

4) проводится ли мониторинг индикаторов сексуального поведения?

5) каковы тенденции основных сопутствующих факторов передачи ВИЧ/ИППП?

Поступила 17.12.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ и ЮНЕЙДС. Методические рекомендации по второму поколению эпиднадзора, ВОЗ/CDS/CSR/EDC/2000.5, ЮНЕЙДС/00.03Е, 2000. 78 с.
2. Покровский В. И., Пак С. Г., Брико Н. И., Данилкин Б. К. Инфекционные болезни и эпидемиология. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. 453 с.
3. Скрипкин Ю. К., Кубанова А. А., Шарипова Г. Я., Селицкий Г. Д. Инфекции, передаваемые половым путем: Руководство. М.: МЕДпресс, 1999. 368 с.
4. Черкасский Б. Л. Руководство по общей эпидемиологии. М., 2001. 560 с.
5. ЮНЕЙДС: Достижение регионального консенсуса по совершенствованию поведенческого и серологического надзора за ВИЧ. 1998. 38 с.
6. ЮНЕЙДС/ВОЗ: Второе поколение эпидемиологического надзора за ВИЧ: следующее десятилетие. 2001. 40 с.

7. ЮНЕЙДС/ВОЗ: Ввод в действие второго поколения систем эпидемиологического надзора за ВИЧ: Практические методические рекомендации. 2000. 26 с.

M. P. KIRGUEVA

EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE SECOND GENERATION ON SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION, HIV INFECTION

The present situation in sexually transmitted infection (STI) is regarded as unfavorable. Differing tendencies in morbidity levels for various nosological forms have been established. The continuing growth of syphilis morbidity among children is considered to be specially alarming, and an increase in the number of cases of congenital syphilis is noted, HIV infection. The reasons of the growth of STI morbidity have not only medical, but mainly socio-economical, psychological, ethical and moral character. The main trends in the improvement of epidemiological surveillance on STI have been determined (epidemiological surveillance second generation).

Key words: sexually transmitted infection, epidemic situation, epidemiological surveillance.

Е. Ю. КОВАЛЕНКО, В. А. ВОЛКОВ

ПАТОГЕНЕЗ ДЕНТОФОБИИ

*Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний КГМУ,
стоматологическая поликлиника КГМУ, г. Краснодар*

Введение

Негативные эмоциональные состояния, которые испытывают пациенты на стоматологическом приеме, обуславливаются болью, испытываемой в процессе лечения зубов. Память об этой боли и возникшем страхе возникает в детском возрасте, затем укрепляется и сохраняется в течение всей жизни. В настоящее время врачи-стоматологи имеют в своем арсенале широкий выбор обезболивающих средств и не придают значения тем сложным психофизиологическим процессам, которые возникают в организме пациента под воздействием негативных эмоций. Подавляющее число опрошенных врачей (87%) указывают, что негативные эмоции на приеме мешают процессу и результату лечения, но при этом считают их субъективными поведенческими реакциями [1].

Цель исследования – исследование объективных психофизиологических процессов, возникающих у пациентов на приеме у врача-стоматолога под воздействием боли и страха.

Методика

Обследовались врачи-стоматологи и пациенты стоматологического приема г. Краснодара, а также студенты стоматологического факультета КГМУ 3-го и 5-го курсов. Проводились долгосрочные наблюдения за пациентами различных возрастных периодов, использовались опосредованные методики психофизиологи-

ческого обследования, а также стандартные опросники тестов Айзенка и Стреляу [2, 4].

Результаты

Наши эмоции и чувства являются тонким индикатором, мотиватором поведения, указывающим на степень полезности раздражителя для жизнедеятельности (эмоции) или для взаимоотношения личности и общества (чувства). Различные формы отношения человека к воспринимаемому располагаются между полюсами приятного и неприятного.

Физиологическая роль эмоций в жизнедеятельности организма исключительно велика. Эмоции участвуют в подготовке организма к той или иной деятельности. В формировании эмоциональной деятельности принимают участие такие структуры, как гиппокамп, зрительные бугры, гипоталамус, ретикулярная формация, лимбическая система. Все эти образования располагаются вокруг свода мозга, соединяющего большие полушария с передним концом мозгового ствола. Указанные структуры обозначают как круг Папеца. Рецептивной зоной, или коллектором, всех эмоциональных реакций у человека является поясная извилина, находящаяся над сводом мозга. От поясной извилины эмоциональные импульсы распространяются в различные зоны коры, что и обеспечивает богатство и пластичность эмоциональных реакций человека [3].

Первичные эмоциональные реакции возбуждают деятельность подкорковых сосудисто-вегетативных и эндокринных центров.

