5. Сирак, С. В. Изучение эффективности ранозаживляющего средства для лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей и подростков / С. В. Сирак, И. А. Шаповалова, М. В. Локтионова, А. К. Лолаева // *Стоматология детского возраста и профилактика*. – 2008. – Т. 7, № 2. – С. 79–81.
6. Сирак, С. В. Пат. RUS 2364389. Российская Федерация. МПК А 61 В 11/03 Средство для полоскания полости рта / С. В. Сирак, А. А. Слетов, М. В. Локтионова, В. В. Локтионов, А. Г. Сирак, О. В. Афанасьева // *Бюл.* – 2008. – № 8. – 9 с.

References

1. Grigorian A. A., Sirak S. V., Sirak A. G., Khanova S. A. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. – *Modern problems of science and education*. 2013;2:41.
2. Sirak S. V., Chebotarev V. V., Sirak A. G., Grigoryan A. A. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. – *Modern problems of science and education*. 2013;3:15.
3. Sirak S. V., Chebotarev V. V., Sirak A. G., Grigoryan A. A. *Meditsinsky vestnik Severnogo Kavkaza*. – *Medical Bulletin of the North Caucasus*. 2013;8(1):59-62.
4. Sirak S. V., Kopylova I. A., Chebotarev V. V., Al-Asfari F. M. S. *Parodontologiya*. – *Periodontics*. 2012;2:62-65.
5. Sirak S. V., Shapovalov I. A., Loktionova M. V., Lolaeva A. K. *Stomatologiya detskogo vozrasta i profilakti-*

7. Сирак, С. В. Пат. RUS 2355379. Российская Федерация. МПК А 61 В 11/01 Лечебно-профилактический эликсир и способ его получения / С. В. Сирак, И. А. Шаповалова, А. К. Лолаева, А. Г. Сирак, О. В. Афанасьева // *Бюл.* – 2008. – № 12. – 5 с.
8. Сирак, С. В. Пат. RUS 2355411. Российская Федерация. МПК А 61 В 11/03 Ранозаживляющая мазь / С. В. Сирак, М. В. Локтионова, И. А. Шаповалова, А. Г. Сирак, А. К. Лолаева, О. В. Афанасьева // *Бюл.* – 2008. – № 2. – 6 с.

ka. – *Stomatology of children's age and prevention*. 2008;7(2):79-81.

6. Sirak S. V., Sletov A. A., Loktionova M. V., Loktionov V. V., Sirak A. G., Afanasyeva O. V. Pat. RUS 2364389. Russian Federation. IPC A 61 B 11 /03 Means for mouthwash. *Bul.* 2008;8:9.
7. Sirak S. V., Shapovalova I. A., Lolaeva A. K., Sirak A. G., Afanasyeva O. V. Pat. RUS 2355379. Russian Federation. IPC A 61 B 11 /01 Therapeutic and prophylactic Elixir and its production method. *Bul.* 2008;12:5.
8. Sirak S. V., Loktionova M. V., Shapovalova I. A., Sirak A. G., Lolaeva A. K., Afanasyeva O. V. Pat. RUS 2355411. Russian Federation. IPC A 61 B 11 /03 wound healing ointment. *Bul.* 2008;2:6.

ОБЫКНОВЕННАЯ ПУЗЫРЧАТКА: ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ В ПОЛОСТИ РТА В. В. ЧЕБОТАРЕВ, А. Г. СИРАК, Ф. М. С. АЛЬ-АСФАРИ, С. В. СИРАК

Разработана схема лечения обыкновенной пузырчатки с локализацией на слизистой оболочке полости рта. Предложены новые способы терапии обыкновенной пузырчатки, которые в более короткие сроки позволяют добиться положительной динамики течения заболевания: снять болевой симптом, ускорить процессы эпителизации элементов поражения, нормализовать общее состояние пациентов и увеличить сроки ремиссии.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, обыкновенная пузырчатка, лечение

PEMPHIGUS VULGARIS: FEATURES OF THERAPY IN THE ORAL CAVITY

CHEBOTAREV V. V., SIRAK A. G.,
AL-ASFARI F. M. S., SIRAK S. V.

A scheme for the treatment of pemphigus vulgaris with localization in the oral mucosa is developed. New methods of therapy of pemphigus vulgaris are suggested, which make it possible to achieve the positive dynamics of the disease in a shorter time: remove the pain symptom, accelerate epithelialization of the lesion elements, normalize the general condition of the patients and increase the periods of remission.

