москва, patsenko_mb@mail.ru.

Саркисов А.А.

Клинико-психологическая концепция стоматологической помощи

Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь

Резюме. Не вызывает сомнений, что установление доверительного межличностного контакта в системе врач-пациент, эффективное общение врача с пациентом в процессе проводимого лечения являются одними из ведущих факторов успешного лечения. Однако анализ негативных отзывов о проведенном лечении свидетельствует, что конфликты, связанные с неумением общаться с пациентом и завоевывать его доверие, возникают чаще всех остальных претензий. При этом неспособность стоматолога правильно выстроить свою доминантную роль в лечебном процессе повышает вероятность усиления влияния негативных субъективных оценок, составляемых пациентом.

Ключевые слова: факторы риска, стоматологический прием, эмоциональные особенности, комплаентность.

Abstract. There is no doubt that the establishment of confidential interpersonal contact in the doctor-patient system, effective communication between the doctor and the patient during the treatment are one of the leading factors in successful treatment. However, an analysis of negative reviews of the treatment indicates that conflicts related to the inability to communicate with the patient and gain his trust arise most often than all other claims. At the same time, the inability of the dentist to properly build his dominant role in the treatment process increases the likelihood of increasing the influence of negative subjective assessments made by the patient.

Key words: risk factors, dental technique, emotional characteristics, compliance.

Процесс реформирования, происходящий в отечественном здравоохранении, привел также к существенным изменениям в системе оказания стоматологической помощи населению. Как следствие этого, определились во многом иные условия организации деятельности стоматологической службы, началось активное внедрение современных стоматологических технологий. Наряду с этим изменилось отношение пациентов к стоматологической помощи [5]. Сегодня большинство пациентов хотели бы получать самый высокий уровень обслуживания и стоматологический сервис, соответствующий международным стандартам, что, по их мнению, наряду с применением новых, прогрессивных стоматологических методик предусматривает и соответствующий уровень общения, позволяющий исключить психологический дискомфорт [1,4].

В последние годы эмоциональная реакция пациентов на стоматологическое пособие стала активно изучаемой проблемой, поскольку доказано, что возникающие нередко у пациентов тревога и страх, не только обуславливают значительное ухудшение общего самочувствия, но и в ряде случаев становятся непосредственной причиной отказа от дальнейшего лечения. В подобной ситуации для того чтобы, настроить пациента положительно на успешное лечение требуются специальные подходы и особая тактика в общении [3,6]. Вместе с тем проблемы, связанные с изучением типов реагирования пациентов с различными характероло-

гическими особенностями на стоматологическом приеме, их влиянием на процесс лечения, изучены не достаточно [7,10]. Самостоятельную проблему также представляет то, что способностью в должной мере понимать эмоциональное состояние пациента, сочувствовать и сопереживать ему, умением устанавливать и поддерживать контакт с пациентом обладают далеко не все врачи [8]. Напротив, значительная интеллектуальная нагрузка, высокая ответственность, требование больших физических сил и выносливости, свойственные профессиональной деятельности врача-стоматолога, нередко приводят к возникновению разнообразных болезненных расстройств, преимущественно функционального характера, и могут служить причиной эмоциональной опустошенности, безразличного и даже негативного отношения к пациенту [9].

В настоящее время удовлетворение потребности населения в высококачественной медицинской помощи и оптимизация состояния здоровья становятся приоритетными направлениями внутренней политики государства [2]. Поэтому при внедрении современных стандартов и формировании перспективной модели стоматологической помощи, выявление факторов, оказывающих непосредственное влияние на возможность позитивных взаимоотношений врача и пациента, становятся актуальными и значимыми, что создало предпосылки для проведения настоящего исследования [1].

Нами предпринята попытка выявить и изучить системообразующие факторы, непосредственно оказывающие негативное влияние на формирование взаимоотношений врача и пациента на стоматологическом приеме и разработать комплекс мероприятий, направленный на их коррекцию.

Материалы и методы исследования

Для решения поставленных задач, во время проведения планового стоматологического обследования или при индивидуальном обращении за лечебной стоматологической помощью к стоматологу-терапевту, методом случайной выборки было отобрано 118 пациентов. Средний возраст пациентов составил $35,4 \pm 8,1$ лет. В обследованной группе стоматологических пациентов преобладали женщины – 72 человека (61,0%); количество мужчин составило 46 (38,9%) человек.

В обследуемую группу врачей-стоматологов были включены 312 врачей, работающих на амбулаторно-поликлиническом приеме. Средний возраст обследованных составил $44,6 \pm 6,5$ года, при этом стаж работы по профессии составил в среднем $16,5 \pm 3,7$ года.

Из всего числа обследованных женщины составляли 73,71% (230 чел.), мужчины – 26,3% (82 чел.).

У всех обследованных было получено информированное согласие на участие в исследовании.

Для уточнения эмоционально-личностных свойств пациентов использованы следующие методики: шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера (адаптированная Ю.Л. Ханиным, 1976), оценка уровня депрессии с помощью шкалы Бека, (А.Т. Веck и соавт., 1961), «Опросник акцентуации характера Леонгарда-Шмишека» (Leongard's Scale – Leongard K., 1970), СМОЛ – отечественный вариант психологического анкетного листа Мини-мульти, представляющий сокращенный вариант многопрофильного Миннесотского личностного опросника (MMPI), адаптированный Ф.Б. Березеным, М.П. Мирошниковым (1994). Для субъективной оценки интенсивности боли применялась визуальная аналоговая шкала (ВАШ).

Наличие профессионального стресса у врачей определялось с помощью «Шкалы профессионального стресса» (Fontana D., 1995), позволяющей помимо оценки выраженности стресса, проводить содержательный анализ с целью определения значения параметров деятельности в развитии стресса. Для определения уровня профессионального выгорания применялась методика «Опросник выгорания К. Маслач – общий вариант» в редакции М. Салановой (M.Salanova et al., 2001). Экспериментально-психологическое ис-

следование также включало комплекс тестов, которые позволяли изучить эмоционально-личностные особенности обследованных: шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера (адаптированная Ю.Л. Ханиным, 1976), оценка уровня депрессии с помощью шкалы Бека, (А.Т. Веck и соавт., 1961); субъективная шкала оценки астении (MFI-20); тест самооценки «Качество жизни» – (опросник SF-36; R.J.C. Colvilleu, 1999).

Комплексное обследование также предусматривало оценку состояния вегетативной нервной системы, включая анализ параметров частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания (ЧД), уровня артериального давления (АД); рассчитывался вегетативный индекс Кердо и коэффициент Хильдебранта; использовались «Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений» и «Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений», разработанные в лаборатории патологии вегетативной нервной системы ММА им. И.М.Сеченова; проводилось заполнение анкет для выявления периферической вегетативной недостаточности и исследование комплекса кардиоваскулярных тестов, позволяющих избирательно оценивать симпатическое и парасимпатическое влияние, т.е. сегментарный уровень вегетативной регуляции кардиоваскулярной системы.

Специальные инструментальные методы объективизации состояния вегетативной регуляции предусматривали математический анализ колебаний сердечного ритма – вариационную пульсометрию (ВПМ) и исследование вегетативных вызванных потенциалов (КСВП) в ответ на стимуляцию импульсным током.

Частоту сердечных сокращений и измерение длительности R–R интервалов производили с помощью ритмокардиометра РКМ–001 (Россия). Анализ кардиоритмограммы выполнялся методом вариационной пульсометрии по программе «Пульсар – 9» (НИИ физиологии РАМН). В динамическом ряду кардиоциклов электрокардиограммы, в состоянии покоя и на фоне фиксированной частоты дыхания (при пробе с физической нагрузкой), автоматически производилась выборка из 100 последовательных циклов. Вычислялись статистические характеристики ритма сердца (M_0 , AM_0 , ΔX), где M_0 (мода) – наиболее распространенная в данной выборке продолжительность кардиоциклов; AM_0 (амплитуда моды) – соответствующая количеству кардиоциклов со значением моды, выраженным в процентах к объему всей выборки; ΔX – разность между максимальным и минимальным значением продолжительности кардиоциклов. Кроме вариационной кривой рассчитывался качественный показатель – индекс напряжения (ИН),

по которому оценивалась степень напряжения центральных регуляторных механизмов (Р.М. Бавский, 1987).

Для оценки вегетативных вызванных потенциалов (КСВП) регистрировалась КГР в ответ на стимуляцию импульсным током на нейроусреднителе Нейро-МВП (фирма «Нейрософт», Россия). Импульс длительностью 100 мкс подавался на указательный палец левой руки. Для стандартизации регистрации КСВП определялся субъективный и объективный пороги, для дальнейшего исследования использовали силу двойного и тройного порогового тока для вызова вегетативного потенциала. Регистрация КГР в ответ на импульсный стимул проводилась с активного электрода, устанавливаемого на ладони и на фаланге безымянного пальца референта, суперпозировались 2 или 3 наиболее воспроизводимых ответов. Наряду со стандартными показателями, нами использовался ряд дополнительных показателей, позволяющих оценить особенности регулирования ВНС: время восстановления исходного состояния или время регулирования (Т), интенсивность вегетативной реакции в процессе регулирования (A_{max}), соотношение фаз негативной и позитивной части ответа и некоторые другие (Гнездицкий В.В. с соавт, 2004).

Полученные данные обрабатывались методами статистической обработки, предусматривающими дисперсионный анализ, для оценки качественных признаков – критерий χ^2 . Из непараметрических методов для порядковых признаков применялся критерий Крускала-Уоллиса и критерий Уилкоксона. С целью оценки статической взаимосвязи между полученными результатами вычислялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Психологический статус пациента стоматологического приема

Стоматология является особой отраслью медицины, поскольку пациент в ней имеет свой определенный статус, характеризующийся признаками, отличными от признаков статуса пациента в медицине вообще. Пациенты не связывают свой стоматологический статус с соматическими заболеваниями, но, как правило, страдают фобиями. Общепринятым в настоящее время является мнение о том, что страх предстоящего болевого воздействия, степень выраженности боли, её интенсивность и продолжительность и определяет психологическое состояние пациента.

