

монстрируют заметное влияние психосоциальных факторов как важной группы, определяющей прогноз в плане не только хронизации болевого синдрома, но и возможного прогрессирования функциональных и органических изменений. Данные по сопутствующей соматической патологии свидетельствуют о высокой частоте её коморбидности у лиц с дорсопатиями. По результатам исследования разработаны подходы к прогностической оценке риска развития неврологических проявлений при дорсопатиях на основе комплексного анамнестического, физиологического, клинико-неврологического, экспериментально-психологического подходов.

**Конфликт интересов.** Работа проводилась в рамках НИР кафедры неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики Волгоградского государственного медицинского университета. Иные источники финансирования не использовались.

#### Библиографический список

1. Барулин А.Е., Курушина О.В., Рыбак В.А., Саранов А.А. Выявление функциональных нарушений в локомоторной сфере при острой боли в нижней части спины // Вест. Волгоград. гос. мед. ун-та. 2010. № 3.
2. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия (клиническая биомеханика и патобиомеханика): рук-во для врачей. СПб.: ИКФ «Фолиант», 2007. 400 с.
3. Данилов А.Б., Голубев В.Л. О концептуальной модели перехода острой боли в хроническую // РМЖ. Спец. вып.: Болевой синдром. 2009. С. 11–14.
4. Проблемы вертебральной неврологии юношеского возраста / А.В. Клименко [и др.] // Актуальные проблемы науки и практики. 2007. Вып. 71. С. 61–64.
5. Курушина О.В., Барулин А.Е. Функциональные аспекты комплексной диагностики хронических болевых синдромов // Вест. РУДН. Сер.: Медицина. 2009. № 4.
6. Сквознова Т.М. Биомеханические исследования позвоночника // ЛФК и массаж. 2006. № 9. С. 44–50.
7. Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study / L. Costa, C. Maher, J. McAuley [et al.] // BMJ. 2009. Vol. 339. P. 3829.
8. Frot M., Feine J.S., Bushnell M.C. Sex differences in pain perception and anxiety: a psychophysical study with topical capsaicin // Pain. 2004. Vol. 108. P. 230–236.
9. Milanese S., Grimmer-Somers K. What is adolescent low back pain? Current definitions used to define the adolescent with low back pain // Journal of Pain Research. 2010. № 3. P. 57–67.
10. Pruijboom L., van Dam A.C. Chronic pain: a non-use disease // Med. Hypotheses. 2007. № 1. P. 16–18.
11. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders / A. Tsang, M.V. Korff, S. Lee [et al.] // Pain. 2008.
12. Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника. Казань, 2009.
13. Иваничев Г.А. Мануальная терапия: рук-во, атлас. Казань, 2009. 448 с.

#### Translit

1. Barulin A.E., Kurushina O.V., Rybak V.A., Saranov A.A. Vyjavlenie funkcional'nyh narushenij v lokomotornoj sfere pri ostroj boli v nizhnej chasti spiny // Vest. Volgograd. gos. med. un-ta. 2010. № 3.
2. Vasil'eva L.F. Manual'naja diagnostika i terapija (klinicheskaja biomehanika i patobiomehanika): ruk-vo dla vrachej. SPb.: IKF «Foliant», 2007. 400 s.
3. Danilov A.B., Golubev V.L. O konceptual'noj modeli perehoda ostroj boli v hronicheskuju // RMZh. Spec. vyp.: Bolevoj sindrom. 2009. S. 11–14.
4. Problemy vertebronevrologii junosheskogo vozrasta / A.V. Klimenko [i dr.] // Aktual'nye problemy nauki i praktiki. 2007. Vyp. 71. S. 61–64.
5. Kurushina O.V., Barulin A.E. Funkcional'nye aspekty kompleksnoj diagnostiki hronicheskikh bolevykh sindromov // Vest. RUDN. Ser.: Medicina. 2009. № 4.
6. Skvoznova T.M. Biomehanicheskie issledovanija pozvonochnika // LFK i massazh. 2006. № 9. S. 44–50.
7. Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study / L. Costa, C. Maher, J. McAuley [et al.] // BMJ. 2009. Vol. 339. P. 3829.
8. Frot M., Feine J.S., Bushnell M.C. Sex differences in pain perception and anxiety: a psychophysical study with topical capsaicin // Pain. 2004. Vol. 108. P. 230–236.
9. Milanese S., Grimmer-Somers K. What is adolescent low back pain? Current definitions used to define the adolescent with low back pain // Journal of Pain Research. 2010. № 3. P. 57–67.
10. Pruijboom L., van Dam A.C. Chronic pain: a non-use disease // Med. Hypotheses. 2007. № 1. R. 16–18.
11. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders / A. Tsang, M.V. Korff, S. Lee [et al.] // Pain. 2008.
12. Habirov F.A. Klinicheskaja nevrologija pozvonochnika. Kazan', 2009.
13. Ivanichev G.A. Manual'naja terapija: ruk-vo, atlas. Kazan', 2009. 448 s.