Key words: oral mucosa, pemphigus, treatment

© Коллектив авторов, 2014

УДК 617.52:616.833.1-001-003.96

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2014.09061>

ISSN – 2073-8137

АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВУЮ ТРАВМУ

Е. В. Елисеева, Е. М. Шарипов, К. С. Гандылян, Д. Д. Суюнова

Ставропольский государственный медицинский университет

Елисеева Евгения Владимировна, аспирант кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 89097601001; e-mail: evgenija-eliseeva5@rambler.ru.

Шарипов Евгений Миндигалимович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 89289514563; e-mail: Sharipovem@mail.ru

Гандылян Кристина Семеновна, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 89624546718; e-mail: gandylyanks@mail.ru

Суюнова Джульетта Джанибековна, аспирант кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 89624546718; e-mail: gandylyanks@mail.ru

Адаптация, или приспособление к ряду неблагоприятных факторов, – одно из фундаментальных свойств организма человека. Определение степени адаптации связано, по существу, с диагностикой патологических изменений и их компенсаций, происходящих при любых стрессовых состояниях, в том числе после черепно-лицевой травмы (ЧЛТ). В этой связи срыв адаптации при травме челюстно-лицевой области (ТЧЛО) является серьезным механизмом в психологическом и физическом состоянии индивидуума. Ранее в ряде работ [1, 5, 6, 7,

10, 11] была отмечена диссоциация между клиническим исходом ТЧЛО и нейрофизиологическим состоянием центральной нервной системы в разные периоды травмы, где одним из факторов, обуславливающих данное обстоятельство, является нарушение механизмов адаптации после перенесенной ТЧЛО. Данное обстоятельство в свою очередь требует объективизации.

Цель исследования: определить динамику восстановительных процессов у пациентов с черепно-лицевой травмой для оценки механизмов адаптации.

Материал и методы. В остром периоде было обследовано 82 пациента с ТЧЛО, которая сочеталась с легкой черепно-мозговой травмой (сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга легкой степени) и в последующем трактовалась как черепно-лицевая травма (ЧЛТ). Среди обследованных 37 больных были с травматическим повреждением костей лицевого скелета верхней зоны лица (1-я группа) и 45 – с повреждением средней зоны лица (2-я группа). В большинстве случаев (53,4 %) ЧЛТ была следствием автодорожных и уличных происшествий [9]. В 18 % случаях ЧЛТ была следствием спортивных травм. Криминальные травмы составили 22 %. Средний возраст обследованных составил $27,1 \pm 2,8$ лет. Контрольная группа состояла из 25 здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу.

Во всех случаях проводилось рентгенографическое исследование костей черепа, для верификации использовалось КТ и МРТ исследование.

Клинико-нейрофизиологическое обследование проводилось с использованием метода кардиоинтервалографии (КИГ), что позволяет оценить тонус вегетативной нервной системы и ее реактивность [3, 4, 5, 8, 10, 11]. Исследование проводилось 39 пациентам в остром периоде ЧЛТ и 35 пациентам спустя 3 месяца после травмы на приборе «Нейрон-Спектр-3М» фирмы «НейроСофт» с компьютерной обработкой.

Для исследования вегетативного тонуса и реактивности проводился анализ вариабельности сердечного ритма по Р. М. Баевскому [3, 8, 10]. Для оценки реактивности вегетативной нервной системы использовался кардиоваскулярный тест, основанный на регистрации изменения частоты сердечных сокращений в ответ на проводимую ортостатическую пробу (ОП). Изменение частоты сердечных сокращений при данной пробе позволяет выявить недостаточность вагусных влияний на сердце и определить степень адаптации организма к изменяющимся условиям среды.

Статистическая обработка проводилась с использованием параметрических и непараметрических методов исследования. Использовался пакет программ «SPSS 21».

Результаты и обсуждение. Клинико-рентгенологическое обследование позволило диа-

гностировать в 1-й группе наиболее частые повреждения при лобно-лицевом механизме травмы. К ним были отнесены вдавленные переломы передней стенки лобной пазухи (43,3 % случаев), лобной кости (37,8 %) и крыши орбиты (18,9 % случаев). В данной группе больных клинически в 4 случаях был установлен диагноз закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) и сотрясения головного мозга, в 18 – ушиб головного мозга легкой степени, в 15 случаях клинических проявлений черепно-мозговой травмы (ЧМТ) выявлено не было.

