

МОЛОДОЙ
УЧЁНЫЙ



II Международная научная конференция

МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ



Уфа

УДК 61
ББК 5
М42

Главный редактор: *Ахметова Г. Д.*

Редакционная коллегия сборника:

*М. Н. Ахметова, Ю. В. Иванова, К. С. Лактионов, Н. М. Сараева, О. А. Авдеюк, Т. И. Алиева,
В. В. Ахметова, В. С. Брезгин, О. Е. Данилов, А. В. Дёмин, К. В. Дядюн, К. В. Желнова,
Т. П. Жуйкова, М. А. Игнатова, В. В. Коварда, М. Г. Комогорцев, А. В. Котляров,
С. А. Кучерявенко, Е. В. Лескова, И. А. Макеева, У. А. Мусаева, М. О. Насимов,
Г. Б. Прончев, А. М. Семахин, Н. С. Сенюшкин, И. Г. Ткаченко, А. С. Яхина*

Ответственные редакторы:

Г. А. Кайнова, Е. И. Осянина

Международный редакционный совет:

*З. Г. Айрян (Армения), П. Л. Арошидзе (Грузия), З. В. Атаев (Россия), В. В. Борисов (Украина),
Г. Ц. Велковска (Болгария), Т. Гайич (Сербия), А. Данатаров (Туркменистан),
А. М. Данилов (Россия), З. Р. Досманбетова (Казахстан), А. М. Ешиев (Кыргызстан),
Н. С. Игисинов (Казахстан), К. Б. Кадыров (Узбекистан), О. А. Козырева (Россия),
Лю Цзюань (Китай), Л. В. Малес (Украина), М. А. Нагервадзе (Грузия),
Н. Я. Прокопьев (Россия), М. А. Прокофьева (Казахстан), М. Б. Ребезов (Россия),
Ю. Г. Сорока (Украина), Г. Н. Узаков (Узбекистан), Н. Х. Хоналиев (Таджикистан),
А. Хоссейни (Иран), А. К. Шарипов (Казахстан)*

Медицина и здравоохранение: материалы II Междунар. науч. конф. (г. Уфа, май 2014 г.). —
М42 Уфа: Лето, 2014. — iv, 80 с.
ISBN 978-5-87308-133-6

В сборнике представлены материалы II Международной научной конференции «Медицина и здравоохранение».

Предназначен для научных работников, преподавателей, аспирантов и студентов медицинских и фармацевтических специальностей, а также для широкого круга читателей.

УДК 61
ББК 5

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Полина Ю.В., Белова Е.П.

Особенности работы психотерапевтического кабинета на базе городской бюджетной общесоматической поликлиники. 1

Рябышева Л.В., Макарова О.Н.

Влияние репродуктивного здоровья на демографическую ситуацию в стране 3

Савина О.В.

Формирование профессиональной компетентности у студентов медицинских колледжей. 6

Щетинкина Л.А.

Занятия физической культурой и спортом при близорукости в Тверском медицинском колледже 8

2. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Даниялова Н.Д.

Человек, Врач, Воин, Строитель. 12

3. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Sidorenko M.

Pesticides and immune system – a clear link 14

5. МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА

Шибeko P.В., Малевский Н.А., Баранов С.И.

Универсальный термический массажер 16

6. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Азизова Г.Ф.

Особенности психоэмоциональных изменений у женщин в период беременности 21

Бойко А.В., Ганина Х.В., Абдулфахаб М.А.

Die Aerosoltherapie als zusätzliche Methode bei der Chemischen Grundtherapie der Kranken an der Lungentuberkulose ist mit den bronchialobstruktiven Syndrom verwickelt 25

Василенко В.С., Карповская Е.Б.

Эндогенная интоксикации как фактор развития стрессорной кардиомиопатии. 27

Зелюк С.В.

Комплексная оценка эффективности хирургического лечения генитального пролапса у женщин трудоспособного возраста. 30

Кураев Н.Ш., Иманшапиев А.М., Даниялова Н.Д.

