

10. Расулов, М.М. Патогенетические аспекты развития пародонтита при нарушении функциональной нагрузки : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Расулов М.М. – М., 1992. – 37 с.
11. Трезубов, В.Н. Явление образования протетического пародонтита у человека (клиническая форма пародонтитов) / В.Н. Трезубов, О.Н. Сапронова, Л.Я. Кусевацкий // Институт Стоматологии. – 2008. – № 4 (41). – 48 с.
12. Урясьева, Э.В. Динамика степени активности ферментных систем пародонта на фоне травматической окклюзии / Э.В. Урясьева // Кубанский науч. мед. вестник. – 2009. – № 2(107). – С. 129–132.
13. Хатит, Р.А. Роль гнатологического обследования в устранении нарушений окклюзионных взаимоотношений зубов при заболеваниях пародонта / Р.А. Хатит // Дентал-ЮГ. – 2008. – № 8 (57). – С. 60–63.
14. Цепов, Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему / Л.М. Цепов. – М.: МЕДпрессинформ, 2006. – 192 с.
15. Ferraris, E. Aesthetic rehabilitation and functional periodontal stabilization using metal-ceramic restorations / E. Ferraris, R. Aleidl // Pract. Proced. Aesthet. Dent. 2006. – Vol. 18. – Т. 2. – 116–117.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА НА ФОНЕ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ И ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ
Ю. Н. МАЙБОРОДА, Е. А. БЕЛАЯ,
И. Н. АКСЕНОВ, Э. В. УРЯСЬЕВА

EFFICIENCY OF THERAPEUTIC-ORTHOPEDIC MEASURES IN COMPLEX TREATMENT OF PERIODONTITIS ON THE BACKGROUND OF PARTIAL LOSS OF TEETH AND TRAUMATIC OCCLUSION
MAIBORODA YU. N., BELAYA E. A.,
AKSENOV I. N., URYASIEVA E. V.

Результаты клинико-цитохимических исследований пациентов с различными вариантами частичных дефектов зубных рядов на фоне пародонтита и травматической окклюзии в сравнительном аспекте и в сочетании с комплексными лечебными мероприятиями показали, что наиболее оптимальным вариантом протезирования является применение шинирующих бюгельных протезов.

Анализ цитохимических показателей после протезирования бюгельными протезами в ближайшие и отдаленные сроки отражает повышение активности ферментов и дегидрогеназ выше исходных параметров. Применение несъемных конструкций на фоне пародонтита средней степени тяжести в сочетании с функциональной перегрузкой чреваты осложнениями в ближайшие сроки после протезирования.

Ключевые слова: ферментные системы, полиморфноядерные лейкоциты, металлокерамические и бюгельные конструкции протезов

The results of clinical-cytochemical studies of patients with various kinds of partial defects of tooth alignments on the background of periodontitis and traumatic occlusion in comparative aspect and in a combination with complex therapeutic measures have shown, that the most optimal variants of prosthetics is application of splinting clasp dentures.

The analysis of cytochemical results after denture clasp prostheses in the nearest and remote terms reflects the increase of activity of enzymes and dehydrogenases above the initial parameters. Application of fixed dentures on the background of periodontitis of moderate severity in a combination with a functional overload is fraught with complications in the nearest terms after prosthetics.

Key words: fermental systems, polymorphonuclear leukocytes, ceramic-metal and clasp design of dentures

© И. И. Куценко, М. С. Бабичева, 2013
УДК 618.17-008.8

ОЦЕНКА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ КОМПЕНСАЦИИ ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

И. И. Куценко, М. С. Бабичева
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Предменструальный синдром (ПМС) характеризуется патологическим симптомокомплексом с нейропсихическими, вегето-сосу-

дистыми и обменно-эндокринными нарушениями во второй фазе менструального цикла [2, 3]. Ключевой характеристикой ПМС является то, что симптомы развиваются четко в лютеиновую фазу цикла и исчезают с наступлением менструации [6]. Частота ПМС по данным различных авторов колеблется от 25 до 90 %. У 5–10 % женщин симптомы ПМС ярко выражены [2, 3, 6].