УДК 616.314:616.716.4–001.5:616.833.15–001]–036.1-07-08 (043.3)

Оригинальная статья

### ТЕЧЕНИЕ И ЗАЖИВЛЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

**Г.Р. Бахтеева** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, кандидат медицинских наук; **А.В. Лепилин** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии заслуженный врач РФ, профессор, доктор медицинских наук; **М.Г. Сойхер** — главный врач «Центр междисциплинарной стоматологии и неврологии, г. Москва, кандидат медицинских наук; **В.А. Булкин** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, доцент, кандидат медицинских наук; **Н.М. Мухина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

#### EFFECT OF NEUROLOGICAL SYMPTOMS ON THE COURSE AND THE HEALING OF FRACTURES OF THE MANDIBLE

**Bahteeva G.R.** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Assistant Professor, Science, Department of Dental and Maxillofacial Surgery, Candidate of Medical Science; **Lepilin A.V.** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Dental and Maxillofacial Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **Soyher M.G.** — Center for Interdisciplinary Dentistry and Neurology, Moscow, chief medical officer, Candidate of Medical Science; **Bulkin V.A.** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Dental and Maxillofacial Surgery, Associate Professor, Candidate of Medical Science; **Muhina N.M.** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Assistant Professor, Science, Department of Dental and Maxillofacial Surgery.

Дата поступления — 22.05.2012 г.

Дата принятия в печать — 28.05.2012 г.

**Бахтеева Г. Р., Лепилин А. В., Соихер М. Г., Булкин В. А., Мухина Н. М.** Течение и заживление переломов нижней челюсти, сопровождающихся повреждением ветвей тройничного нерва // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 399–403.