Вместе с тем в процессе санации полости рта пациент подвергается дополнительному воздействию комплекса отрицательных раздражителей различного характера (освещение, шум работа-

ющей бормашины, давление на зуб, вибрация, температура и т.д.). В совокупности все перечисленные факторы обуславливают у пациентов обострение восприятий, которые могут доходить у некоторых лиц до трансформации тактильных раздражений в болевые, слабых болевых раздражений – в сильные.

По проведенным клиническим и параклиническим исследованиям нами выявлено, что общей характеристикой психологического статуса большинства пациента на стоматологическом приеме (71,2%) является наличие фобий и доминирование признаков негативной аффективности, проявляющейся средним и высоким уровнем тревожности, однако при этом пациенты различаются между собой по типам эмоционального и поведенческого реагирования и могут быть отнесены к различным характерологическим группам.

Для врачей-стоматологов характерен высокий уровень профессионального стресса: более 60% лиц в обследованной выборке подвержены профессиональному стрессу, при этом у большинства из них выявлены проявления синдрома профессионального выгорания.

Психологические реакции профессионального стресса у врачей-стоматологов имеют свои особенности: разочарование в профессии, общая негативная установка на жизненные перспективы, ощущение своей невостребованности; при этом типичен высокий уровень реактивной тревожности, доминирование астенических эмоций, сниженные показатели, характеризующие качество жизни, с нарастанием степени выраженности всех выявленных изменений соответственно увеличению длительности профессионального стажа.

Результаты проведенной инструментальной оценки функционального состояния вегетативной регуляции при синдроме профессионального выгорания у врачей-стоматологов свидетельствуют о возникновении нарушений адаптационных возможностей функциональных систем организма, при этом характерно формирование феномена истощения, приводящего к последующему перенапряжению адаптационных систем организма.

Состояние профессионального стресса врача в равной степени, как и ситуационные психологические реакции и личностные особенности пациента, оказывают негативное влияние на возможность формирования взаимоотношений между врачом и пациентом на стоматологическом приеме.

Исходя из типа эмоционального и поведенческого реагирования, большинство пациентов стоматологического приёма могут быть отнесены к определенной личностной группе: циклоидной акцентуации, шизоидной акцентуации, эпилепто-

идной акцентуации, астенической акцентуации, истероидной акцентуации, психастенической акцентуации. Деонтологический подход, дифференцированный исходя из возможного типа реагирования пациента определённой личностной группы, способствует формированию позитивных взаимоотношений врача и пациента на стоматологическом приеме, предотвращает возникновение негативных реакций пациентов на лечение, делает процесс проведения стоматологического лечения менее трудоемким для врача.

Комплекс организационных мероприятий по профилактике последующего негативного влияния синдрома профессионального выгорания на возможность выполнения врачом-стоматологом своей профессиональной деятельности должен предусматривать следующие функциональные уровни воздействия: индивидуальную помощь, восстановление межличностных отношений в коллективе, организационную помощь и лечебные мероприятия.

Проведенный сравнительный анализ свидетельствует, что применение разработанной системы мероприятий в большинстве случаев способствует формированию позитивных взаимоотношений врача и пациента на стоматологическом приеме.

Список сокращений

АД – артериальное давление
ВНС – вегетативная нервная система
ВГМ – вариационная пульсометрия
КЖ – качество жизни
КСВП – кожный симпатический вызванный потенциал

ЛТ – личностная тревожность
ИВР – индекс вегетативного равновесия
ИН – индекс напряжения регуляторных систем
ПС – профессиональный стресс
РТ – реактивная тревожность
СМОЛ – Стандартный Многофакторный Метод исследования личности
СПВ – синдром профессионального выгорания
МБИ – Методика Maslach Burnout Inventory
МФИ-20 шкала оценки астении

ЛИТЕРАТУРА

1. Вальдман А.В. Фармакологическая регуляция эмоционального стресса. М.: Медицина, 1979. 360 с.
2. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1979. 156с.
3. Судаков К.В. Новые акценты классической концепции стресса. // Бюлл. Экспер. Биол. и Мед. 1997. Т.2. С. 124–130.
4. Brondolo E., Masheb R., Stores J., Stockhammer T. Anger-related traits and response to interpersonal conflict among New York City traffic agents. // J. of Applied Social Psychology. 1998. Vol. 28 (22). P.2089-2118.
5. Brown C., O'Brien K.M. Understanding stress and burnout in shelter workers. // Professional psychology: Research & Practice. 1998. Vol. 29 (4). P. 383–385.
6. File S.E. Recent developments in anxiety, stress and depression // Pharmacology, Biochemistry and Behavior. 1996. V. 54, N1. P. 3-12.
7. Leiter M.P., Maslach C. Burnout and health. / In: Baum A., Revenson T., Singer J., editors. // Handbook of health psychology. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 2000. P. 415–426.
8. Maslach C. What have we learned about burnout and health. // Psychology and Health. 2001. 16. P.607–611.
9. Powell W.E. The relationship between feelings of alienation and burnout in social work. // Families in Society. 1994. V. 75 (4). P. 229–235.
10. Schaufeli W.B., Enzmann D. The burnout companion to Study & Practice: A critical analysis. /Printed by T.J.International Ltd.- Padstow, UK, 1998. 220p.

Спицына В.И.

Особенности терапии хронического генерализованного пародонтита в зависимости от фазы менструального цикла

Медицинский стоматологический институт департамента образования города Москвы

Аннотация. У 105 женщин репродуктивного возраста проведено лечение обострения хронического генерализованного пародонтита в поздней стадии лютеиновой фазы менструального цикла согласно алгоритму, разработанному авторами, с учетом патогенеза обострения заболевания. Эффективность лечения оценивалась согласно результатам клинических и лабораторных исследований. Применение алгоритма способствовало нормализации pH РЖ, повышению уровня IgG и лизоцима РЖ, снижению личностной и реактивной тревожности, улучшению состояния кровоснабжения в тканях пародонта, купированию воспалительного процесса в оптимальные сроки, профилактике осложнений.

Ключевые слова: Хронический генерализованный пародонтит, женщины репродуктивного возраста, лютеиновая фаза менструального цикла.

Abstract. In 105 women of reproductive age were treated exacerbation of chronic generalized periodontitis in the late stage of the luteal phase of the menstrual cycle were treated according to the authors' algorithm taking into account the disease aggravation pathogenesis. Effectiveness of treatment was evaluated according to the results of clinical and laboratory research. Algorithm contributed to the normalization of pH of oral fluid, increased levels of IgG and lysozyme of oral fluid, reduce personal and reactive anxiety, improve the blood supply to the periodontal tissues, relief of the inflammatory process in the optimum time, the prevention of complications.

Keywords: Chronic periodontitis, women of reproductive age, the luteal phase of the menstrual cycle.

Известно, что на клиническое течение хронического генерализованного пародонтита (ХГП) у женщин репродуктивного возраста влияют множество факторов, в том числе циклические изменения гонадотропных и стероидных гормонов [1, 2, 4, 8]. В связи с этим нами изучены частота, удельный вес обострения данного заболевания в разных фазах менструального цикла. Установлено, что частота обострения ХГП у женщин репродуктивного возраста в год на 100 женщин составляет 75,83. При этом заболевание наиболее часто обостряется в фолликулиновой (40,83) и в лютеиновой (34,24) фазах менструального цикла. Большой удельный вес обострения ХГП наблюдается особенно в поздней стадии лютеиновой фазы (95,35%), а также в поздней стадии фолликулиновой фазы (80,52%) менструального цикла [5].

В связи с этим нами были продолжены исследования по выявлению основных механизмов обострения ХГП в поздней стадии лютеиновой фазы менструального цикла. В результате проведенных исследований было установлено, что обострение заболевания в поздней стадии лютеиновой фазы происходит у женщин с уровнем эстрадиола $0,053 \pm 0,001$ нмоль/л и ниже, прогестерона – $21,11 \pm 0,001$ нмоль/л и ниже. Ведущими в меха-

низме обострения, при этом, являются снижение коагуляционного потенциала крови, повышение агрегационной способности эритроцитов, высокий уровень реактивной и личной тревожности, смещение pH РЖ в щелочную сторону [1, 3, 6].

На основании полученных результатов нами разработан алгоритм лечения обострения ХГП в поздней стадии лютеиновой фазы менструального цикла.

Цель исследования – оценка эффективности лечения обострения ХГП у женщин репродуктивного возраста в поздней стадии лютеиновой фазы менструального цикла с применением разработанного авторами алгоритма.

Материал и метод исследования. Лечение обострения ХГП в поздней стадии лютеиновой фазы менструального цикла проводили 210 женщинам, из них формировали две группы: основная группа (I группа) и контрольная (II группа). Основную группу составили 105 женщин (ХГП легкой степени – 28 женщин, средней степени – 28, тяжелой степени – 49 женщин). Больным этой группы лечение проводили по разработанному алгоритму, который включал:

- проведение общеизвестного комплекса противовоспалительного лечения (антибиотики, сульфаниламидные препараты, местное проти-

- вовоспалительное лечение, в том числе, физические факторы);
- прием внутрь три раза в день по 1/3 стакана отвара противострессового чая, в состав которого входит: плакун-трава, трава черныбыльника, ясменника, люцерны, дурнишника, плоды аронии, трава донника, боровая матка, трава шалфея;
 - прием внутрь три раза в день по 1/3 стакана отвара крапивы двудомной, начиная с середины лютеиновой фазы и в течение поздней стадии лютеиновой фазы, как известно, крапива двудомная содержит каротин, витамин С и К, дубильные вещества, минеральные соли, повышает коагуляционный потенциал крови и агрегационную способность эритроцитов;
 - орошение полости рта 5-6 раз в день изотоническим раствором глюкозы, изотонический раствор глюкозы снижает рН РЖ, улучшает обмен веществ в тканях пародонта, в полости рта он очень быстро всасывается в кровь и влияет на осмотическое давление крови в сосудах пародонта, тем самым усиливается ток жидкости из ткани в сосуд и в результате снижает отек;
 - местное применение антисептиков в виде растворов, гелей, бальзамов, предназначенных для лечения воспалительных заболеваний полости рта;
 - местное применение 0,2% оксиметацила в 10% растворе димексида (в виде аппликаций или методом ультрафонофореза).