Многообразие клинических проявлений свидетельствует о вовлечении в патологический процесс центральных гипоталамических структур, ответственных за регуляцию обменных процессов и поведенческих реакций. Таким образом, развитие ПМС можно

Куценко Ирина Игоревна,
доктор медицинских наук, профессор, заведующая
кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии
Кубанского государственного медицинского университета;
тел.: 89882421338

Бабичева Мария Сергеевна,
аспирант кафедры акушерства,
гинекологии и перинатологии
Кубанского государственного медицинского университета;
тел.: 89282757753; e-mail: mariababicheva.82@gmail.com

объяснить функциональными нарушениями ЦНС в результате воздействия неблагоприятных факторов на фоне врожденной или приобретенной лабильности гипоталамо-гипофизарной системы [2, 6, 9]. В зависимости от преобладания тех или иных клинических проявлений выделены четыре основные формы ПМС. Одной из часто встречающихся является отечная [8, 9], проявления которой связаны с избыточной задержкой жидкости в организме, что, несомненно, влияет на качество жизни [3, 8].

В настоящее время четких объективных критериев для диагностики ПМС не существует. Решающим является наличие связи симптоматики с фазой менструального цикла [8]. Определить стадию компенсации ПМС еще сложнее, так как оценка симптомов носит исключительно субъективный характер. Вместе с тем определение стадии компенсации ПМС имеет важное значение для выбора лечебной тактики [3, 6, 9].

Для объективизации оценки ПМС, стадий его компенсации может быть использовано определение регуляторно-адаптивного статуса с помощью пробы сердечно-дыхательного синхронизма (СДС) [4]. Явление СДС проявляется синхронизацией сердечного и дыхательного ритмов по частоте в условиях высокочастотного дыхания. Формирование этого явления объясняется способностью нейронов сердечно-сосудистого центра продолговатого мозга воспринимать учащенный ритм возбуждения нейронов дыхательного центра и передавать «залпы» импульсов к синоатриальному узлу по блуждающему нерву [4]. Проба неспецифична, носит интегративный характер, поскольку затрагивает все звенья регуляции на различных уровнях организма. По параметрам СДС можно оценивать функциональное состояние человека [5].

Цель исследования – повышение качества диагностики различных стадий отечной формы ПМС путем оценки регуляторно-адаптивного статуса с помощью параметров сердечно-дыхательного синхронизма.

Материал и методы. В исследовании участвовали 45 пациенток с отечной формой ПМС и 20 условно здоровых женщин (контрольная группа). Основными критериями включения пациенток в исследование были наличие симптомов ПМС, репродуктивный возраст и двухфазный менструальный цикл. Из исследования были исключены пациентки с сопутствующей соматической и гинекологической патологией, а также отказывающиеся принять участие в исследовании.

Пациентки были разделены на клинические группы по стадиям компенсации ПМС [1].

Всем пациенткам было проведено полное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, определение гормонального статуса в динамике менструального цикла, рентгенография костей черепа, шейного отдела позвоночника, нейрофизиологические исследования: электроэнцефалография, реоэнцефалография. Больные были консультированы терапевтом и психиатром. Было проведено дополнительное обследование для исключения патологии почек, сердечно-сосудистой системы, эндокринных заболеваний.

Оценка регуляторно-адаптивного статуса проводилась путем исследования параметров сердечно-дыхательного синхронизма трижды в динамике менструального цикла, а именно, за 8 и 2 дня до менструации и на 7-й день нового менструального цикла. На приборе «ВНС-Микро» посредством системы для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека [5] осуществляли регистрацию дыхания и электрокардиограммы, проводили пробу сердечно-

дыхательного синхронизма, находили значения диапазона синхронизации (ДС) и длительность развития сердечно-дыхательного синхронизма на минимальной границе диапазона (ДС/ДлР_{мин.гр}). Индекс регуляторно-адаптивного статуса (ИРАС) рассчитывали по формуле

$$\text{ИРАС} = \text{ДС} / \text{ДлР}_{\text{мин.гр}} \times 100 [4].$$

Исходя из нормальности распределения вариантов, полученные данные и расчетные величины обрабатывали параметрическими методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (М), ошибки средней арифметической (m) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия являлись достоверными при $p < 0,01$.

