

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Москаленко П.А., Рыбалов О.В., Яценко О.И.

На основании оценки механизмов развития гипермобильности суставной головки ВНЧС, которые включают функциональную дискоординацию работы жевательных мышц, мышц шеи выделено три степени гипермобильности: легкая, средняя, тяжелая. Анализ отдаленных результатов показал, что у 86,6% пациентов с легкой степенью, у 84,7% - со средней и у 77,8% - с тяжелой степенью гипермобильности суставной головки проведенный комплекс мануальных, физических и физиотерапевтических мер оказался эффективным.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, гипермобильность суставной головки, лечение.

Стаття надійшла 25.02.2011 р.

PATHOGENETIC ASPECTS AT TREATMENT OF HYPERMOBILITY OF THE ARTICULATE HEAD OF MANDIBLE

Moskalenko P.A., Rybalov O.V., Yatsenko O.I.

We have estimated mechanisms of development of hypermobility of the articulate head of TMG. They included: functional problems with co-ordination works of chewing muscles, muscles of a neck. It has been allocated three degrees of hypermobility: easy, average and heavy. The analysis of results remote has shown, that at 86,6 % of patients with an easy degree, At 84,7 % -with an average degree, At 77,8 % -with a heavy degree that manual complex, physical and physiotherapeutic purposes appeared very effective.

Key words: temporomandibular joint, hypermobility of the articulate head, treatment.

УДК 616.1/4, 616.1, 61:577.1

А.В. Мусьява
Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А.Мамедова, г.Баку

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ ЖЕНСКОГО ПОЛА ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Были обследованы 952 женщины 20-59 лет из вынужденных переселенцев. Большинство лиц имели нормальное или оптимальное артериальное давление. Распространенность АГ в обследованной нами популяции составила 30,5%. Анализ показал, что преобладала АГ III степени. У лиц с АГ эта патология была впервые выявлена у 1/3 обследованных. Гипотензивную терапию принимали 2/3 лиц с АГ. Изолированная систолическая артериальная гипертензия регистрировалась у 1/3 женского пола. Таким образом, в обследованной нами популяции имеет место неблагоприятная эпидемиологическая ситуация, обусловленная низким уровнем выявляемости АГ и ее адекватной коррекции.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, структура артериальной гипертензии, эпидемиология

На современном этапе медицины артериальная гипертензия (АГ) продолжает оставаться одной из основных проблем современной теоретической и практической медицины. Она признана самым распространенным хроническим неинфекционным заболеванием в экономически развитых странах. Согласно данным эпидемиологических исследований в России АГ страдают около 30 млн. человек, что составляет 25-30% населения в целом [1]. АГ является основным фактором риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротической природы, включая сердечную недостаточность, мозговую инсульт, ишемическую болезнь сердца (ИБС) и патологию периферических артерий. [4,9] По распространенности тяжести осложнений, АГ является одной из главных медико-социальных проблем современного человечества. [2,3,6,8], а сердечно-сосудистая патология остается основной причиной инвалидизации и смертности населения большинства высокоразвитых стран. [5,7].

Целью работы было изучить структуру АД и АГ среди женского населения трудоспособного возраста вынужденных переселенцев.

Материал и методы исследования. Были обследованы 952 женщины 20-59 лет из вынужденных переселенцев. На каждую женщину заполнялась анкета-опросник Всероссийского Государственного Центра профилактической медицины (Москва), где одной из составных частей был раздел посвященной артериальной гипертензии. ЭКГ - исследование проводилось в покое, в 12-ти общепризнанных отведениях с последующей кодировкой по Миннесотскому коду. Вычисляли росто-весовой показатель (индекс Кетле), кг/м². В плазме крови, при условии 12-14 часового голодания определяли среднюю концентрацию холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерол липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерол липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП). Артериальное давление измеряли в покое, сидя, после 10-ти минутного отдыха ртутным сфигмоманометром. Выделяли: - оптимальное АД, где оно было <120/80 мм рт. ст.; - нормальное АД, если систолическое АД (САД) > было в пределах 121-129 мм рт. ст. и/или, диастолическое АД (ДАД) от 81 до 84 мм.рт.ст.; - нормальное повышенное, если САД находилось в пределах от 130 до 139мм рт. ст. и/или ДАД от 85 до 89 мм рт. ст. Артериальную гипертензию устанавливали в том случае, если САД ≥140мм рт. ст. и/или ДАД ≥90 мм рт. ст., а также, если обследуемый за последнюю неделю принимал гипотензивные препараты,