Профилактика отека спинного мозга у больных с острой спинномозговой травмой 40

Мамутова Ж.К., Абдувохидова Т.А., Турдиева Д.А., Юлдашева О.С., Негматшаева Х.Н. Особенности системы гемостаза в динамике беременности у пациенток с тромбофилией и беременных с высоким инфекционным риском.	43
Ортикова Ф.М., Маниёзова Г.М., Тураева Г.Ю., Гофурова Ш.М. Оценка фетоплацентарного состояния у первобеременных.	45
Раимжанова Н.Т., Мухитдинова Т.К., Тураева Г.Ю., Маниёзова Г.М. Приоритетность кесарева сечения в современном акушерстве.	47
Рахимова С.Н., Мухитдинова К.О., Хакимова К.У., Негматшаева Х.Н., Маниёзова Г.М. Исследование некоторых показателей иммунитета у супружеских пар с бесплодием.	49
Рустомова Х.Р., Рахимова С.Н., Бутабаева Г.Т., Рахматуллаева Г.И., Негматшаева Х.Н., Маниёзова Г.М. Улучшение перинатальных показателей у женщин с гипертензивными состояниями, осложненных задержкой внутриутробного развития плода.	51
Хонкелдиева Х.К., Алимджанов И.И., Холматов Д.Н., Ганиева М.Ш., Абдуллаева М.Э., Маниёзова Г.М. Клинико-лабораторная характеристика понижения функционального состояния щитовидной железы у детей с бронхиальной астмой.	52
Шокирова С.М. Осложнения беременности у женщин с высоким риском инфицирования плода.	56
Якубова О.А., Маниёзова Г.М. Эффективность применения Магне В6 при ювенильной дисменорее у девушек андижанского региона.	58

7. ФАРМАКОЛОГИЯ

Нурмагомедова П.М., Омариева М.Г. Обзор статей. Свойства чернушки посевной (<i>Nigella sativa</i>).	62
---	----

9. ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Кызаева А.Д. Сравнительный анализ клинических протоколов (руководств) по диагностике и лечению воспалительных заболеваний малого таза у женщин.	66
--	----

10. ПРОЧИЕ ОТРАСЛИ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Акимова Г.М. Профилактика профессионального инфицирования медицинских работников вирусным гепатитом и ВИЧ-инфекцией.	70
Карпенко О.Н. Социально-экономические аспекты работы медицинских психологов в учреждениях здравоохранения.	72
Карpenko O.N. Social and economic aspects of the medical psychologist's job on the health care institutions.	73
Малинова Т.В. Роль лаборатории в раннем выявлении туберкулеза на селе.	75
Трофименко С.Ю. Изучение отношения врачей первичного звена к интеграции доказательной медицины (на примере г. Волгограда).	78

1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Особенности работы психотерапевтического кабинета на базе городской бюджетной общесоматической поликлиники

Полина Юлиана Владимировна, кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт;
Белова Елена Петровна, главный врач
ГБУЗ Астраханской области городская поликлиника №1

Психотерапевтический кабинет является структурным подразделением городского бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области городской поликлиники №1 (ГБУЗ АО ГП №1), имеет помещение для приема пациентов и помещение для проведения индивидуальной и групповой психотерапии. Кабинет оборудован в соответствии с перечнем оборудования психотерапевтического кабинета, ведется учетная и отчетная документация.

В задачи психотерапевтического кабинета входит:

— консультативно-диагностическая работа и отбор пациентов с неврозами и другими пограничными расстройствами;

— лечебная помощь, в зависимости от показаний, в виде психотерапии симптомо-, лично- и социотрированной направленности в сочетании с медикаментозными и другими видами лечения, в том числе в индивидуальной, семейной и групповой формах;

— психогигиеническая и психопрофилактическая помощь населению.

С целью повышения качества лечебно-диагностического процесса в ходе работы нами осуществляется тесное профессиональное взаимодействие с другими специалистами (врачами дневного стационара, терапевтами, невропатологом, эндокринологом, физиотерапевтом и др.).

В ГБУЗ АО ГП №1 работает медицинский психолог, осуществляющий прием пациентов в соответствии с индивидуальной программой их ведения, что позволяет внедрить в практику современные методы клинической психологии и таким образом, в целом повысить психологическое обеспечение лечебно-диагностического процесса.

В структуре зарегистрированных психических расстройств первое место заняли невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–48). Согласно МКБ–10 (международной классификации болезни) невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства объединены в одну большую группу в силу их исторической связи концепции невроза и зависимости от психотравмирующих факторов.

Несмотря на многообразие клинических проявлений психических расстройств, у большинства обратившихся

больных диагностировались неврастения (F48.0), в обобщенном виде характеризующаяся выражаясь словами одного из первых ее исследователей Н. Bird «легкой возбудимостью и быстрой истощаемостью нервных функций».

