

На показатель выживаемости онкологических больных, помимо степени развития опухолевого процесса, наличия регионарных и отдаленных метастазов, макроскопической формы роста опухоли и ее гистологической структуры влияют и другие факторы: локализация опухоли, степень злокачественности опухолевого процесса, сопутствующие заболевания, возраст больного, а также методы лечения и реабилитационные мероприятия.

На современном этапе развития онкологии одним из наиболее важных аспектов противораковой борьбы является изучение отдаленных результатов лечения больных со злокачественными новообразованиями. С помощью показателя выживаемости можно судить об эффективности лечения и качестве медицинского обслуживания, а также строить определенные прогнозы [3].

Внедрение ПРР на территории Краснодарского края позволило проводить адекватную оценку состояния онкологической помощи населению, обеспечило возможность оптимизации лечебного процесса и диспансерного наблюдения за больными со злокачественными новообразованиями. В целом автоматизированная система учета онкологических больных является наиболее эффективным, приемлемым и удобным средством накопления, хранения и анализа данных об онкологической ситуации в крае.

Представленные статистические данные с учетом структуры онкопатологии, возрастных и территориальных особенностей могут служить базой для перспективного планирования онкологической помощи и целенаправленных мероприятий противораковой борьбы.

© Коллектив авторов, 2014
УДК 614.2:616.314-082:618.6

Куликова Н. Г.¹, Омельчук Н.Н.¹, Зеленский В.А.², Ткаченко А.С.²

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

¹Российский университет дружбы народов, 117198, Москва, Россия;
²Ставропольский медицинский университет, 355000, Ставрополь, Россия

Авторы впервые получили следующие данные: медико-социальные аспекты женщин со стоматологической патологией в послеродовом периоде, характеризующиеся возрастными, профессиональными, образовательными и организационными аспектами; о влиянии особенностей организации медико-стоматологической помощи женщинам в послеродовом периоде; результаты опроса женщин в послеродовом периоде с применением анкеты, предназначенной для выявления стоматологических заболеваний.

Ключевые слова: *первичная заболеваемость; стоматологическая заболеваемость; женщины репродуктивного возраста; послеродовой период; организация медицинской помощи; стоматологическая медицинская помощь.*

THE ORGANIZATION OF MEDICAL STOMATOLOGICAL CARE OF WOMEN IN POST-NATAL PERIOD

Kulikova N.G.¹, Omeltchuk N.N.¹, Zelenskiy V.A.², Tkachenko A.S.²

¹The peoples' friendship university of Russia, 117198 Moscow, Russia;
²The Stavropol medical university, 355000 Stavropol, Russia

The article presents the following new data. The medical social aspects of women with stomatological pathology during post-natal period are characterized by age gender, professional, educational and organizational aspects. The issues of impact of characteristics of medical stomatological care of women in post-natal period are considered. The results of survey of women in post-natal period using questionnaire targeted to detection of stomatological diseases are presented.

Key words: *primarily morbidity; stomatological morbidity; women of reproductive age; post-natal period; organization of medical care; stomatological medical care.*

Здравоохранению любой страны приходится решать проблемы управления материально-финансовым и ресурсно-кадровым потенциалом на разных уровнях здравоохранения, в том числе личном, семейном, общенациональном, международном и общемировом.

1. Дартау Л.А., Ефремов Л.И. Использование новых информационных технологий для мониторинга и оценки популяционного здоровья. *Здравоохранение Российской Федерации*. 1995; 4: 21—2.
2. Ползик Е.В., Лежнин В.Л., Шутова И.А., Никифоров С.А. Совершенствование технологии скрининга злокачественных новообразований. В кн.: *Проблемы управления качеством онкологической помощи населению Российской Федерации*: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 4—8 июня 2007 г. / Клинический онкологический диспансер МЗ РФ: Труды: Т. 10. Казань; 2007: 153—5.
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., ред. *Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году*. М.: ФГБУ "МНИОИ им. П.А. Герцена" Минздрава России; 2013.