Опрос врачей-стоматологов и студентов 5-го курса стоматологического факультета КГМУ показал, что 62% из них не учитывают патогенез формирования эмоционального фактора, считая эмоции субъективными, не заслуживающими внимания, побочными эффектами. Прием у врача-стоматолога, особенно на детском приеме, зачастую сопровождается болью (это отметили 87% опрошенных пациентов). Болевой импульс формируется при раздражении нервных окончаний пульпы зуба и передается по альвеолярным нервам в тройничный узел. Нервные импульсы расшифровываются той областью коры, которую они возбуждают. Проведение импульса по нервному волокну происходит в результате деполяризации последовательных участков мембраны, за которым следует период рефрактерности. Нервный импульс характеризуется постоянной амплитудой и скоростью распространения. Передача нервного сигнала происходит от одного к другому через узкую синаптическую щель. Нейромедиаторы вызывают нейровозбуждение или, наоборот, уменьшают. Каждый нейромедиатор выполняет в данном отделе специфическую функцию. Эффекты нейромедиаторов регулируются другими нейромедиаторами.

Боль представляет собой ощущение, от которого организм старается избавиться. Желание избежать боли или устранить ее – одна из самых важных мотиваций. Боль одновременно служит и информационным сигналом, и стимулом, вызывающим реакцию организма.

Выполняя функцию сигнала, боль сообщает о повреждении или угрозе повреждения тканей. Таким образом, это сигнал тревоги, способный отсечь на второй план другие сигналы, поступающие в мозг из различных рецепторов. В возникновении болевых сигналов внутреннего происхождения, вызываемых растяжением или повреждением тканей, важную роль играет простагландин E_2 . Мозг способен блокировать сигнал, идущий из поврежденной зоны [3, 5].

На болевые сигналы влияют, с одной стороны, такие факторы, как вещество Р, облегчающее ее передачу, а с другой – эндорфины, которые частично или даже полностью могут блокировать ее (в зависимости от количества), подавляя освобождение вещества Р.

После того как боль воспринята на уровне коры головного мозга, для усиления активации вступают в действие подкорковые структуры. Это в особенности относится к лимбической структуре, которая создает мотивационное состояние, приводящее к реакции организма.

Интенсивность реакции в большой степени зависит от ощущений, пережитых данным индивидуумом в прошлом, в частности, большую роль играет первый опыт лечения у стоматолога в детском возрасте.

В процессе исследования выявлено, что 80% пациентов, страдающих дентофобией в детском возрасте, испытывали боль при лечении зубов. Из них 27% переносили операции на ЛОР-органах, т. е. переживание стресса и боли происходило также в полости рта, со схожими инструментами в схожей обстановке.

Среди взрослых пациентов, страдающих дентофобией, 50% отмечают, что их негативное эмоциональное состояние на приеме у стоматолога ухудшается сопутствующими соматическими заболеваниями, которые связаны с эмоциональной лабильностью. Указывались сердечно-сосудистые заболевания, эндокринные, заболевания ЖКТ, нервные (неврастения, неврозы).

Но следует отметить, что формированию дентофобии способствует не только сила болевых ощущений, но и такие факторы, как продолжительность и повторяемость.

95% опрошенных родителей детей, страдающих дентофобией, приводили ребенка на прием к врачу-стоматологу только после появления заболевания (т. е. возникновение нескольких кариозных полостей, сопровождающихся пульпитными болями). Из общего числа опрошенных 22% обращались к стоматологу на лечение по поводу других соматических заболеваний, т. е. болезнь ослабляла психофизиологическое состояние ребенка и способность переносить боль.

По тактике поведения родители действовали по пути выработки стойкого негативного условного рефлекса.

Среди опрошенных врачей, на приеме у которых проявлялась картина дентофобии, 76% стремились в один прием вылечить два и более кариозных зуба, назначали лечение одного зуба в течение длительного промежутка времени, не выясняли сопутствующий анамнез, не стремились обезболить свои манипуляции, не уделяли времени эмоциональной коррекции ребенка, мотивируя все это занятостью своего рабочего времени.

Важным позитивным фактором в физическом и психическом состоянии человека является волеизъявление, в частности, осознанная необходимость посещения стоматологического кабинета, окрашенная при этом позитивными эмоциями.

Выводы

С учетом всего вышесказанного формирование эмоционального фона, позитивного или негативного, имеет объективный характер и играет важную роль в формировании возможной дентофобии. После устранения болевого фактора, восстановления позитивного эмоционального фона, формирования волеизъявления на лечение у пациентов полностью устраняются проявления патогенеза, описанного выше. Повторные посещения стоматолога формируют позитивный условный рефлекс, который сохраняется в течение всей жизни.

Поступила 03.10.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Жалов Н. В. О принципах классификаций психогенных реакций. Научные труды (Центр. научно-исслед. институт судебной психиатрии), 1970, вып. 19. С. 36–48.
2. Зорина З. Н. Методологические принципы исследования реактивных состояний. Труды (Ижевский мединститут). Т. 30, 1988. С. 162–164.
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М.: «МЕДпресс», 1999. 592 с.
4. Психологические тесты / Под ред. А. А. Карелина: в 2 т. П 86. М.: Гуман. изд. центр ВЛАДос, 2000. 248 с.