Оценка патогенных факторов свидетельствовала о непосредственной связи болезненных состояний, составляющих предмет исследования, с психотравмирующими ситуациями.

Превалировали эмоционально неблагоприятные воздействия в сфере профессиональной деятельности (изменения условий труда в результате конфликта с начальством; невозможность завершить в срок принципиально важную работу; понижение должностного статуса; расширение круга обязанностей с необходимостью решения нестандартных задач и пр.).

У части пациентов, психотравмирующая ситуация была связана с такими семейными неурядицами, как нестабильность супружеских отношений или затянувшийся бракоразводный процесс с ущербом при размене жилья и др.

Кроме того среди причин отмечались финансовые проблемы (необходимость срочного погашения долга, банкротство и пр.).

В структуре органических непсихотических расстройств (F06), обусловленных повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью, выделяются:

1) F06.3 — органические расстройства настроения (аффективные). Проявляются широким спектром аффективных синдромов (субдепрессия, депрессия и др.), дисфорическими нарушениями;

2) F06.4 — органическое тревожное расстройство.

Состояния характеризуются генерализованной тревогой, паническими расстройствами пароксизмального характера, обсессивно — фобическими образованиями и пр.;

3) F06.6 — органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство.

Это расстройство чаще возникает в связи с цереброваскулярными заболеваниями или гипертензией, чем с дру-

гими причинами. Основу составляет церебростенический радикал в форме физической и психической слабости, истощаемости, раздражительности. У пациентов часто имеют место головокружения, головные боли и вегетативные расстройства. Аффективные нарушения проявляются в виде лабильности эмоциональных реакций и склонности к аффективному недержанию;

4) F06.9 — психическое расстройство, обусловленное повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью. Другие неуточненные формы психических нарушений органической природы.

В эту группу были включены пациенты с психосоматической патологией, активно направляемые врачами терапевтами, неврологами, кардиологом, гастроэнтерологом, урологом, врачами дневного стационара и т. д.

Наибольшее распространение получили психосоматические заболевания сердечно — сосудистой системы (кардиалгии функциональной природы, транзиторные гипертонии, пароксизмальные гипотонические состояния, нейроциркуляторные расстройства и др.) и болезни желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, синдром раздраженной толстой кишки и другие функциональные расстройства пищеварения).

Расстройства тревожно — депрессивного спектра при сердечно — сосудистых заболеваниях характеризовались устойчивым сочетанием тревоги, подавленности, соматовегетативных проявлений, и превалированием соматических жалоб над аффективными.

Актуальность проблемы профилактики и социальной реабилитации нарушений психического здоровья у лиц страдающих различными формами соматических заболеваний, не вызывает сомнений.

Среди пациентов, обратившихся на прием за психотерапевтической помощью, преобладали лица трудоспособного возраста, что во многом может быть обусловлено возросшим темпом жизни, социальной нестабильностью в обществе, затяжными неразрешенными микросоциальными конфликтами и т. д.

С каждым годом отмечается увеличение числа пациентов, обратившихся в порядке самообращения, что видимо, связано с востребованностью данной медицинской услуги среди населения, постепенному возвращению психотерапией утраченных позиций.

Пациентам, длительный период времени не посещающим лечебные учреждения, для исключения возможной соматической патологии до начала психотерапевтического лечения осуществляются консультации

соответствующих врачей специалистов (кардиолога, эндокринолога, гинеколога и др., с проведением лабораторных и/или инструментальных методов обследования).

Авария на Чернобыльской атомной электростанции является одной из самых крупных техногенных катастроф в истории человечества. Среди нарушений здоровья, связанных с аварией, одно из важных мест занимают психические расстройства. У осмотренных пациентов наблюдались церебростенические проявления, мнестические расстройства, эмоционально — волевые и когнитивные нарушения.

При лечении этой группы пациентов, а также участников военных действий в Афганистане и Чечне нами применяется широкий спектр психофармакологических средств, психотерапия, психосоциальная поддержка пациентов и их родственников. Данные мероприятия позволили значительно улучшить соматическое и психическое самочувствие, а также социальное функционирование пациентов. Помощь пациентам строилась на основе системного подхода, который предполагал, прежде всего, сочетание фармакотерапии и психотерапии.

При выборе варианта терапевтических воздействий оценивались следующие факторы:

- выраженность и длительность расстройства;
- выраженность дезадаптации в связи с расстройством;
- результаты предшествующего лечения;
- имеющиеся возможности поддержки со стороны близких;
- культуральные и социальные особенности больного.