Поступила 13.02.14

REFERENCES

1. Dartau L.A., Efremov L.I. Use of new information technologies for monitoring and an assessment of population health. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 1995; 4: 21—2. (in Russian)
2. Polzik E.V., Lezhnin V.L., Shutova I.A., Nikiforov S.A. Improvement of technology of screening malignant neoplasms. In: *Problem of Quality Management of the Oncological Help to the population of the Russian Federation*: Materials of the Russian Scientific and Practical Conference with the International Participation, on June 4—8, 2007 / The Clinical Oncologic Dispensary of MZ RF: Works: Volume 10. Kazan; 2007: 153—5. (in Russian)
3. Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V., Eds. *The State of the Oncological Help to the Population of Russia in 2012*. [Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V., Eds. Sostojanie onkologicheskoy pomoschi naseleniyu Rossii v 2012 godu]. M.: FGBU "MNI OI im. P.A. Gertsena" Minzdrava Rossii; 2013.

Received 13.02.14

Управление здравоохранением, планирование объемов и видов медицинской помощи выходит за рамки системы здравоохранения, глобализуя их в экономическую проблему в рамках международного сотрудничества [1, 2].

Учитывая то, что снижение уровня заболеваний и стоматологических нарушений у женщин репродуктивного возраста — важнейший приоритет здравоохранения, обоснование экономического компонента проблемы не вызывает сомнений [1, 3]. В значительной степени это относится к женщинам, находящимся в послеродовом периоде, с учетом возрастания у них потребности в стоматологической помощи: у 94,7% в терапевтической стоматологии; у 56,1% в ортопедической; у 2,2% в экстренной хирургической помощи.

В настоящее время приказ от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"» в полной мере раскрывает все законодательные аспекты в отношении порядка выполнения и оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам (женщинам в послеродовом периоде). По результатам профилактических осмотров женщин в послеродовом периоде должны формироваться группы состояния здоровья:

- ◆ I группа — практически здоровые женщины, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении;
- ◆ II группа — женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы;
- ◆ III группа — женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании, при наличии уже имеющегося хронического заболевания, нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях;
- ◆ IV группа — женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара;
- ◆ V группа — женщины с впервые выявленными заболеваниями и по причине хронических заболеваний, нуждающиеся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи.

Женщинам, отнесенным к I и II группам состояния здоровья, рекомендуются профилактические осмотры не реже 1 раза в год, в том числе и у стоматолога женской консультации (I должность врача стоматолога на 40 тыс. взрослого населения, проживающего на обслуживаемой территории женской консультации). Последнее объясняется тем, что в период беременности повышаются риски развития стоматологических заболеваний не только за счет изменений, происходящих в организме женщины, но и за счет ухудшения состояния твердых тканей зубов, вызванных изменениями микрофлоры полости рта и понижением резистентности эмали зуба к воздействиям кислотных компонентов пищи. Вследствие особенностей течения стоматологических заболеваний у беременных женщин, их склонности к прогрессированию и обострению резко возрастает роль и значимость профилактических стоматологических мероприятий. Для достижения максимального эффекта необходимы не только осмотр беременных женщин в течение всего срока беременности и координация работы гинеколога и стоматолога, но и разработка индивидуального плана санаций и лечения в послеродовом периоде, о которых женщина должна быть предупреждена при первом посещении врача стоматолога в женской консультации. Беременные и кормящие пациентки на стоматологическом приеме представляют особую группу риска в связи с необычной психофизиологической сущностью этих периодов жизни женщин. Потребность в стоматологической помощи при беременности обусловлена несколькими обстоятельствами:

- 1) необходимостью плановой санации ротовой полости с целью сохранения общего здоровья матери и тем самым создания наиболее благоприятных условий для развития плода;
- 2) обращаемостью в связи со значительными изменениями в полости рта женщины, характерными для периода беременности и кормления;
- 3) возможностью обострения имевшихся ранее хронических одонтогенных очагов инфекции.

