

активности намного превышала средние значения, показатели гликемии были существенно и достоверно выше (табл. 5). Причем, данная тенденция была в большей мере свойственна больным СД 2 типа, у которых, как известно, сахарный диабет очень часто развивается в связи со стрессом.

Таблица 5 Показатели гликемии у больных СД 1 и 2 типа в зависимости от показателей самооценки активности

Активность, бал	≤ 3,9 бал (n = 28)	4,0 – 5,7 бал (n = 53)	≥ 5,8 бал (n = 13)	F	ρ
Гликемия, ммоль/л					
1 тип	14,3 ± 4,50	12,0 ± 5,66	19,0 ± 8,62	3,3	0,0860
2 тип	12,9 ± 3,75	13,4 ± 4,86	17,0 ± 6,17	6,4*	0,0140
Общие значения (1 и 2 тип)	13,0 ± 3,71	13,0 ± 5,05	17,4 ± 6,44	11,6**	0,0010

Статистическая значимость критерия F: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Значение завышенных показателей активности и их возможного влияния на гипергликемию подтверждалось результатами повторного исследования. У половины больных (20 чел.) при повторном исследовании отмечалось снижение показателей активности – в среднем от 5,3 бал до 4,25 бал, у другой половины больных отмечалось повышение показателей активности – в среднем от 4,45 бал до 5,25 бал. Именно в последней группе регистрировались не только более высокие показатели гипергликемии (в среднем 14,33 ммоль/л против 13,12 ммоль/л), но, что представляется более важным, отмечалась положительная корреляция между уровнем гликемии и оценкой активности ($r=0,44$, $p=0,05$).

Результаты исследования дают основание считать, что психоэмоциональное состояние больных СД представляет собой важный аспект психической деятельности, определяющий качество жизни больных, терапевтический комплаенс и в целом позитивную установку на здоровый образ жизни. В этом смысле выявление факторов, влияющих на структуру психоэмоционального состояния, обретает особое значение. Совокупность выделенных факторов дает основание считать, что низкая самооценка самочувствия, активности и настроения у больных СД чаще всего отмечается у лиц пожилого возраста, страдающих диабетом типа 2 и получающих сахароснижающие препараты. В свою очередь, в структуре психоэмоционального состояния больных СД следует особо выделить фактор активности, предполагающий наличие таких личностных свойств, как энергичность, динамичность, стеничность, неприятие негативных депрессивных переживаний, и который, возможно за счет механизмов самостимуляции, имеет отношение к развитию гипергликемии.

