

Кроме того, риск развития ТДР был взаимосвязан со стенокардией, инфарктом миокарда без зубца Q и наличием фибрилляции предсердий.

Выводы

Частота выявления тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями пожилого и старческого возраста составила 55,6%.

1. Среди больных с тревожно-депрессивными расстройствами чаще встречались такие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, как более старший возраст, женский пол, сниженный уровень липопротеидов высокой плотности, гиперкреатинемия и скорость клубочковой фильтрации 15-29 мл/мин/1,73м².

2. У лиц с тревожно-депрессивными расстройствами достоверно чаще встречались стенокардия напряжения, инфаркт миокарда без зубца Q и фибрилляция предсердий.

3. Риск развития тревожно-депрессивных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями пожилого возраста был ассоциирован с принадлежностью к европеоидной расе, возрастом, женским полом, проживанием в городе, дислипидемией и гиперкреатинемией, наличием стенокардии, инфаркта миокарда без зубца Q, фибрилляцией предсердий и СКФ 15-29 мл/мин/1,73м².

Литература

1. Оганов Р.Г. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике // Кардиология. 2004. №1. С. 48-54.
2. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология. 2002. №4. С. 86-91.
3. Сыркин А.Л., Добровольская А.В. Депрессия при ИБС: сложности диагностики и терапии // Форум (ИБС). 2003. №2(8). С. 1-4.
4. Ariyo A.A., Haan M., Tangen C.M. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans // Circulation. 2000. №102. P. 1773.

Дони́рова Оюна Серге́евна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры геронтологии и гериатрии ГОУ ДПО «Иркутский институт усовершенствования врачей». 670045, г. Улан-Удэ, ул. Пирогова, 30а, Республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн, тел./факс – 41-66-70, e-mail donirova@mail.ru.

Цыдыпова Елена Дамби-Жалсановна – старший преподаватель кафедры терапии № 2 медицинского факультета ГОУ ВПО Бурятского государственного университета. 670000, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24 а, тел. 43-68-86.

Цыденжапова Мария Батомункоевна – заведующая отделением кардиологии Республиканского клинического госпиталя для ветеранов войн. 670047, г. Улан-Удэ, ул. Пирогова, 30 а, тел. 43-68-86.

Базарова Билигма Самандаевна – ординатор отделения кардиологии Республиканского клинического госпиталя для ветеранов войн. 670047, г. Улан-Удэ, ул. Пирогова, 30 а, тел. 43-68-86.

Donirova Oyuna Sergeevna – candidate of medical science, assistant of department of gerontology and geriatrics of Irkutsk State Institute of Postgraduate Medical Education. 670047, Buryatia, Ulan-Ude, Pirogova str., 30a, Republican Clinical Hospital for Veterans of War.

Tsydyпова Elena Dambi-Zhalsanovna – senior teacher of department of therapy #2, medical faculty of Buryat State University. 670000, Ulan-Ude, Smolin str., 24a, ph. 436886.

Tsydenzhapova Mariya Batomunkoevna – head of cardiological department of Republican Clinical Hospital for Veterans of War. 670047, Ulan-Ude, Pirogova str., 30a, tel. 436886.

Bazarova Biligma Samandaevna – intern of cardiological department of Republican Clinical Hospital for Veterans of War. 670047, Ulan-Ude, Pirogova str., 30a, tel. 436886.

УДК 615.017:615.322

В.В. Намханов

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ОТНОШЕНИЙ ЭЛЕМЕНТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЧЕЛОВЕКА

В статье показаны особенности внутрисуставных отношений элементов височно-нижнечелюстного сустава человека в связи с различными патологическими состояниями зубочелюстной системы. Изменения, происходящие в челюстях, оказывают непосредственное влияние на ВНЧС.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, патология, полость рта.

V.V. Namhanov

**FEATURES OF INTRA-ARTICULAR RELATIONS OF TEMPORAL
LOWER-MAXILLARY JOINT OF A HUMAN**

The article shows the features of intra-relationship of elements of temporal lower-maxillary joint of a human in connection with different pathological conditions of dental system. Changes in the jaws have a direct impact on temporal lower-maxillary joint of a human (TLMJM).

