

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ



Сборник научных статей
Республиканской научно-практической конференции
и 27-й итоговой научной сессии
«Гомельского государственного медицинского университета
(Гомель, 2–3 ноября 2017 года)

Основан в 2000 г.

Гомель
ГомГМУ
2018

Сборник содержит результаты анализа актуальных проблем медицины в Республике Беларусь по следующим разделам: радиационная медицина, радиобиология, кардиология, кардиохирургия, хирургические болезни, гериатрия, инфекционные болезни, травматология и ортопедия, оториноларингология, офтальмология, неврологические болезни, нейрохирургия, медицинская реабилитация, внутренние болезни, педиатрия, акушерство и гинекология, общественное здоровье, здравоохранение, гигиена, анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия и др. Представлены рецензированные статьи, посвященные последним достижениям медицинской науки.

Редакционная коллегия: *А. Н. Лызиков* — доктор медицинских наук, профессор, ректор; *Е. В. Воропаев* — кандидат медицинских наук, доцент, проректор по научной работе; *А. Л. Калинин* — доктор медицинских наук, доцент, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней; *В. Я. Латышева* — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии; *Т. М. Шаршакова* — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; *В. Н. Бортновский* — кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой общей гигиены, экологии и радиационной медицины; *А. И. Грицук* — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой биологической химии; *И. А. Новикова* — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики, иммунологии и аллергологии; *Т. Н. Захаренкова* — кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой акушерства и гинекологии; *С. Н. Бордак* — кандидат философских наук, доцент, зав. кафедрой общественно-гуманитарных наук; *З. А. Дундаров* — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней № 2 с курсами детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии; *И. Л. Кравцова* — кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой гистологии, цитологии и эмбриологии; *Д. П. Саливончик* — доктор медицинских наук, доцент, зав. кафедрой внутренних болезней № 3, поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсами дерматовенерологии и медицинской реабилитации; *Т. С. Угольник* — кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой патологической физиологии.

Рецензенты: доктор биологических наук *С. Б. Мельнов*; кандидат медицинских наук, доцент, проректор по лечебной работе *Д. Ю. Рузанов*.

Актуальные проблемы медицины: сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции и 27-й итоговой научной сессии Гомельского государственного медицинского университета (Гомель, 2–3 ноября 2017 года) / А. Н. Лызиков [и др.]. — Элект. текст. данные (объем 10,0 Mb). — Гомель: ГомГМУ, 2018. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — Систем. требования: IBM-совместимый компьютер; Windows XP и выше; ОЗУ 512 Мб; CD-ROM 8-х и выше. — Загл. с этикетки диска.

ISBN 978-985-588-008-1

УДК 61.002.5

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет, 2017

Разработанный метод хирургического лечения с одномоментным челюстно-лицевым протезированием дефектов средней зоны лица в комплексе с мероприятиями медицинской реабилитации пациентов, включающим физические методы реабилитации, психологическую коррекцию, логопедические упражнения, позволил сохранить нормальное функционирование жевательного аппарата, восстановить функции глотания и звуковой речи в раннем послеоперационном периоде. Продолжение реабилитационных мероприятий в домашних условиях в соответствии с разработанными рекомендациями способствовало быстрой социальной адаптации пациентов.

Анализ эффективности медицинской реабилитации с учетом разработанных критериев определения степени функциональных нарушений (открывания рта, глотания, голоса и речи) показал, что удовлетворительный и относительно удовлетворительный эффект лечебно-реабилитационных мероприятий достигнут у всех пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Методические основы изучения качества жизни больных с челюстно-лицевыми дефектами / А. С. Арутюнов [и др.] // Российский стоматологический журнал. — 2009. — № 3. — С. 51–54.
2. Chigurupati, R. Quality of life after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation / R. Chigurupati, N. Aloor, R. Salas // J Oral Maxillofac Surg. — 2013. — Vol. 71, № 8. — P. 1471–1478.
3. Медицинская реабилитация онкологических больных с дефектами верхней челюсти / В. М. Чучков [и др.] // Стоматология. — 2009. — № 2. — С. 50–53.
4. Чуркин, А. Ю. Реабилитация больных после резекции верхней челюсти с применением модифицированных комбинированных формирующих конструкций непосредственного и отдаленного протезирования: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / А. Ю. Чуркин. — Воронеж: Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко Министерства здравоохранения и социального развития, 2010. — 23 с.
5. Maxillary obturator prosthesis rehabilitation following maxillectomy for ameloblastoma: case series of five patients / B. I. Omondi [et al.] // Int J Prosthodont. — 2004. — Vol. 17, № 4. — P. 464–468.