Терапия психических нарушений проводилась в соответствии с ведущим синдромом, возрастом и общим состоянием больного, и включала фармакотерапию, психотерапию, социотерапию, реабилитационные мероприятия. Вопрос о продолжительности сроков терапии решался индивидуально.

Лицам, взятым на психотерапевтическое лечение проводилось тестирование с использованием следующих методик: оценка тревожности по шкале Гамильтона, тест Спилбергера, госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale HAND, адаптированная для использования в медицинской практике М. Ю. Дробижевым и др.

Тестирование осуществляется с целью оценки тяжести состояния пациента на начало и конец лечения, а так же отслеживалось в динамике на фоне проводимой терапии.

Все мероприятия проводились в объеме, соответствующему взятым под психодинамическое наблюдение.

Литература:

1. Депрессивные синдромы и сопутствующие тревожные расстройства. Медикография.
2. Дружинин, В. Н. Экспериментальная психология — СПб: Издательство «Питер», 2000. 320 с. (Серия «Учебник нового века»).
3. Дэйноу, Ш. Сам себе психотерапевт (самоучитель по психотерапии). СПб, Питер, 2001.
4. Каменецкий, Д. А. Неврология и психотерапия. Учебное пособие.

5. Классификация психических расстройств МКБ—10. Исследовательские диагностические критерии.
6. Классификация психических расстройств МКБ—10. Клинические описания и диагностические указания.
7. Козлов, Н. Как относиться к себе и людям.
8. Кон, И. С. В поисках себя. Личность и ее самосознание. М.: «Политиздат», 1984.

Влияние репродуктивного здоровья на демографическую ситуацию в стране

Рябышева Любовь Владимировна, преподаватель акушерства и гинекологии;
Макарова Ольга Николаевна, преподаватель акушерства и гинекологии
Тверской медицинский колледж

Репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов.

ВОЗ

Социально-экономические изменения, происходящие в стране с 90-х годов, привели к снижению значимости статуса семьи и мотивации на рождение детей. В течение последних десятилетий в РФ складывалась напряженная демографическая ситуация, представляющая прямую угрозу безопасности страны и сохранению российского уклада жизни: по прогнозам, к 2050 году в России численность населения сократится до 100 млн. человек.

Для изменения сложившейся ситуации в стране, был разработан приоритетный национальный проект «Здоровье». основополагающие мероприятия по сохранению репродуктивного здоровья реализуются в рамках специальных федеральных целевых программ «Планирование семьи», «Безопасное материнство», законов «О предупреждении распространения ВИЧ», «Анти-СПИД», законодательные акты и постановления правительства, повышающие мотивацию женщин рожать детей. В Твери вот уже несколько лет работает молодежный центр «Твой мир». Открылся новый Перинатальный центр, в котором женщины получают высококвалифицированную специализированную помощь с использованием инновационных технологий.

В течение последних двух лет репродуктивное поведение женщин фертильного возраста изменилось в сторону мотивации на рождение детей и постепенного снижения числа аборт, хотя цифра остается достаточно высокой. Впервые с 1991 г. число родившихся на территории России превысило число умерших.

Родившихся, чел. 1901182

Умерших, чел. 1878269

Естественный прирост, чел. 22913

В условиях экономического кризиса, падения рождаемости и высокого уровня общей смертности населения, проблемы охраны репродуктивного здоровья приобретают особую социальную значимость.

Сохранить репродуктивное здоровье молодые девушки смогут, если:

— будут владеть неискаженной информацией о физиологии репродуктивной системы;

— ознакомятся с неблагоприятными факторами, влияющими на репродуктивную функцию женщины;

— активно пропагандировать здоровый образ жизни.

При проведении исследования было выявлено, что в течение последних десятилетий в России увеличился коэффициент смертности населения (16—16,4), снижался коэффициент рождаемости (до 10,2), в том числе суммарный коэффициент рождаемости до 1,3, что недостаточно для обеспечения воспроизводства населения. К 1 января 2013 года население РФ **составляло 143млн 347тыс 059 человек**. За 2013 год численность населения России за счет естественного прироста выросла на 22,9 тыс. чел. 5 февраля Тверьстат подвел итоги социально-экономического развития Тверской области в 2013 году. В Твери численность населения на 2013 год составила 408877 человек, 1325703 человек по Тверской обл. Согласно статистике, численность населения страны продолжает снижаться: число умерших превысило число родившихся в 1,6 раза. По предварительной оценке, **на 1 января 2014 г. она составила 143,7 млн. чел.**

Главной причиной появления положительного естественного прироста является не увеличение рождаемости населения (местного или приезжего), а сокращение смертности среди населения, уже проживающего на территории России.

