

Врачу акушеру-гинекологу межвузовской поликлиники необходимо оценивать как гинекологическую заболеваемость, половое и контрацептивное поведение, так и социальную и профессиональную принадлежность студентки. Данные стороны репродуктивного здоровья девушки тесно взаимосвязаны и взаимообусловлены. Поэтому правильная трактовка и коррекция контрацептивного выбора и репродуктивной установки невозможны без оценки влияния на них социального статуса студента. С целью профилактики повторных аборт и повышения уровня контрацепции целесообразно внедрить в практику акушера-гинеколога межвузовской поликлиники направление на прерывание беременности с подбором постабортной контрацепции, талон для послеродовой контрацепции. Новые подходы в оказании консультативной и медицинской помощи студенткам по планированию семьи будут способствовать сохранению репродуктивного здоровья молодежи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К. Планирование семьи. Методы контрацепции: Практическое руководство. – СПб: СОТИС, 1997. – С. 17.

2. Большакова Е. В. Влияние первого аборта на репродуктивное здоровье и психоэмоциональную сферу женщины // Здоровоохр. Башкортостана. – 2000, № 2, спец. вып. – С. 129–130.

3. Гребешева И. И. Социальные аспекты репродуктивного здоровья и ответственного родительства // Планирование семьи. – 1998. – № 3. – С. 6–9.

4. Колгушкина Т. Н. Актуальные вопросы гинекологии. – Минск: Вышэйшая школа, 2000. – 331 с.

5. Кулаков В. И., Савельева И. С. Клинико-организационное руководство по оказанию медицинской помощи женщинам после аборта. – Изд. второе. доп. – М., 2005. – 56 с.

6. Кулаков В. И., Серов В. Н., Адамьян Л. В. Руководство по охране репродуктивного здоровья. – М.: Триада-Х, 2001. – 565 с.

7. Adashi E. Y. Reproductive endocrinology, surgery and technology // E. Y. Adashi, J. A. Rock, Z. Rosenwaks. – N. Y.: Raven Press, 1995. – 1190 p.

8. Serfaty D., Cohen J. Le tampon contraceptif au chlorure de benzalkonium. – 1984. – № 12 (4). – P. 589–672.

9. Speroff L. Clinical Gynecologic Endocrinology, Infertility / L. Speroff, R. H. Glass, N. C. Kase. – Baltimore, 1994. – P. 809–810.

Поступила 12.03.2009

Н. В. ЛАПИНА, В. М. ПОКРОВСКИЙ

СОСТОЯНИЕ РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА И ПОКАЗАТЕЛЬ «КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЧАСТИЧНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

*Кафедры нормальной физиологии и ортопедической стоматологии
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: N9094605290@yandex.ru*

Показана важная роль объективной оценки регуляторно-адаптивного статуса пациента и субъективной оценки состояния организма «качество жизни». Эффективность ортопедического лечения больных с частичным отсутствием зубов и деформациями зубных рядов, наряду с общепринятыми методами, оценивалась по влиянию на регуляторно-адаптивный статус пациентов.

Ключевые слова: регуляторно-адаптивный статус, сердечно-дыхательный синхронизм, качество жизни, частичное отсутствие зубов, лечение деформаций.

N. V. LAPINA, V. M. POKROVSKII

THE CONDITION OF REGULATION-ADAPTIVE STATUS OF THE ORGANISM AND THE PARAMETER «QUALITY OF LIFE» AS EVALUATION OF EFFICIENCY OF TREATMENT THE PATIENTS WITH PARTIAL ABSENCE OF TEETH AND DEFORMATIONS OF DENTAL LINES

*Faculty of normal physiology and orthopedic stomatology the Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, st. Sedina, 4. E-mail: N9094605290@ yandex.ru*

This article is devoted to the important role of an objective evaluation of physiological regulation and adaptation of the patient and subjective judgment of the «quality of life».

The efficiency of orthopedic treatment of patients with partial absence of teeth and deformations of tooth alignments along with standard methods of treatment is evaluated according to its influence of the regulation and adaptive status of the patient.

Keywords: the regulatormo-adaptive status, cardiorespiratory synchronism, quality of a life, partial absence of a teeth, treatment of deformations.

Эффективность ортопедического лечения у стоматологических больных определяется обычно на основании эстетических показателей и оценки качества пережевывания пищи. Однако функцию зубочелюстной системы нельзя свести только к чисто эфферентной, моторной или механической. Это прежде всего информация о механических, температурных и химических качествах объектов внешнего мира, взаимодействующих с организмом через полость рта.