выписанные врачом. АГ I стадии соответствовали значения САД от 140 до 159 мм рт. ст. и/или ДАД от 90 до 99 мм рт. ст. АГ II стадии соответствовали значения САД от 160 до 179 мм рт. ст. и/или ДАД от 100 до 109 мм рт. ст. АГ III стадии соответствовали значения САД \geq 180 мм рт. ст. и/или ДАД \geq 110 мм рт. ст. Также выделяли изолированную систолическую гипертензию (ИСАГ), если значения САД были выше 140 мм рт. ст., а ДАД соответствовали норме, т.е.<90 мм рт. ст. Полученные цифровые данные были обработаны методами медицинской статистики. Вычислены основные параметры вариационных рядов, средние значения выборок (M), их стандартные ошибки (m). Для предварительной оценки разницы между вариационными рядами использовался параметрический t - критерий Стьюдента и оценка разности между долями.

Результаты исследования и их обсуждение. Было установлено, что среди обследованных женщин, имеющих статус вынужденных переселенцев частота регистрации оптимального АД (опт. АД) была достаточно значительной, т.е. составляла 1/3 всех измерений и статистически достоверно не различалась (33,6 \pm 1,5%, соответственно, p>0,05) (табл.1). Что касается возрастной динамики, то у женщин частота регистрации опт. АД была выше только у лиц 20-29 лет и 30-39 лет, причем достоверно (p<0,05). В 40-49 лет показатели были одинаковыми. В отношении нормального АД (норм. АД) частота его регистрации составила 25,4 \pm 1,4%. Очевидно, что распространенность нормальных значений АД до 49 лет была практически одинаковой во всех возрастных группах и колебалась в довольно незначительных пределах от 27,8 \pm 3,3% в 20-29 лет до 31,0 \pm 3,1% в 40-49 лет, и только у лиц 50-59 лет отмечалось 2-х кратное уменьшение частоты регистрации нормальных цифр АД. Нормальное высокое АД не демонстрировало статистически достоверной динамики и его значения колебались в пределах от 8,0 \pm 2,0% у женщин в 20-29 лет до 10,7 \pm 1,9% в 50-59 лет (p>0,05). Максимальный темп роста изучаемого показателя был характерен для возрастного диапазона от 20-29 лет до 30-39 лет. Распространенность АГ в обследованной нами популяции вынужденных переселенцев женского пола составила 30,5%. Из них значительную долю составляли лица с АГ I ст., которая статистически достоверно увеличивалась от минимального показателя в 20-29 лет (7,0 \pm 1,9%) до максимального в 50-59 лет (19,8 \pm 2,5%, p<0,05). Максимальный темп роста изучаемого показателя регистрировался между возрастными группами 30-39 лет и 40-49 лет (10,6 \pm 1,8% и 18,3 \pm 2,6%, p<0,05).

Таблица 1

Частота регистрации уровней артериального давления и степеней артериальной гипертензии

Возр. Группы	Кол-во	Оптимальное АД	Норм. АД	Норм. высокое АД	АГ-I степени	АГ-II степени	АГ-III степени	Изолир. систолич. АГ
20-29	187	107 57,2 \pm 3,6	52 27,8 \pm 3,3	15 8,0 \pm 2,0	13 7,0 \pm 1,9	-	-	-
30-39	283	130 * 45,9 \pm 3,0	80 28,3 \pm 2,7	34 12,0 \pm 1,9	30 10,6 \pm 1,8	7 2,5 \pm 0,9	2 0,7 \pm 0,5	3 1,05 \pm 0,45
40-49	229	59 *** 25,8 \pm 2,9	71 31,0 \pm 3,1	24 10,5 \pm 2,0	42 * 18,3 \pm 2,6	24 *** 10,5 \pm 2,0	9 * 3,9 \pm 1,3	11 *** 4,8 \pm 0,95
50-59	253	24 *** 9,5 \pm 1,8	39 *** 15,4 \pm 2,3	27 10,7 \pm 1,9	50 19,8 \pm 2,5	60 *** 23,7 \pm 2,7	53 *** 20,9 \pm 2,6	27 *** 11,25 \pm 0,65
20-59	952	320 33,6 \pm 1,5	242 25,4 \pm 1,4	100 10,5 \pm 1,0	135 14,2 \pm 1,1	91 9,6 \pm 1,0	64 6,7 \pm 0,8	87 4,55 \pm 0,45

Прим.: статистическая значимая разница с показателями предыдущей возрастной группы: * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001.