Литература

1. Аметов А.С. Избранные лекции по эндокринологии. М.: МИА, 2009. – 496 с.
2. Балаболкин М.И. Диабетология. М: Медицина; 2000. – С. 199-222.
3. Дробижев М.Ю., Анциферов М.Б., Суркова Е.В., Захарчук Т.А., Мельникова О.Г., Щерблецов В.В. Отношение к лечению у больных сахарным диабетом. Влияние сопутствующих депрессивных и тревожно-фобических расстройств // Пробл. Эндокринологии. – 2002, 48 (5). – С. 37-39.
4. Елфимова Е.В. Пограничные психические нарушения при сахарном диабете: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1995.
5. Захарчук Т.А. Нозология депрессий у больных сахарным диабетом // Психиатрия (науч.-практ. журнал). – 2005, № 5. – С. 32-39.
6. Зеленин К.А., Ковалев Ю.В., Трусов В.В. Тревожные расстройства у больных сахарным диабетом 2 типа // Фундаментальные исследования. – 2010, № 7. – С. 24-31.
7. Коркина М.В., Елфимова Е.В. Психогенно-соматогенные взаимоотношения при сахарном диабете // Ж. неврол. и псих. им. С.С. Корсакова. – 1997, № 2. – С. 15-18.
8. Методика «САН». В: Большая энциклопедия психологических тестов. М.: Эксмо, 2009. – С. 36-37.
9. Суркова Е.В., Дробижев М.Ю., Мельникова О.Г., Захарчук Т.А. Психофармакотерапия депрессивных состояний у больных сахарным диабетом (на модели коаксила) // Обозрение психиатр. и мед. психологии. – 2005, № 4. – Р. 11-17.
10. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis // Diabetes Care. – 2001, № 24. – Р. 1069-1078.
11. Bailey B.J, Rubin RR. Persistence of depression in adults with diabetes // Clin. Nurs. Res. – 1996, Feb, 5 (1). – P.28-42.
12. Khan M.A., Longley J. Psychological aspects of diabetes: The diabetologists' perspective // Clin Neuropsychiatry. – 1997, 2 (1). – P.94-98.
13. Lustman P.J., Anderson R.J., Freedland K.E. et al. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature // Diabetes Care. – 2000, 23 (7). – P.934-942.
14. Nagel RW, Puczynski S, Earley MA Depression in Primary Care Patients with Diabetes: Differences by Treatment Regimen // Diabetes. – 2000, 49(1). – P. 324A.
15. Peyrot M, Rubin RR. Persistence of depressive symptoms in diabetic adult // Diabetes Care. – 1999, 22 (3). – P.448–452.
16. Polonsky W.H., Dudl J., Peterson M. et al. Depression in type 2 diabetes: links to health care utilization, self-care, and medical markers // Diabetes. – 2000, 49 (1). – P. 64A.
17. Popkin MK, Gallies AL, Lentz RD et al. Prevalence of major depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patients with long-standing Type 1 diabetes mellitus // Arch. Gen. Psychiatry. – 1988, № 45. – P. 64–68.
18. Sachs G, Spiess K. Glycosylated hemoglobin and diabetes-self monitoring (compliance) in depressed and non-depressed type 1 diabetic patients // Psychotherapy Psychosomatic Med. Psychology. – 1991, 41(8). – P. 306–310.

Урясьев О.М.

Доцент, кандидат медицинских наук, Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Рязань

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ АННОТАЦИЯ

Аннотация

В статье представлены результаты обследования 390 больных изолированной бронхиальной астмой, изолированной гипертонической болезнью, бронхиальной астмой в сочетании гипертонической болезнью. Показано усугубляющее влияние бронхиальной астмы на показатели суточного профиля артериального давления у пациентов с сочетанием бронхиальной астмы и гипертонической болезни.

Ключевые слова: бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, суточное мониторирование артериального давления.

Uryasev O.M.

Associate professor, PhD, Ryazan State Medical University

CLINICAL FEATURES OF ARTERIAL HYPERTENSION IN COMBINATION WITH BRONCHIAL ASTHMA

309 patients with isolated bronchial asthma, isolated arterial hypertension and combination of bronchial asthma and arterial hypertension were examined. Exacerbated affection of bronchial asthma on blood pressure daily profile was noted in group with combined pathology

Keywords: bronchial asthma, arterial hypertension, blood pressure daily monitoring.

В последние годы внимание исследователей всё больше привлекает проблема коморбидности, под которой понимают сочетание у одного больного нескольких хронических заболеваний [1].

Одним из направлений изучения коморбидности должно стать изучение сочетания бронхиальной астмы (БА) с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в первую очередь, с наиболее распространенными из них: гипертонической болезнью (ГБ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Цель исследования: изучить особенности течения сопутствующей ГБ у больных БА в период обострения.

Материал и методы: В клиническую часть исследования было включено 390 пациентов, находившихся на лечении в пульмонологическом и терапевтическом отделениях ГБУЗ «Областная клиническая больница, г. Рязань» в период с 2007 года до 2011 год, подписавших добровольное информированное согласие на участие в исследовании и не имевших критериев исключения из него: больные БА без сопутствующей ГБ - 76 пациентов; больные БА с сопутствующей ГБ - 182 пациента; больные ГБ - 132 пациента;

Исследование СМАД проводилось с помощью аппарата «BR-102» на фоне плановой гипотензивной терапии в условиях свободного двигательного режима.