Частичное отсутствие зубов и последующая деформация зубочелюстного аппарата сопровождаются нарушением нормального функционирования нервных центров, появляются психоэмоциональные расстройства, выражающиеся в повышенной тревожности и депрессии. Восстановление в ходе ортопедического лечения и протезирования зубочелюстной системы приводит к нормализации функционирования нервных центров [1].

Оценка эффективности лечения должна не только базироваться на данных функционирования зубочелюстной системы, но и носить интегральный комплексный характер – охватывать систему регуляции организма в целом.

В качестве объективной интегральной оценки функционального регуляторно-адаптивного статуса у ортопедических стоматологических больных использована проба сердечно-дыхательного синхронизма (СДС), предложенная В. М. Покровским с соавторами [4, 5].

В качестве субъективной оценки эффективности ортопедического лечения использованы специальные опросники «качества жизни», которые адаптированы для стоматологии [2, 3].

Цель работы – оценить функциональный регуляторно-адаптивный статус и субъективное состояние пациента при анализе эффективности лечения больных с частичным отсутствием зубов и деформациями зубных рядов.

Материалы и методы исследования

Исследование было выполнено на 56 больных с частичным отсутствием зубов и деформациями зубных рядов. Обследование и лечение пациентов проводились в три этапа: 1-й – до лечения деформаций зубочелюстной системы у пациентов с частичным отсутствием зубов; 2-й – после лечения деформаций зубочелюстной системы у пациентов с частичным отсутствием зубов; 3-й – после завершения ортопедического лечения. Все категории обследованных имели фиксированный прикус и включенные дефекты зубочелюстной системы. Оценка качества стоматологического ортопедического лечения проводили визуально (высокая эстетика) и путем определения жевательной эффективности (статистическим методом) до и после лечения.

Для интегративной функциональной оценки системы регуляции организма в целом всем больным проводили пробу СДС и определяли КЖ при помощи опросника MOS SF-36 до и после лечения деформаций, а также после завершения ортопедического лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

На лечении находились пациенты с различными дефектами зубных рядов (от 1 до 3 зубов) и деформациями зубочелюстной системы. Рациональному протезированию практически у всех пациентов предшествовала подготовка полости рта в виде общесанационных манипуляций и специальных мероприятий по устранению деформаций и восстановлению высоты прикуса.

Санационная подготовка занимала (при различной выраженности патологии) от одной недели до четырех месяцев. После общесанационных мероприятий осуществляли нормализацию окклюзионных взаимоотношений зубных рядов. Протезирование проводилось в течение одной-двух недель.

В зависимости от патологии все пациенты разделены на 4 группы.

Пациентам первой группы (28 человек) проводили устранение окклюзионных нарушений путем сошлифовывания бугров зубов. Этот метод использовался как самостоятельно, так и в сочетании с избирательным сошлифовыванием зубов.

Больным второй группы (12 человек) с деформациями зубных рядов вследствие дефектов зубного ряда и вертикального зубоальвеолярного удлинения устраняли окклюзионные нарушения путем уменьшения высоты коронковой части зуба с предварительным депульпированием.

Пациентам третьей группы с дефектами зубного ряда и снижением межокклюзионной высоты (9 человек) проводили лечение разобщающими каппами в течение двух месяцев.

У больных четвертой группы с повышенной стираемостью, дефектами зубного ряда и снижением межокклюзионной высоты (7 человек) также проводили подготовку разобщающими каппами. У данного контингента изменяется положение нижней челюсти как в вертикальном, так и в горизонтальном направлении, уменьшается высота коронковой части зуба, снижается межокклюзионная высота. Снижается тонус мышц, поднимающих нижнюю челюсть, и увеличивается тонус крыловидных мышц при дистальном смещении. Неравномерное стирание зубов с образованием острых краев и кратерообразных углублений приводит к преждевременным направляющим зубным контактам и артикуляционным препятствиям. Оказание помощи таким больным заключается в устранении напряжения и спазма жевательной мускулатуры. Восстановление анатомии и функции жевательного аппарата у больных с частичным отсутствием зубов и деформациями зубочелюстной системы осуществлялось различными ортопедическими конструкциями. Для замещения дефектов зубных рядов использовались как съемные, так и несъемные конструкции. Наиболее часто дефекты зубных рядов восстанавливались мостовидными протезами, реже съемными конструкциями.