В контрольную группу вошли 105 женщин с обострением ХГП, в том числе ХГП легкой степени – 28 женщин, средней степени – 28, тяжелой степени – 49 женщин. Больным данной группы проводили общеизвестный комплекс противовоспалительной терапии. Эффективность комплексного лечения обострения ХГП в поздней стадии лютеиновой фазы у больных обеих групп оценивали по результатам клинических исследований (длительность сохранения признаков воспаления, показатели ИГ, PI, API, SBI), а также по данным лабораторных исследований женщин (уровень фибриногена крови, количество тромбоцитов, агрегация тромбоцитов, агрегация эритроцитов, иммуноглобулины классов А, М, G РЖ и ДЖ, рН слюны, количество и состав ДЖ, состояние ВНС и кровоснабжение тканей пародонта).

Количество тромбоцитов определяли на гематологическом анализаторе фирмы «Sysmex KX-21», агрегацию тромбоцитов и эритроцитов – с использованием записи агрегатограмм, концентрацию фибриногена в крови – гравиметрическим методом [7]. Для исследования рН слюны использовали рН-метр «РН-150 МИ». Иммуноглобулины

классов А, М, G РЖ и ДЖ определяли методом простой радиальной иммунодиффузии в агаре, вязкость слюны – по методу Т.Л. Рединовой (1994). При оценке состояния ВНС использовали метод тестирования по Спилбергу и цветовой тест Люшера. Кровоснабжение тканей пародонта исследовали методом ультразвуковой доплерографии с использованием аппарата «Минимакс-Доплер-К».

Статистическую обработку фактического материала проводили на персональном компьютере на базе пакета программ MS «Excel 2003» с дополнением XLSTAT-Pro и вычислением t-критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Исследования показали, что у всех больных I группы при легкой и средней степени тяжести заболевания уже на третьи сутки от начала курса лечения, а при тяжелой степени тяжести на шестые сутки, отмечалась положительная динамика, которая характеризовалась отсутствием жалоб на кровоточивость десен, боль, чувство жжения и запах изо рта. В эти же сроки исследования у больных II группы жалобы на боль, кровоточивость десен, запах изо рта сохранялись. При объективном клиническом обследовании у всех женщин I группы на 7-е сутки от начала курса лечения наблюдалась нормализация структуры слизистой оболочки полости рта, цвет слизистой характеризовался бледно-розовой окраской, отсутствовал зубной налет, гнойный экссудат в пародонтальных карманах, прекратилась кровоточивость десен. Уровень гигиены полости рта (ИГ) оценивался как хороший, отмечалось снижение PI, наблюдалась достоверная положительная динамика показателей API, SBI. В то же время у большинства больных II группы (у 99 больных – 94,28%) сохранялась гиперемия слизистой оболочки альвеолярной части десны, отмечался гнойный экссудат в пародонтальных карманах. Гигиеническое состояние полости рта оценивалось как удовлетворительное. Показатели PI указывали на наличие воспалительного процесса. Показатели API и SBI у больных II группы были достоверно выше, чем у больных I группы ($p < 0,05$), (табл. 1).

При исследовании коагуляционного потенциала крови у больных I группы на фоне лечения отмечалась нормализация количества тромбоцитов ($304 \pm 6,06$), агрегации тромбоцитов ($68,25 \pm 0,02\%$), агрегации эритроцитов ($28,80 \pm 0,40\%$) и уровня фибриногена крови ($3,68 \pm 0,10$ г/л). В то же время данные показатели у больных II группы оставались без изменения.

При исследовании показателей местного иммунитета у больных I группы по сравнению с ре-

Таблица 1

Показатели индексов при лечении обострения ХГП в поздней стадии лютеиновой фазы менструального цикла

Группы	ИГ, абс.	PI, абс.	API, %	SBI, %
Интактный пародонт	1,5±0,28	0,8±0,02	22±0,07	8,2±0,5
Обострение ХГП: до лечения				
- легкая степень	2,3±0,01	2,8±0,06	71,1±1,01	22,4±1,15
- средняя степень	2,9±0,01	4,1±0,11	76,3±0,01	43,3±1,01
- тяжелая степень	3,7±0,01	5,8±0,02	84,2±2,11	81,5±1,5
после лечения: I группа				
- легкая степень	1,4±0,4*	1,0±0,05*	26±1,7*	15,9±1,01*
- средняя степень	1,4±0,8*	2,2±0,11*	29±2,7*	23,5±2,01*
- тяжелая степень	1,5±0,7*	3,0±0,08*	31±3,6*	43,9±1,01*
II группа				
- легкая степень	1,8±0,4	2,0±0,06	54±1,3*	21,4±1,17
- средняя степень	2,0±0,8	3,6±0,13	62±2,4	35,7±1,02
- тяжелая степень	2,0±0,6	3,7±0,07	69±1,8	55,8±1,22*

* Различие достоверно при $p < 0,05$ по сравнению с показателями до лечения.

зультатами до лечения отмечалось достоверное повышение уровня IgA, IgG, лизоцима ($p < 0,01$) и снижение SIgA ($p < 0,05$) уже на 7-е сутки. У больных II группы на 7-е сутки после лечения по сравнению с до лечения уровень IgA повысился ($p < 0,01$), уровень SIgA понизился ($p < 0,01$), а показатели IgG и лизоцима оставались на том же уровне (табл. 2).

В процессе лечения у больных I группы значительным изменениям подвергалась ДЖ, достоверно снижались ее количество и уровень иммуноглобулинов A, M, G и SIgA ($p < 0,001$). Во II группе

достоверно уменьшилось только количество ДЖ ($p < 0,05$), а показатели IgA, IgM, IgG и SIgA снижались незначительно ($p > 0,05$, табл. 3).

Ph РЖ в процессе лечения у больных I группы из щелочной реакции постепенно переходили в нейтральную, а II группы – в слабощелочную.

В результате включения в комплекс лечения больных I группы антистрессового чая произошли изменения и в состоянии ВНС. Так, в I группе снизилось количество женщин с высоким и средним уровнем реактивной тревожности по Спилбергу и

Таблица 2

Имуноглобулины и лизоцим РЖ при лечении обострения ХГП в поздней стадии лютеиновой фазы менструального цикла

Группы	IgA, г/л	IgG, г/л	SIgA, г/л	лизоцим, мкг/мл белка
Интактный пародонт	0,15±0,009	0,20±0,01	0,11±0,04	16,7±0,22
Обострение ХГП: до лечения				
- легкая степень	0,09±0,02	0,12±0,01	0,18±0,01	10,05±0,01
- средняя степень	0,11±0,01	0,11±0,001	0,19±0,01	9,11±0,01
- тяжелая степень	0,12±0,001	0,09±0,002	0,20±0,001	8,11±0,01
после лечения: I группа				
- легкая степень	0,18±0,01*	0,22±0,03*	0,10±0,01*	15,41±0,7*
- средняя степень	0,23±0,01*	0,23±0,01*	0,11±0,01*	15,32±0,4*
- тяжелая степень	0,25±0,01*	0,29±0,02*	0,11±0,02*	14,25±0,4*
II группа				
- легкая степень	0,12±0,02*	0,12±0,03	0,09±0,01*	10,18±0,8
- средняя степень	0,12±0,01*	0,12±0,02	0,09±0,03*	10,43±0,7
- тяжелая степень	0,12±0,01*	0,14±0,02	0,08±0,01*	9,69±1,3

* Различие достоверно при $p < 0,05$ по сравнению с показателями до лечения.

Таблица 3

Количество ДЖ и иммуноглобулины ДЖ при лечении обострения ХГП в поздней стадии лютеиновой фазы менструального цикла

Группы	Количество ДЖ, мм ²	IgA, г/л	IgM, г/л	IgG, г/л	SigA, г/л
Интактный пародонт	0,243±0,013	-	-	-	-
Обострение ХГП: до лечения					
- легкая степень	0,295±0,018	0,33±0,01	0,14±0,001	1,44±0,01	1,15±0,001
- средняя степень	0,299±0,011	0,40±0,01	0,26±0,01	1,44±0,003	1,21±0,001
- тяжелая степень	0,326±0,014	0,44±0,001	0,35±0,001	2,55±0,001	1,43±0,001
после лечения: I группа ХГП					
- легкая степень	0,241±0,011*	0,15±0,002*	0,08±0,01*	0,90±0,02*	0,49±0,001*
- средняя степень	0,243±0,008*	0,22±0,001*	0,12±0,001*	1,01±0,01*	0,52±0,002*
- тяжелая степень	0,250±0,012*	0,29±0,011*	0,22±0,02*	1,59±0,01*	0,57±0,001*
II группа ХГП					
- легкая степень	0,271±0,011*	0,31±0,009	0,12±0,01	1,25±0,02	0,63±0,001
- средняя степень	0,285±0,009*	0,36±0,003	0,19±0,02	1,29±0,01	0,64±0,003
- тяжелая степень	0,295±0,010*	0,39±0,002	0,33±0,01	2,06±0,01	0,69±0,001

* Различие достоверно при $p < 0,05$ по сравнению с показателями до лечения.

Люшеру, тогда как во II группе их количество было больше.

При комплексном лечении ХГП также изменялись показатели УЗДГ. В основном изменения касались Vas, Vam, Qas, Qam. Их показатели уменьшались у больных обеих групп. Однако достоверное снижение отмечалось только у больных I группы.

В результате применения разработанного алгоритма комплексного лечения обострения ХГП у женщин репродуктивного возраста в поздней стадии лютеиновой фазы у всех больных наступила ремиссия, а в группе больных, где применялось общеизвестное комплексное лечение, у 7 (6,66%) больных развились осложнения, в том числе пародонтальный абсцесс у 3 (2,85%) больных, острый гнойный периостит у 4 (3,81%).