**Цель:** изучение стоматологического статуса и неврологической симптоматики у больных с переломами нижней челюсти для совершенствования диагностики, прогнозирования течения репаративных процессов и применения профилактических мер воспалительных осложнений. **Материал и методы.** Под наблюдением находились 132 пациента с переломами нижней челюсти различной локализации, поступившие в стационар не позднее трех суток после получения травмы. Группа сравнения состояла из 15 практически здоровых людей. Стоматологический статус больных включал в себя клиническое обследование: выяснение причин травмы, жалоб, внешний осмотр челюстно-лицевой области. Оценка болевого синдрома в зоне иннервации тройничного нерва проводилась с помощью шкалы по Е. А. Ланцеву, А. А. Смирнову (1990). Зоны гипестезии и гиперестезии выявлялись у больных при исследовании поверхностной и глубокой чувствительности кожи лица. Состояние двигательной порции третьей ветви тройничного нерва оценивали путем пальпации жевательных и височных мышц, по данным электромиографии, в отдаленные сроки по наличию атрофии жевательных мышц на стороне поражения и нарушению траектории движения нижней челюсти. Кроме этого, электрофизиологическое исследование включало регистрацию тригеминальных соматосенсорных вызванных потенциалов. Исследование болевой чувствительности зубов проводилось с помощью цифрового тестера для определения жизнеспособности пульпы «Digitest». **Результаты.** При клиническом и инструментальном обследовании пациентов с неосложненными переломами нижней челюсти поражение нервного волокна выявлено в 100% случаев. При осложненном течении переломов при выявленных клинически сенсорно-парестетических расстройствах признаки заинтересованности тройничного нерва выявлены в 51,8% случаев. У больных с отсутствием сенсорно-парестетических расстройств с помощью электрофизиологических методов заинтересованность тройничного нерва при переломах нижней челюсти выявлена еще в 26,9% случаев. Таким образом, общие показатели повреждения тройничного нерва при осложненных переломах нижней челюсти составляют 77,8% случаев. **Заключение.** Несомненна заинтересованность тройничного нерва в развитии осложнений переломов. Проведенное исследование позволит практикующему врачу без проведения дополнительных методов достоверно предположить возможную неврологическую симптоматику, скорость восстановления тройничного нерва и провести коррекцию терапии у больных с переломами нижней челюсти.

**Ключевые слова:** переломы нижней челюсти, невралгия, тройничный нерв.

**Bahteeva G. R., Lepilin A. V., Soyher M. G., Bulkin V. A., Muhina N. M.** Effect of neurological symptoms on the course and the healing of fractures of the mandible // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 399–403.

**Purpose:** to study the dental status and neurological symptoms in patients with fractures of the mandible for improving diagnosis, predicting the course of reparative processes and the application of preventive measures of inflammatory complications. **Material.** We observed 132 patients with mandibular fractures of different location, the hospital received no later than 3 days after injury and comparison group, consisting of 15 healthy people. Dental status of patients included clinical examination: identifying reasons for injuries, complaints external examination of maxillofacial area. Assessment of pain that was observed in patients in the area of innervation of the trigeminal nerve, was carried out using a scale for measuring the intensity of pain and need for analgesics (Lantsev EA, AA Smirnov, 1990). Zone of hypesthesia and hyperesthesia were detected in patients in the study of the surface (pain, temperature and tactile) and the deep sensitivity of the skin. State of the motor portion of the third branch of the trigeminal nerve was assessed by palpation of masticatory and temporal muscles, according to electromyographic, in the late periods of the presence of atrophy of the masticatory muscles on the affected side and disturbance trajectory of the mandible. In addition, electrophysiological examination included registration of trigeminal somatosensory evoked potentials. The study of pain sensitivity of the teeth was carried out using a digital tester to determine the viability of the pulp «Digitest». This study was conducted on the day of admission and on the 10th day of treatment. **Results.** Clinical and instrumental evaluation of patients with uncomplicated fractures of the mandibular nerve fiber damage detected in 100% of cases. In complicated fractures clinically identified sensory disorders paresthetic signs of interest in the trigeminal nerve were found in 51.8% of cases. In patients with no sensory disorders paresthetic signs using electrophysiological methods trigeminal interest in fractures of the lower jaw found in 26.9% of all cases. Thus, the overall damage to the trigeminal nerve in complicated fractures of the mandible comprise 77.8% of cases. **Conclusion.** The results of our study, often leaving by the wayside, neurological symptoms affect the course and the healing of fractures of the mandible. Sensory disturbances in the form paresthetic hyperesthesia after the therapy offset, or pass into a more pronounced form — gipesteticheskie violation. Uncomplicated fractures of the lower jaw, accompanied by gipesteticheskiimi sensory symptoms, in most cases are complicated. In our study, sensory disorders parestetic in complicated fractures were found — in 77.8% of patients. Undoubted interest of the trigeminal nerve in the development of complications of fractures, which was confirmed in our work. Thus, this study will enable the practitioner without additional methods reliably suggest a possible neurological symptoms, the recovery rate of trigeminal nerve and to adjust therapy in patients with mandibular fractures.

