Уровень инсулина сыворотки крови достиг 31,43 (28,60; 36,98) мкЕд/мл и 57,29 (44,15; 77,46) мкЕд/мл в первой и второй группах, $p < 0,05$. Содержание глюкозы 5,2 (5,0; 5,6) ммоль/л и 5,8 (5,5; 6,1) ммоль/л соответственно, $p < 0,05$. НОМА- IR статистически достоверно отличается в исследованных группах и группе контроля: в первой группе данный показатель превысил норму почти в 2 раза и составил 7,4 (6,61; 9,32), во второй группе - 12,28 (9,65; 15,13), что превышает нормальные величины в более чем в 3 раза.

У пациентов данных групп статистически значимо отличались показатели белка p53 между собой и группой контроля. В первой группе данный показатель составил 1,48 (1,29; 1,6) U/мл, во второй группе 2,0 (1,86; 2,28) U/мл.

При проведении корреляционного анализа у пациентов с метаболическим синдромом выявлены сильные положительные связи между концентрациями белка p53 и инсулина, содержанием белка p53 и НОМА – IR - ($r+0,7$, $p < 0,05$); ($r+0,84$, $p < 0,05$), соответственно. Инсулинорезистентность и гиперинсулинемия, лежащие в основе МС, ускоряют процессы старения, в данном случае, путем увеличения концентрации индуктора апоптоза – белка p53, высокая концентрация которого является маркером преждевременного старения [5]. Повышение активности p53 связано с вынужденными радикальными мерами, к которым приходится прибегать организму в условиях перегрузки организма калориями и нарушениях метаболизма. При этом усиленно идет инициация процесса апоптотической активности, приводящая к развитию преждевременного старения. Этот факт нашел подтверждение в нашем исследовании, проводимом ранее: биологический возраст и коэффициент скорости старения у пациентов с МС увеличены [4]. В свою очередь, ускоренный темп старения организма определяет повышенный риск раннего развития возрастной патологии, влияя на качество и продолжительность жизни

Выводы. У пациентов с метаболическим синдромом увеличена концентрация индуктора апоптоза - белка p53 и составляет 1,59 (1,36 1,91) U/мл.

Выявлена сильная положительная связь ($r+0,7$, $p < 0,05$) между концентрациями белка p53 и инсулина, НОМА- IR и белком p53 ($r+0,84$, $p < 0,05$) сыворотки крови у пациентов с МС.

1. Диагностика и лечение метаболического синдрома. Российские рекомендации (второй пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2009. - № 8(6), приложение 2.
2. Кондратьева Л.В. Инсулинорезистентность – каким образом можно на нее воздействовать? // Практикующий врач сегодня. - 2010. - № 1. - С. 57 - 59.
3. Самуилов В.Д., Алескин А.В., Лагунова Е.М. Программированная клеточная гибель. Обзор. // Биохимия. - 2000. - Т 65. вып. 8. - С. 1029 -1046.
4. Чернышева Е.Н., Панова Т.Н. Биологический возраст и коэффициент скорости старения у больных с метаболическим синдромом в зависимости от антропометрических показателей // Кубанский научный медицинский вестник. - 2011. - № 6 - С. 178 – 181.
5. Ferbeyre G., Lowe S.W. The price of tumor suppression? // Nature. - 2002. - Vol. 415 - P. 26 - 27.

Чиркова Н.В., Плутахина А.А., Машкова Н.Г., Деревнина Н.Г., Орешкина Д.А.
Изучение факторов, определяющих комплаентность стоматологических
пациентов во время лечения и возможных механизмах его улучшения

Воронежский государственный медицинский университет им.Н.Н. Бурденко
(Россия, Воронеж)

doi: 10.18411/sr-10-02-2018-19

idsp: 000001:sr-10-02-2018-19

В последние годы, одним из документов, которые заполняются при консультации или первичном осмотре пациента является информированное согласие. Оно предлагается, как важное средство для добровольного согласия пациента на лечение, на последующие процедуры и критерии, которые будут удовлетворены, чтобы гарантировать это согласие.