Ухудшение репродуктивного здоровья связано с рядом проблем. Нами были изучены различные факторы, влияющие на репродуктивное здоровье женщин, которые выделяются в две группы:

1. ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ:

— Экологические — электромагнитные поля, вибрация, ионизирующее излучение, высокая температура

— Химические — алкоголь, никотин, наркотики, производственные и бытовые яды, лекарственные препараты

— Биологические — экология.

2. ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ:

- Гормональные
- Метаболические.

1. Экологическая проблема. Особую опасность для репродуктивного здоровья женщины представляет растущий уровень загрязнения атмосферы в результате выброса отравляющих веществ промышленными предприятиями и транспортом.

В условиях длительного воздействия малых доз радиации, нарушения репродуктивной системы могут быть обусловлены не только повреждением половых клеток, но и непосредственным воздействием на все звенья репродуктивной системы, а также опосредованно через нервную и эндокринную системы. Возникающие расстройства репродуктивного здоровья проявляются в форме снижения способности к зачатию ребенка, и, как следствие этого, увеличения числа бесплодных пар, учащения патологии беременности и родов, повышения частоты нарушений менструальной функции и хронических воспалительных заболеваний половых органов, ухудшения состояния плода (вплоть до его гибели) вследствие гипотрофии, гипоксии, пороков развития, снижения качества здоровья новорожденного (вплоть до смертельных исходов), увеличения числа детей-инвалидов.

2. Недостаточное питание. Говоря о репродуктивном здоровье необходимо отметить, что еще до зачатия должны быть восполнены дефициты пищевых веществ в организме и нормализовано соотношение массы и длины тела. Проблемой девушек современного общества является так называемые «стандарты» физического состояния, привела к развитию нервной анорексии. При этом резко нарушается менструальная и детородная функция женщины. В ряде продуктов растительного происхождения найдены вещества фитоэстрогены (подсолнечное и кукурузное масла, репчатый лук, свекла, капуста), гонадотропные соединения, способные влиять на репродуктивную функцию: процессы оплодотворения, лактацию. Белковая недостаточность со снижением массы тела до беременности или малыми весовыми прибавками во время беременности повышает риск преждевременных родов, врожденных аномалий развития плода, рождение детей с низкой массой тела, снижение количества и качества молока у матери.

Жиры и жирные кислоты необходимы для усвоения витаминов А, Е, которые влияют на функцию яичников, а также для физиологического течения беременности и формирования мозга плода. При недостаточном количестве лецитина в организме женщины наблюдается угнетение функции яичников.

3. Аборты. В начале XXI века в мире ежегодно производилось до 70 млн. абортов. Россия продолжает оставаться чемпионом мира в области абортов — на каждые тысячу новорожденных приходится 1022 аборта. За 2012 год в России совершено 1,6 миллионов абортов, из них 20% — девушкам моложе 18 лет. Каждый третий аборт в мире делается в России. Почти 10%

женщин детородного возраста раз в год делают аборт и 60% женщин прерывают первую беременность. Ежегодно более 2000 абортов производится у подростков до 14 лет. На 100 родившихся детей в России приходится в среднем 49,7 абортов. Впервые в 2013 году количество абортов по всей стране не превысило 1 миллиона за год, несмотря на это на каждую женщину приходится более 2-х абортов.

«За пять лет снизилось число абортов на 24%, но около миллиона беременностей теряются ежегодно. Это не только медицинская проблема, но и очень тонкая и чувствительная сфера», — данные Всероссийского научного форума «Мать и дитя».

Мы изучили карты прерывания беременности за период 2011–2013 гг по двум родильным домам г. Твери. В процессе обработки данных получены следующие результаты: в 2011 году беременность прервали 1381 женщина; 2012 — 1357, 2013 — 1300 женщин. Из них первобеременных 145, 139 и 104 женщины соответственно. В возрасте 15–17 лет показатель за эти годы составил от 2,7% до 1,6%, т.е. отмечалось некоторое снижение в данной возрастной группе. Положительным моментом является то, что на территории области наблюдается рост количества родов: в 2010 году было 14553, в 2011–14775, в 2012 году — 15408 родов. За 2013 год родилось на 655 детей больше по сравнению с 2012 годом.