УДК 616.8-009.7 : 615.825

КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Березуцкий В. И.

Государственное учреждение
«Днепропетровская медицинская академия»
г. Днепр, Украина

Введение

Распространенность дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника невероятно высока и продолжает расти, что определяет высокую временную нетрудоспособность и снижение качества жизни у очень широких слоев населения. Основными клиническими проявлениями остеохондроза позвоночника, приводящими к нетрудоспособности, являются разнообразные вертеброгенные болевые синдромы (ВБС): цервикалгия, торакалгия, люмбалгия, ишиалгия. Хронический характер этих болевых синдромов ограничивает возможности медикаментозных средств и делает актуальным разработку физиотерапевтических методов. Среди множества методик, способных влиять на патогенез ВБС, особый интерес вызывает кинезиотейпирование (КТ), получивший широкое применение в спортивной медицине. КТ представляет собой реабилитационную методику, обеспечивающую максимальную функциональность пораженного сустава или мышцы при помощи фиксации тейпами (клеякими эластическими лентами). Многочисленные исследования применения КТ в спортивной медицине отмечают положительное влияние методики на силу мышц, объем движений в суставе и микроциркуляцию околоуставных тканей [1]. Все это делает актуальным изучение возможности применения методики КТ для симптоматического или патогенетического лечения ВБС.

Цель

Изучить по данным научной литературы возможности применения КТ в лечении ВБС.

Материал и методы исследования

Проведен анализ научной литературы, посвященной применению КТ в лечении ВБС за последние 10 лет. Поиск проводился в журналах, индексирующихся в наукометрических базах Scopus и Web of Science.

Результаты исследования и их обсуждение

Патогенез ВБС связан с нарушением тонуса мышц (спазм), нарушением микроциркуляции околоуставных тканей и лимфатического оттока. Даже предварительное ознакомление с механизмами влияния КТ на мышцы и суставы позволяет сделать вывод о целесообразности применения метода в лечении ВБС. В зависимости от способа наложения кинезиотейпа (в растянутом или нерастянутом виде) его эластичность позволяет фиксировать неспособные к растяжению связки либо напротив — дополнительно их растягивать. В обоих случаях кожа над отечным участком механически приподнимается, что оптимизирует лимфодренаж, тем самым уменьшает боль. Благодаря термочувствительному клеящему слою кинезиотейп плотно прилегает к коже и стимулирует ее рецепторы: общность иннервации кожи, суставных и околоуставных тканей определяет активацию проприорецепторов мышц и суставов. Конечным результатом такой стимуляции является активация микроциркуляции в зоне наложения кинезиотейпа, повышение эластических свойств фасций, сухожилий и мышц. Кинезиотейп возбуждает рецепторы кожи, мышца, сухожилий и суставов, воздействуя на кожно-кинетическую чувствительность через миототический рефлекс: в итоге сигнал попадает на тормозные вставочные нейроны спинного мозга, которые ингибируют активность альфа-мотонейронов [2].

«Расслабляющие» и «тонизирующие» методики наложения тейпов апробированы в сравнительных исследованиях эффективности различных методов лечения ВБС и продемонстрировали свою эффективность и безопасность при восстановлении нарушенной биомеханики движений. При использовании в КТ в комплексном лечении ВБС метод позволял снизить дозировки или вовсе отказаться от применения медикаментозных препаратов (прежде всего — нестероидных противовоспалительных средств). Это не только делало лечение менее безопасным, но и снижало его стоимость. Одним из наиболее частых ВБС является цервикалгия. Особенностью этого ВБС является частое сочетание с вертебро-висцеральными нарушениями в виде вертеброгенной артериальной гипертензии. Раздражение шейных сегментов спинного мозга сопровождается реакцией шейных ганглиев, что приводит к повышению активности симпатического отдела вегетативной нервной системы и проявляется в виде тахикардии и повышения тонуса сосудов. Еще чаще биомеханические нарушения в дугоотростчатых и унковертебральных суставах шейных позвоночных двигательных сегментов приводят к сосудистой головной боли, получившей название «цервикогенной головной боли». Изменения в шейном отделе приводят к изменению церебральной гемодинамики, как в системе вертебробазиллярного, но и каротидного бассейна, что приводит не только к головной боли, но и к головокружению, а также к нарушениям зрения. Трехнедельное рандомизированное сравнительное исследование эффективности КТ и мобилизации по В. R. Mulligan при цервикалгии на фоне шейного спондилеза продемонстрировало высокую эффективность и бесспорные преимущества КТ. Восстановление нормального тонуса мышц шеи при помощи наложения эластических тейпов сопровождалось купированием болевого синдрома и восстановлением объема движений во всех сегментах шейного отдела позвоночника [3].