Key words: *temporal lower-maxillary joint, pathology, oral cavity.*

Важность и актуальность изучения изменений, происходящих в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС) в связи с различными патологическими состояниями зубочелюстной системы (ЗЧС), обусловлены значительной распространенностью заболеваний ВНЧС. По данным некоторых авторов, патология ВНЧС встречается от 12 до 43,5% случаев у больных с нарушениями ЗЧС [3]. Известно, что утрата зубов приводит к изменению положения головки нижней челюсти относительно суставного бугорка и суставной ямки [4] в связи с потерей зубов. Единого мнения о направлении смещения нижней челюсти среди авторов нет, так как эти результаты были получены либо на экспериментальных животных (при мезиальном сдвиге нижней челюсти), либо по телерентгенограммам и рентгенограммам ВНЧС. Изучение внутрисуставных отношений в ВНЧС человека на трупном материале ранее не производилось. Нами была поставлена задача изучить взаимоотношения элементов ВНЧС человека как в норме, так и при частичном и полном отсутствии зубов.

Материалы и методы

Для изучения внутрисуставных отношений ВНЧС человека при интактной ЗЧС, при частичном и полном отсутствии зубов нами использовались суставы, изъятые у трупов без патологии костной ткани [2]. Изготовление блоков и изучение внутрисуставных отношений изучали по методу Л.П. Григорьевой [1]. Всего нами было изучено 20 блоков ВНЧС от 20 трупов возрасте от 24 до 76 лет: 1-я группа – 5 блоков суставов при интактной ЗЧС, 2-я группа – 7 блоков суставов при частичном отсутствии зубов на обеих челюстях (концевые дефекты), 3-я группа – 8 блоков суставов при полном отсутствии зубов на обеих челюстях. Различия считали достоверными при $P < 0,05$.

Результаты исследований

При интактной ЗЧС величина суставной щели составила в переднем участке $2,31 \pm 0,24$ мм, в верхнем $4,30 \pm 0,44$ мм и заднем – $3,57 \pm 0,44$ мм. Средняя величина совокупностей всех отделов суставной щели равна $3,39 \pm 0,37$ мм. При частичном отсутствии зубов ширина суставной щели была в переднем отделе $1,68 \pm 0,22$ мм, в верхнем – $3,40 \pm 0,24$ мм и в заднем – $1,98 \pm 0,24$ мм. Средняя величина совокупностей всех отделов суставной щели составила $2,35 \pm 0,28$ мм. При полном отсутствии зубов средние величины ширины суставной щели оказались следующими: в переднем отделе $1,98 \pm 0,27$ мм, в верхнем – $3,75 \pm 0,34$ мм, в заднем – $3,55 \pm 0,27$ мм. Средняя величина совокупностей всех отделов суставной щели при полном отсутствии зубов составляет $3,08 \pm 0,25$ мм. Сравнение параметров ширины суставной щели при интактной ЗЧС выявило достоверное ее сужение в переднем участке по сравнению со средним и задним отделами. Сопоставление данных ширины суставной щели в изучаемых участках при частичном отсутствии зубов выявило существенное ее расширение лишь в верхнем отделе. Сопоставление средних величин с таковыми значениями контрольной группы выявило достоверное сужение ее только в заднем отделе. Анализ данных, характеризующих взаимоотношения элементов ВНЧС при полной утрате зубов, показал, что ширина суставной щели в верхнем и заднем отделах достоверно превышает значения в переднем отделе. Сравнение средних величин ширины суставной щели при полном отсутствии зубов с аналогичными показателями ЗЧС, частично утратившей зубы, указывает на существенное ее расширение в заднем участке. Анализ средних величин совокупностей всех отделов суставной щели выявил, что наибольшая величина показателей суставной щели соответствует функционально полноценному жевательному аппарату. Частичная и полная потеря зубов вызывает значительное уменьшение показателей ширины суставной щели.

На основании проведенных исследований можно утверждать, что в интактной ЗЧС и при полном отсутствии зубов суставная щель сужена в переднем отделе. Частичная потеря зубов характеризуется расширением суставной щели в верхнем участке по сравнению с другими участками.