Качество проведенного ортопедического лечения полости рта оценивали визуально (эстетические показатели) и определяли жевательную эффективность до и после протезирования. У всех 56 больных с частичным отсутствием зубов и деформациями зубных рядов эстетические показатели были на высоком уровне. Жевательная эффективность значительно повысилась и составила от 75% до 100% после протезирования в сравнении с показателями до начала лечения.

Важную роль в оценке функционального регуляторно-адаптивного статуса отводили пробе сердечно-дыхательного синхронизма, которую провели всем пациентам до, в процессе и после завершения ортопедического лечения.

По сравнению со здоровыми людьми (табл. 1) у стоматологических больных, нуждающихся в лечении деформаций, дыхательный синхронизм (ДС) был меньше на 80,3%.

Меньший ДС был за счет меньшей на 4,6% максимальной границы ДС и большей на 8,8% минимальной

**Параметры сердечно-дыхательного синхронизма
у стоматологических ортопедических больных до и после лечения**

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма	Здоровые	До лечения	После лечения деформаций	После орто- педического лечения
	M±m n=10 1	M±m n=56 2	M±m n=56 3	M±m n=56 4
Минимальная граница диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	77,2±0,4	84,0±0,2 P ₁ <0,001	81,4±0,2 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001	80,0±0,1 P ₄ <0,001 P ₅ <0,001 P ₆ >0,05
Максимальная граница диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	90,9±0,3	86,7±0,2 P ₁ <0,001	86,2±0,2 P ₂ <0,001 P ₃ >0,05	85,5±0,2 P ₄ <0,001 P ₅ <0,001 P ₆ >0,05
Ширина диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	13,7±0,1	2,7±0,1 P ₁ <0,001	4,8±0,1 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001	5,5±0,1 P ₄ <0,001 P ₅ <0,001 P ₆ <0,001
Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона в кардиоциклах	14,0±0,2	17,2±0,7 P ₁ <0,001	16,7±0,2 P ₂ <0,001 P ₃ >0,05	15,0±0,1 P ₄ <0,001 P ₅ <0,001 P ₆ <0,001
Длительность развития синхронизации на максимальной границе диапазона в кардиоциклах	17,1±0,3	24,3±0,2 P ₁ <0,001	20,3±0,2 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001	18,2±0,1 P ₄ <0,001 P ₅ <0,001 P ₆ <0,001
Длительность восстановления исходного ритма после прекращения пробы на минимальной границе в кардиоциклах	12,5±0,4	15,0±0,1 P ₁ <0,001	13,1±0,2 P ₂ >0,05 P ₃ <0,001	13,0±0,4 P ₄ >0,05 P ₅ <0,001 P ₆ >0,05
Длительность восстановления исходного ритма после прекращения пробы на максимальной границе в кардиоциклах	15,1±0,1	22,0±0,1 P ₁ <0,001	19,0±0,1 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001	17,1±0,1 P ₄ <0,001 P ₅ <0,001 P ₆ <0,001

Примечание: P₁ – показатель достоверности между данными столбцов 1 и 2.
Соответственно P₂ – между 1 и 3, P₃ – между 3 и 4, P₄ – между 2 и 4.

границы ДС. У стоматологических больных с деформацией по сравнению со здоровыми людьми длительность развития синхронизма на минимальной границе ДС была больше на 22,9%. Длительность развития синхронизма на максимальной границе ДС – на 42,1%. У стоматологических больных до лечения деформаций по сравнению со здоровыми людьми длительность восстановления исходного ритма частоты сердечных сокращений с минимальной границей ДС была больше на 20,0%, а длительность восстановления исходного ритма частоты сердечных сокращений с максимальной границей ДС – на 45,7%.

Меньший ДС, большая длительность развития синхронизма на границах ДС, большая длительность восстановления исходного ритма на границах ДС после прекращения пробы у стоматологических больных

с деформацией и с частичным отсутствием зубов по сравнению со здоровыми людьми указывают на снижение у больных функционально-адаптационных возможностей.

Качество жизни, оцениваемое по опроснику, у стоматологических больных до лечения было хуже, чем у здоровых людей (табл. 2).

Так, у больных до лечения физическое функционирование было на 71,8% меньше, чем у здоровых. У больных соответственно: ролевое физическое функционирование было на 74,5% меньше, показатель боли был 34,0±3,2 балла, а общее здоровье было меньше на 50,4%. Суммарные изменения физического здоровья составляли 35,1% от физического здоровья у здоровых людей.