Не менее часто встречаются вертеброгенные межреберные невралгии, которые не только нарушают трудоспособность больного, но и создают значительные трудности в диагностике. В зависимости от локализации пораженного сегмента позвоночника межреберная невралгия «симулирует» клиническую картину заболеваний сердца, бронхов, почек, печени и желчного пузыря. Проприоцептивный механизм патологической импульсации реализуется через передачу из пораженного межпозвонкового сустава болевого сигнала в проекционную зону дерматомата, миотома и склеротома. Через спиноталамический путь импульс достигает коры больших полушарий головного мозга, поэтому боли, связанные с поражением позвоночника, проецируются в область сердца, нередко имитируя стенокардитический болевой синдром.

Кроме того, поражение грудного отдела позвоночника часто сопровождается соответствующими вертебро-висцеропатическими синдромами со стороны сердца, желчного пузы-

ря. Компенсаторные биомеханические нарушения в выше- и нижележащих сегментах позвоночника вызывают в них соответствующие деформации, которые в свою очередь усугубляют общую картину заболевания. Применение мышечных и сухожильных методик КТ позволяет достаточно быстро устранить как первичные, так и вторичные нарушения тонуса мышц грудной клетки и туловища, что подтверждается результатами многочисленных исследований. Важным эффектом КТ является способность улучшать проприоцепцию суставов (в том числе межпозвонковых) и постуральный контроль. Патогенез ВБС отчасти связан с нарушениями проприоцептивной функции сустава, поэтому восстановление или улучшение этой функции весьма благоприятно влияет на выраженность боли. Компенсаторный спазм мышц всегда приводит к сдавливанию сосудов, что сопровождается венозным и лимфатическим отеком межпозвонкового сустава, а также нарушением микроциркуляции околоуставных тканей. Неудивительно, что лимфодренажные методики КТ также подтвердили свою эффективность в лечении ВБС.

Поясничная боль — люмбалгия, часто сопровождается раздражением седалищного нерва (ишиалгия), ей принадлежит пальма первенства как по частоте встречаемости, так и по длительности вызываемой потери трудоспособности. Как и при остальных ВБС, основная причина боли — нарушение тонуса мышц (в данном случае — поясничного отдела позвоночника). Обширный обзор многочисленных исследований применения КТ в лечении поясничной боли указывает на высокую эффективность методики [4]. Сравнение эффективности КТ со многими другими физиотерапевтическими методиками показало ее существенные преимущества в восстановлении нормального тонуса мышц как поясничной области, так и вовлекаемых в патологический процесс близлежащих областей: мышц брюшного пресса, ягодичных мышц и мышц спины.

КТ показало высокую эффективность даже в случае ВБС, вызванного остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, осложненного развитием грыж межпозвонковых дисков. 12-недельный курс КТ (аппликация кинезиотейпов осуществлялась раз в неделю) привел к купированию люмбалгии и ишиалгии, а также восстановлению полноценного объема движений в поясничном отделе позвоночника у большинства пациентов основной группы. Уже на первой неделе лечения в группе КТ количество принимаемых для обезболивания нестероидных противовоспалительных препаратов было в 2 раза ниже, чем в группе контроля (для исключения эффекта плацебо накладывались «муляжи» тейпов) [5]. В патогенезе ишиалгии всегда или почти всегда важную роль играет спазм грушевидной и ягодичной мышц. Снижение тонуса грушевидной и ягодичной мышц на стороне поражения всегда сопровождается ослаблением интенсивности ишиалгии, применение «расслабляющих» мышечных методик при ишиалгии оправдало ожидания и привело к ослаблению боли. Полезными оказались и лимфодренажные эффекты КТ, которые позволяли уменьшить отечность и ослабить или устранить нарушения чувствительности по ходу заинтересованного седалищного нерва.