Результаты и обсуждение. Возрастной диапазон пациенток с отечной формой ПМС составил 22–38 лет, средний возраст $29 \pm 1,3$ лет. Длительность течения заболевания от 3 до 15 лет, средняя длительность течения ПМС – $6,5 \pm 1,7$ лет. Длительность и нарастание симптоматики в среднем составили $7,3 \pm 0,9$ дней. Данные клинко-лабораторного и инструментального исследований особенностей не имели. В гормональном статусе отмечался нормоэстрогеновый двухфазный цикл. Отсутствовали изменения уровня пролактина, функции щитовидной железы и надпочечников.

Отечность различной локализации наблюдалась у 39 (87 %) пациенток; нагрубание и болезненность молочных желез отметили 36 (80 %) больных; увеличение массы тела на 1–5 кг – 26 (58 %); вздутие живота, метеоризм – 21 (47 %); желудочно-кишечные расстройства, запоры – 21 (47 %); мышечные боли, люмбагии – 18 (40 %); повышенная потливость – 15 (33 %); увеличение размера обуви на 1–2 размера и более – 13 (29 %); кожный зуд – 8 (18 %). Учитывая время появления и длительность проявления жалоб, а также усугубление заболевания с годами, пациентки были разделены по стадиям компенсации на клинические группы. Стадия компенсации наблюдалась у 25 (55,5 %) женщин, стадия субкомпенсации у 14 (31,1 %), стадия декомпенсации у 6 (13,4 %) пациенток.

Индекс регуляторно-адаптивного статуса у пациенток с отечной формой предменструального синдрома зависел не только от дня менструального цикла, как ожидалось, но и от стадии компенсации. Полученные данные представлены в таблицах 1–3.

За 8 суток до менструации ИРАС у пациенток на стадии субкомпенсации был меньше, чем индекс на стадии компенсации на 18,2 %, а у пациенток со стадией декомпенсации меньше на 31,0 % в сравнении с больными со стадией компенсации ПМС. Происходило это за счет уменьшения диапазона синхронизации (табл. 1).

При определении ИРАС за 2 дня до менструации было установлено, что у пациенток со стадией субкомпенсации индекс был меньше такового на стадии компенсации на 24,5 %. Кроме того, у больных со стадией декомпенсации индекс регуляторно-адаптивного статуса был уменьшен на 36,0 % по сравнению со стадией компенсации (табл. 2). Связано это как со значительным уменьшением диапазона синхронизации, так и с увеличением длительности развития синхронизации на минимальной границе диапазона. Большая длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона указывает на уменьшение регуляторно-адаптивного статуса и, как следствие, на снижение регуляторно-адаптивных возможностей организма в целом [4].

Таблица 1

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма, ИРАС у женщин с отеочной формой ПМС за 8 суток до менструации в зависимости от стадии компенсации (M±m)

Параметр	Стадия компенсации n=25	Стадия субкомпенсации n=14	Стадия декомпенсации n=6
	1	2	3
Исходная частота сердечных сокращений в минуту	82,5±0,3	88,8±0,9 P ₁ <0,001	80,5±1,5 P ₂ >0,05 P ₃ <0,001
Минимальная граница диапазона синхронизации в кардио-респираторных циклах в минуту	81,0±0,4	86,2±0,9 P ₁ <0,001	79,8±1,0 P ₂ >0,05 P ₃ <0,001
Максимальная граница диапазона синхронизации в кардио-респираторных циклах в минуту	96,3±0,4	101,3±1,1 P ₁ <0,001	93,3±1,0 P ₂ >0,05 P ₃ <0,001
Диапазон синхронизации в кардио-респираторных циклах в минуту	15,3±0,2	14,9±0,3 P ₁ >0,05	13,5±0,3 P ₂ <0,001 P ₃ >0,05
Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона в кардиоциклах	32,6±0,3	38,9±0,8 P ₁ <0,001	42,3±0,9 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001
Индекс регуляторно-адаптивного статуса	46,7±0,2	38,2±0,5 P ₁ <0,001	32,3±0,9 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001

Примечание к табл. 1–3: P₁ – достоверность между столбцами 1 и 2; P₂ – между 1 и 3; P₃ – между 2 и 3.