Динамика параметров качества жизни у пациентов до и после лечения деформаций челюстей и после завершения ортопедического лечения

Параметры	Здоровые M±m n=10 1	До лечения M±m n=56 2	После лечения деформаций M±m n=56 3	После ортопедического лечения M±m n=56 4
Физическое функционирование (PF)	86,4±6,8	24,4±3,6 P ₁ <0,001	67,2±6,3 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001	77,2±4,3 P ₄ >0,05; P ₆ >0,05 P ₅ <0,001
Ролевое физическое функционирование (RF)	79,3±6,0	20,2±2,5 P ₁ <0,001	66,4±4,2 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001	70,1±3,0 P ₄ >0,05; P ₆ >0,05 P ₅ <0,001
Боль (BP)	76,0±5,8	34,0±3,2 P ₁ <0,001	76,0±5,8 P ₂ >0,05 P ₃ <0,001	68,0±3,8 P ₄ >0,05; P ₆ >0,05 P ₅ <0,001
Общее здоровье (GH)	73,0±5,2	36,2±3,3 P ₁ <0,001	60,0±5,6 P ₂ >0,05 P ₃ <0,001	65,1±4,8 P ₄ >0,05; P ₆ <0,001; P ₅ <0,001
Суммарные изменения физического здоровья PSH)	80,1±5,4	28,1±2,8 P ₁ <0,001	65,3±6,6 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001	75,4±5,1 P ₄ >0,05; P ₆ <0,001 P ₅ <0,001
Жизнеспособность (VT)	66,0±3,8	16,8±1,2 P ₁ <0,001	54,6±5,9 P ₂ >0,05 P ₃ <0,001	56,3±3,2 P ₄ >0,05; P ₆ >0,05 P ₅ <0,001
Социальное функционирование (SF)	88,4±6,8	25,3±1,8 P ₁ <0,001	54,2±6,2 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001	77,2±5,4 P ₄ >0,05; P ₆ <0,001 P ₅ <0,001
Ролевое эмоциональное функционирование (RE)	90,4±6,9	15,4±1,1 P ₁ <0,001	63,2±5,2 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001	87,0±8,3 P ₄ >0,05; P ₆ <0,001 P ₅ <0,001
Психическое здоровье (MH)	80,2±6,0	32,4±1,0 P ₁ <0,001	68,3±7,1 P ₂ >0,05 P ₃ <0,001	73,5±5,2 P ₄ >0,05; P ₆ <0,001 P ₅ <0,001
Суммарные изменения психологического здоровья (MSH)	82,1±6,1	22,4±1,1 P ₁ <0,001	62,2±5,8 P ₂ <0,001 P ₃ <0,001	76,0±4,9 P ₄ >0,05; P ₆ <0,001 P ₅ <0,001

Примечание: P₁ – показатель достоверности между данными столбцов 1 и 2.
Соответственно P₂ – между 1 и 3, P₃ – между 2 и 3, P₄ – между 1 и 4,
P₅ – между 2 и 4, P₆ – между 3 и 4.

У больных до лечения жизнеспособность по сравнению со здоровыми людьми была меньше на 74,5%. Социальное функционирование было меньше на 71,4%. У больных было меньше, чем у здоровых, соответственно: ролевое эмоциональное функционирование – на 73,0%, психическое здоровье – на 59,6%. Суммарные изменения психологического здоровья у больных составляли 27,3% от здоровых. Из таблицы 2 видно, что у стоматологических больных с частичным отсутствием зубов и деформацией зубочелюстной системы до лечения показатели качества жизни ниже, чем у здоровых людей.

Обращает на себя внимание, что среди факторов, отражающих физическое здоровье, у стоматологических больных до лечения по сравнению со здоровыми людьми наиболее уменьшено ролевое физическое функционирование.

Среди факторов, отражающих психологическое здоровье, у стоматологических больных до лечения по сравнению со здоровыми людьми наиболее уменьшено ролевое эмоциональное функционирование. Среди параметров СДС наиболее показательным в этом плане оказался ДС.