По результатам нескольких исследований КТ показало свою самодостаточность при неспецифической люмбалгии, хотя и не дало дополнительных преимуществ пациентам, проходящим одновременно курс мануальной терапии и лечебной физкультуры. КТ ни в коем случае не следует расценивать как замену хорошо известным физиотерапевтическим методикам и лечебной физкультуре. Это эффективное дополнение в комплексной патогенетической терапии ВБС, которое в ряде случаев может служить разумной альтернативой массажу, мануальной терапии, физиотерапевтическим аппаратным процедурам и медикаментозному лечению (при невозможности применения или наличии противопоказаний к этим методикам). Чаще всего такая ситуация возникает при наличии ВБС у беременных и у больных пожилого возраста. Ряд исследований, изучавший возможности применения КТ для лечения ВБС у данных категорий пациентов, подтвердил высокую эффективность методики.

Заключение

Кинезиотейпирование является эффективным и безопасным дополнительным методом лечения вертеброгенных болевых синдромов, что делает целесообразным широкое применение метода в неврологической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Vyshlova, I.* Epidemiology of vertebrogenic pain syndromes / I. Vyshlova, I. Azoidis, S. Karpov // *European Journal of Neurology*. — 2016. — № 23. — P. 293–299.
2. *Kasatkin, M.* Kinesio taping: main rules of kinesio taping applications. / M. Kasatkin // *Sports Medicine: Research and Practice*. — 2015. — № 3. — P. 65–68.
3. *Copurgensli, C.* A comparison of the effects of Mulligan's mobilization and Kinesio taping on pain, range of motion, muscle strength, and neck disability in patients with Cervical Spondylosis: A randomized controlled study / C. Copurgensli, G. Gur, V. Tunay // *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*. — 2017. — Т. 30, № 1. — P. 51–62.
4. *Nelson, N. L.* Kinesio taping for chronic low back pain: a systematic review / N. L. Nelson // *Journal of bodywork and movement therapies*. — 2016. — № 3. — P. 672–681.
5. *Keles, B. Y.* Kinesio Taping in patients with lumbar disc herniation: A randomised, controlled, double-blind study / B. Y. Keles, E. Y. Yalcinkaya, B. Gunduz // *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*. — 2017. — № 3. — P. 543–550.

УДК 616.155.83.618.3

МУЗЫКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Березуцкий В. И.

Государственное учреждение
«Днепропетровская медицинская академия»
г. Днепр, Украина

Введение

Психологическое состояние женщины во время беременности во многом определяет физиологические параметры не только будущей матери, но и плода. Поэтому контролю эмоционального состояния беременных уделяется особо внимание. Поскольку применение медикаментозных препаратов для контроля эмоционального состояния беременных нежелательно, существенно возрастает роль немедикаментозных средств психотерапевтического воздействия. Набирающая популярность в последнее десятилетие музыкальная терапия (МТ) представляется весьма перспективной, так как ее эффективность и безопасность в качестве психотерапевтической методики доказана многочисленными исследованиями. Ряд исследований проведен и с участием беременных, что делает актуальным анализ и обобщение полученного исследователями опыта.

Цель

Изучить по данным научной литературы возможности применения МТ коррекции психологического состояния беременных.

Материал и методы исследования

Проведен анализ научной литературы, посвященной применению МТ с целью коррекции психологического состояния беременных. Поиск проводился за последние 10 лет в журналах, индексирующихся в наукометрических базах Scopus и Web of Science.

Результаты исследования и их обсуждение

Многолетние практические наблюдения и научные исследования свидетельствуют о том, что даже физиологическое протекание беременности всегда сопровождается психовегетативными расстройствами, проявляющимися затруднением психологической адаптации, эмоциональной неустойчивостью и снижением настроения. Уровень личностной тревожности неуклонно растет на всем протяжении беременности и достигает пика в предродовый период. Установлена сильная корреляция между выраженностью нарушений психологического статуса и течением гестационного процесса: у беременных с доназологическими психики осложнения во время беременности и родов возникают в 3 раза чаще, чем у женщин без нарушений. Нередко у беременных развивается астено-депрессивный и тревожно-депрессивный синдромы. Высокий уровень тревожности приводит к повышению активности симпатического отдела вегетативной нервной системы, что приводит к повышению тонуса сосудов и увеличению частоты сердечных сокращений (ЧСС). Такие нарушения гемодинамики проявляются сначала колебаниями артериального давления (АД), а в последующем приводят и к