

но достоверных различий в отношении занятия спортом. Можно сказать, что дети, имеющие признаки хронического социального стресса были внезапно вырваны из привычного им материального и социального положения и имеют признаки фрустрации, обусловленной несоответствием привычных запросов имеющимся, на настоящий момент, возможностям. Хотелось бы подчеркнуть отсутствие у детей с признаками хронического социального стресса стремления к социализации за счет аутодеструктивного или девиантного поведения, что характерно для лиц, изначально находящихся в неблагоприятных материальных условиях, по сравнению со своими сверстниками.

На основании полученных данных нами был разработан «Способ прогнозирования риска снижения уровня здоровья ребенка в возрасте 12-16 лет», получен патент РФ [7].

Список литературы

1. Жуков С.В. Формирование здоровья детей – вынужденных переселенцев в отдаленном периоде после осложненной чрезвычайной ситуации // Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Санкт-Петербург, 2011. – 37 с.
2. Жуков С.В., Королюк Е.Г. Патогенетическая модель формирования уровня здоровья подростков-вынужденных переселенцев, находящихся в условиях хронического социального стресса // Вестник новых медицинских технологий, 2009. – № 2. – С. 226-228.
3. Королюк Е.Г., Калинин М.Н., Жуков С.В. Хронический социальный стресс: этиология и патофизиология. Тверь.: ГБОУ ВПО Тверская ГМА МЗ России, 2011. – 102 с.
4. Королюк Е.Г., Жуков С.В. Влияние хронического социального стресса на уровень здоровья подростков-вынужденных переселенцев // Вестник новых медицинских технологий, 2009. – № 1. – С. 185-186.
5. Михайленко А.А., Черешнев В.А., Майоров Р.В. Анализ распространенности различных факторов риска частых респираторных заболеваний у детей, проживающих в Тверской области // Иммунопатология, аллергология, инфектология, 2011. – № 2. – С. 41-46.
6. Обоснование принципов реабилитации детей, длительно проживающих в районах экологического неблагополучия / Алексеева Ю.А., Жмакин И.А., Королюк Е.Г., Аюпов Э.С., Жуков С.В. // Вестник новых медицинских технологий, 2009. – № 4. – С. 109.
7. Способ прогнозирования риска снижения уровня здоровья ребенка в возрасте 12-16 лет / Жуков С.В., Королюк Е.Г., Рыбакова М.В., Петров В.П. // Патент на изобретение RU 2558075 от 19.12.2013.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАНЕНИИ

Рыбакова М.В.

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
e-mail: juscov-tver@yandex.ru

Ранения мягких тканей и органов являются наиболее частыми повреждениями, получаемыми пострадавшими, а так же лицами, участвующими в ликвидации осложненной чрезвычайной ситуации [1, 3]. С целью снижения безвозвратных потерь военнослужащих и гражданского населения от огнестрельных ранений при ликвидации последствий катастроф был разработан «Способ оказания первой помощи при ранении» и получен патент РФ на изобретение [2]. Сущность изобретения заключается в том, что при ранении

проводится наложение стерильной гемостатической губки на рану с последующим ее бинтованием, при этом гемостатическая губка пропитана антибиотиком широкого спектра действия в максимальной суточной дозировке, а также пропитана 25 мг хлоропирамина гидрохлорида, а также пропитана водным раствором лидокаина гидрохлорида не менее 80 мг, длительность нахождения гемостатической губки на ране не более трех суток. Способ широко доступен, дешев, не требует специальных медицинских знаний может быть осуществлен в полевых условиях, в условиях осложненной чрезвычайной ситуации. Проводятся лабораторные испытания, в том числе острый эксперимент на животных (кролики).

Изобретение создано в рамках гранта на научно-техническую разработку по программе «Участник молодежного научно-инновационного конкурса» («УМНИК»). В настоящее время проводится разработка перевязочного пакета, предназначенного для реализации заявленного способа. Предполагается создание рецептуры пакета для промышленного производства (продолжительное хранение) и рецептуры для производства пакета в полевых условиях (срок хранения не превышает 1-2 недели).