Есть и другие пункты информированного согласия, такие как возможность принятия рациональных решений, стимулирование самокритики среди врачей, защита предметов исследования и сокращение медикализации. Однако, еще одним важным моментом является заинтересованность и ответственность пациента за выполнение регламента стоматологического лечения. В этом плане подчеркивается важность участия пациента в лечебном процессе, и выполняется принцип уважения его автономии вне зависимости от социального статуса.

Таким образом, пациенту предоставляется возможность чувствовать себя участником стоматологического терапевтического альянса. Затем, получая от врача необходимую информацию о заболевании, методах проводимого лечения, прогнозе и рисках заболевания, а также возможных последствиях отказа от вмешательства, пациент должен осознавать не только болезни и необходимости ее лечения. Несомненно то, что уровень осознания будет зависеть не только от компетентности пациента, но и от умения врача предоставить необходимую информацию в доступной форме. Поэтому этому этапу взаимодействия между врачом и пациентом необходимо уделять особое внимание, так как именно в данный момент идет формирование мотивации к преодолению болезни и комплаентному поведению в ходе лечения. Только при условии достаточного понимания со стороны пациента всех этапов лечения, врачу можно рассчитывать на осознанное и точное выполнение всех назначений и рекомендаций.

Сегодня в стоматологической практике не существует единого стандарта информированного согласия, имеются разные точки зрения на его целесообразность, необходимость в его существовании продиктовано современными социальными, экономическими, правовыми и этическими требованиями.

Эффективность терапевтического альянса, где врач и пациент имеют одну цель – борьбу с болезнью, во многом определяется отношением самих врачей к проблеме комплаентности. Возникает вопрос, что, по мнению врачей-стоматологов, помогает настроить пациента на ответственное отношение к лечению? И что снижает эффективность лечения? Ответы на данные вопросы помогут практическому врачу скоординировать свои действия в процессе оказания стоматологической помощи.

Важным является выяснение мнения врачей – стоматологов о факторах, определяющих комплаентность стоматологических пациентов во время лечения и возможных механизмах его улучшения. Было проведено исследование в стоматологической поликлинике ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, которое заключалось в опросе врачей – стоматологов. Использовалась групповая дискуссия под руководством модератора. Группа состояла из 10 врачей-стоматологов. Возраст участников беседы был от 25 до 36 лет – 4 человека (40%), от 37 до 50 лет – 5 человека (50%), старше 50 лет – 1 человек (10%). Респонденты представляли профессиональные группы: терапевты – 5 человек (50%), ортопеды – 3 человека (30%) хирург – 2 человека (20%). Стаж работы по специальности: до 5 лет – 3 человека (30%), до 10 лет – 5 человек (50%), более 10 лет – 2 человека (20%). В ходе беседы наиболее частыми были высказывания о низкой мотивации пациентов на стоматологическом приеме, как к профилактике, так и к лечению стоматологических заболеваний. В основном, за помощью обращаются пациенты с уже сформировавшейся патологией, осложнениями одонтогенного характера, требующие серьезного лечения и длительного периода реабилитации. По мнению опрошенных врачей, население мало информировано об эффективных методах профилактики, норм и требований гигиены полости рта.

Но сами врачи согласились, что основной принцип профилактической медицины не соблюдается и реальной работы по санитарному просвещению населения не проводится. Причины назывались разные: отсутствие материального стимулирования и загруженность врачей, отсутствие необходимого специалиста – гигиениста в каждой поликлинике.

Факторами, влияющими на мотивацию обращения за стоматологической помощью, по мнению врачей чаще всего являются: страх (или ожидание боли) перед стоматологическим вмешательством, недооценка пациентом серьезности патологии, низкий санитарный и культурный уровень пациента, материальные затраты, связанные с лечением. Все участники отметили, что в практике каждого врача часто встречаются неисполнительные пациенты. При этом отмечалось, что

возникновение различного рода осложнений заболеваний и развитие конфликтов, как правило, наблюдается у некомплаентных пациентов.