**Key words:** mandibular fractures, neuropathy, trigeminal nerve.

**Введение.** Вопросам изучения особенностей клиники, диагностики и лечения повреждений челюстно-лицевой области уделяется большое внимание как отечественными, так и зарубежными исследователями и клиницистами [1, 2]. Вместе с тем вопросы диагностики и лечения механической травмы лица до настоящего времени не теряют своей актуальности и находятся в центре внимания многих исследователей [3].

**Ответственный автор** — Бахтеева Галия Рифатовна.  
Адрес: г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.  
Тел.: 8-905-387-47-98, 28-88-20.  
E-mail: g\_bahteeva@mail.ru.

Причин возникновения осложнений после травмы нижней челюсти достаточно много. Среди них главные: позднее обращение больного за врачебной помощью, плохая иммобилизация отломков, недостаточная репаративная способность костной ткани, нарушение ее трофики, инфицирование раны, снижение резистентности организма [4]. Как правило, трофические расстройства в костной ткани связаны с нарушением ее иннервации. С другой стороны, большой удельный вес болевых синдромов лица неврогенного происхождения, их мучительный характер, проблемы диагностики и лечения предопреде-

ляют значимость этой патологии как в научном, так и в практическом плане.

**Цель:** изучение стоматологического статуса и неврологической симптоматики у больных с переломами нижней челюсти для совершенствования диагностики, прогнозирования течения репаративных процессов и применения профилактических мер воспалительных осложнений.

**Методы.** Под наблюдением находились 132 пациента с переломами нижней челюсти различной локализации, поступившие в стационар не позднее трех суток после получения травмы, и группа сравнения, состоящая из 15 практически здоровых людей. Все обследованные пациенты были мужского пола без сопутствующих заболеваний. Возраст больных колебался от 21 до 60 лет.

В группу больных с неосложненными переломами нижней челюсти вошли 79 пациентов с нарушениями чувствительности в виде гиперестезии и гипестезии, в группу больных с осложненными переломами нижней челюсти — 53 пациента с нарушениями чувствительности в виде гипестезии и без них, поступившие в отделение с нагноением костной раны (30 человек) и мягких тканей (23 человека). У 33 из них в дальнейшем наблюдалось развитие травматического остеомиелита, замедленной консолидации отломков, ложного сустава и неправильного сращения отломков. В группе с неосложненными переломами нижней челюсти у 4 больных в отдаленные сроки (через 1 месяц) после травмы наблюдалось неправильное сращение и замедленная консолидация отломков.

Стоматологический статус больных включал в себя клиническое обследование: выяснение причин травмы, жалоб (особо уделялось внимание наличию онемения кожи лица, выраженной боли, парестезий), внешний осмотр челюстно-лицевой области, определение локализации перелома с помощью проведения проб и определения нагрузочных симптомов, наличие гематом и отека мягких тканей, смещение костных отломков, нарушение прикуса.

Оценка болевого синдрома, наблюдавшегося у больных в зоне иннервации тройничного нерва, проводилась с помощью шкалы для измерения интенсивности болевых ощущений и потребности в анальгетиках [5]. Это позволяло стандартизировать показатели боли при выяснении жалоб больных и оценить эффективность лечения.

Зоны гипестезии и гиперестезии выявлялись у больных при исследовании поверхностной (болевой, температурной и тактильной) и глубокой чувствительности кожи лица.

Состояние двигательной порции третьей ветви тройничного нерва оценивали путем пальпации жевательных и височных мышц, по данным электромиографии (ЭНМГ), в отдаленные сроки по наличию атрофии жевательных мышц на стороне поражения и нарушению траектории движения нижней челюсти.

Исследование болевой чувствительности зубов проводилось с помощью цифрового тестера для определения жизнеспособности пульпы «Digitest». Данное исследование проводилось в день поступления и на 10-й день лечения.