4. Низкое репродуктивное здоровье. По данным главного акушера-гинеколога страны, 10 миллионов граждан России бесплодны. На сегодняшний день в России 78 миллионов женского населения, из них репродуктивного возраста, то есть от 15 до 49 лет, — 39,1 миллиона, среди которых бесплодных — 6 миллионов. В среднем 25–30% супружеских пар в Тверской области имеют эту проблему.

Среди мужчин репродуктивного возраста бесплодием страдают 4 млн человек. Доказано, что из 100 бездетных пар 40–46% не имеют детей по причине мужского бесплодия, что связано с инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе ВИЧ, влиянием на репродуктивное здоровье мужчины вредных факторов окружающей среды, условий работы и вредных привычек.

К концу 2012 г. в России было зарегистрировано 260 тысяч инфицированных ВИЧ женщин. Соотношение мужчин и женщин, выявленных в 2012 году, фактически составило 1:1, причем преобладает половой путь передачи (около 50%).

В Тверской области за весь период регистрации по состоянию на 31.12.2010 г. рождено ВИЧ-инфицированными матерями 1226 детей, диагноз ВИЧ-инфекции установлен у 106 детей (8,6%). Все дети, нуждающиеся в антиретровирусной терапии, получают лечение. На 01.04.2011 в Тверской области от ВИЧ — позитивных женщин родилось 1277 ребенка, диагноз «ВИЧ — инфекция» подтвержден у 110 детей. Предварительные данные на 10.02.2014 г, всего — 10117, 143-детей. Эти данные отражают состояние здоровья женщин, которые

рискуют не только собой, но и настоящим и будущим своих детей.

Неблагоприятным фоном являются злокачественные заболевания, среди которых ведущее место занимают рак молочной железы и рак шейки матки. Благодаря разработанной вакцине против ВПЧ гениталий уже сейчас проводят профилактические мероприятия девочкам-подросткам.

Практика показывает, что необходимым условием успешной работы по охране репродуктивного здоровья, предупреждению ИППП, профилактике абортотворения является широкое санитарное просвещение всех слоев населения, в том числе нравственное и гигиеническое воспитание детей и подростков. В результате опроса девушек-подростков средних учебных заведений г. Твери по разработанной нами анкете, были получены следующие данные: опрошено 370 девушек, средний возраст составил 17–19 лет. Изучение репродуктивного поведения позволило выявить, что к моменту анкетирования 285 девушек (77%) имели опыт половых отношений. Подтверждается сохраняющаяся в настоящее время тенденция к раннему началу интимных взаимоотношений. Раннее начало половой жизни способствует возникновению нежелательной беременности, поэтому проблема именно подростковой беременности остается актуальной. Мы установили, что у 30 девушек (9%) беременность завершилась искусственным прерыванием беременности. Отмечено, что большинство девушек получают сведения о гигиене половой жизни от родителей — 38%, школы — 46%, а также ближайшего социального окружения — 10% респондентов. Выводы, которые сделаны в результате исследования, свидетельствуют о том, что систематическое проведение информационно-образовательных акций для старшеклассников и студентов способствуют тому, что молодежь, получив наиболее полную и своевременную информацию, репродуктивное поведение станет осознанным, и грамотно будут использовать средства контрацепции.

Большое внимание мы уделяем этим проблемам при проведении занятий по акушерству и гинекологии в Тверском медицинском колледже.

Концептуальной основой развития профилактических мероприятий должна стать ответственность женщин за те условия, которые вызывают нарушение репродуктивного здоровья, профилактика и раннее выявление различных нарушений. Особое внимание должно быть обращено на здоровье подростков: создание новых подходов к гигиеническому и нравственному воспитанию и образованию

подростков, формирование здорового образа жизни, использование образовательных учреждений для массового оздоровления и укрепления здоровья девушек и юношей.

Для сохранения репродуктивного здоровья необходимо пропагандировать:

1. Безопасное и эффективное предохранение от нежелательной беременности. Девушке, впервые вступающей в половую жизнь, необходимо проконсультироваться с врачом гинекологом о выборе для себя определенного способа контрацепции.

2. Профилактика, своевременная диагностика и лечение заболеваний, передаваемых половым путем.

3. Предупреждение абортов

4. Своевременное и правильное лечение хронических заболеваний органов малого таза у специалиста.