Между этими показателями была выявлена сильная корреляционная связь. Коэффициент корреляции между

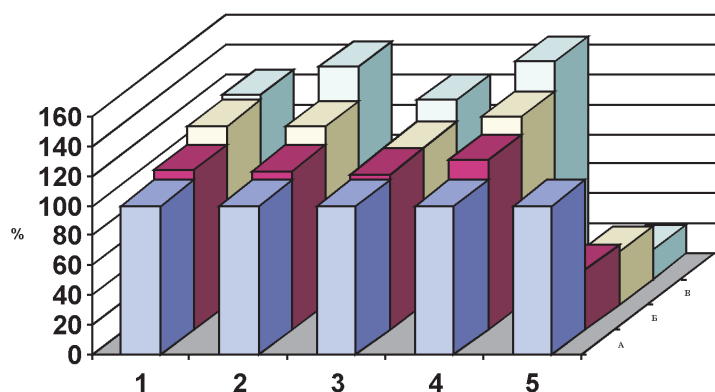


Рис. 1. Параметры сердечно-дыхательного синхронизма:

1 – длительность развития синхронизации на минимальной границе и 2 – на максимальной границе диапазона. 3 – длительность восстановления исходного ритма сердцебиений после прекращения пробы на минимальной границе и 4 – на максимальной границе диапазона. 5 – ширина диапазона синхронизации. Г – у больных до лечения; В – после лечения деформаций зубочелюстной системы; Б – после ортопедического лечения; А – здоровые люди.
За 100% приняты показатели у здоровых людей

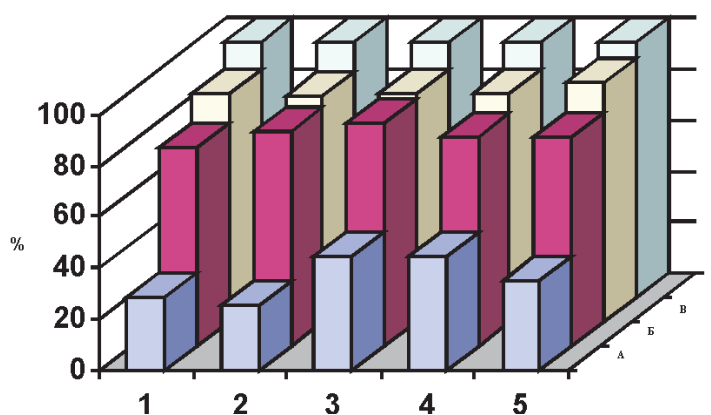


Рис. 2. Показатели физического здоровья:

1 – физическое функционирование. 2 – ролевое физическое функционирование. 3 – боль. 4 – общее здоровье. 5 – суммарные изменения физического здоровья. А – у больных до лечения; Б – после лечения деформаций зубочелюстной системы; В – после ортопедического лечения; Г – здоровые люди. За 100% приняты показатели физического здоровья у здоровых людей

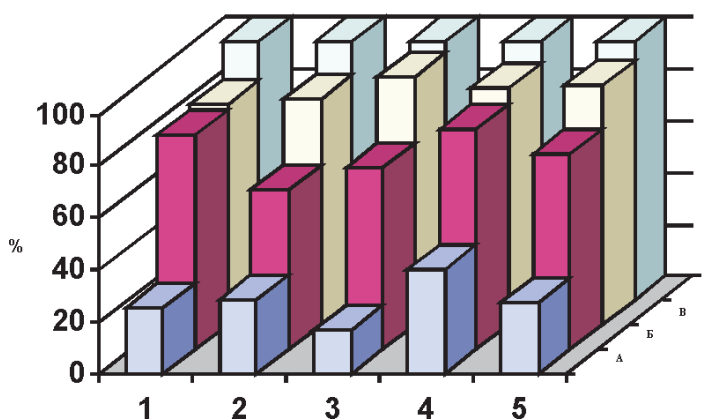


Рис. 3. Показатели психического здоровья:

1 – жизнеспособность. 2 – социальное функционирование. 3 – ролевое эмоциональное функционирование. 4 – психическое здоровье. 5 – суммарные изменения психологического здоровья. А – у больных до лечения; Б – после лечения деформаций зубочелюстной системы; В – после ортопедического лечения; Г – здоровые люди.
За 100% приняты показатели психического здоровья у здоровых людей

ролевым физическим функционированием и ДС составил 0,92. Коэффициент корреляции между ролевым эмоциональным функционированием и ДС составил 0,96.

После лечения деформаций челюстей ДС увеличился на 77,5% (рис. 2). Увеличение ДС происходило за счет уменьшения на 3,1% минимальной границы ДС при достоверно неизменной максимальной границе ДС. После лечения деформаций длительность развития синхронизма на минимальной границе достоверно не изменилась, в то время как длительность развития синхронизма на максимальной границе ДС уменьшилась на 16,5%.

У стоматологических больных после лечения деформаций зубочелюстной системы длительность восстановления исходного ритма частоты сердечных сокращений с минимальной границей ДС уменьшилась на 12,7%. Длительность восстановления исходного ритма частоты сердечных сокращений с максимальной границей ДС уменьшилась на 13,6%.