Так, по данным ряда авторов [3], при физиологическом течении беременности распространенность кариеса зубов составляет $91,4 \pm 0,7\%$, заболевания тканей пародонта встречаются в 90% случаев, поражение ранее интактных зубов (с преимущественным острым течением кариозного процесса) — у 38% беременных пациенток. У половины беременных и женщин в послеродовом периоде "гингивиты беременных" наблюдаются при нормальном течении уже на 2—3-м месяце беременности [2]. Со второй половины беременности патологический процесс становится более выраженным и чаще протекает по типу диффузного катарального или гипертрофического гингивита, нередко появляясь в виде полипозных разрастаний десны и эпюлиды. По мере развития беременности пародонтиты непрерывно прогрессируют, и только в послеродовом периоде клиническая картина может улучшиться при достаточно высоком иммунном статусе пациенток и участии во всех лечебно-организационных стоматологических мероприятиях. Между тем отмечено, что 1/3 (34,3%) женщин в послеродовом периоде не посещали врача-стоматолога в течение года после рождения ребенка. В отдаленные сроки (до 8 лет) гингивиты, возникшие во время беременности, приобретают хроническое течение [2]. Значительно более тяжело протекают поражения ротовой полости при токсикозах беременности. Так, например, при позднем токсикозе распространенность кариеса увеличивается до $94,0 \pm 1,2\%$ (причем интенсивность стоматологического поражения зависит не только от тяжести течения токсикоза, но и от гормонально-эндокринного и иммунного фона пациенток). Вторичный кариес, прогрессирование кариозного процесса, гиперестезия эмали выявляются у 79% беременных и женщин в послеродовом периоде. При этом интенсивность прироста кариеса составляет 0,83. Клинической особенностью течения кариозного процесса, особенно при поздних токсикозах беременных, является острое течение, быстрое распространение не только по периферии, но и в глубину — к пульпе зуба, что приводит в короткие сроки к развитию осложненного течения кариеса.

Планируя те или иные стоматологические вмешательства у беременной женщины, стоматолог должен знать, что характер репаративных процессов, ремоделирования костных структур челюстей и антибактериальной защиты существенно отличаются от общепризнан-

Таблица 1

Результаты опроса женщин в послеродовом периоде с применением анкеты, предназначенной для выявления стоматологических заболеваний

Женщины в послеродовом периоде (n = 350)	Возраст, годы				Стоматологические заболевания	
	18—27	28—37	38—47	48	выявлены	не выявлены
Служащие	12	16	19	27	54 (15,7%)	20 (6,1%)
Рабочие	19	14	12	24	51 (14,5%)	18 (5,1%)
Сельскохозяйственные рабочие	10	24	18	13	59 (17,9%)	6 (1,7%)
Интеллигенция	15	16	23	2	22 (6,2%)	34 (9,7%)
Неработающие (до беременности)	16	27	22	21	61 (18,6%)	15 (4,5%)
Итого...	72	97	94	87	317 (90,6%)	33 (9,4%)

Примечание. В скобках — процент к итогу.

Таблица 2

Необходимое лабораторно-диагностическое и функционально-биохимическое обследование беременной женщины (приказ от 12 ноября 2012 г. № 572н)

Триместр беременности	Виды лабораторных обследований	Узкие специалисты
I	Биохимический скрининг уровней сывороточных маркеров: связанный с беременностью плазменный протеин А (РАРР-А) и β -ХГ (11—14 нед); анализы крови и мочи; определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ	Терапевт Стоматолог (санация полости рта и лечение) Хирург Невролог Кардиолог (по показаниям) Консультации смежных врачей-специалистов при экстрагенитальных заболеваниях
II	Анализ крови и мочи, определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, НВsAg, HCV; определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности	Консультации смежных врачей-специалистов при экстрагенитальных заболеваниях
III	Анализ крови и мочи, определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, НВsAg, HCV	Консультации смежных врачей-специалистов при экстрагенитальных заболеваниях

ной нормы. Во-первых, при беременности развивается отрицательный баланс железа, в наибольшей степени обусловленный возрастанием потребностей в связи с наличием плода и плаценты, а у кормящих — расходом железа при кормлении. Во-вторых, в период беременности развивается дефицит кальция, особенно при первой беременности, не имеющий фатального значения в плане развития остеопении или остеопороза в дальнейшем, но отчетливо сказывающийся на состоянии твердых тканей зубов матери и процессов ремоделирования при нарушении целостности костных структур челюстей, а также гормональном и иммунном статусе пациенток. Доказано, что иммунный статус беременных женщин отличается снижением числа и функций Т- и В-лимфоцитов, что вызывает осложненные проявления со стороны основных и сопутствующих заболеваний, выявление которых целесообразно проводить на ранних стадиях и не допускать их прогрессирования в послеродовом периоде (период кормления грудью, общения с младенцем и др.). В этот период не допустим прием антибиотиков, других опасных для ребенка препаратов. Сниженный иммунный фон женщин в послеродовом периоде может обусловить развитие анафилактического шока, лекарственной интоксикации, причем в таких ситуациях, в которых они обычно у пациенток не возникают [5]. В отношении случаев смерти беременных, связанных с использованием лекарственных препаратов, существует мнение, что беременная женщина находится в предшоковом состоянии, потому что физиологические изменения в гемодинамике и гормональном статусе, а также усиленный метаболизм во время беременности могут вызвать развитие у нее гиперчувствительности к лекарственным препаратам. Изменения психофизиологического статуса, различных видов гомеостаза (иммунного, гормонального, метаболического, обмена кальция и железа и др.) по мере развития беременности и в раннем послеродовом периоде действительно делают женщину уязвимой для проявления негативного воздействия любого вмешательства, в том числе и стоматологического.