Результаты: Как и следовало ожидать, АД у больных «изолированной» БА в среднем было ниже, чем у больных БА с сопутствующей ГБ и больных ГБ без сопутствующей легочной патологии (табл. 1). Правда, эти различия оказались статистически значимыми лишь для систолического АД (САД). Диастолическое АД (ДАД) в дневные часы у больных «изолированной» БА было достоверно ниже, чем у больных БА с сопутствующей ГБ, но не отличалось от показателя в группе больных ГБ. В ночные часы уровень ДАД в выделенных группах достоверно не различался.

Таблица 1 Средний уровень систолического и диастолического артериального давления в период бодрствования и ночного сна

Показатель	Группа больных М±m			Дисперсионное отношение (F)
	БА (76)	БА+ГБ (182)	ГБ (132)	
САД днем	132,6±3,83	144,6±1,70 $p_{12} < 0,01$	139,0±1,58 $p_{23} < 0,05$	7,06 > 4,75 $p < 0,01$
САД ночью	122,8±1,54	131,4±1,42 $p_{12} < 0,01$	127,0±1,98 $p_{23} < 0,05$	5,59 > 4,75 $p < 0,01$
ДАД днем	84,3±2,47	91,7±1,38 $p_{12} < 0,01$	89,0±1,45	4,28 > 3,06 $p < 0,05$
ДАД ночью	77,8±1,35	82,7±1,85	80,1±1,43	1,71 < 3,06

Известно, что у здоровых людей средний уровень САД в дневные часы не превышает 140 мм рт. ст., а в ночные - 120 мм рт. ст. Средний уровень ДАД в норме не превышает 90 мм рт. ст. в период бодрствования и 70 мм рт. ст. во время ночного сна [2]. Анализируя представленные в табл. 1 данные, нельзя не отметить, что днем средний уровень АД у больных «изолированной» БА весьма близок к нормативным значениям, а ночью — превышает их. Это означает, что у значительной части больных БА, не имеющих сопутствующей ГБ, при обострении заболевания развивается АГ.

Действительно, как следует из представленных в табл. 2 данных, примерно у трети больных «изолированной» БА средний уровень АД в дневные часы превышает нормативное значение. В ночные часы АГ по данным СМАД отмечается у большинства больных «изолированной» БА. Учитывая, что вне обострения БА у больных этой группы стойкого повышения АД не отмечалось, следует признать, что появления АГ обусловлено респираторными расстройствами, вызванными обострением БА.

Таблица 2 Число больных с повышенным уровнем АД

Показатель	Группа больных Абс (%)			χ^2
	БА (76)	БА+ГБ (182)	ГБ (132)	
САД днем	28 (36,8%)	112 (61,5%)	62 (47,0%)	6,35 > 5,99
САД ночью	46 (60,5%)	146 (80,2%)	88 (66,7%)	5,29 < 5,99
ДАД днем	26 (34,2%)	100 (54,9%)	62 (47,0%)	3,86 < 5,99
ДАД ночью	62 (81,6%)	140 (76,9%)	106 (80,3%)	0,18 < 5,99

Все больные ГБ, как с сопутствующей БА, так и без таковой в период проведения СМАД получали плановую гипотензивную терапию, которая, в большинстве случаев не обеспечивала полного контроля уровня АД. Действительно, как следует из представленных в табл. 23 данных, в ночное время у большинства, а в дневное - приблизительно у половины больных уровень АД превышал нормативные значения. При этом эффективность гипотензивной терапии у больных ГБ с сопутствующей БА была существенно ниже, чем у больных ГБ без сопутствующей легочной патологии.

Таким образом, обострение БА у значительной части больных с исходно нормальным АД ведет к появлению АГ, а у больных с сопутствующей ГБ снижает эффективность гипотензивной терапии. При этом негативное влияние обострения БА на уровень АД в большей мере проявляется в ночные часы, нежели в период бодрствования, что делает актуальным изучение особенностей суточного профиля АД.

У здоровых людей средний уровень АД во время ночного сна на 10–20% ниже, чем в период бодрствования. Более выраженное ночное снижение АД (НСАД) считается избыточным, менее выраженное - недостаточным. Кроме того, у некоторых больных возможно повышение среднего уровня АД в ночное время (НСАД отсутствует).

В настоящем исследовании не выявлено случаев избыточного ночного снижения систолического или диастолического АД. Распределение обследованных больных в зависимости от характера НССАД и НСДАД представлено в табл. 3.