Изменения, происходящие в челюстях, оказывают непосредственное влияние на ВНЧС. В результате

частичная утрата зубов сопровождается дистальным сдвигом головки нижней челюсти по сравнению с интактной ЗЧС и полным отсутствием зубов.

Литература

1. Григорьева Л.П. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология. – 2007. – №3. – С.63-66.
2. Овчинников В.Н. Методика изъятия височно-нижнечелюстного сустава у спедноноров // Изобретательство и рационализация в медицине. – Омск, 2007. – С.67-68.
3. Ужумецкене И.И. Современные подходы к диагностике и лечению дисфункции ВНЧС // Стоматология. – 2007. – №4. – С. 43-45.
4. Рабухина Н.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и их рентгенологическое исследование. – М., 2008. – С.74.

Намханов Вячеслав Валентинович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии медицинского факультета БГУ. 670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36 а, тел.: (3012) 44-82-55, факс: (3012) 21-05-88. E-mail: univer@bsu.ru

Namhanov Vyacheslav Valentinovich – candidate of medical sciences, associate professor of department of faculty surgery, Buryat State University: 670000, Ulan-Ude, Oktyabr'skaya str., 36a, ph. (3012) 44-82-55, fax (3012) 05/21/1988, e-mail: univer@bsu.ru

УДК 617-089.5-032:611.2-053.2

О.Э. Миткинов, В.Е. Хитрихеев

АНЕСТЕЗИЯ С МИНИМАЛЬНЫМ ПОТОКОМ У ДЕТЕЙ

Оценена эффективность и безопасность метода ингаляционной анестезии с минимальным потоком свежего газа на основании исследования параметров кислородного транспорта. В результате чего установлено, что показатели доставки, потребления и тканевой экстракции кислорода оставались на оптимальном уровне на всех этапах анестезии, отмечено улучшение микроклимата в дыхательном контуре, снижение расхода анестетика и загрязнения окружающей среды.

Ключевые слова: ингаляционная анестезия, низкотоковая анестезия, анестезия с минимальным потоком.

О.Е. Mitkinov, V.E. Khitrikheev

MINIMAL FLOW ANAESTHESIA OF CHILDREN

The efficiency and safety of low flow inhalation anaesthesia of children were evaluated on the basis of oxygen delivery and consumption. As the result it was established that parameters of oxygen delivery, consumption and tissue extraction were optimal at all stages of anesthesia, the improvement of microclimate in breathing system, decrease of anesthetic use and environment pollution were marked.

Key words: inhalation anaesthesia, low flow anaesthesia, minimal flow anaesthesia.

Ингаляционные методы анестезии, стоявшие у истоков зарождения анестезиологии, и на сегодняшний день занимают достойное место в концепции современной многокомпонентной анестезии.

К преимуществам ингаляционной анестезии (ИА) следует отнести [3] редкость возникновения анафилактических реакций, предсказуемость фармакокинетики и фармакодинамики, низкий риск интраоперационного пробуждения пациента. Традиционная методика проведения ИА подразумевает подачу в наркозный контур большого потока газа с рассчитанным и фиксированным соотношением компонентов газовой смеси. При этом большое количество неиспользованного анестетика и медицинских газов теряется, кроме того, создаются невыгодные условия для увлажнения и согревания дыхательной смеси, избыточно загрязняется окружающее пространство. Все это заставляет анестезиологов думать о мерах по возможному снижению потока свежего газа.

Неоднократные в прошлом попытки использования низких потоков [2, 4, 8] тем не менее не привели к широкому распространению метода низкотоковой анестезии. Основными причинами этому были недостаточный уровень безопасности пациента и сложность методики управления анестезией.

Развитие в последние годы современного медицинского приборостроения – введение в практику наркозно-дыхательной аппаратуры «новой генерации», расширение возможностей многофункциональных мониторинговых систем – позволяет осуществлять эффективное и безопасное применение низкотоковой анестезии (НПА), в том числе и в детской анестезиологии.

Появление на коммерческом рынке новых ингаляционных анестетиков (дезфлюран, севофлюран),