Специалистами различных учреждений здравоохранения было проведено обследование женщин в послеродовом периоде с целью выявления медико-органи-

зационных проблем при диагностике и лечении у них стоматологических заболеваний. Важнейшим разделом исследования явилось проведение социологического опроса женщин в послеродовом периоде по специально разработанным анкетам, предназначенным для выявления организационных дефектов в процессе комплексной коррекции стоматологического статуса (350 анкет). Результаты исследования послужили основанием для устранения организационных проблем с целью улучшения показателей стоматологического здоровья у женщин в послеродовом периоде и для оптимизации стоматологической помощи в Ставропольском крае.

В исследовании приняли участие 350 женщин в послеродовом периоде в возрасте от 18 до 48 лет из различных социальных групп Ставропольского края. Были изучены медико-социальные особенности респондентов, принимавших участие в анкетировании (табл. 1).

Отмечено, что самый высокий показатель пренебрежительного отношения к своему стоматологическому здоровью проявили неработающие женщины: у 61 (18,6%) выявлены стоматологические заболевания в послеродовом периоде, требующие серьезного комплексного лечения. Недостаточно от них отличались женщины — сельскохозяйственные рабочие 59 человек (17,9%; $p < 0,01$) и женщины рабочих специальностей 51 человек (14,5%; $p < 0,05$).

Согласно приказу от 12 ноября 2012 г. № 572н следует, что беременные женщины должны быть тщательно обследованы в течение всей беременности с обязательной консультацией узких специалистов, с применением функционально-биохимических и лабораторно-диагностических методов согласно выделенным триместрам, что направлено на оценку гормонального, иммунного, эндокринного фона и факторов риска (табл. 2).

Следует учитывать, что раннее выявление и лечение поражений зубочелюстной системы, полости рта и болезней пародонта у беременных преследуют несколько целей: улучшить стоматологический статус женщины, снизить долю хронических очагов одонтогенной инфекции, уменьшить пренатальные риски и риски материнской патологии, осуществить антенатальную профилактику кариеса зубов у детей. В связи с этим организационные и лечебно-диагностические стоматологические мероприятия у женщин во время беременности и в раннем послеродовом периоде должны быть направлены как на коррекцию стоматологического статуса пациенток, так и на перенесенный психоэмоциональный стресс с учетом гормонального и иммунологического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кучеренко В. Основные пути реформирования лечебных учреждений здравоохранения. *Экономика в управлении здравоохранением*. 2005; 8: 11—9.
2. Хальфин П.А., Какорина Е.П., Михайлова Л.А. *Статистические показатели и управление системой здравоохранения*. М., 2005.
3. Куликова Н.Г., Симонова Л.П. К вопросу о качестве жизни больных с онкогинекологической патологией в инволюционном периоде. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2006; 3: 21—2.
5. В-Линч К., Кейт Л. Дж. *Кровотечения у женщин в послеродовом периоде*. М., 2006.

Поступила 06.03.14

REFERENCES

1. Kucherenko V. The main ways of the Russian's reforms in health system in modern period. *Ekonomika v upravlenii zdravookhrameniem*. 2005; 8: 11—9. (in Russian)
2. Khal'fin P.A., Kakorina E.P., Mikhailova L.A. *Statistical Parameter and Manage in Health System*. Moscow; 2005. (in Russian)
3. Kulikova N., Simonova L. Preventive of oncopatology in gynecology in involution period. *Meditinskij vestnik Severnogo Kavkaza*. 2006; 3: 21—2. (in Russian)

Received 06.03.14