Таким образом, применение алгоритма патогенетически обоснованного комплексного лечения обострения ХГП у женщин репродуктивного возраста в поздней стадии лютеиновой фазы, включающего антистрессовый чай, отвар крапивы, а также орошение полости рта изотоническим раствором глюкозы, применение местно 0,2% раствора оксиметацила в 10% растворе димексида является эффективным и способствует нормализации коагуляционного потенциала крови, снижению уровня реактивной и личностной тревожности, нормализации pH слюны, повышению уровня IgA, IgG и лизоцима в РЖ, улучшению состояния кровотока в тканях пародонта, купированию воспалительного процесса в оптимальные сроки, профилактике осложнений и наступлению стойкой ремиссии заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акбулатова Э.Ю. Патогенез обострения хронического генерализованного пародонтита у женщин репродуктивного возраста в поздней стадии лютеиновой фазы менструального цикла / Э.Ю. Акбулатова, Ф.З. Мирсаева // Пародонтология. – 2011. - №4. - С. 38-42.
2. Булгакова А.И., Васильева Н.А., Андреева Ю.В. Исследование показателей иммуноцитогрaмм у больных с воспалительными заболеваниями пародонта // Пародонтология. – 2012. - №3. - С. 22-26.
3. Мирсаева Ф.З. Изменение показателей гомеостаза полости рта и коагуляционных свойств крови у женщин репродуктивного возраста в зависимости от уровня гонадотропных и стероидных гормонов / Ф.З. Мирсаева, Л.Ф. Губайдуллина // Институт стоматологии. – 2009. - №4. – С. 60-61.
4. Мирсаева Ф.З. Основные механизмы обострения хронического генерализованного пародонтита у женщин репродуктивного возраста в поздней стадии пролиферации фолликулиновой фазы менструального цикла / Ф.З. Мирсаева, Э.Ю. Акбулатова, Л.Ф. Губайдуллина // Российский стоматологический журнал. – М., 2010. - №5. – С. 27-30.
5. Мирсаева Ф.З. Частота обострения хронического генерализованного пародонтита у женщин репродуктивного возраста с учетом циклических изменений гонадотропных и стероидных гормонов / Ф.З. Мирсаева, Э.Ю. Акбулатова // Российский стоматологический журнал. – М., 2011. - №5. – С. 29-31.
6. Мирсаева Ф.З. Комплексная профилактика обострения хронического генерализованного пародонтита у женщин репродуктивного возраста в лютеиновой фазе менструального цикла / Ф.З. Мирсаева, Э.Ю. Акбулатова // Пародонтология. – 2014. - №4 (73). – С. 68-71.
7. Камышников В.С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике. – М.: Медпресс-информ, 2004. – 920 с.
8. Пародонтит / С.М. Будылина, Л.А. Дмитриева, А.В. Алимский и др. – Пермь: Медпресс-информ, 2007. – 504 с.
9. Рединова Т.Л. Клинические методы исследования слюны при кариесе зубов [Текст]: Методические рекомендации / Т.Л. Рединова, А.Р. Поздеев. – Ижевск, 1994. – 24с.

Сорокоумов Г.Л., *Хритинин А.Д., **Ерёмина Н.В.

Особенности психологического статуса стоматолога

Медицинский стоматологический институт Департамента образования города Москвы

** ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва*

*** Стоматологический центр «Дали», г. Пенза*

Резюме. Реакции отрицательного характера связаны с длительным отсутствием условий для удовлетворения существенных биологических или социальных потребностей, затруднением принятия решений, рассогласованием ожидаемых и реальных результатов, конфликтными ситуациями. Они обладают длительным последствием и способностью по суммации. Вследствие этого возникает застойное возбуждение, которое способно вызвать генерализованное повышение активности структур головного мозга и оказать нисходящие влияния на соматовисцеральные функции.

Ключевые слова: тип личности, психологические расстройства, врачи, профессиональный стресс.

Abstract. Reactions of a negative character are associated with long term lack of conditions to satisfy significant biological or social needs, difficulty of making decisions, mismatch of expected and actual results, conflict situations. They have a long residual and the ability to sum up. The result is a stagnant excitation, which can cause a generalized increase in the activity of brain structures and exert top-down influence on somatoliberina functions.

Key words: personality, psychological disorders, doctors, occupational stress.

Для оценки роли психических и эмоциональных факторов в генезе стресса у врача - стоматолога нами проводилось исследование по программе психологического тестирования, основанное на адаптированном Миннесотском многопрофильном личностном опроснике (MMPI), опроснике СМИЛ [2,3,4]. С помощью него исследовались психические особенности и состояние личности путем сопоставления результатов обследования с ранее установленными нормативными данными [1]. Анкетный метод исследования личности был основан на анализе личностных свойств больного. Его используют во всех странах мира [8,10]. В России применяется несколько вариантов многостороннего исследования личности. Мы в своей работе использовали модификационный вариант MMPI – стандартизованный метод исследования личности (СМИЛ) [6,12]. По данным Л.Н.Собчик (1971) [11] сущность модификации заключается в коррекции построения и содержания вопросов теста с учетом отечественных норм поведения, интерпретации результатов исследования применительно к здоровому контингенту обследуемых [5,7]. Ответы на утверждение, предложенные в опроснике, даны в 3 оценочных и 10 основных (клинических) шкалах. В тесте СМИЛ изменены психиатрические названия шкал на психологические. Этот подход к структуре личностных проблем, как в норме, так и при патологии, более универсален и оправдан [13,14,17].

Оценочные шкалы свидетельствовали о достоверности результатов. Использовалась шкала

лжи («L»), шкала надежности (F), шкала коррекции (K). Шкала «L» включала утверждения, которые представляли испытуемого в возможно более выгодном свете, говоря о его строгом соблюдении социальных норм жизни. Шкала «F» говорила о степени достоверности количественных результатов исследования. Шкала «K» регистрировала намеренно скрытые или бессознательно вытесненные психологические проблемы, эмоциональную напряженность, неудовлетворенность. Она была создана с целью коррекции чрезмерной замкнутости или чрезмерной открытости испытуемых. При показателях на оценочных шкалах 70 Т баллов профиль личности считается сомнительным, 80 Т баллов – недостоверным. Клинические шкалы отражали: 1–шкала сверхконтроля, 2–шкала депрессии, 3 – эмоциональной лабильности, 4 – импульсивности, 5 – мужественности – женственности, 6 – ригидности, 7-уровень тревоги, 8– индивидуалистичность при социальной адаптации, 9 – оптимизм и активность, 0 – интраверсию-экстраверсию [9].

Условная норма профиля личности по MMPI в пределах 30-70 Т баллов - в среднем 50 Т баллов [185]. По данным Л.Н.Собчик (1971) показатели контингента психически здоровых лиц отдельно по шкалам профиля повышенным следует считать результат выше 59 Т; высоким – выше 69 Т, очень высоким – выше 79 Т. Низкими значениями условно называют показатели ниже 45 Т, относительно низкими – в пределах 45 - 55 Т, при условии, что

эти показатели представляют собой низкие точки в целом повышенного или высокорасположенного профиля [16].

Основной причиной ухудшения состояния являлась острая, экстремально-стрессовая, длительная, с отрицательными эмоциональными переживаниями, психическая травма. Основная роль в развитии расстройств принадлежала воздействию на «правильные» личностные качества: ответственность, справедливость, совесть, честь. Часто повторяющиеся неблагоприятные ситуации у пациентов приводили к стойким невротическим сдвигам или болезням дезадаптации.

Неоднозначно влияла на развитие психосоматических нарушений состояние после операционных вмешательств (постнаркозный синдром) – $5\pm 5,0\%$, вегетативно-сосудистая дистония ($5\pm 5,0\%$) и мигрень ($3\pm 3,0\%$), которые проявлялись стойкими цефалгическими жалобами.

Цефалгии, как правило, сопровождалась болезненностью при пальпации мышц головы и шеи ($56,7\pm 12,5\%$), триггерными точками в области шейно-воротниковой зоны ($78,3\pm 10,7\%$), болезненностью сосудистых точек в области головы ($43,3\pm 12,5\%$), болезненностью точек выхода тройничного нерва ($48,3\pm 12,6\%$).

Пароксизмы головной боли сочетались с тошнотой ($43,3\pm 12,5\%$), рвотой ($41,7\pm 12,5\%$), шумом в ушах ($96,7\%$) бледностью лица ($23,3\pm 10,7\%$), учащенным мочеиспусканием ($21,7\pm 10,4\%$), тахикардией ($36,7\pm 12,2\%$), ощущением пульсации в висках ($61,7\pm 12,3\%$), что свидетельствовало о преобладании симпатической регуляции в момент криза. Цефалгии были не единственным проявлением симптоматики, а сочетались с другими нарушениями.

Наиболее часто сопутствующими синдромами являлись: вестибулярные нарушения ($88,3\pm 8,1\%$), где ведущим был симптом головокружения системного характера ($53,3\pm 12,6\%$). Астенический синдром наблюдался у $78,3\pm 10,4\%$ пациентов, характеризовался общей слабостью, быстрой утомляемостью, снижением работоспособности. Неврозоподобный синдром выявлен в $63,3\pm 12,2\%$ случаев, проявлялся эмоциональной неустойчивостью и чувством тревоги ($48,3\pm 12,6\%$), подавленным настроением ($23,3\pm 10,7\%$), внутренним беспокойством ($21,7\pm 10,4\%$). На этом фоне нередко отмечался синдром диссомнии ($28,3\pm 11,4\%$) в виде прерывистого ночного сна и раннего пробуждения; а также мягкие когнитивные расстройства ($26,7\pm 11,2\%$) по типу снижения памяти и концентрации внимания. По-видимому, можно допустить развитие данных синдромов по «механизмам реакции на болезнь», как результат кортико-висце-

ральных нарушений, которые формируют стойкую «патологическую невротическую доминанту» в коре головного.

Кроме того, у большинства больных отмечались выраженные проявления вегетативной дисрегуляции: кардиалгии ($46,7\pm 12,6\%$), длительный субфебрилитет ($31,7\pm 11,7\%$), повышенная потливость ($56,7\pm 12,5\%$), синдром «беспокойных ног» ($18,3\pm 9,8\%$). В период криза частые зрительные нарушения (неясность зрения – $31,7\pm 11,8\%$), склонность к синкопальным состояниям ($21,7\pm 10,4\%$).

Большинство врачей ($63,3\pm 12,2\%$) отмечали повышенную утомляемость, и одышку при дополнительных физических нагрузках или эмоциональном напряжении ($73,3\pm 11,2\%$), тогда как в адекватных условиях они имели неплохую работоспособность. Это свидетельствовало о физической и психической дезадаптации при обследовании данной группы врачей - неврологов.

Данные отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о том, что психологические свойства личности, тип эмоционального реагирования и акцентуация характера могут быть не только фактором риска, но и выступать этиологическим, и даже патогенетическим фактором соматических заболеваний [6,29,98,145]. С другой стороны, хронический соматический процесс через «внутреннюю картину» болезни нередко воздействует на психику больного. Так может формироваться порочный круг функциональных взаимозависимостей, отягочающих течение заболевания.