Список литературы

1. Жуков С.В., Королюк Е.Г. Избранные лекции по медицине катастроф. Тверь, 2007. – 118 с.
2. Жуков С.В., Рыбакова М.В. Способ оказания первой помощи при ранении // Патент на изобретение RU 2558075 от 19.12.2013.
3. Концепция оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях / Бодин О.Н., Ожигенов К.А., Ожигенова А.К., Сергеев А.С., Усманова С.А. // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2015. № 3 – С. 143-147.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТОНУСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТИКАЛЬНО-МЕЗИАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ

¹Фищев С.Б., ²Лепилин А.В., ¹Севастьянов А.В.,
¹Балахничев Д.Н., ¹Агашина М.А.

¹ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Санкт-Петербург,
e-mail: super.kant@yandex.ru;

²ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. И.В. Разумовского»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Саратов

В работе представлены сравнительные данные измерения тонуса собственно жевательных мышц у пациентов с компенсированной и декомпенсированной вертикально-мезиальной формой повышенной стираемости зубов (ПСЗ). Представлены собственные данные миоэлектромиографии жевательных мышц у пациентов с ПСЗ. Проведен анализ полученных результатов в сравнении с нормой.

В клинику ортопедической стоматологии часто обращаются пациенты с различной патологией жевательно-речевого аппарата, одной из характерных особенностей которых является повышенная стираемость зубов (ПСЗ), причем она встречается от 11,8% до 42,6% случаев (2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11).

Причинами возникновения ПСЗ могут быть морфологическая неполноценность твёрдых тканей зубов, перегрузка зубов, химическое воздействие, профессиональные вредности, функциональное состояние жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов и другие (3, с. 20; 4, 6, 7, 8, 12).

В клинике ортопедической стоматологии состоянию тонуса жевательных мышц уделяется большое внимание. Известно, что любые стоматологические вмешательства в челюстно-лицевой области в той или иной степени отражаются на функциональном состоянии жевательной мускулатуры (2, 4, 7, 12).

Большинство исследователей признают зависимость между тономусом жевательной мускулатуры и видом прикуса (1, 4, 5, 8).

Существующие в настоящее время классификации повышенной стираемости не отвечают систематизации клинических проявлений данной патологии (3, 5, 10, 11, 12). Если горизонтальная форма стираемости клинически определяется достоверно, то вертикальную и смешанную и все другие формы отличить друг от друга можно лишь условно. Поэтому нами выделены помимо горизонтальной формы – вертикально-дистальная и вертикально-мезиальная, зависящие от вида прикуса и положения элементов височно-нижнечелюстных суставов. Гнатическая часть лица является вариативной структурой краниофациального комплекса. Наиболее подвержены изменениям вертикальные параметры, что связано с анатомо-физиологическими особенностями роста и развития головы (смена зубов, аномалии окклюзии, потеря зубов, повышенная стираемость зубов и т.п.). Увеличение межальвеолярной высоты может приводить к изменению тонуса жевательных мышц, и вызывать нарушения функции височно-нижнечелюстных суставов (4, 5, 8, 10).

Целью исследования явилось изучение зависимости тонуса собственно жевательных мышц у пациентов с декомпенсированной и компенсированной вертикально-мезиальной формами повышенной стираемости зубов.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 41 (26 женщина и 15 мужчин) – с вертикально-мезиальной формой повышенной стираемости зубов, из них 23 (15 женщин и 8 мужчин) с компенсированной и 18 (11 женщин и 7 мужчин) – с декомпенсированной. Декомпенсированная вертикально-мезиальная форма ПСЗ характеризовалась уменьшением гнатической части лица, а компенсированная не имела

(или незначительно) уменьшения гнатической части лица за счёт ватанной (ложной, заместительной, обратимой) гипертрофии костной ткани альвеолярных гребней верхней и нижней челюстей. У всех пациентов отмечались различные дефекты зубных рядов, но меньше 6 зубов антагонистов не было. Группой сравнения являлись 64 человека (27 мужчин и 37 женщин) с физиологической окклюзией и интактными зубными рядами. Распределение больных по возрасту и полу представлено в табл. 1.

Таблица 1

Возраст	31 – 40	41 – 50	51 – 60	61 и старше
Жен.	10	8	5	3
Муж.	6	5	3	1
Итого	16	13	8	4

Всего 41.