Таблица 3 Распределение больных в зависимости от характера НССАД (Абс и %)

Показатель		Группа больных			χ^2
		БА (76)	БА+ГБ (182)	ГБ (132)	
НССАД	Нормальное	32 (42,1%)	72 (39,6%)	56 (42,4%)	3,85 <9,49 $p > 0,05$
	Недостаточное	32 (42,1%)	70 (38,5%)	64 (48,5%)	
	Отсутствует	12 (15,8%)	40 (22,0%)	12 (9,1%)	
НСДАД	Нормальное	46 (60,5%)	98 (53,8%)	76 (57,6%)	0,91 <9,49 $p > 0,05$
	Недостаточное	22 (29,0%)	60 (33,0%)	46 (34,8%)	
	Отсутствует	8 (10,5%)	24 (13,2%)	10 (7,6%)	

Как следует из представленных в таблицах данных, между выделенными группами больных не выявлено статистически значимых различий и по характеру суточного профиля АД (СПАД). Таким образом, обострение БА ведет к повышению среднего уровня АД но не оказывает заметного влияния на его суточную динамику.

Резюмирую вышеизложенное, можно сказать, что обострение БА сопровождается повышением среднего уровня АД у больных без сопутствующей ГБ и снижением эффективности гипотензивной терапии у больных БА с сопутствующей ГБ.

Литература

1. Верткин А.Л. Коморбидность / А.Л. Верткин, М.А. Румянцев, А.С.Скотников // Клинич. мед. – 2012. – №10. – С. 4–11.
2. Биверс Г. Артериальная гипертензия: пер. с англ. / Г. Биверс, Г. Лип, Э.О. Брайен. – М.: Издательство «БИНОМ», 2005. – 176 с.

Верпатвелян А.Ф.¹, Митропанова М.Н.², Чечула Н.И.³

¹Кандидат медицинских наук, доцент; ²Кандидат медицинских наук, доцент; ³Ассистент, Кубанский Государственный Медицинский Университет

ЛЕЧЕНИЕ МЕЗИАЛЬНОЙ МИГРАЦИИ БОКОВОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ У РАСТУЩИХ ПАЦИЕНТОВ

Аннотация

Целью работы явилось изучение влияния несъемных аппаратов FROG (Forestadent) и First Class (Leone) на зубочелюстную систему у растущих пациентов с аномалиями окклюзии II класса. Задачей исследования явилось изучение воздействия несъемных аппаратов для дистализации зубов у растущих пациентов с аномалиями окклюзии II класса. Применение аппаратов возможно для лечения мезиальной миграции боковой группы зубов у растущих пациентов.

Ключевые слова: растущие пациенты, мезиальная миграция моляров, вестибулопозиция клыков, дистализаторы моляров.

Verapatvelian A.F.¹, Mitropanova M.N.², Chechula N.I.³

PhD in Medicine, Associate professor; PhD in Medicine, Associate professor; Assistant, Kuban State Medical University

MOLAR MESIAL MIGRATION TREATMENT IN GROWING PATIENTS

Abstract

The purpose of the study was to investigate the influence of the nonremovable appliances FROG (Forestadent) and First Class (Leone) on the facial and oral system in growing patients with the II class malocclusion. The objective of the study was to investigate the impact of the appliances for molar distalization on growing patients with the II class malocclusion. Application of these appliances is possible in growing patients treatment with the mesial migration of the molars.

Key words: growing patients, molar mesial migration, canine vestibuloposition, molar distalization.

Как известно, ортодонтическое лечение, направленное только на исправление положения зубов и создание правильной окклюзии, может привести к нежелательному изменению эстетики лица пациентов. Поэтому целью ортодонтического лечения является не только создание правильной окклюзии, но и улучшение профиля мягких тканей лица, нормализация функции зубочелюстной системы. Довольно часто удаление постоянных зубов по ортодонтическим показаниям проводится с целью достижения стабильного результата лечения и зависит от возраста пациента, дефицита места в зубном ряду, размера зубов, величины сагиттальной щели и т. д. В связи с этим в ортодонтической литературе большое внимание уделяется влиянию удаления зубов на мягкие ткани лица и костные структуры у растущих пациентов.