Вышеуказанная динамика параметров СДС после лечения деформаций челюстей свидетельствует о начале процесса восстановления функционально-адаптационных возможностей у стоматологических больных после лечения деформаций зубочелюстной системы. После лечения деформаций зубочелюстной системы качество жизни стоматологических больных улучшалось (рис. 3, 4).

Коэффициент корреляции между ролевым физическим функционированием и шириной диапазона синхронизации составил 0,94.

Коэффициент корреляции между ролевым эмоциональным функционированием и шириной диапазона синхронизации составил 0,97.

После окончательного ортопедического лечения ДС увеличивался на 14,6%. Увеличение ДС происходило за счет уменьшения на 1,7% минимальной границы ДС при достоверно неизменной максимальной границе ДС. После лечения длительность развития синхронизма на минимальной границе ДС уменьшилась на 10,2%, а длительность развития синхронизма на максимальной границе ДС уменьшилась на 10,3%. После лечения длительность восстановления исходного ритма частоты сердечных сокращений с минимальной границей ДС достоверно не изменялась. Длительность восстановления исходного ритма частоты сердечных сокращений с максимальной границей ДС уменьшалась на 10,0%.

После лечения увеличение ДС, уменьшение длительности развития синхронизма на границах ДС,

длительность восстановления на границах ДС свидетельствуют о восстановлении функционально-адаптационных возможностей после окончательного ортопедического лечения.

После окончательного лечения качество жизни стоматологических больных улучшилось. Коэффициент корреляции между физическим функционированием и ДС составил 0,95. Коэффициент корреляции между социальным функционированием и ДС составил 0,98.

При сопоставлении всех наших наблюдений оказалось, что самое низкое качество жизни имеет место у стоматологических больных, у которых функциональные регуляторно-адаптивные возможности организма резко снижены. После устранения деформаций и завершения ортопедического лечения качество жизни и регуляторно-адаптивный статус приближаются к показателям здоровых людей.

Таким образом, при анализе эффективности лечения стоматологических больных важная роль отводится функционально-адаптивному статусу пациента, т. е. оценке системы регуляции организма в целом и субъективной оценке «качество жизни».

ЛИТЕРАТУРА

1. Леонтьев В. К., Колпаков В. В., Брагин А. В. Концепция типовой вариабельности физиологической индивидуальности – фундаментальная основа системной профилактики и комплексной терапии в стоматологии // Стоматология. – 2005. – № 5. – С. 4–9.
2. Мингалёва Е. А. Динамика показателей качества жизни у пациентов с деформациями челюстей в процессе ортопедического лечения // Кубанский научный медицинский вестник. – 2007. – № 1–2. – С. 98–100.
3. Плужникова М. М. Качество жизни у больных со стоматологической патологией // Пародонтология. – 2007. – № 1–2 (19–20). – С. 62–63.
4. Покровский В. М., Абушкевич В. Г., Борисова И. И., Потягайло Е. Г., Похотько А. Г., Хакон С. М., Харитоновна Е. В. Сердечно-дыхательный синхронизм у человека // Физиология человека. – 2002. – Т. 28. № 6. – С. 116–119.
5. Покровский В. М., Абушкевич В. Г., Потягайло Е. Г., Похотько А. Г. Сердечно-дыхательный синхронизм: выявление у человека, зависимость от свойств нервной системы и функциональных состояний организма // Успехи физиологических наук. – 2003. – Т. 34. № 3. – С. 68–77.

Поступила 20.03.2009

К. И. МЕЛКОНЯН, И. М. БЫКОВ, И. И. ПАВЛЮЧЕНКО, Н. В. БЕЛКИНА

ВЛИЯНИЕ ПРОБИОТИКОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ «ПРО-/АНТИОКСИДАНТЫ» У ПАЦИЕНТОВ С МЕТРОЭНДОМЕТРИТОМ

Кафедра фундаментальной и клинической биохимии
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: ladutkoa@mail.ru

Рассматривается роль оксидативного стресса в патогенезе метроэндометрита (МЭМ). Представлены данные, подтверждающие, что развитию МЭМ предшествуют выраженные метаболические изменения в организме женщины: активация свободнорадикального окисления, снижение антиоксидантной активности, изменение ферментативной активности, свидетельствующие о высокой степени нарушения адаптационных механизмов, которые могут быть выявлены на начальных стадиях