Таблица 2

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма, ИРАС у женщин с отеочной формой ПМС за 2 суток до менструации в зависимости от стадии компенсации (M±m)

Параметр	Стадия компенсации n=25	Стадия субкомпенсации n=14	Стадия декомпенсации n=6
	1	2	3
Исходная частота сердечных сокращений в минуту	85,0±0,6	80,9±0,9 P ₁ <0,001	83,5±2,0 P ₂ >0,05 P ₃ >0,05
Минимальная граница диапазона синхронизации в кардио-респираторных циклах в минуту	85,2±0,7	81,1±0,9 P ₁ <0,001	82,7±1,8 P ₂ >0,05 P ₃ >0,05
Максимальная граница диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	101,0±0,8	94,8±1,0 P ₁ <0,001	96,2±2,0 P ₂ <0,001 P ₃ >0,05
Диапазон синхронизации в кардио-респираторных циклах в минуту	15,8±0,2	13,7±0,2 P ₁ <0,001	13,5±0,3 P ₂ <0,001 P ₃ >0,05
Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона в кардиоциклах	34,5±0,4	40,5±0,6 P ₁ <0,001	46,0±1,5 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001
Индекс регуляторно-адаптивного статуса	46,2±0,1	34,9±0,3 P ₁ <0,001	29,6±0,4 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001

Таблица 3

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма, ИРАС у женщин с отеочной формой ПМС на 7-е сутки нового менструального цикла в зависимости от стадии компенсации (M±m)

Параметр	Стадия компенсации n=25	Стадия субкомпенсации n=14	Стадия декомпенсации n=6
	1	2	3
Исходная частота сердечных сокращений в минуту	82,2±0,4	77,8±0,6 P ₁ <0,001	82,8±0,6 P ₂ >0,05 P ₃ <0,001
Минимальная граница диапазона синхронизации в кардио-респираторных циклах в минуту	81,5±0,5	77,4±0,7 P ₁ <0,001	82,8±0,5 P ₂ >0,05 P ₃ <0,001
Максимальная граница диапазона синхронизации в кардио-респираторных циклах в минуту	97,7±0,5	91,7±0,7 P ₁ <0,001	95,0±0,4 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001
Диапазон синхронизации в кардио-респираторных циклах в минуту	16,2±0,1	14,3±0,3 P ₁ <0,001	12,2±0,3 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001
Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона в кардиоциклах	32,0±0,3	36,9±0,7 P ₁ <0,001	38,7±1,0 P ₂ <0,001 P ₃ >0,05
Индекс регуляторно-адаптивного статуса	50,7±0,2	39,5±0,6 P ₁ <0,001	31,6±0,4 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001

На 7-е сутки нового менструального цикла ИРАС у пациенток с отеочной формой ПМС на стадии субкомпенсации был меньше на 22,1 %, чем у пациенток на стадии компенсации. А при сопоставлении показателей на стадиях компенсации и декомпенсации на последней отмечено значительное уменьшение индекса – на 37,17 % по сравнению с показателем на стадии компенсации (табл. 3).

Динамическое изменение ИРАС в зависимости от дня менструального цикла наглядно демонстрирует циклический характер предменструального синдрома.

Заключение. Анализ данных исследования показывает наличие взаимосвязи не только времени появления и выраженности клинической симптоматики с параметрами пробы СДС, но и результатов последней со стадией компенсации ПМС, что является объективным отражением функционального состояния пациенток. Так, наибольшее снижение индекса регуляторно-адаптивного статуса при всех стадиях компенсации отмечено за 2 дня до менструации, когда клиническая картина ПМС имеет наибольшую выраженность. Однако на 7-й день нового менструального цикла, когда симптомы ПМС отсутствуют практически у всех пациенток, показатели ИРАС значительно улучшаются, за исключением случаев декомпенсированной стадии предменструального синдрома; у этих больных показатель ИРАС остается сниженным даже по сравнению с 8-м днем до менструации, что объективно свидетельствует об их тяжелом состоянии.

Таким образом, значения индекса регуляторно-адаптивного статуса как показателя функциональных возможностей организма могут служить дополнительным количественным критерием при определении стадии компенсации предменструального синдрома.