Очевидно, что после 40 лет частота регистрации АГ I степени практически не менялась. Далее АГ II ст., начиная с 30-39 лет, ее частота статистически достоверно увеличивалась от минимального показателя (2,5 \pm 0,9%) до максимального в 50-59 лет (23,7 \pm 2,7%, p<0,001). Что касается частоты регистрации АГ III степени в обследованной нами популяции, то величина данного показателя также статистически достоверно увеличивалась от минимального значения 0,7 \pm 0,5% в 30-39 лет (среди лиц 20-29 лет АГ III степени не регистрировалась) до максимального в 50-59 лет (20,9 \pm 2,6%, p<0,001). Таким образом, очевидно, что у женщин АГ имела более высокую степень, что было характерным для почти всех возрастных групп за исключением лиц 20-29 лет.

Последние годы широко обсуждается ИСАГ, её роль в формировании ИБС и, осложнений в форме инфаркта миокарда, а также мозгового инсульта. В нашем исследовании ИСАГ имели 4,55 \pm 0,45%. Причем, частота данной формы АГ статистически достоверно увеличивалась от минимального показателя в 30-39 лет (1,05 \pm 0,4%) до максимального в 50-59 лет (11,1 \pm 1,3%, p<0,001). Наиболее значительный темп роста изучаемого показателя регистрировался в интервале между возрастными группами 40-49 лет и 50-59 лет (4,8 \pm 0,95% и 11,1 \pm 1,3%, p < 0,001). Нами были проанализированы другие, не менее важные показатели, такие как структура артериальной гипертензии, характеризующие эпидемиологию АГ в обследованной нами популяции (табл. 2).

Таблица 2

Структура артериальной гипертензии

Возр. группы	Кол-во	Впервые выявленные	Леченные	Адекватно леченные	Неадекват. леченные
20-29	187	6 3,2 \pm 1,3	6 3,2 \pm 1,3	2 1,1 \pm 0,8	4 2,1 \pm 1,1
30-39	283	22 * 7,8 \pm 1,6	23 * 8,1 \pm 1,6	10 3,5 \pm 1,1	13 4,6 \pm 1,2
40-49	229	31 * 13,5 \pm 2,3	49 *** 21,4 \pm 2,7	13 5,7 \pm 1,5	36 *** 15,7 \pm 2,4

50-59	253	45 17,8±2,4	109 *** 43,1±3,1	17 6,7±1,6	92 *** 36,4±3,0
20-59	952	104 10,9±1,0	187 19,6±1,3	42 4,4±0,7	145 15,2±1,2