Усредненный профиль личности в контрольной группе не превышал границ известной допустимой «психической» нормы и находился в пределах от 45 до 59 Т баллов. Оценочные шкалы (L, F, K) находились в пределах 59 Т баллов, что свидетельствовало о достоверности полученных результатов при тестировании. Снижение по 7, 9 и 0 шкалам свидетельствовало о низком уровне тревожности за свое физическое здоровье, удовлетворительное общее самочувствие, работоспособность. В контрольной группе (по данным усредненного профиля) преобладали лица с общительным характером, стремлением к межличностным контактам, эмоциональной отзывчивостью, устойчивым настроением, у врачей, отнесенных к I группе ПС по сравнению с контрольной группой в усредненном профиле личности наблюдалось повышение по 1 ($61,78\pm 0,41$), 2 ($59,11\pm 0,97$) и 3 ($60,67\pm 0,56$) шкалам (рис.7), различие достоверно ($p<0,001$). Подъем по 1 шкале (ипохондрии-самоконтролю) свидетельствовал о некотором повышении требовательности к себе и окружающим. Показатели по 2 шкале (депрессии) могут указывать на ответственное отношение к жизненным проблемам,

склонности к волнениям. 3 шкала (истерии-эмоциональной лабильности) используется как показатель неустойчивости в стрессе, яркости эмоциональных проявлений, некоторой эмоциональной лабильности.

Умеренный подъем по 1, 2, 3 шкалам, рассматриваемый как невротическая триада, не достигала у врачей I группы ПС значений выраженных патологических отклонений, характеризуя умеренную невротизацию с вегетативной неустойчивостью. Шкала 7 (психастении-тревожности), отражающая степень выраженности «свободно плавающей тревоги», неуравновешенности, соответствовала $54,51 \pm 1,21$ Т баллам, т.е. находилась в пределах допустимых значений, различие по сравнению с контрольной группой статистически достоверно ($p < 0,01$).

Клиническое состояние больных характеризовалось общей слабостью, снижением работоспособности, легкой утомляемостью при выполнении физической работы. После отдыха указанные ощущения уменьшались или даже исчезали совсем.

Вместе с тем, в структуре личности врачей с I группой ПС обращал на себя внимание у женщин пик-подъем по 5 шкале (мужественности-женственности) – $76,55 \pm 1,7$ Т баллов ($p < 0,001$). Преобладание в профиле показателей по данной шкале, по-видимому, можно рассматривать как гиперкомпенсацию черт, связанных с повышением по 1,2, и 3 шкалам. В усредненном профиле личности у врачей с I группой ПС отмечалось низкое значение 10 шкалы (социальной интраверсии-экстраверсии) – $48,75 \pm 1,06$ Т баллов ($p < 0,05$). Следовательно, в данной группе преобладали экстраверты с открытым характером, хорошей степенью включения личности в социальную среду.

Проанализировав психологические исследования с использованием СМЛП врачей I группы ПС, в 50% отклонений от нормы не выявлено. Отмечался пограничный профиль личности, который характеризовался наличием сдвигов в структуре личности без признаков выраженной тревоги и психопатических проявлений.

У врачей, входящих во II группу профессионального стресса, в усредненном профиле личности по сравнению с контролем отмечалось повышение по всем основным шкалам: 1,2,3,4,6,7,8,9,0. Подъем по 1 шкале равнялся $59,0 \pm 2,39$ Т баллов, ($p < 0,01$), по 2 шкале равнялся $61,4 \pm 2,08$ Т баллов, ($p < 0,05$), по 3 – $60,4 \pm 2,35$ ($p < 0,001$). Эти данные свидетельствовали о значительной невротизации больных с преобладанием депрессивных тенденций: неудовлетворенностью, склонностью к фиксированному вниманию на своих неудачах, некоторой пассивностью позиции личности, однако социально гиб-

кие и легко вживаемые в любую роль, связанную с социальным статусом.

Элементы невротической тревоги по сравнению с I группой стресса у врачей со II группой ПС были более выраженными, так как отмечалось сопутствующее повышение по шкалам 4 (психопатии-импульсивности) и 7 ($60,4 \pm 2,47$, $p < 0,05$, $62,6 \pm 2,94$, $p < 0,001$). Выраженный пик подъема профиля этих врачей приходился на шкалу 6 ($66,4 \pm 1,61$ Т баллов, $p < 0,001$) и шкалу 8 ($66,4 \pm 1,19$ Т баллов, $p < 0,001$). Как известно, шкала 6 (параной-ригидности) отражает негибкое, тугоподвижное решение жизненных проблем, некоторое упрямство, детализацию и педантизм в высказываниях. Шкала 8 (шизофрени-индивидуалистичности) подчеркивает степень выраженности индивидуального, субъективного в поведении с преобладанием своего собственного отношения к явлениям.

У 27 из 30 у врачей со II стадией наблюдалось одновременное повышение по 1,2,6,7,8,9 и 0 шкалам, что может рассматриваться как признак подавляемой агрессии, отражая «язвенный» тип личности. У них отмечалось нетерпимое отношение к любым отклонениям от намеченного плана и правил, деспотизм, недоверие к окружающим. Эта личностная акцентуация по данным Л.И.Собчик (1971) [11] являлась предрасполагающей к развитию соматических заболеваний (язвы желудка, желчно-каменной болезни, гипертонии, нарушений сердечного кровообращения).

Жалобы врачей II группы ПС были сосредоточены на неустойчивости и колебаниях настроения, раздражительности, гневливости, чувстве внутреннего беспокойства. В клинической картине отмечались различного рода фобии (витальные, одиночества и т.д.).

Таким образом, у врачей входящих во II группу профессионального стресса наблюдался «пикообразный» профиль в пределах от 59 Т до 67 Т баллов, характеризующийся выраженной эмоциональной лабильностью с явлениями невротической тревоги и ригидностью мышления и действия.

Психологический профиль врачей, входящих в III группу ПС существенно отличался от аналогичного у врачей I и II групп стресса (рис.15). Он характеризовался повышением уровня по 2, 3, 7, 8 и 0 шкалам с пиком подъема по 2 и 7, и резким снижением по 9 шкале. Значение показателей по 1 шкале у врачей этой группы соответствовало – $78,91 \pm 2,42$ Т баллов ($p < 0,001$), по 2 – $81,27 \pm 2,49$ Т баллов, ($p < 0,001$), по 3 – $76,36 \pm 2,7$ ($p < 0,001$). У 3 из 4 врачей отмечалось преобладание ведущих шкал профиля личности, характеризующих невротические (1 и 3) шкалы и тревожно-депрессивные (2 и 7) реакции.

У всех обследуемых наблюдалось повышение уровня по 2 шкале, свидетельствующее о неуверенности, внутренней тревоге, напряжении, постоянно сниженном настроении. Наибольшая степень выраженности по 2 шкале отражала ипохондрическую сосредоточенность на своем соматическом состоянии с тенденцией к постоянной ревизии функций своего организма, осозанным отказом от свободной самоактуализации.

Высокие показатели по 7 шкале ($73,37 \pm 2,25$, $P < 0,001$) свидетельствовали о «свободно плавающей тревоге». Повышение по данной шкале определяло такую устойчивую черту личности, которая, как правило, связана с длительной предшествующей невротизацией. Л.И.Собчик (1971) считает, что при высоких показателях по 7 шкале наиболее частый вариант личности – психастенический [11].

Высокие значения по 8 шкале ($73,1 \pm 2,39$, $p < 0,001$) характеризуют в основном лиц, склонных к фантазии, более ориентированных на свое субъективное восприятие явлений. У таких больных действия часто остаются нереализованными, преобладает пассивная позиция и отсутствие собственного стимула извне. Кроме того, повышение профиля по 7 и 8 шкалам свидетельствует о сочетании шизоидных и психастенических черт, выявляет внутреннюю напряженность, нервозность, склонность к бесконечному обдумыванию житейских проблем («умственная жвачка»). Для такого рода субъектов характерны отгороженность, хронически установившиеся ощущения дискомфорта, неуверенности, отсутствие внутреннего равновесия, снижение продуктивности.

В большинстве наблюдениях (60,9%) имело место снижение профиля по 9 шкале (гипомания-оптимизм-активность – $47,73 \pm 1,34$, $p < 0,05$), что в сочетании с повышенной 2 и 7, свидетельствовало о пассивной позиции личности, низком уровне активности, отсутствии уверенности в себе, резко выраженными симптомами астенизации. У 53,3% врачей отмечалось повышение по 10 шкале ($65,73 \pm 2,01$ Т баллов, $p < 0,001$).

Следовательно, для ПС III стадии характерны интраверсия, обращенность человека в мир внутренних переживаний, признаки определенной дисгармонии.

Эта группа врачей предъявляла неопределенные, расплывчатые, неконкретные жалобы на боли в разных частях тела: руке, ноге, области головы и т.д. Беспокоила раздражительность, внутренняя тревога, копание в «мелочах», трудность засыпания и пробуждения, постоянное снижение работоспособности, быстрая утомляемость.

Подводя итог описанию психологического профиля у врача, отнесенного к III группе ПС, следует подчеркнуть наличие пик-подъема по 2 и 7 шкалам, т.е. сочетание синдрома тревоги с фобическими нарушениями.

Повышение показателей по 2 шкале и снижение по 9 расценивалось нами как проявление тревожно-депрессивных изменений. Повышение по 3 и 8 шкалам в сочетании с пик-подъемом по 2 шкале говорило о затруднении в общении, ограничении контактов из-за постоянно «плохого» самочувствия, отсутствии внутреннего стимула и жизнелюбия.

Анализ результатов проведенного психологического исследования показывает многообразие вариантов психологической структуры личности при различных стадиях профессионального стресса.

При ПС I негрубые изменения психологического профиля личности наблюдаются у половины обследованных (52,9%). Эти изменения проявляются в астено-невротическом симптомокомплексе, без признаков выраженной тревожности и сохранностью к социальной адаптации.

У врачей II группы ПС профиль личности характеризуется более выраженными невротическими синдромами с признаками повышенной эмоциональной лабильности, искаженной самооценки, астеническим типом психологической защиты, стремящейся к компенсации. Выраженное чувство неполноценности соответствует, как правило, чертам клинического описания личности больных с хронической ишемией мозга. Выявленные особенности определяют повышенную чувствительность лиц II стадией ПС к различного рода внешним влияниям.