Электрофизиологическое исследование, кроме ЭНМГ, включало регистрацию тригеминальных соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП).

В группе практически здоровых людей было обследовано 15 человек. Им проводилось исследование поверхностной (болевой, температурной и так-

тильной) и глубокой чувствительности кожи лица, электроодонтодиагностика (ЭОД), ЭНМГ, регистрация тригеминальных ССВП.

**Результаты.** В целях изучения заинтересованности тройничного нерва при переломах нижней челюсти нами было обследовано 66 пациентов с неосложненными и осложненными переломами нижней челюсти до проведения традиционного лечения.

При объективном и рентгенологическом обследовании было обнаружено, что из 39 пациентов с неосложненными переломами нижней челюсти у 23 смещение костных отломков отсутствовало или было невыраженным (0,5–0,7 см). У этих больных преобладали жалобы на болевые ощущения, прикус нарушен не был. У 16 пациентов с неосложненными переломами нижней челюсти преобладали жалобы на онемение кожи подбородка и нижней губы. У двух из них смещение костных отломков не выявлено. У 9 пациентов зафиксировано нарушение прикуса по типу открытого, глубокого, перекрестного, у 7 — нарушений прикуса нет.

При исследовании двигательной порции тройничного нерва нарушения выявлены у 30,8% больных (при пальпации жевательных и височных мышц у 12 пациентов обнаружен гипертонус на стороне поражения).

Анализ жалоб показал, что у всех больных с травмой в день поступления в стационар отмечалась выраженная интенсивность болевых ощущений. Наиболее высокие показатели интенсивности болевых ощущений были у больных с неосложненными переломами, сопровождаемыми гиперестезией, и с осложненными переломами в стадии обострения, сопровождаемыми расстройствами чувствительности. В группе практически здоровых людей интенсивность болевых ощущений составила 0 баллов.

Потребность в анальгетиках в день поступления была высокой, т.е. более 90% больных принимали ненаркотические анальгетики, из них у 7% обезболивающий эффект отсутствовал.

Нарушения чувствительности у больных с переломами нижней челюсти регистрировались в виде сенсорно-парестетических расстройств (гиперестезии — 59,5% и гипестезии — 40,5%). У 23 пациентов с неосложненными переломами нижней челюсти были выявлены гиперестетические расстройства, при этом чаще нарушалась болевая в 100% (23 человека) и тактильная в 78,3% (18 человек) чувствительность. Участки гиперестезии локализовались на коже лица соответственно области перелома, слизистой оболочке альвеолярной части нижней челюсти. В 50% случаев гиперестезия наблюдалась при переломах подбородочного отдела и области ментального отверстия нижней челюсти, в 33,4% — при ангулярных переломах, в 16,6% — при переломах в области тела нижней челюсти.

У 16 пациентов с неосложненными переломами нижней челюсти были обнаружены гипестетические расстройства. При этом чаще нарушалась тактильная и температурная чувствительность — в 62,5% (у 10 человек), встречались случаи нарушения глубокой чувствительности — в 31,3% (5 человек).

Зона снижения чувствительности локализовалась чаще всего на коже нижней губы и в области подбородка. В полости рта гипестетические расстройства фиксированы на слизистой оболочке в области перелома и дистально от него.

При проведении клинических методов исследования у 13 больных с осложненными переломами нижней челюсти сенсорно-парестетические рас-

стройства не выявлены. У 14 (51,8%) больных обнаружены гипестетические расстройства. Среди них нарушения тактильной чувствительности выявлены у 57,1% (8 человек), температурной — у 50% (7 человек), случаи нарушения глубокой чувствительности составили 21,4% (3 человека).

В группе практически здоровых людей расстройств чувствительности обнаружены не были.