Так, например, впервые выявленная АГ регистрировалась у 10,9±1,0%, $p < 0,05$. Однако наиболее значительным оно становилось после 30 лет. В обоих случаях максимальный темп роста впервые выявленной АГ приходился на возрастной диапазон от 20-29 лет до 30-39 лет. Среди всех лиц с АГ, количество принимавших гипотензивную терапию составила 19,6±1,3%, соответственно, $p < 0,05$. В нашем исследовании количество лиц, получавших гипотензивную терапию, прогрессивно и достоверно увеличивалось с возрастом. Наиболее значительный темп роста изучаемого показателя регистрировался в возрастном диапазоне от 30-39 лет до 40-49 лет (8,1±1,6% и 21,4±2,7% , соответственно $p < 0,001$). Полученный результат свидетельствовал о том, что среди лиц, получавших антигипертензивную терапию у 4,4±0,7% она была адекватной, а у 15,2±1,2% - нет. На основании полученных результатов было установлено количество лиц с впервые выявленной АГ, знавших о наличии АГ и принимавших антигипертензивную терапию, а также количество лиц, у которых лечение было адекватным, т.е. у них было достигнуто целевое АД. Помимо этого было зарегистрировано количество лиц знавших о наличии АГ, но по разным причинам не принимавших антигипертензивную терапию. Учитывая тот факт, что обследованная нами популяция представляла сельское население, отсутствие различий можно объяснить влиянием урбанизации, изменением ритма жизни, характера потребления продуктов питания, а также перенесенным нервным стрессом, бытовыми и материальными проблемами, т.к. все обследованные проживают в общежитиях. Что касается структурного анализа артериального давления, то большинство лиц имели нормальное или оптимальное АД, в обоих случаях это было больше половины. Оптимальное АД регистрировалось в трети случаев. Если учесть тот факт, что подъем АД выше оптимальных цифр на каждый мм. рт. ст. увеличивает риск развития ИБС, можно говорить о том, что 2/3 женского населения вынужденных переселенцев имеют ту или иную степень риска формирования ИБС. Естественно, что количество лиц с оптимальным и нормальным АД с увеличением возраста значительно уменьшалось. Если суммировать полученные результаты, то нормальные и оптимальные цифры АД имели 25% лиц в возрасте 50-59 лет. Если учесть тот факт, что в данном возрасте у женщин, в связи с наступлением менопаузы, значительно ускоряется процесс атеросклеротического поражения сосудов, ситуацию можно считать весьма неблагоприятной. Точно в структуре АГ преобладала ее I-ая степень, что свидетельствует в пользу более благоприятного течения АГ. Систолическая АГ (по данным Фремингемского исследования) имела наиболее высокое значение возникновения сердечно-сосудистых осложнений. Частота данной формы АГ преобладала среди лиц 50-59 лет. Нами установлено, что АГ выявлялась впервые у 1/3 лиц. Возраст также играл существенную роль, т.к. с его увеличением, значительно нарастало количество лиц с впервые выявленной АГ. Среди женщин гипотензивную терапию принимали почти 2/3 лиц с АГ. С увеличением возраста значительно увеличивалось количество лиц принимавших гипотензивную терапию. В нашем исследовании мы установили, что, среди лечившихся только у каждой четвертой терапия была адекватной.

Выводы

В обследованной нами популяции имеет место неблагоприятная эпидемиологическая ситуация, обусловленная низким уровнем выявляемости АГ и ее адекватной коррекции.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении. Все усилия органов здравоохранения должны быть направлены на выявление АГ и ее адекватную коррекцию в самые кратчайшие сроки. В противном случае частота регистрации фатальных исходов сердечно-сосудистых осложнений будет неуклонно расти, что, в свою очередь, станет причиной увеличения показателей инвалидизации и смертности среди женского населения трудоспособного возраста.

Литература

1. Агаев Ф.Т. Распространенность артериальной гипертонии в Европейской части Российской Федерации. Данные исследования ЭПОХА // Кардиология.-2004.-№ 11-с.50-53.
2. Блужас Ю. Распространенность основных сердечно-сосудистых заболеваний жителей Каунаса за 1983-2000г.г.// Кардиология.- 2005.№ 7. с. 54-55.
3. Бойцов С.А. Десять лет поиска генетической основы гипертонической болезни // Трудности и перспективы. Артериальная гипертония, 2002.- т. 8.- с. 157-159.
4. Гапон Л.И. Суточный профиль артериального давления у больных артериальной гипертонией постоянно проживающих в условиях Тюменского Приполярья // Терапевтический архив. -2003.-№ 1.- с.37.
5. Денисова Т.П. Социальный стресс как фактор риска ишемической болезни сердца // Терапевтический архив.- 2005. -№ 3. -с. 52.
6. Остроумова О.Д. Изолированная систолическая артериальная гипертония // Кардиология. 2003.- т.5.- № 12.- с. 19-21.
7. Радишаускас Р. Смертность от основных сердечно - сосудистых заболеваний жителей Каунаса за 1983-2002г.г.// Терапевтический архив.- 2005. -№ 1.- с.34.

8. Трубачева И.А. Изучение особенностей распространения уровней артериального давления и распространенности артериальной гипертензии среди взрослого населения Томска // Кардиология.- 2003. -№ 11.- с. 27-31.
9. Bellor W.A. Coronary heart disease in the first 30 years of the 21-st century. // Circulation.- 2001. -v. 103.- №20.- p. 2428-2435.

Рубрика

**АНАЛІЗ СТРУКТУРИ АРТЕРІАЛЬНОЇ
ГІПЕРТЕНЗІЇ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ
ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ЖІНОЧОЇ
СТАТІ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ**

Мусаєва А.В.