Представители III группы ПС характеризуются ярким синдромом тревоги, где доминирует ипохондричный синдром с демонстративностью и выраженной астенией. Отмечается базисная невротическая симптоматика с выраженной эмоциональной неустойчивостью, изменчивостью симптомов, «психической дисрегуляцией».

Таким образом, наши исследования подтверждают роль личностных особенностей в формировании профессионального стресса. По-видимому, патогенное значение психических факторов в этом процессе устанавливается только тогда, когда клинические и психические критерии диагностики совпадают. У большинства обследованных врачей по данным психологического исследования можно говорить об акцентуализации психического профиля, определяемого различными факторами. К ним относятся невротические реакции на длительную стрессовую нагрузку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айрапетянц В.А. Острый и хронический стресс у операторов. Стресс и его патологические механизмы. Кишинев.- 1973. – с. 48-49.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л., Наука, 1988, 144с.
3. Гройсман А.Л., Мильман В.Э. Агарков С.Т. Методы психогигиенических воздействий при психической дезадаптации у студентов высших учебных заведений// Сб. науч. трудов. – 1985. – Т. 110.- С. 137-144.
4. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. - Л., 1981. – 213 с.
5. Кабанов М.М. Некоторые принципиальные вопросы организации медико-психологической службы// Психологический журнал. – 1985. - № 3. – С. 111-116.
6. Космолинский Ф.П. Эмоциональный стресс при работе в экстремальных условиях. М. -1976. – 191 с.
7. Лазоренко С.В. Изучение уровня психо-социального стресса врачей –стоматологов Украины //Труды V съезда стоматологической Ассоциации России, М., 14-17 сентября 2009. М., 1999. – С. 16-17.
8. Ларенцова Л.И. Производственный стресс врача-стоматолога и возможность его коррекции при работе с тревожными пациентами// Ж. Российская стоматология, 2012, № 3, С. 45-48.
9. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М.: Наука, 2004, 444с.
10. Потапов А.В., Васильев Ю.В. Эмоциональное напряжение в условиях профессионально – психологического обследования// Физиология человека. – 1998. - № 4. С.130-132.
11. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности / Теория и практика психодиагностики. – М., 2000, 511 с.
12. Фролова А.А. лечение и профилактика пограничных психических расстройств у работников опасных профессий (инкассаторы, милиционеры патрульно-постовой службы) //Дисс. ..канд. мед. наук.- М., 2008. - С.191.
13. Blix A.G., Cruise R.J., Mitchell B.M., Blux G.G. Occupational stress among university teachers / Educational Research, 2004 Vol. 36 (2), p. 157 - 169.
14. Corbett R., Fielding S., Cornfeldt M., Dunn R., GABA-mimetic agents display anxiolytic-like effects in the social interaction and elevated plus maze procedures // Psychopharmacology.-2001.- V.104.- P.312-316.
15. Gilbar O. Relationship between burnout and sense coherence in health social workers // Social Work in Health Care, 2008 Vol. 26 (3), P. 39-49.
16. Iversen R.D., Olekalns M., Erwin P. Affectivity, organizational stressors and absenteeism: A casual model of burnout and its consequences // J. of Vocational Behavior, 2014, Vol. 52 (1), P. 1-23.
17. Naisberg F.S., Fermig S., Keinan G., Elizur A. Personality characteristics and proneness to burnout: A study among psychiatrists / Stress medicine, 2009, Vol. 7 (4), P. 201-205.

Сведения об авторах

Сорокоумов Геннадий Львович — доктор медицинских наук, профессор, Медицинский стоматологический институт Департамента образования города Москвы, medinstmcu@inbox.ru.

Хритинин Александр Дмитриевич — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения ортопедической стоматологии и имплантологии «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Еремина Наталья Вячеславовна — доктор медицинских наук, Стоматологический центр «Дали», г. Пенза 8 902 204 19 92.

Клинические аспекты и исследования

Еремина Н.В., ¹Пузин М.Н.

Клинические аспекты тригеминальной невралгии

Стоматологический центр «Дали», г. Пенза

¹Медицинский стоматологический институт Департамента образования города Москвы

Резюме. Болевой синдром в области лица является доминирующим проявлением заболеваний черепных нервов, за исключением лицевого, вегетативных ганглиев и при одонтогенной патологии. Боли в лице чаще всего носят интенсивный характер, причиняя больным невыносимые страдания, что дает основание объединить многообразные нозологические формы в группу нейростоматологических заболеваний.

Ключевые слова: клиника, ноцицепция, невралгия тройничного нерва, нейростоматологические заболевания.

Abstract. Facial pain is the leading manifestation of dysfunction of cranial nerves except facial nerve, autonomic ganglia and in odontogenous disorders. Facial pain is usually very intense and causes significant distress what can become a basis for combining various disorders into the group of neurostomatological diseases.

Key words: clinical picture, nociception, trigeminal neuralgia, neurostomatological diseases.

Как показали дальнейшие исследования, эти многочисленные формы хотя и имеют различия в патогенезе, все же обладают сходным характером нейрогуморальных расстройств [7,9].

Среди алгических синдромов, обусловленных поражением черепных нервов, основное место принадлежит патологии системы тройничного нерва (ТН). Невралгия тройничного нерва (НТН) отличается значительной распространенностью, тяжелым течением, повышением в популяции числа пожилых людей и отсутствием достаточно эффективных методов лечения [1].

Вегетативные прозопалгии занимают второе место среди неврогенных заболеваний лица после черепных невралгий. В Международной Классификации эти боли рассматриваются в рамках единой нозологической формы - кластерных цефалгий без синдромальной дифференциации [15].

Следует отметить, что не все авторы считают оправданным сведение всех форм вегетативных прозопалгий к одной форме. В своей работе мы попытались ответить этот вопрос, проведя сравнительное иммунологическое и биохимическое изучение таких больных.

Среди соматических факторов и лицевых болей ведущая роль принадлежит болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава или заболеванию височно-нижнечелюстного сустава по Международной Классификации. Обращаемость больных с патологией височно-нижнечелюстного сустава постоянно растет, хотя и не является точным показателем количества данных больных.

Неселективные исследования больших групп людей старше 40 лет показали наличие тех или иных симптомов поражения сустава в 90-95% случаев [2,6,11].

Основными клиническими особенностями НТН являются боли по типу «удара электрического тока». Длительность болевого приступа доходит до нескольких секунд. На лице и слизистой оболочке рта имеется наличие триггерных зон, присутствует противоболевой эффект при приеме антиэпилептических препаратов [3,8]. Для НТН типичным является также наличие триггерных факторов (моторных, сенсорных и психогенных).

Вопросам этиологии НТН посвящена обширная литература отечественных и зарубежных авторов [4,5,12,13]. Так операции, проведенные нейрохирургами на образованиях задней черепной ямки и, в частности, при НТН, позволили выявлять причины их возникновения: в 30,7% причиной НТН является компрессия корешка ТН одной из ветвей позвоночной артерии, в 14% - верхней каменистой веной, в 5,6% - опухолью задней черепной ямки, в 2,8% - аневризмой основной артерии, в 2,5% - кавернозной ангиомой [10].

Причиной НТН может быть и включение в патологический процесс ядра спинального тракта [1]. Результаты, полученные этими авторами, убедительно подтверждают гипотезу, что артериальная (или венозная) компрессия корешка ТН может быть ведущей причиной развития НТН.

Некоторые исследователи [6] при томографии подглазничного канала установили, что у 25-35%

больных невралгия II ветви ТН связана с врожденным или приобретенным сужением этого канала. В дальнейшем эти данные были подтверждены стоматологами при использовании ортопантомографии лицевого скелета [9]. При этом примерно у 30% больных одновременно был обнаружен стеноз канала нижней челюсти на стороне невралгии III ветви ТН. В таких случаях заболевание протекает по типу туннельного синдрома.

Одной из причин НТН может быть патология зубочелюстной системы, что позволило выделить одонтогенную форму НТН [6]

НТН может возникать и при дисфункции стволовых или корково-подкорковых образований системы ТН вследствие нарушения регионарного кровообращения. При этом формирование болевого синдрома происходит на уровне ядра нисходящего тракта [8]; автор рассматривает приступ невралгии тройничного нерва как мультинейрональный рефлекс с вовлечением чувствительных ядер тройничного нерва в стволе мозга, дизэнцефальных отделах мозга с изменением функционального состояния коры и вегетативной иннервации лица.

Существует множество различных мнений о причине возникновения болевого синдрома при НТН, однако выделить конкретные этиологические факторы зачастую не представляется возможным. Дальнейшие исследования с применением различных биохимических методов, изучение иммунологических тестов, проведение ангиографии сосудов вертебробазилярной системы при церебральной ангиографии и анализ данных нейровизуализации позволяют более точно установить причину НТН.

Среди прозопагий постгерпетические невралгии встречаются довольно часто. Вирус herpes zoster [13] при его активации в ганглии по нервному стволу переходит в нервные окончания, где и формируется патологический процесс. Герпетическое поражение I ветви ТН встречается в 15% случаев [11]. Это объясняется тем, что при остром герпесе преимущественно поражаются и разрушаются большие волокна. Они регенерируют медленнее, поэтому преобладание малых волокон нарушает нормальную модуляцию импульсов, что может вызывать болевые ощущения.

Учитывая литературные данные [6,8], а также собственные верифицированные наблюдения, мы считаем более оправданным говорить не о частоте поражения ветвей ТН, а о частоте локализации боли в зоне иннервации той или иной ветви (ветвей) ТН. Боль локализовалась в зоне иннервации I ветви - у 1 больного, II - у 45, III - у 39, I-II - у 8, II и III - у 64 больных соответственно.

В.Е.Гречко [2] чаще всего наблюдал невралгию II и III ветви ТН, а также сочетанное их поражение.

Правосторонняя локализация болевого синдрома встречалась в 92 наблюдениях, левосторонняя - в 53, двухсторонняя - в 12. Как правило, все больные поступали в связи с обострением. Обследование проводилось в течение всего периода лечения, средняя продолжительность которого составляла 3-4 недели. Это позволило наблюдать за динамикой НТН.