5. Лечение эрозий и псевдоэрозий у девушек необходимо проводить еще до наступления беременности.

6. Тщательное планирование беременности обоими партнерами.

7. Здоровый образ жизни будущих родителей.

8. Соблюдение правил личной гигиены у девочек и женщин.

9. Профилактические мероприятия по укреплению иммунитета будущих родителей.

10. Сбалансированное питание.

11. Повышать качество рекомендаций, информации в области здоровья семьи,

12. Вовлекать мужчин в решение проблемы охраны здоровья женщин и повышать их ответственность за деторождение и воспитание детей.

Государство должно быть заинтересовано в обеспечении прав детей, молодежи, матерей. Мы считаем, что государственная политика должна эффективно работать по направлениям, охватывающим:

— поддержку молодых и многодетных семей;

— социальную, правовую и экономическую защиту семьи, в целях обеспечения ее всестороннего развития, включая поощрение роста рождаемости;

— оказание социальной помощи неполным семьям с низкими доходами;

— социальную помощь детям, оставшимся без попечения родителей

— обеспечение всестороннего физического, интеллектуального и духовного развития детей и молодежи.

Только при таких условиях государство будет сильным, успешным, а демографическая ситуация выйдет на положительные показатели благодаря сохранению репродуктивного здоровья мужчин и женщин

Формирование профессиональной компетентности у студентов медицинских колледжей

Савина Оксана Валентиновна, преподаватель
Тверской медицинской колледж

В современном мире образование становится одним из важнейших факторов, обеспечивающих экономический рост, социальную потребность, развитие институтов гражданского общества. Уровень образованности населения, развитость образовательной и научной инфраструктуры становятся непереносимыми условиями становления и развития общества и экономики, ведущими ресурсами которых выступают новое знание, инновационная деятельность, новые технологии производства.

Образование должно быть ориентировано на формирование творческой, инициативной, ответственной, стрессоустойчивой, способной предпринимать конструктивные и компетентные действия в различных видах жизнедеятельности личности, отличающейся высокой конкурентоспособностью и ролевой мобильностью.

В русском языке понятия «компетенции» и «компетентности» если не синонимы, то очень близки по своей сути. **Компетентность** — обладание знаниями, позволяющими судить о чем-либо. **Компетенция** — круг вопросов, в которых данное лицо обладает познаниями, опытом.

Как видим, в основе этих слов лежит «знание» и емкое понятие — «опыт». Педагоги-исследователи смысл этих слов видят шире. Например, согласно Л. М. Митиной, понятие «компетентность» включает знания, умения, навыки, а также способы и приемы их реализации в деятельности, общении, развитии (саморазвитии) личности, т. е. автор подчеркивает сложную интегративную природу компетентности.

В новом поколении государственных образовательных стандартов эти понятия разделены. Компетентность рассматривается как результат освоения компетенций конкретной личностью; компетенция — как система знаний, умений, личностных качеств, практического опыта, определяющих готовность и способность личности эффективно применять знания на практике, в конкретной ситуации, в профессиональной деятельности, определяемой требованиями должности.

Компетенции делят на профессиональные (или специальные) и общие (или надпрофессиональные). Общие компетенции — те, которые необходимы для успешной деятельности как в профессиональной, так и внепрофессиональной сферах, например: готовность работать с литературой, взаимодействовать с людьми, решать проблемы в социально-профессиональных ситуациях, использовать информационные ресурсы, выступать перед аудиторией и т. д.

Под профессиональной компетенцией педагога понимается интегральная характеристика, определяющая способность решать профессиональные проблемы и ти-

пичные профессиональные задачи, возникающие в реальных ситуациях профессиональной педагогической деятельности, с использованием знаний, профессионального и жизненного опыта, ценностей и наклонностей. Способность в данном случае понимается не как предрасположенность, а как умение.

Способности — индивидуальные психологические особенности — свойства, качества личности, которые являются условием успешного выполнения определенного вида деятельности.

Компетентность всегда проявляется в деятельности. Нельзя «увидеть» непроявленную компетентность. Профессиональная компетентность преподавателя выражается в решении профессиональных задач.

Осмысление компетентности современного специалиста, по мнению многих ученых, должно основываться на развитии интегративных и аналитических способностей человека.

Согласно определению коллектива исследователей РГПУ им. А. И. Герцена, профессиональная компетентность есть совокупность ключевой, базовой и специальной компетентности.