При сочетанной ЧЛТ с повреждением костей средней зоны лица были выявлены: поперечный и суборбитальный перелом верхней челюсти – 27 случаев (60 %), суббазальный перелом верхней челюсти – 18 случаев (40 %).

В данной группе пациентов в 19 случаях был установлен диагноз ЗЧМТ, сотрясения головного мозга, в 10 случаях диагностирован ушиб головного мозга легкой степени. В 16 случаях диагноз черепно-мозговой травмы установлен не был.

Параметры КИГ в остром периоде травмы свидетельствовали о нарушении вегетативного обеспечения. Отличия кардиоинтервалографических показателей больных от контрольной группы свидетельствовали о преобладающем влиянии трофотропного парасимпатического звена со снижением активности эрготропных механизмов, на что указывало достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей АМо – $4,31 \pm 0,87$ % (контроль $8,15 \pm 0,79$ %). Об угнетении адренергических систем свидетельствовало снижение показателей Мо – $0,521 \pm 0,071$ с (контроль $0,737 \pm 0,081$ с).

На слабую активность регуляции симпатического звена в остром периоде ЧЛТ указывали и вторичные показатели КИГ. Так, индекс вегетативного равновесия достоверно ($p < 0,05$) был снижен и составил $32,52 \pm 1,38$ у.е. (контроль $39,93 \pm 2,57$ у.е.). Полученные при нейрофизиологическом обследовании результаты позволили отметить, что измененные показатели КИГ в 69 % случаев выявлялись у больных с проявлениями вегетативной дистонии.

Оценка вегетативного тонуса после ЧЛТ выявила перераспределение активности регуляторных механизмов вегетативной нервной системы. Так была определена тенденция к восстановлению показателя вариационного размаха, достоверное ($p < 0,05$) повышение АМо $22,7 \pm 1,42$ с (в остром периоде $4,31 \pm 0,87$ с). Установлено относительное доминирование симпатического звена регуляции спустя 3 месяца после травмы, что нашло отражение в сниженном показателе индекса напряжения (ИН) – $25,28 \pm 1,79$ у.е. (контроль $28,61 \pm 4,06$ у.е.) и указывало на усиление влияния центральных звеньев вегетативного обеспечения. Недостаточную активность нервного канала регуляции с преобладанием трофотропных влияний на ритм сердца подтверждают сниженные

($p < 0,05$) уровни индекса вегетативного равновесия ($35,1 \pm 1,38$) и вегетативного показателя ритма.

При ортостатической пробе было отмечено максимальное усиление влияния симпатического звена на адаптационные процессы у больных ЧЛТ, что нашло отражение в достоверном ($p < 0,01$) увеличении показателей АМО ($22,7 \pm 1,42$ %) и повышении показателей вегетативной регуляции. На степень снижения адаптационных процессов в посттравматическом периоде указывает достоверное ($p < 0,01$) повышение показателя ИН – $42,4 \pm 2,09$ при выполнении ОП.

Результаты исследования позволили дать математическую оценку «физиологической цене» стрессформирующей дисфункции регуляторных механизмов адаптации. Нарастание эрготропных механизмов прослеживалось на

протяжении всего восстановительного периода. При использовании ОП вегетативный баланс после травмы указывал на доминирование симпатического звена иннервации и напряжение регуляторного трофотропного звена.