ЭОД в день поступления проводилась на всех зубах нижней челюсти пациентов с неосложненным и осложненным течением переломов, кроме зубов в щели перелома, которые удалялись по показаниям. Выделены следующие виды нарушений чувствительности зубов при переломах нижней челюсти: изолированные и множественные. При изолированных расстройствах чувствительности ЭОД зубов в щели перелома демонстрировала повышение порога возбудимости до  $108,73 \pm 4,57$ , соседних зубов — до  $83,16 \pm 3,14$ .

При множественных расстройствах чувствительности получены следующие данные: показатели электровозбудимости резцов приближены к нормальным, несмотря на локализацию перелома в подбородочном отделе нижней челюсти. При переломах другой локализации показатели ЭОД резцов вообще не превышают норму. Это связано с двусторонней иннервацией резцов. При переломах подбородочного отдела нижней челюсти страдает иннервация клыков и малых коренных зубов. При переломе в области тела нижней челюсти снижается чувствительность с 4-го по 7-й зуб. При переломе в области угла нижней челюсти наиболее часто наблюдаются повреждения тройничного нерва и, соответственно, расстройства чувствительности. При этом повышается порог болевой чувствительности с 5-го по 8-й зуб, менее глубокие нарушения были в области 1–4-го зубов. Показатели электровозбудимости зубов при осложненном течении переломов нижней челюсти выше показателей при неосложненном течении. Отсюда можно сделать вывод, что при осложненном течении переломов усугубляются имеющиеся нарушения нервного аппарата зубов. Возможно, эти нарушения способствуют развитию осложнений переломов нижней челюсти.

Анализ данных ЭНМГ у больных с неосложненными переломами нижней челюсти в день поступления при гиперестетических расстройствах выявил признаки легкого аксонального поражения двигательной порции тройничного нерва (удлинение латентного периода рефлекторного ответа).

При гипестетических расстройствах выявлены признаки аксонально-демиелинизирующего поражения двигательных волокон тройничного нерва (выраженное удлинение раннего и позднего компонентов рефлекторного ответа на 50 и 20% соответственно), значительное снижение скорости проведения импульсов по афферентным волокнам тройничного нерва на 31%.

Исследование тригеминальных ССВП при гиперестетических расстройствах установило наличие периферического структурного поражения, что проявлялось увеличением латентных периодов ранних и поздних компонентов ССВП, уменьшением их амплитуды. У больных с гипестетическими нарушениями в 10% случаев ранние компоненты выпадали, последующие колебания являлись низкоамплитудными.

У больных с осложненными переломами нижней челюсти без выявленных объективными методами сенсорно-парестетических расстройств при электро-

физиологическом исследовании в 56% случаев обнаружены признаки повреждения тройничного нерва (легкое аксональное поражение двигательной порции тройничного нерва), у остальных кривые ЭНМГ и тригеминальных ССВП здоровой и пораженной стороны мало отличались. У больных с гипестетическими расстройствами при электрофизиологическом исследовании определялись признаки аксонально-демиелинизирующего поражения двигательных волокон тройничного нерва. На кривой ССВП зарегистрировано увеличение латентного периода, уменьшение амплитуды ранних компонентов, повышение порога начального ощущения электрического стимула, в 17% случаев выпадали наиболее ранние компоненты, что указывает на выраженный структурный дефект.

При клиническом и инструментальном обследовании пациентов с неосложненными переломами нижней челюсти поражение нервного волокна выявлено в 100% случаев. При осложненном течении переломов при выявленных клинически сенсорно-парестетических расстройствах признаки заинтересованности тройничного нерва выявлены в 51,8% случаев. У больных с отсутствием сенсорно-парестетических расстройств с помощью электрофизиологических методов заинтересованность тройничного нерва при переломах нижней челюсти выявлена еще в 26,9% случаев. Таким образом, общие показатели повреждения тройничного нерва при осложненных переломах нижней челюсти составляют 77,8% случаев.