Выраженность болевого синдрома оценивалась по трем критериям [8]: 35 больных поступили в клинику с резко выраженным болевым синдромом, 86 - с выраженным, 26 - с умеренным. Исключение составили 10 больных, которые ранее были переведены в нейрохирургическое отделение для оперативного лечения НТН, а затем обратились повторно за помощью. После проведения им микроваскулярной декомпрессии боль исчезла. У 106 больных выделяли заболевания и патологические факторы, которые непосредственно предшествовали появлению НТН, это: риногенные воспалительные процессы, острая и хроническая стоматологическая патология, общее и местное охлаждение, цереброваскулярная патология.

С появлением типичных клинических признаков НТН больным проводилось длительное амбулаторное и неоднократное стационарное лечение в обычных неврологических и в нейростоматологических отделениях.

Карбамазепин ранее принимали 156 впервые поступивших в клинику больных. Однако установлено, что только 30% больных стали использовать карбамазепин в течение первого года заболевания, а в остальных случаях значительно позднее (через 2-5 и даже 8 лет) после возникновения лицевой боли.

Многим ранее проводились рефлексотерапия, различные методы физиотерапевтического лечения (в том числе лазеротерапия), 106 больным - спиртовые и новокаиновые блокады, 9 - нейроэлектроз, 4 - гидротермическая деструкция тригеминального узла (2) и рентгенотерапия (2).

Нами обследован 41 больной (8 мужчин, 33 женщины) в возрасте от 25 до 76 лет с давностью заболевания от 3 месяцев до 19 лет. Средний возраст - 55 лет. До 30 лет - 1 мужчина и 2 женщины, 30-39 лет - 1 и 7, 40-49 лет - 2 и 9, 50-59 лет - 3 и 11, 60-69 лет - 1 и 5, старше 70 лет - 1 женщина, соответственно (рис.1).

Длительность заболевания до I года была у 9, до 3 лет - у 19, от 3 до 5 лет - у 23, от 5 до 10 лет - у 12 больных, соответственно.

Боль локализовалась в зоне иннервации I ветви - у 17 больных, II - у 26, III - у 22, I и II - у 5, II и III - у 10, I-II-III - у 1 пациента соответственно.

Правостороннее поражение наблюдалось у 42-х больных, левостороннее - у 36 и двустороннее - у

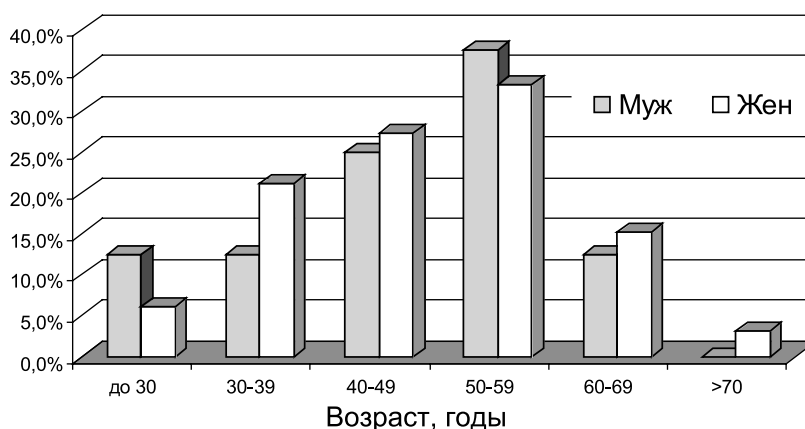


Рис. 1. Распределение больных с невралгией тройничного нерва в зависимости от возраста

3. Невралгия отдельных ветвей ТН – у 43 больных, невралгия зубных сплетений – дентальная плексалгия – у 22, постгерпетическая невралгия – у 16. Этиологические факторы невралгий ТН представлены в таблице 1.

Таблица 1

Этиологические факторы невралгий ТН

Причины заболевания	Число больных	%	+m
1. Местные инфекционно-воспалительные процессы			
1.1. одонтогенные инфекционно-воспалительные			
1.1.1. осложнения при удалении зубов и остатков их корней с явлениями альвеолита	19	46,3	2,12
1.2.1. пульпит, периодонтит	5	12,2	1,09
1.1.3. плохо изготовленные протезы	4	9,8	0,98
1.1.4. остеомиелит нижней челюсти	1	2,4	0,49
1.1.5. дефекты пломбированных зубов и их каналов	5	12,2	1,09
1.2. риносинусогенные инфекционно-воспалительные процессы	7	17,1	1,29
1.2.1. хронический гайморит с частыми обострениями			
2. Общие инфекционные заболевания			
2.1. вирус герпеса	16	39,0	1,95
2.2. хронический тонзиллит	1	2,4	0,49
3. Радикальные операции на придаточных пазухах носа	4	9,8	0,98
4. Травма челюстно-лицевой области	10	24,4	1,54
5. Оперативное вмешательство на периферических структурах ТН	5	12,2	1,09
6. Причина не установлена	3	7,3	0,84

Примечание. ±m – ошибка при доверительной вероятности Р=95% .

Как следует из данных этой таблицы, наиболее частой причиной невралгии ТН является одонтогенная патология и связанные с ней стоматологические вмешательства, т.е. можно говорить о первичном периферическом поражении системы ТН.

Анамнестические сведения также как и у больных НТН касались разнообразной соматической патологии, но не отмечено какой-либо определенной ее взаимосвязи с развитием невралгии ТН.

В последние годы значительно возрос интерес к проблеме возникновения боли и механизмов ее развития, купирования.

Баланс болевой и противоболевой систем сложен и обусловлен различными факторами, среди которых заметную роль играют медиаторы и модуляторы болевой чувствительности: катехоламины, полипептидные соединения, простагландины.

Основными химическими веществами, которые вызывают активацию хемодицепторов, прежде всего, являются медиаторы. Такие нейротрансмиттеры как ацетилхолин, адреналин, норадреналин, серотонин, а также некоторые химические элементы - калий, кальций, изменяющие возбудимость мембранных клеток, могут вызвать при введении болевые ощущения. Кроме того, имеются биологически активные вещества, которые не являясь медиаторами, усиливают возбуждение хемодицепторов, в результате чего возникает болевое ощущение. Указанные биологически активные вещества снижают пороги возбуждения ноцицепторов, причем последние могут очень слабо реагировать на одно из этих веществ, но резко отвечать на их совокупность.

В настоящее время достаточно интенсивно изучается метаболизм серотонина в тромбоцитах и плазме крови у больных, страдающих невралгией тройничного нерва. Наиболее интересные данные за последние годы получены французскими

исследователями [14], которые методом гель-фильтрации выделили и получили относительно очищенные фракции катехоламин-серотонин-рилизинг-фактора, присутствующего только в период приступов тригеминальной боли; и гистамин-рилизинг-фактора, определяющегося в образцах крови больных невралгией тройничного нерва. Авторы обсуждают причинную связь между выделенными рилизинг-факторами в механизмах развития приступов тригеминальной боли.

Комплексное применение нейропсихопатофизиологических методик и тип реагирования пациента, с учётом исследования симптома дезадаптации позволяют на самых ранних этапах НТН определить характер нарушений при патологии, обусловленной нейропатией тройничного нерва.

Данные отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о том, что психологические свойства личности, тип эмоционального реагирования и акцентуация характера могут быть не только фактором риска, но и выступать этиологическим, и, даже, патогенетическим фактором соматических заболеваний. Особый характер болевых атак, реализуемых аллогенной системой пароксизмального типа, диктует и своеобразие лечебной тактики. Анальгетики при этом заболевании неэффективны. Анализ многочисленных сообщений об использовании карбамазепина показал, что значительный положительный эффект наблюдался у 70-90% больных, принимавших его впервые [6,8]. Несмотря на значительные достижения в диагностике, определении этиопатогенеза и лечении невралгии тройничного нерва существует ряд проблем, которые требуют своего решения.

Таким образом, существуют разнообразные причины и механизмы возникновения и поддержания болевого синдрома в области лица. Разнообразие мнений и концепций указывает на сложность этиологических и патогенетических механизмов реализации алгических синдромов в области лица. Кроме того, нет единого стандартизированного подхода к лечению тригеминальной невралгии. Нами предложен диагностический алгоритм исследования биохимических нейротрансмиттеров при тригеминальной невралгии. Все вышеизложенное является объектом для исследования в нейростоматологии проблемы лицевой боли.

Литература

1. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. // М., МЕДпресс, 1999, с.171 - 216.
2. Гречко В.Е., Синева В.А., Степанченко А.В., Водопьянова Н.П., Савушкин А.Н. Нейростоматологические заболевания и синдромы: клиника, диагностика, основные принципы лечения. // М., 1997, 62 с.
3. Мегдьятов Р.С., Архипов В.В., Зайцев К.А. Современное состояние проблемы лечения невралгии тройничного нерва. // *Materia medica*. 1997, №3 (15), с. 57 - 71.
4. Новиков А.В., Яхно Н.Н., Алексеев В.В. Комплексный регионарный болевой синдром при поражении периферических нервов. Клиника, диагностика, патогенетические и терапевтические аспекты. // *Неврологический журнал*. -1999. - Том 4. №5. С. 7-11.
5. Новиков А.В., Солоха О.А. Нейропатическая боль: Обзорение по материалам журнала *The Lancet*. // *Неврологический журнал*. - 2000. Том 5. № 1. с 56- 61.
6. Пузин М.Н. Лицевая боль. // М., РУДН, 1992, 310 с.
7. Полушкина Н.Р., Яхно Н.Н. Центральная постинсультная боль. Клинические, психологические и терапевтические аспекты. // *Неврологический журнал*. -1998. - Том 3. №2. С. 13-17.
8. Степанченко А.В. Типичная невралгия тройничного нерва. // М., Изд. группа «ВХМ», 1994, 39с.
9. Яхно Н.Н. Применение противосудорожных препаратов для лечения хронических неврогенных болевых синдромов. В книге: Антikonвульсанты в психиатрической и неврологической практике. СПб., МИА -1994. С. 317-325.
10. Argoff C. Postgerpetic Neuralgia. In *Management of Neuropathic Pain Syndromes. A supplement to Neurology Reviews*. March 2000. P. 15-24.
11. Galer B. The Clinical Handbook of Neuropathic Pain. Education Program Syllabus. American Academy of Neurology 52 Annual Meeting. April 29-May 6, 2000. USA.
12. Hewitt D. Painful Diabetic Periferal Neuropathy. In *Management of Neuropathic Pain Syndromes. A supplement to Neurology Reviews*. March 2000. P. 8-14.
13. John E.Delzell, Amy R. Grelle. New Treatment Options for a Well-known Cause of Facial Pain// *Arch Fam Med*. 1999; 264-268.
14. Pappagallo M. Complex Regional Pain Syndromes. In *Management of Neuropathic Pain Syndromes. A supplement to Neurology Reviews*. March 2000. P. 25-29.
15. Woolf C., Mannion R. Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms, and management. *The Lancet*.- 1999.- June 5.- Vol. 353. - P. 1959-64.