Заключение. У больных с ЧЛТ выявлен срыв вегетативного баланса в виде сниженной вегетативной реактивности и неадекватного вегетативного обеспечения. Продолжительное доминирование трофотропных механизмов восстановления, а также усиление влияния вышних уровней регуляции на вегетативное обеспечение является дестабилизирующим фактором, требующим от организма дополнительных физиологических затрат для поддержки оптимального вегетативного баланса, что вызывает необходимость проведения у больных с ЧЛТ длительных реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Афанасьев, В. В. Травматология челюстно-лицевой области / В. В. Афанасьев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 256 с.
2. Вегетативные расстройства (клиника, диагностика, лечение) / под ред. А. М. Вейна. – М. : Медицинское информационное агентство, 1998. – 749 с.
3. Герасимова, М. М. Вызванные зрительные потенциалы мозга при черепно-мозговой травме у детей / М. М. Герасимова, С. М. Карпов // Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. – 2004. – Т. XXXVI, № 1-2. – С. 12–15.
4. Идрис, М. И. Реконструктивная хирургия в лечении пострадавших с черепно-лицевой травмой, сопровождающейся повреждением околоносовых пазух / М. И. Идрис // Российская оториноларингология. – 2007. – № 3. – С. 57–60.
5. Карпов, С. М. Механизмы адаптации при черепно-мозговой травме у детей / С. М. Карпов // Практическая неврология и нейрореабилитация. – 2007. – № 1. – С. 22–24.
6. Карпов, С. М. Сочетанная травма челюстно-лицевой области, вопросы диагностики, нейрофизиологические аспекты / С. М. Карпов, Д. Ю. Христофорандо // Российский стоматологический журнал. – 2011. – № 6. – С. 23–24.

References

1. Afanas'ev V. V. Travmatologija cheljjustno-licevoj oblasti. M.: «GJeOTAR-Media»; 2010. 256 p.
2. Vegetativnye rasstrojstva (klinika, diagnostika, lechenie) / Pod red. A. M. Vejna. M.: «Medicinskoe informacionnoe agentstvo». 1998. 749 p.
3. Gerasimova M. M., Karpov S. M. Nevrologicheskij vestnik. Zhurnal im. V. M. Behtereva. – Neurological bulletin. Journal them. Bekhterev. 2004;XXXVI(1-2):12-15.
4. Idris M. I. Rossijskaja otorinolaringologija. – Russian otorhinolaryngology. 2007;3:57-60.
5. Karpov S. M. Prakticheskaja nevrologija i nejroreabilitacija. – Practical neurology and neurorehabilitation. 2007;1:22-24.
6. Karpov S. M., Hristoforando D. Ju. Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. – Russian Dental Journal. 2011;6:23-24.

АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВУЮ ТРАВМУ

Е. В. ЕЛИСЕЕВА, Е. М. ШАРИПОВ,
К. С. ГАНДЫЛЯН, Д. Д. СУЮНОВА

Было обследовано 82 пациента с травмой челюстно-лицевой области, которая сочеталась с легкой черепно-мозговой травмой. Наблюдение проводилось в острый период и спустя

- стофорандо // Российский стоматологический журнал. – 2011. – № 6. – С. 23–24.
7. Карпов, С. М. Эпидемиологические аспекты челюстно-лицевой травмы на примере г. Ставрополя / С. М. Карпов, Д. Ю. Христофорандо, П. П. Шевченко, Е. М. Шарипов, Ф. А. Абидокова // Российский стоматологический журнал. – 2012. – № 1. – С. 50–51.
8. Михайлов, В. М. Вариабильность ритма сердца / В. М. Михайлов. – Иваново, 2000. – 182 с.
9. Ульяновченко, М. И. Анализ дорожно-транспортного травматизма у жителей г. Ставрополя / М. И. Ульяновченко, А. Б. Ходжаян, А. Э. Апагуни, С. М. Карпов, Е. О. Назарова, А. К. Шишманиди, И. И. Сергеев, А. Ю. Власов // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 5 (2). – С. 427–430.
10. Христофорандо, Д. Ю. Новые подходы для оценки мозговой дисфункции при черепно-лицевой травме / Д. Ю. Христофорандо, С. М. Карпов, Е. М. Шарипов // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – № 4. – С. 127–129.
11. Христофорандо, Д. Ю. Особенности течения сочетанной челюстно-лицевой травмы / Д. Ю. Христофорандо, С. М. Карпов, В. А. Батурин, К. С. Гандылян // Институт стоматологии. – 2013. – № 2 (59). – С. 59–61.

7. Karpov S. M., Hristoforando D. Ju., Shevchenko P. P., Sharipov E. M., Abidokova F. A. Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. – Russian Dental Journal. 2012;1:50-51.
8. Mihajlov V. M. Variabil'nost' ritma serdca. Ivanovo; 2000. 182 p.
9. Ul'janchenko M. I., Hodzhajan A. B., Apaguni A. Je., Karpov S. M., Nazarova E. O., Shishmanidi A. K., Sergeev I. I., Vlasov A. Ju. Fundamental'nye issledovanija. – Fundamental research. 2013;5(2):427-430.
10. Hristoforando D. Ju., Karpov S. M., Sharipov E. M. Vestnik novyh medicinskih tehnologij. – Bulletin of new medical technologies. 2011;4:127-129.
11. Hristoforando D. Ju., Karpov S. M., Baturin V. A., Gandylyan K. S. Institut stomatologii. – Institute of Dentistry. 2013;2(59):59-61.