Миотонометрию проводили с помощью миотонометра SZIRMA венгерской фирмы METRIMPEX. Шкала миотонометра тарирована в граммах. Щуп миотонометра помещали в моторные точки на правой и левой собственно-жевательных мышцах и измеряли тонус покоя (Тп) и тонус напряжения (Тн).

Для точного нахождения моторной точки при повторном обследовании собственно жевательных мышц использовали предложенный нами способ (удостоверение на рационализаторское предложение № 892 от 13 ноября 1998 г. Фищев С.Б., Силин В.А.). Для этого при первичном обследовании накладывали на боковую поверхность лица пациента прозрачную пластинку (рентгеновскую или плотную полиэтиленовую плёнку), которую располагали относительно ориентиров: середины козелка уха и наружного края (угла) глазницы. Моторную точку, отмеченную красителем, переносили на прозрачную пластинку (рисунок).

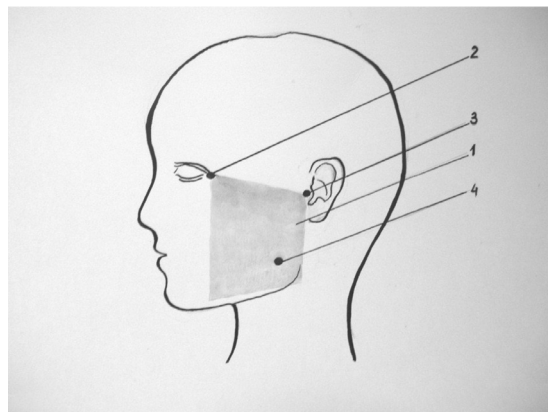


Схема моторных точек собственно-жевательных мышц для проведения миотонометрии: где, 1 – прозрачная пластинка; 2 – латеральный край глазницы; 3 – козелок уха; 4 – моторная точка собственно-жевательной мышцы

При повторном исследовании накладывали плёнку соответственно ориентирам и через отверстие отмечали моторную точку на коже пациента. Такой метод позволял проводить идентичные измерения.

Результаты исследования тонуса (в граммах) собственно-жевательных мышц у лиц с физиологической окклюзией постоянных зубов, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Состояние тонуса	Показатели тонуса собственно-жевательных мышц	
	у мужчин	у женщин
Тонус покоя (Тп)	52,9 ± 2,3	43,4 ± 1,7
Тонус напряжения (Тн)	175,6 ± 3,7	159 ± 4,8

Результаты исследования показали, что тонус покоя собственно-жевательных мышц не превышал 52 – 54 граммов у лиц мужского пола и 42 – 44 граммов у лиц женского пола. В состоянии покоя тонус жевательных мышц у мужчин был несколько больше, чем у женщин. В тоже время тонус напряжения при сокращении мышц находился в пределах 160 – 180 граммов. Причем, также определялся половой диморфизм по этому показателю. Тонус мышц в состоянии напряжения у лиц мужского пола был на 20 – 25 граммов больше, чем у лиц женского пола.

Результаты исследования тонуса (в граммах) собственно жевательных мышц у пациентов с декомпенсированной вертикально-мезиальной формой ПСЗ, представлены в табл. 3.

Таблица 3

Состояние тонуса	Показатели тонуса собственно-жевательных мышц	
	у мужчин	у женщин
Тонус покоя (Тп)	60,4 ± 3,2	50,4 ± 2,5
Тонус напряжения (Тн)	156,3 ± 4,3	135 ± 5,1

Результаты исследования показали, что тонус покоя собственно-жевательных мышц у данной группы пациентов превышал тонус у контрольной группы в среднем на 10 граммов, у лиц мужского пола и женского пола. В состоянии покоя тонус жевательных мышц у мужчин был на 10 граммов больше, чем у женщин. Тонус напряжения в среднем был снижен на 20 граммов и находился в пределах 130 – 160 граммов. Причем, также определялся половой диморфизм по этому показателю. Тонус мышц в состоянии напряжения у лиц мужского пола был на 16 – 25 граммов больше, чем у лиц женского пола. У пациентов данной группы межокклюзионный промежуток составлял от 4 до 12 мм.