Одним из нежелательных последствий удаления зубов у пациентов с дистальной окклюзией (II класс по Энглу) является уплощение профиля лица, удлинение периода активного лечения и ретенции достигнутого результата с частыми рецидивами вследствие его несоблюдения. С развитием ортодонтической техники в последние годы стало возможным проводить ортодонтическое лечение растущих пациентов с аномалией II класса без удаления зубов.

Удаление постоянных зубов по ортодонтическим показаниям (чаще всего премоляров и третьих моляров) [1] проводится после тщательного обследования пациента, включающего его осмотр, рентгенологическое исследование (ортопантограмма, телерентгенограмма головы в прямой и боковой проекции, конусно-лучевая компьютерная томография) и измерение диагностических моделей челюстей.

Одной из причин дефицита места в зубном ряду является раннее удаление временных зубов по терапевтическим, хирургическим или иным показаниям без своевременного детского зубного протезирования, что приводит к мезиальной миграции боковой группы зубов [6]. Как следствие, прорезывающимся постоянным зубам, наиболее часто верхним клыкам, не хватает места в зубной дуге, и они занимают вестибулярное положение. Это негативно влияет не только на профиль лица, положение губ, эстетику улыбки, но и приводит к созданию неправильного типа жевания с отсутствием клыкового пути ведения челюстей, функциональным нарушениям, гнатологическим проблемам.

При лечении таких пациентов ставится вопрос об удалении постоянных зубов для создания места в зубном ряду и перемещении клыков на созданное пространство. Если на основании проведенных исследований: измерения диагностических моделей челюстей и рентгенологического исследования — делается вывод о мезиальной миграции постоянных зубов с одной или двух сторон, то возможно использование современных несъемных ортодонтических устройств для дистализации моляров. Эти устройства наиболее эффективны в конечном периоде сменного и формирующегося постоянного прикуса у растущих пациентов, когда вторые постоянные моляры еще не прорезались. Однако при отсутствии зачатков третьих моляров на верхней челюсти [2] их применение возможно и после 18 лет.

К устройствам для дистализации моляров верхней челюсти относятся как съемные вне- и внутриротовые, такие как лицевая дуга, пластинки с винтом и секторальным распилом, которые требуют хорошей кооперации врача и пациента, так и несъемные, среди которых аппараты Pendulum, First Class, FROG и другие [4].

Целью работы явилось изучение влияния несъемных аппаратов FROG (Forestadent) и First Class (Leone) на зубочелюстную систему у растущих пациентов с аномалиями окклюзии II класса. Аппарат FROG использовался у 4 подростков в возрасте 9—11 лет в сменном прикусе с целью дистализации моляров верхней челюсти и создания места верхним клыкам. Этот аппарат имеет компактный дизайн и активируется за счет поворота ключа против часовой стрелки. Его особенностью является одновременное перемещение верхних моляров с двух сторон. Устройство состоит из опорных коронок на первые моляры, парных кронштейнов на фиссуры первых и вторых премоляров (или временных моляров), небной пластмассовой кнопки, где располагается винт для дистализации зубов, и пружины, передающей давление винта на опорные коронки первых моляров.

Фиксация опорных коронок аппарата производилась на стеклоиономерный цемент химического отверждения Fuji-1, кронштейнов — на светоотверждаемый жидкотекучий композит Revolution. После постановки конструкции давались рекомендации по гигиене и адаптации, которая занимала 1—2 недели. Активация аппарата проводилась в течение 4–6 месяцев, после чего он оставался в полости рта еще на полгода для ретенции. Особенностью аппарата является его легкое снятие, после которого использовались съемные пластинки для дистализации прорезавшихся во время лечения премоляров и клыков на созданное пространство или брекет-система.

Преимущество аппарата FROG [3] заключается в постоянном воздействии силы на корпусно перемещаемые моляры за счет опоры пластмассовой кнопки на свод неба. Опора на свод неба минимизирует передачу нагрузки на фронтальную группу зубов.