**Обсуждение.** Все больные с неосложненными и осложненными переломами нижней челюсти были обследованы на наличие сенсорно-парестетических расстройств. Нарушения чувствительности были выявлены в виде гиперестезии (легкая степень повреждения) и гипестезии (тяжелая степень повреждения). Чаще встречались гиперестетические расстройства чувствительности (причем в половине случаев они наблюдались при переломах подбородочного отдела нижней челюсти и области ментального отверстия), которым соответствовали высокая интенсивность болевых ощущений, частое употребление анальгетиков, при электрофизиологическом исследовании — признаки легкого аксонального поражения двигательной порции третьей ветви тройничного нерва, наличие периферического структурного поражения.

Гипестетические расстройства в основном наблюдались при переломах в области угла нижней челюсти с выраженным смещением костных отломков. Субъективно эти виды расстройств чувствительности сопровождались онемением кожи подбородка и нижней губы и слизистых, зубов соответствующей стороны. При электрофизиологическом исследовании обнаружены признаки аксонально-демиелинизирующего поражения двигательных волокон тройничного нерва, выпадение ранних компонентов, снижение амплитуды колебаний.

Независимо от вида повреждения периферического нерва наблюдаются нейротрофические изменения в тканях, им иннервируемых. Поврежденные нервы могут вовлекаться в процесс рубцевания, что проявляется резкой болезненностью и расстройствами трофики, а впоследствии может быть причиной осложнения переломов

При обследовании больных с осложненными переломами нижней челюсти у половины выявлены сенсорно-парестетические расстройства, причем эти нарушения чувствительности носили тяжелый характер — являлись гипестетическими.

**Заключение.** При обследовании пациентов с несложненными переломами нижней челюсти поражение нервного волокна выявлено в 100% случаев (59,5% — гиперестетические расстройства, 40,5% — гипестетические расстройства чувствительности на различные виды раздражителей). Следовательно, уходя на второй план, неврологическая симптоматика влияет на течение и заживление переломов нижней челюсти. Сенсорно-парестетические расстройства в виде гиперестезии после проводимой терапии нивелируются либо переходят в более выраженную форму — гипестетические нарушения. Несложненные переломы нижней челюсти, сопровождающиеся гипестетическими нарушениями чувствительности, в большинстве случаев осложняются. В нашем исследовании сенсорно-парестетические расстройства при осложненном течении переломов обнаружены у 77,8% больных. Несомненна заинтересованность тройничного нерва в развитии осложнений переломов, что подтверждено в нашей работе. Таким образом, проведенное исследование позволит практикующему врачу без проведения дополнительных методов достоверно предположить возможную неврологическую симптоматику, скорость восстановления тройничного нерва и провести коррекцию терапии у больных с переломами нижней челюсти.

**Конфликт интересов.** Работа выполнена в рамках НИР кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Спонсоров нет. Коммерческой заинтересованности отдельных физических или юридических лиц в результатах работы нет. Наличия в рукописи описания объектов патентного или любого другого вида прав (кроме авторского) нет.

#### Библиографический список

1. Особенности проявления вегетативных реакций у больных с переломами нижней челюсти / А.В. Лепилин, Н.Л. Ерокина, О.В. Прокофьева, Г.Р. Бахтеева, Т.В. Рогатина, О.В. Жилкина // Российский стоматологический журнал. 2011. № 5. С. 25–27.

2. A retrospective study of mandibular fracture in a 40-month period / F. P. de Matos, M. F. Arnez, C. E. Sverzut, A. E. Trivellato // J. Oral. Maxillofac. Surg. 2009. Vol. 13. P. 106–108.

3. Выбор метода иммобилизации отломков нижней челюсти у больных с хроническим генерализованным пародонтитом / Н.Л. Ерокина, А.В. Лепилин, Я.А. Ляпина, О.В. Прокофьева // Новые технологии в стоматологии и имплантологии: сб. тр. 10-й Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Саратов: Изд-во СГМУ, 2010. С. 60–62.