ADAPTATION MECHANISMS IN PATIENTS WITH CRANIOFACIAL TRAUMA

ELISEYEVA E. V., SHARIPOV E. M.,
GANDYLYAN K. S., SUYUNOVA D. D.

Were examined 82 patients with trauma of the maxillofacial area, which was combined with mild traumatic brain injury. Monitoring was conducted in the acute phase and in 3 months after injury. The

3 месяца после травмы. У больных с черепно-лицевой травмой выявлен срыв вегетативного баланса в виде сниженной вегетативной реактивности и неадекватного вегетативного обеспечения. Длительное доминирование трофотропных механизмов восстановления, а также усиление влияния высших уровней регуляции управлением вегетативного обеспечения является мерой дестабилизирующей, требующей от организма дополнительных физиологических затрат для обеспечения оптимального вегетативного баланса.

Ключевые слова: черепно-лицевая травма, вегетативная нервная система, адаптация

study revealed disruption of the autonomic balance in patients with craniofacial trauma in the form of reduced autonomic reactivity and inadequate vegetative supply. Prolonged dominance of trophotropic recovery mechanisms, as well as the growing influence of the higher levels of regulation of vegetative supply management is a destabilization measure requiring body's additional physiological expenditure for optimal autonomic balance.

Key words: craniofacial trauma, autonomic nervous system, adaptation

© Коллектив авторов, 2014

УДК 616.12-008.331.1.61:316.34

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2014.09062>

ISSN – 2073-8137

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ УДВОЕНИИ ПОЧЕК

Р. С. Францев¹, А. А. Хрипунова¹, Ю. П. Редько²

¹ Ставропольский государственный медицинский университет

² Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Ставрополь

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний среди трудоспособного населения в большинстве стран, в том числе в России [2, 10]. Предполагается, что в основе большого числа случаев АГ могут лежать наследственные anomalies почек и их сосудов [5, 8]. Реноваскулярная гипертензия, возникающая при ишемии почек из-за поражения почечных артерий, зачастую протекает в злокачественной форме, с высокими цифрами систолического и диастолического артериального давления, плохо поддается консервативной терапии, сопровождается нарушениями коронарного и мозгового кровообращения, снижением функции почек и в конечном счете приводит к инвалидности и смерти больного [4, 5, 8].

Субъективные проявления заболевания, ограничение привычного режима питания,

труда и отдыха, необходимость приема лекарственных средств не могут не отразиться на качестве жизни (КЖ) этих пациентов. По определению ВОЗ, КЖ – это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии [6, 9]. На основе показателей КЖ возможно проведение мониторинга состояния здоровья пациента в ранние и отдаленные сроки после проведенного лечения, разработка реабилитационных программ, фармакоэкономическое обоснование стандартов терапии и новых методов лечения [7, 11].

Вместе с тем в России изучению влияния нефрогенной артериальной гипертензии на качество жизни больных посвящены лишь единичные исследования [1, 3]. Остаются нерешенными вопросы взаимосвязи показателей качества жизни с клинико-психологическим статусом пациентов. Исходя из этого, проблема оптимизации тактического подхода к лечению артериальной гипертензии при удвоении почек (в том числе с позиции хирургической коррекции) с учетом влияния на качество жизни пациентов представляется актуальной. Решение этого вопроса будет способствовать более эффективному восстановлению нарушенных функций и лучшей социальной адаптации больных.

Цель исследования: изучить влияние нефрогенной артериальной гипертензии на качество

Францев Роман Сергеевич, аспирант кафедры факультетской хирургии с курсом урологии Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 89283116633; e-mail: francuz26@mail.ru

Хрипунова Алеся Александровна, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры организации здравоохранения, экономики и социальной работы Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 89614986072; e-mail: fktcz2007@yandex.ru

Редько Юлия Петровна, врач-нефролог отделения нефрологии ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя; тел.: 89054983128; e-mail: p-chumakov@mail.ru