Сведения об авторах

Еремина Наталья Вячеславовна — доктор медицинских наук, Стоматологический центр «Дали», г. Пенза 8 902 204 19 92

Пузин Михаил Никифорович — доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, Медицинский стоматологический институт, г. Москва, medinstmcsu@inbox.ru.

Лекция

Щетинин В.В.

Значение метода ультразвуковой диагностики при обнаружении и мониторинге лечения рака предстательной железы

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии Медицинского стоматологического института Департамента образования г. Москвы

Резюме. С появлением тканевой и эхоконтрастной гармоник, трехмерной эхографии диагностика и дифференциация рака ПЖ перешли на новый уровень. Значительно расширились возможности ТРУЗИ. ТРУЗИ является несомненным лидером среди визуализирующих методов исследования заболеваний ПЖ. Сегодня возможности этого метода значительно расширились в связи с внедрением новых ультразвукотехнологий, позволивших повысить информативность стандартного ТРУЗИ, что требует пересмотра значения этого традиционного метода в диагностике заболеваний ПЖ.

Ключевые слова: рак, предстательная железа, ультразвуковое исследование.

Abstract. With the advent of tissue and echocontrast harmonics, three-dimensional sonography, the diagnosis and differentiation of pancreatic cancer have moved to a new level. Significantly expanded the possibilities of TRUS. TRUS is the undisputed leader among the imaging methods for the study of pancreatic diseases. Today, the capabilities of this method have significantly expanded in connection with the introduction of new ultrasound technologies, which made it possible to increase the information content of the standard TRUS, which requires a review of the value of this traditional method in the diagnosis of pancreatic diseases.

Keywords: cancer, prostate gland, ultrasound.

Интерес к заболеваниям предстательной железы (ПЖ) обусловлен их широкой распространенностью и разнообразием симптомов, синдромов и осложнений. Статистические данные свидетельствуют о неуклонном росте числа таких больных, что напрямую связано с увеличением продолжительности жизни мужского населения и повышением качества диагностики, в том числе при использовании лучевых методов исследования.

Арсенал эффективных методов консервативного и оперативного лечения большинства заболеваний ПЖ, и в том числе рака, широк. В этих условиях повышаются требования к своевременности, качеству их диагностики и контролю эффективности лечения.

Своевременная диагностика и динамическое наблюдение за результатами лечения заболеваний ПЖ представляют огромную значимость для практического здравоохранения, а изучение таких грозных и распространенных состояний, как хронический простатит, доброкачественная гиперплазия и рак, определяют клиническую и научную актуальность проблемы.

Эхографическая картина при злокачественном поражении ПЖ вариабельна. К сожалению, до сих пор не существует однозначной ультразвуковой семиотики, которая позволила бы на основе данных серой шкалы проводить дифференциальную диагностику заболеваний железы. Так, при исследовании в режиме серой шкалы участок озлокачествления чаще всего выглядит как гипоэхогенный. Однако этот признак не является строго специфичным для злокачественной патологии. Многие выявляемые в периферической зоне при трансректальном УЗИ (ТРУЗИ) гипоэхогенные участки оказываются доброкачественными при гистологическом исследовании. Аналогичные по характеру участки могут определяться при остром простатите, доброкачественной гиперплазии, инфаркте, мышечной гиперплазии и прочих состояниях.

Кроме того, изоэхогенные опухоли вообще не выявляются при обычном серошкальном ТРУЗИ, что служит причиной ложноотрицательных результатов при биопсии под ультразвуковым наведением у пациентов с повышенным уровнем про-

статического специфического антигена. Нередко встречаются опухоли смешанной и повышенной экзогенности, которые необходимо дифференцировать с изменениями при хроническом простатите. Поэтому данных серой шкалы недостаточно для определения характера выявленного участка в ПЖ.

С появлением тканевой и эхоконтрастной гармоник, трехмерной эхографии диагностика и дифференциация рака ПЖ перешли на новый уровень. Значительно расширились возможности ТРУЗИ.

Лучевое исследование при заболеваниях ПЖ неотделимо от клинико-лабораторных исследований. Их совместное применение позволяет не только устанавливать правильный диагноз, но и осуществлять мониторинг и оценивать качество терапии.

Ультразвуковая ангиография наиболее информативна в случаях, когда в режиме серой шкалы опухоль просто не видна и только по сосудистому рисунку можно выявить зоны патологической васкуляризации в железе. При инфильтрирующем росте опухоли и ее смешанной экзогенности изучение сосудистого рисунка помогало определить границы поражения и глубину инвазии. Эта информация важна для более точного установления стадии рака ПЖ, так как по данным серой шкалы не всегда можно с уверенностью судить об инвазии в капсулу железы. Дополняя обычное исследование анализом подкапсульной васкуляризации, мы с большей долей вероятности предполагали или отвергали распространение рака ПЖ.

ТРУЗИ является несомненным лидером среди визуализирующих методов исследования заболеваний ПЖ. Сегодня возможности этого метода значительно расширились в связи с внедрением новых ультразвуковых технологий, позволивших повысить информативность стандартного ТРУЗИ, что требует пересмотра значения этого традиционного метода в диагностике заболеваний ПЖ.

Для достоверной диагностики рекомендуем следующий алгоритм обследования: пальцевое ректальное исследование, комплекс клинических методов (биохимических, исследование уровня простатического специфического антигена), трансректальное ультразвуковое сканирование, затем при клинической необходимости пункционная биопсия ПЖ под контролем УЗИ. Данный алгоритм позволяет повысить качество ранней диагностики заболеваний железы и осуществлять контроль эффективности лечения с помощью информативных и неинвазивных методов. Наиболее перспективной областью применения этого алго-

ритма служат выявление специфических признаков раннего озлокачествления патологического процесса в ПЖ и оценка степени регресса эхографических признаков в процессе лечения.

Исходя из вышеизложенного следует отметить, что обнаружение при УЗИ гипоехогенных фокусов хотя и является важным признаком возможного ракового поражения, однако требует тщательного дальнейшего обследования с целью исключения других причин, обусловивших такую эхографическую картину.

До последнего времени только рентгеновская ангиография давала точную информацию о типе васкуляризации опухоли. Появившаяся в последнее десятилетие новая методика — ультразвуковая ангиография обеспечивает уникальную возможность быстро и неинвазивно получать достоверную диагностическую информацию о сосудах человеческого организма, изучать гемодинамику и перфузию любого органа. С помощью трехмерной реконструкции сосудов можно получать данные о пространственной ориентации сосудов, анализировать строение сосудистого дерева, трехмерные изображения сосудов любого органа практически в реальном времени, затрачивая на весь процесс 20-30 с. При этом мы применяли энергетическое доплеровское картирование сосудов, а получаемые изображения прослеживали на мониторе ультразвукового сканера непосредственно в момент исследования. По значимости эта информация практически не уступала «золотому стандарту» визуализации сосудов — рентгеновской ангиографии, а в ряде случаев и превосходила ее. Особенно хорошо эта методика зарекомендовала себя в нашем исследовании сосудов ПЖ при раке. Если при двухмерном изображении мы видели только отдельные фрагменты сосудов, то при трехмерной реконструкции оценивали сосудистый рисунок в опухоли в целом, могли судить о пространственном распределении сосудов в ПЖ и в опухоли, степени ее васкуляризации. Трехмерное изображение делало опухолевые сосуды заметными — прорисовывало их.

Таким образом, комплексный подход при ТРУЗИ позволяет наиболее полно оценить реакцию опухоли на терапию. Учет всех перечисленных выше критериев необходим при мониторинге лечения рака ПЖ и рекомендуется для практического применения.

Представленные данные свидетельствуют о том, что рак ПЖ может иметь разные эхографические проявления, причем нет какой-либо доминирующей формы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гажонова В.Е., Зубарев А.В. Комплексная ультразвуковая диагностика рака предстательной железы // Эхография. 2000. Том 1. № 2. С. 223—232.
2. Громов А.И. Ультразвуковое исследование в комплексной лучевой диагностике заболеваний предстательной железы: Дисс. д-ра. мед. наук. М. 1997.
3. Денисов Л.Е., Николаев А.П., Виноградова Н.Н. и др. Рак предстательной железы // Организация ранней диагностики злокачественных новообразований основных локализаций. М. 1997. С. 122—134.
4. Зубарев А.В., Гажонова В.Е., Матякин Г.Г. и др. ТРУЗИ в мониторинге лечения пациентов с раком предстательной железы // Эхография. 2000. Т. 1. № 3. С. 263—271.
5. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Т. 1. М. 1996.
6. Котов Л.Г., Колосников А.В., Шарапов В.Ф. Трансректальная эхография в ранней диагностике аденомы и рака предстательной железы // Современная диагностика в практике здравоохранения. Самара. 1995. С. 52—54.
7. Andriole G.L., Kavoussi L.R., Torrence R.J. Transrectal ultrasonography in the diagnosis and staging of the prostate // J. Urol. 1988. V. 140. P. 758—760.
8. Brawer M.K., Deering R.E., Brown M. et al. Predictors of pathologic stage in prostatic carcinoma. The role of neovascularity // Cancer. 1994. V. 73. № 3. P. 678—687.
9. Christiansen E., Purvis K. Diagnosis of chronic abacterial prostatovesiculitis by rectal ultrasonography in relation to symptoms and findings // Brit. J. Urol. 1991. V. 67. № 2. P. 173—176.

Сведения об авторах

Щетинин Виктор Васильевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой лучевой терапии и лучевой диагностики Медицинского стоматологического института, г. Москва, medinstmcsu@inbox.ru.