Литература

1. Макарова, И.И. Клинико-патогенетические аспекты предменструального синдрома : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Макарова И.И. – М., 2007. – 48 с.
2. Манухин, И.Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. – М. : Геотар-Медиа, 2010. – 247 с.
3. Межевитинова, Е.А. Предменструальный синдром / Е.А. Межевитинова, В.Н. Прилепская // Гинекология. – 2002. – Экстравыпуск. – С. 3–8.
4. Покровский, В.М. Сердечно-дыхательный синхронизм в оценке регуляторно-адаптивного статуса организма / В.М. Покровский. – Краснодар, 2010. – 243 с.
5. Покровский, В.М. Система для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека / В.М. Покровский, В.В. Пономарев, В.В. Артюшков [и др.] // Патент № 86860 от 20 сентября 2010 года.
6. Сасунова, Р.А. Предменструальный синдром / Р.А. Сасунова, Е.А. Межевитинова // Гинекология. – 2010. – Т.12, № 6. – С. 34–40.
7. Сметник, В.П. Неоперативная гинекология : руководство для врачей / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – 3-е изд., перераб. и доп. – М., 2005. – 632 с.
8. Тарасова, М.А. Предменструальный синдром : методическое пособие / М.А. Тарасова, Т.М. Лекарева, В.В. Потин, Н.Н. Перова. – СПб., 2007. – 48 с.
9. Backstrom, T. The role of hormones and hormonal treatment in premenstrual syndrome / T. Backstrom, L. Andreen, V. Birzniece [et al.] // CNS Drugs. – 2003. – Vol. 17, № 5. – P. 325–332.

ОЦЕНКА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ КОМПЕНСАЦИИ ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

И. И. КУЦЕНКО, М. С. БАБИЧЕВА

Представлены данные о применении пробы сердечно-дыхательного синхронизма для оценки регуляторно-адаптивного статуса организма с целью повышения качества диагностики стадий компенсации при отеочной форме предменструального синдрома. Обследовано 45 пациенток с отеочной формой предменструального синдрома и 20 условно здоровых женщин. Установлена взаимосвязь не только между временем появления, выраженностью клинической симптоматики и уменьшением регуляторно-адаптивного статуса, но и стадиями компенсации. Значения индекса регуляторно-адаптивного статуса как показателя функциональных возможностей организма могут служить дополнительным критерием при определении стадии компенсации предменструального синдрома.

Ключевые слова: предменструальный синдром, регуляторно-адаптивный статус

EVALUATION OF THE BODY ADAPTIVE AND REGULATORY STATUS AT DIFFERENT STAGES OF COMPENSATION OF EDEMATOUS FORM OF PREMENSTRUAL SYNDROME

KUTSENKO I. I., BABICHEVA M. S.

The data are given on the use of cardiorespiratory synchronization test to assess the regulatory and adaptive status of the body in order to improve the quality of the diagnosis of compensation stages in the edematous form of premenstrual syndrome. The study involved 45 patients with edematous form of premenstrual syndrome and 20 conditionally healthy women. The interrelation was made not only between the time of appearance, severity of symptoms and decreasing the regulatory and adaptive status, but also between the compensation stages. The values of regulatory and adaptive status index, as an indicator of the functionality of the body, can serve as an additional criterion in determining the compensation stage of premenstrual syndrome.

Keywords: PMS, regulatory and adaptive status

© О. Р. Контлокова, В. В. Рыжков, 2013
УДК 618.39:616-08-039.72:612.821.6

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОЙ АНТИСТРЕССОВОЙ АКТИВАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

О. Р. Контлокова, В. В. Рыжков

Ставропольский государственный медицинский университет

Проблема невынашивания беременности остается до настоящего времени одной из наиболее сложных в современном акушер-

Контлокова Олеся Рамазановна, очный аспирант кафедры акушерства и гинекологии ИПДО Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 8(938) 3006634; e-mail: okontloкова@mail.ru

Рыжков Валерий Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ИПДО Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 8(8652) 554332; e-mail: stavrisk@yandex.ru

стве. Частота этой патологии стабильно высокая и составляет 15–20 % исходов всех беременностей [4].

В условиях демографического и экономического кризисов, происходящих в России, эта проблема имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение, поскольку репродуктивные потери на разных сроках беременности приводят к снижению воспроизводства населения, а выхаживание недоношенных и маловесных детей требует от государства весьма значительных расходов [3].