5. Столяренко Л. Д. Основы психологии. Ростов-на-Дону: «Феникс», 2000.

6. Роберт О. Беккер, Гарри Селден: Электрическое тело: электромагнетизм и основа жизни. Нью-Йорк, 1985.

E. YU. KOVALENKO, V. A. VOLKOV

PATOGENESIS OF THE DENTOFOBIE

A visit to a dentist is often accompanied by negative emotional state and physical discomfort.

The emotional sphere is controlled by underbarc brain structure. The cirale of Papetsa is formed by these structures. They can force or blockade a pain signal with special ferments. The pain signal is transferred by neurons under certain conditions: with special force and speed. An aspiration to avoid pain is one of the main function of neurons.

Negative emotional state duving visit to a dentist is based on organic and functional of organism. They have an objective psycho-physiological ovigin.

О. Г. КОМПАНИЕЦ

ВЛИЯНИЕ КОРИНФАРА-РЕТАРДА НА ВРЕМЕННЫЕ И СПЕКТРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кафедра клинической фармакологии

Кубанского государственного медицинского университета

За последние два десятилетия были выявлены существенные взаимосвязи между вегетативной нервной системой и летальностью от сердечно-сосудистых заболеваний, включая внезапную смерть [9, 10, 12]. Анализ вариабельности сердечного ритма является наиболее информативным методом количественной оценки активности различных отделов вегетативной нервной системы, параметры которого рассматриваются как интегральные показатели процессов регуляции [5, 6]. Экспериментальные подтверждения связи между признаками повышенной симпатической, пониженной вагусной активностью и смертностью стимулировали развитие в области исследований количественных показателей вегетативной активности на фоне приема лекарственных препаратов различных клинико-фармакологических групп [3, 4, 8].

Целью исследования явилась оценка параметров гемодинамики и вариабельности ритма сердца на фоне приема коринфара-ретарда у пациентов с артериальной гипертензией.

В исследование включены 34 пациента с артериальной гипертензией второй степени, которым ранее никогда не проводилась гипотензивная терапия либо не принимавшие лекарственные препараты на протяжении последнего месяца. Критериями исключения из исследования являлись: симптоматическая АГ, ИБС, острые нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, ХСН III–IV ФК, хронические заболевания в стадии обострения, противопоказания к назначению антагонистов кальция. Пациентам проводилось полное диагностическое обследование в соответствии с рекомендациями Европейского гипертонического и кардиологического общества по ведению пациентов с АГ [11], в результате которого уточнялись степень и стадия гипертонической болезни, степень риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений. Всем больным измерялись АД, ЧСС, параметры ВРС исходно, на максимуме действия препарата при первом приеме, через 6 недель и через 6 месяцев регулярного приема ко-

ринфара-ретарда, начальная доза которого составила 20 мг/сут.

На фоне первого приема коринфара-ретарда систолическое артериальное давление (САД) снизилось на 5,3%, причем целевого уровня достигли только два пациента, диастолическое артериальное давление (ДАД) достоверно не изменилось (таблица). Шестинедельный прием вызвал снижение САД на 15%, ДАД на 9% от исходного уровня. Положительный хронотропный эффект проявился в острой фармакологической пробе (9%). К концу наблюдения достоверного отличия с исходной ЧСС не выявлено. Индекс напряжения исходно 166 усл. ед., показатель активности регуляторных систем – 7,4 балла; в острой пробе – 190,2 усл. ед. и 8,8 балла, с последующим возвращением к исходному уровню через 6 месяцев. Анализ исходного вегетативного тонуса причислил большинство пациентов (64,7%) к гиперсимпатотоникам (ИН более 160 усл. ед.), 26,4% – эйтония и 8,8% – ваготония. Исходно временные значения – SDNN – 88 мс, rMSSD – 31 мс, HRVti – 27, pNN50 – 24%, по спектральным – LF – 1115 мс², HF – 698 мс², LF/HF – 1,59. Показатели вегетативной реактивности при проведении клиноортостатической пробы свидетельствовали о нормальной адаптивности у 38,2%, гиперсимпатикотонической – 55,9%, асимпатикотонической – 5,9%. После первого приема коринфара-ретарда гиперсимпатикотоническую реактивность проявили 76,5% пациентов. Регистрировалось снижение величины SDNN на 25%, rMSSD – на 22%, HRVi – на 15,4%, pNN50 – на 20%, индекс LF/HF – 2,4 (до лечения – 1,6). Через 6 недель отмечалась тенденция к увеличению показателей вариабельности ритма за исключением LF. При этом 48% пациентов не достигли целевых значений артериального давления, что привело к необходимости комбинированной терапии. К концу наблюдения нормотензии достигли 79,4% (выбыло из исследования 3 человека); основные временные показатели ВРС приблизились к исходному уровню, отмечалось преобладание LF