Врачей попросили ответить, опираясь на свой опыт, какие же факторы и влияют на уровень комплаентности? При этом, мнения разделились: большинство врачей-стоматологов напрямую связывали некомплаентное поведение пациентов с их безответственным отношением к своему здоровью. Однако, прозвучали и другие причины, а именно недостаточная и не убедительная информация о состоянии здоровья пациента, которую должен предоставить врач, некачественное лечение (ошибки, дефекты), отсутствие желания по установлению психологического контакта с больным. В ходе дискуссии прослеживалось и то, что пациент должен неукоснительно выполнять предписания врача. Врачи считают важным условием выздоровления больного полное его подчинение врачу, и предпочитают иметь дело с теми, кто полностью доверяет врачу. Независимо от того, какой модели взаимоотношений врачи придерживаются, от предоставления информации больному они не освобождаются. Все врачи – участники исследуемой группы, предоставляя необходимую информацию, прежде всего, мотивируют пациента на необходимое лечение, стараясь при этом избежать конфликтных ситуаций в случае возможных осложнений, как в процессе лечения, так и в процессе оплаты за предоставленные услуги. Врачи считают, что больной не обладает необходимыми знаниями в вопросах диагностики и лечения стоматологической патологии, и поэтому он должен получить только ту информацию, которая будет помогать врачу выполнять его профессиональные обязанности. Однако, высказывались мнения и о том, что информирование пациента позволяет разделить ответственность за лечение в определенной доле между врачом и пациентом. Врач не может полностью гарантировать успех лечения, если больной не выполняет его назначения и рекомендации в полном объеме. Достоверная и исчерпывающая информация, полученная от лечащего врача, укрепляет практику посещения одного врача. Так как больной будет уверен в соблюдении и уважении его прав.

Таким образом, высказывания врачей-стоматологов свидетельствуют о том, что проблема комплаентного поведения пациентов существует, и факторов ее определяющих много. Главной причиной отказа от назначенного лечения и несоблюдения его режима является низкий уровень медицинской культуры населения. Недостаточность профилактических мероприятий, а может быть и полное их отсутствие усугубляет проблему отношения пациентов к своему здоровью. Профилактическая работа в стоматологии стала делом личной инициативы врача, что подтверждается в ходе беседы с врачами – стоматологами. Отсутствие единых стандартов по информированию пациентов (объема, формы) не формирует у пациента осознание ответственности за лечение, а в основном является способом предупреждения конфликтов материального характера.

1. Анализ профилактических мероприятий стоматологических заболеваний у детей Смолина А.А., Кунин В.А., Вечеркина Ж.В., Чиркова Н.В. / Системный анализ и управление в биомедицинских системах // 2016. Т. 15. № 2. С. 338-341.
2. Оценка организационных мероприятий, направленных на снижение заболеваемости детей кариесом / Смолина А.А., Кунин В.В., Вечеркина Ж.В., Чиркова Н.В., Корецкая И.В. // Вестник новых медицинских технологий. 2017. Т. 24. № 2. С. 172-177.
3. Роль производственной практики в профессиональной подготовке врача-интерна Шелковникова С.Г., Морозов А.Н., Чиркова Н.В., Корецкая И.В. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2016. № 64. С. 120-123.
4. Современные аспекты проведения воспитательной работы со студентами медицинского вуза / Попова Т.А., Чиркова Н.В., Вечеркина Ж.В., Пшеничников И.А., Крючков М.А. // Тенденции развития науки и образования. 2017. № 31-3. С. 39-41.
5. Kimsma, G.K.(1993). "Informed Consent", in R.J.M.Dillman, E.vanLeeuwen & G.K.Kimsma (eds.), *Ethiek in medische praktijk*, Bunge, Utrecht.
6. The use led radiatijn in prevention of dental diseases / Моисеева Н.С., Ипполитов Ю.А., Кунин Д.А., Морозов А.Н., Чиркова Н.В., Алиев Н.Т. The EPMA Journal. 2016. Т. 7. № S1. С. 24.