Результаты исследования тонуса (в граммах) собственно жевательных мышц у пациентов с компенсированной вертикально-мезиальной формой ПСЗ, представлены в табл. 4.

Таблица 4

Состояние тонуса	Показатели тонуса собственно-жевательных мышц	
	у мужчин	у женщин
Тонус покоя (Тп)	67,6 ± 3,1	59,4 ± 1,7
Тонус напряжения (Тн)	180,2 ± 2,7	162,4 ± 3,6

Результаты исследования показали, что тонус покоя собственно-жевательных мышц у данной группы пациентов был на 10 граммов больше, чем у лиц контрольной группы, у лиц мужского и женского пола. В состоянии покоя тонус жевательных мышц у мужчин был несколько больше, чем у женщин. Тонус напряжения в среднем был выше в среднем на 10 граммов и находился в пределах 155 – 185 граммов. Причем также определялся половой диморфизм по этому показателю. Тонус мышц в состоянии напряжения у лиц мужского пола был на 15 – 25 граммов больше, чем у лиц женского пола. Межокклюзионный промежуток у пациентов с декомпенсированной вертикально-дистальной формой ПСЗ находился в пределах 0-3 мм.

Таким образом, по показателям миотонометрии можно сделать выводы:

1. Тонус собственно-жевательных мышц у пациентов с компенсированной вертикально-мезиальной формой ПСЗ в покое в среднем на 10 граммов выше, чем у контрольной группы, и тонус напряжения в среднем на 10 граммов. Для этой группы пациентов характерно почти полное отсутствие межокклюзионного промежутка, что означает наличие парафункций жевательных мышц.

2. Тонус собственно-жевательных мышц у пациентов с декомпенсированной вертикально-мезиальной формой ПСЗ в покое превышал в среднем на 10 граммов показатели контрольной группы, а тонус напряжения в среднем на 20 граммов был ниже тонуса контрольной группы. Для этой группы пациентов характерно наличие межокклюзионного промежутка в пределах 4 до 8 мм.

3. Полученные данные могут оказать помощь практическим врачам в планировании тактики ортопедического и ортодонтического лечения пациентов с вертикально-мезиальной формой ПСЗ.

4. Пациенты с компенсированной вертикально-мезиальной формой ПСЗ нуждаются в этапном лечении с устранением ватной гипертрофии альвеолярных гребней челюстей и лечением парафункций (повышенного функционального тонуса) жевательных мышц и нормализацией положения нижней челюсти.

5. Пациентам с декомпенсированной вертикально-мезиальной формой ПСЗ возможно проводить ортопедическое лечение с одномоментным увеличением высоты гнатической части лица.