Були обстежені 952 жінки 20-59 років з вимушених переселенців. Більшість осіб мали нормальний або оптимальний артеріальний тиск. Поширеність АГ в обстеженій нами популяції склала 30,5%. Аналіз показав, що переважала АГ III ступені. У осіб з АГ ця патологія була вперше виявлена у 1/3 обстежених. Гіпотензивну терапію приймали 2/3 осіб з АГ. Ізольована артеріальна гіпертензія систоли реєструвалася у 1/3 осіб жіночої статі. Таким чином, в обстеженій нами популяції має місце несприятлива епідеміологічна ситуація, обумовлена низьким рівнем тієї, що виявляється АГ і її адекватній корекції.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, структура артеріальної гіпертензії, епідеміологія.

Стаття надійшла 12.01.2011 р.

**THE ANALYSIS OF STRUCTURE OF AN
ARTERIAL HYPERTENSION AMONG THE
POPULATION OF THE ABLE-BODIED AGE
DISPLACED FEMALE PERSONS**

Musaeva A.V.

952 women of 20-59 years from the displaced person have been examined. The majority of persons had normal or optimal the blood pressure. Prevalence of arterial hypertension (AH) in the population examined by us has made 30,5 %. The analysis has shown, that prevailed AH III degrees. At persons with AH this pathology has been revealed for the first time at 1/3 examined. hypotensive therapy was accepted by 2/3 persons with AH. Isolated systolic the arterial hypertension was registered in 1/3 females. Thus, in the population examined by us the adverse epidemiological situation caused by low level of detectability AH and its adequate correction takes place.

Key words: arterial hypertension, structure of arterial hypertension, epidemiology.

УДК 616.89-06:616.1.7[-07-085.851+615.814.1

М.С. Палаченко

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківський базовий медичний коледж, м. Харків

**МЕДИКО - ПСИХОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ: ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ТА ОЦІНКА
РІВНЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ЗНАЧИМОСТІ ВЕГЕТАТИВНИХ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ
У МОЛОДОМУ ВІЦІ**

За результатами власних досліджень опрацьовано спосіб диференційної діагностики та оцінки рівня психосоціальної значимості вегетативними соматоформними розладами для застосування у системі клінічного моніторингу, зокрема, на етапах психологічного консультування, визначення напрямків психопрофілактики і психокорекції, а також для обґрунтування психогігієнічних заходів на індивідуальному, сімейному та груповому рівнях у пацієнтів з вегетативними соматоформними розладами. Наведені приклади клінічного застосування, переваги та можливі недоліки опрацьованих алгоритмів.

Ключові слова: вегетативні соматоформні розлади, диференційна діагностика, психосоціальна значимість.

Дослідження виконано згідно з планом Харківської медичної академії післядипломної освіти – НДР кафедри психотерапії «Непсихотичні психічні розлади у хворих серцево - судинними та судинно-мозковими захворюваннями» (держреєстрація №0109 У 002826).

Загальна розповсюдженість вегетативних соматоформних розладів (ВСФР) становить 433,0±6,0 %, коливаючись залежно від віку та статі у межах від 226,0±43,0 % до 556,0±74,0 %, при цьому поєднання ВСФР з різними клінічними варіантами соматичних захворювань виявлено у 57,1±10,8 % осіб чоловічої статі та у 61,9±3,7% - жіночої; розроблені кількісні моделі для прогнозування поширеності ВСФР та отримано дані щодо структури розладів у різних вікових та статевих групах з визначенням індексів соматизації. Доведено, що розповсюдженість ВСФР та фактична структура їх ізольованих та поєднаних клінічних варіантів визначається віком та статтю, тоді як вплив інших факторів потребує проведення проспективного аналізу поширеності ВСФР у взаємозв'язку з аналізом факторів ризику. Серед осіб чоловічої статі у досліджуваному вікових групах має місце зростання поширеності ВСФР, найбільш виразне у віковому інтервалі 16-18 р.: у віці до 17 р. в структурі розладів переважають іВСФР, а в старших вікових групах осіб чоловічої статі – поєднані клінічні варіанти ВСФР з хронічними соматичними захворюваннями. На відміну від осіб чоловічої статі, у жінок, на тлі достовірно більшої розповсюдженості ВСФР має місце формування поєднаних клінічних варіантів ВСФР з