4. Нейрофизиологическая оценка состояния тройничного нерва у больных с переломами нижней челюсти / А.В. Лепилин, Г.Р. Бахтеева, Т.В. Рогатина, С.С. Савельева // Новые технологии в стоматологии и имплантологии: сб. тр. 10-й Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Саратов: Изд-во СГМУ, 2010. С. 90–91.

5. Ланцев Е.А., Смирнов А.А. Использование чрескожной электронейростимуляции для послеоперационной анальгезии у родильниц, перенесших кесарево сечение // Анестезиология и реаниматология. 1990. № 6. С. 66–69.

#### Translit

1. Osobennosti projavlenija vegetativnyh reakcij u bol'nyh s perelomami nizhnej cheljusti / A.V. Lepilin, N.L. Erokina, O.V. Prokof'eva, G.R. Bahteeva, T.V. Rogatina, O.V. Zhilkina // Rossijskij stomatologičeskij žurnal. 2011. № 5. S. 25–27.

2. A retrospective study of mandibular fracture in a 40-month period / F. P. de Matos, M. F. Arnez, C. E. Sverzut, A. E. Trivellato // J. Oral. Maxillofac. Surg. 2009. Vol. 13. P. 106–108.

3. Vybor metoda immobilizacii otlomkov nizhnej cheljusti u bol'nyh s hroničeskim generalizovannym parodontitom / N.L. Erokina, A.V. Lepilin, Ja.A. Ljapina, O.V. Prokof'eva // Novye tehnologii v stomatologii i implantologii: sb. tr. 10-j Vseros. nauch.-prakt. konf. s mezhdunar. uchastiem. Saratov: Izd-vo SGMU, 2010. S. 60–62.

4. Nejrofiologičeskaja ocenka sostojanija trojnichnogo nerva u bol'nyh s perelomami nizhnej cheljusti / A.V. Lepilin, G.R. Bahteeva, T.V. Rogatina, S.S. Savel'eva // Novye tehnologii v stomatologii i implantologii: sb. tr. 10-j Vseros. nauch.-prakt. konf. s mezhdunar. uchastiem. Saratov: Izd-vo SGMU, 2010. S. 90–91.

5. Lancev E.A., Smirnov A.A. Ispol'zovanie chreskoznohnoj jelektronejrostimuljacii dlja posleoperacionnoj analgezii u rodil'nic, perenessih kesarevo sechenie // Anesteziologija i reanimatologija. 1990. № 6. S. 66–69.

УДК 616.89–008.441.44-02-056 (048.8)

Обзор

### ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ (ОБЗОР)

**Е. В. Бачило** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, врач-ординатор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии; **Ю. Б. Барыльник** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, доктор медицинских наук; **А. А. Антонова** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, врач-ординатор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии.

### RISK FACTORS FOR SUICIDAL BEHAVIOR (REVIEW)

**E. V. Bachilo** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, post-graduate; **J. B. Baryl'nik** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Doctor of Medical Science ce; **A. A. Antonova** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, post-graduate.

Дата поступления — 14.05.2012 г.

Дата принятия в печать — 28.05.2012 г.

**Бачило Е.В., Барыльник Ю.Б., Антонова А.А. Факторы риска развития суицидального поведения (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 403–409.**

Представлены данные о факторах риска, которые способствуют развитию суицидального поведения. На развитие суицидального поведения влияет целый ряд факторов: пол, возраст, место проживания, профессия, семейное положение, состояние здоровья и т.д. Отмечается влияние экономических и социальных факторов на уровень суицидальной активности населения. Наблюдаются взаимосвязи между психическими расстройствами, наркологическими заболеваниями (особенно алкоголизм) и суицидом. При наличии многочисленных исследований в области суицидологии целый ряд проблем остаётся неразрешённым. Необходимо их дальнейшее изучение. Особо следует отметить значимость «региональных» факторов риска, которые оказывают наибольшее влияние на формирование суицидального поведения в отдельно взятом регионе.

**Ключевые слова:** фактор риска, влияние, суицид, суицидальное поведение.