Список литературы

1. Бердин В.В., Севастьянов А.В., Фищев С.Б., Дмитриенко Д.С., Лепилин А.В. К вопросу определения размеров зубных дуг в сагиттальном и трансверзальном направлениях. // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2013. – Т. XII – № 3(46). С. 43-45.
2. Романовская А.П. Антропометрический метод оценки гармонии лица // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. – Труды КГМУ. – 2002. – Том 138, ч. 1. – С. 167 – 170.
3. Севастьянов А.В., Дмитриенко Д.С., С.Б. Фищев, Егорова А.В. Ртищева С.С. Соответствие размеров постоянных зубов параметрам зубных дуг и краниофациального комплекса (обзор литературы). // Пародонтология. – 2010. – Т. XV – № 2 (55). – С. 18-20.
4. Трезубов В.Н., Фадеев Р.А., Дмитриева О.В. Фотограмметрическое изучение закономерностей строения лица // Матер. IV межд. конгр. по интегративной антропологии. – СПб.: СПб ГМУ, 2002. – С. 370 – 371.
5. Фищев С.Б., Дмитриенко Д.С., Севастьянов А.В. и др. Взаимосвязь вертикальных параметров лицевого черепа с гнатической частью. // Пародонтология. – 2008. – № 3(48). С. 38-41.
6. Фищев С.Б., Севастьянов А.В., Орлова И.В., Королёв А.И., Багомаев Т.С. Эффективность компьютерного моделирования результатов лечения пациентов с дефектами зубных рядов в сочетании с дистальной окклюзией. // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2015. – Т. XIV. – № 1 (52). – С. 23-28.
7. Фищев С.Б., Лепилин А.В., Севастьянов А.В., Орлова И.В., Балахничев Д.Н. Результаты лечения пациентов с дефектами зубных рядов в сочетании с перекрестным прикусом с использованием компьютерного моделирования. // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2015. – Т. XIV. – № 3 (46). – С.55-58.
8. Bondermarki I. Extraoral vs Intraoral Appliance for Distal Movement of Maxillary First Molars: A Randomized Controlled / I. Bondermarki, I. Karlsson // Angle Orthodontist. – 2005. – № 5. – P. 699–706.
9. Jacobson A. Retrospective cephalometric investigation of the effects of soldered transpalatal arches on the maxillary first molars during orthodontic treatment involving extraction of maxillary first bicusps / A. Jacobson // American Journal Of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. – 2006. – № 1. – P. 81.
10. Mercado J. Jefferson skeletal classification system (JSCS) and how it helps in extraction and non-extraction orthodontic cases. // Int. J. Orthod. Milwaukee., 2007. – № 18(4). – P. 31-34.
11. Proffit W.R., Fields H.W. Contemporary Orthodontics, 4th Edition. Mosby. – 2007. – 751 p.
12. Pullinger A.G., Seligman D.A. Multifactorial analysis of differences in temporomandibular joint hard tissue anatomic relationships between disk displacement with and without reduction in women. / THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY, 2001, V. 86, № 4, P. 407-419.

«Фундаментальные исследования»,

Тунис (Хаммамет), 9–16 июня 2016 г.

Медицинские науки

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ МИОМЕ МАТКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Хворостухина Н.Ф., Островская А.Е.,
Новичков Д.А., Степанова Н.Н., Короткова Т.В.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского Минздрава РФ, Саратов,
e-mail: khvorostukhina-nf@ya.ru

Миома матки относится к наиболее распространенным доброкачественным опухолям, наблюдается примерно у 20-40% женщин репродуктивного возраста и занимает 2 место в структуре гинекологических заболеваний. Несмотря на разнообразие клинических симптомов, основным проявлением миомы, требующим, нередко, экстренного оперативного вмешательства, остается геморрагический синдром. По мнению большинства исследователей, возникновение маточных кровотечений при миоме связано с нарушениями регуляции в системе «гипоталамус-гипофиз-яичники». В то же время дискуссионными остаются результаты доплерографии маточных артерий при миоме матки. И.А. Озерская и соавт. (2014) выявили у женщин старше 35 лет, страдающих миомой матки, повышение максимальной и конечно-диастолической скоростей и снижение индексов периферического сопротивления маточных артерий. А результаты морфологических исследова-

ний миометрия и миоматозных узлов, опубликованные Д.В. Джакуповым и соавт. (2014), подтверждают роль гипертензии в крупных артериях матки в патогенезе кровотечений при миоме. Среди многочисленных вариантов лечения миомы матки у женщин фертильного возраста предпочтение отдается органосохраняющим методам. Но даже использование малоинвазивных органосберегающих хирургических методик не гарантирует 100% эффективности лечения. Литературные источники утверждают, что вероятность рецидива заболевания после консервативной миомэктомии в течение 5 лет составляет 45-55% [19, 20]. А удельный вес выполняемых гистерэктомий при миоме матки в структуре оперативных вмешательств достигает 60,9-95,3% (Зацепин А.В. и соавт., 2012).

Цель: Изучить характерные особенности параметров комплексной ультразвуковой диагностики при миоме матки, осложненной геморрагическим синдромом.

Материал и методы; Основная группа состояла из 98 пациенток с миомой матки, осложненной маточным кровотечением, в группу сравнения (n = 87) вошли больные с миомой матки без выраженного геморрагического синдрома. Контрольная группа включала 60 практически здоровых женщин. Ультразвуковые исследования выполнялись на аппарате HITACHI – 5500 с применением широкополосных, сверхвысокоплотных конвексных датчиков 3,5-5,0 МГц и по-