Ключевые компетентности, необходимые для любой профессиональной деятельности, связаны с успехом личности в быстро меняющемся мире. Они проявляются, прежде всего, в способности решать профессиональные задачи на основе использования:

- информации;
- коммуникаций, в том числе и на иностранном языке;
- социально-правовых основ поведения личности в гражданском обществе.

Базовые компетенции отражают специфику конкретной деятельности (педагогической, медицинской, инженерной и т. д.).

Для педагога базовыми являются компетенции, необходимые для «построения» профессиональной в контексте требований к системе образования на определенном этапе развития общества.

Специальные компетенции отражают специфику конкретной предметной или надпредметной сферы профессиональной деятельности. Специальные компетенции можно рассматривать как реализацию ключевых и базовых компетенций в области учебного предмета, конкретной области профессиональной деятельности.

Все три вида компетенции взаимосвязаны и развиваются одновременно, что формирует индивидуальный стиль педагогической деятельности.

Профессиональные (специальные) компетенции делятся на компетенции деятельности (например, подго-

товить и провести занятия по конкретной теме преподаваемой дисциплины, собрать сведения о пациенте, оказать ему неотложную помощь) и личностные компетенции (качества личности, которые формируются через поведение, например, милосердие, ответственность, аккуратность, дисциплинированность, вежливость, честность, точность, внимательность и др.). В результате, квалификация теперь — это подтвержденная в соответствии с установленными требованиями совокупность компетенций, необходимых для выполнения определенного круга профессиональных (должностных) обязанностей.

В связи с изменением в современных условиях образовательной парадигмы студент из объекта педагогического воздействия превращается в субъект познавательной деятельности, и задача преподавателя — последовательное формирование в рамках учебного процесса профессионального творческого мышления. Будущий специалист должен уметь не только применять систему знаний, умений и навыков в практической деятельности, но и самостоятельно решать возникающие педагогические проблемы.

Достижение профессиональной компетентности нашего выпускника предполагает разворот педагогического

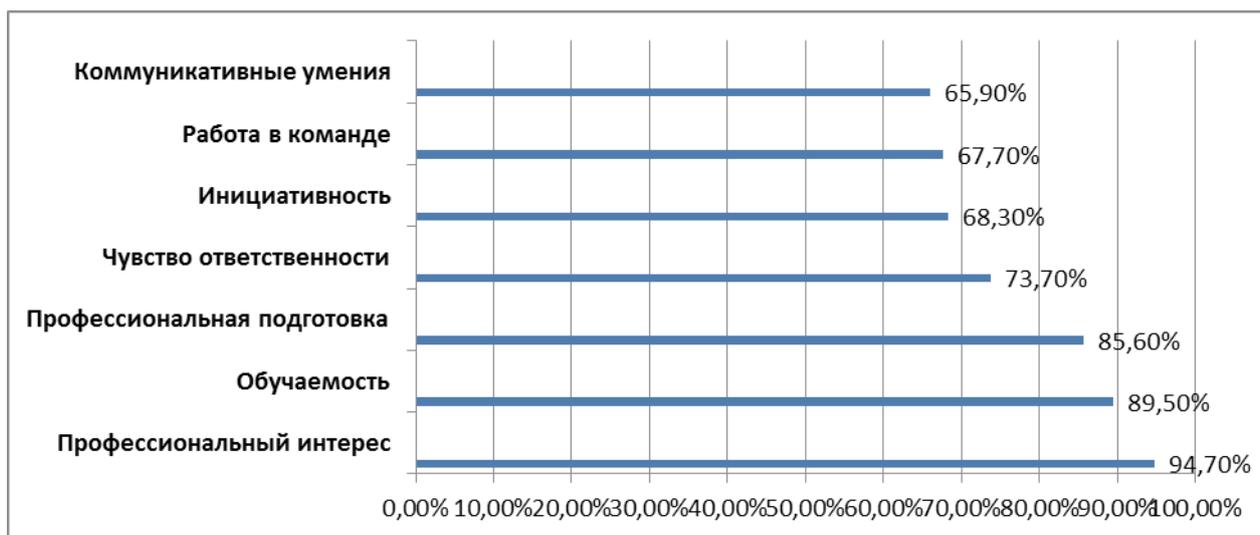
процесса в сторону приобретения студентами опыта самостоятельной и творческой деятельности.

Для определения требуемых компетенций выпускников — медиков было проведено анкетирование среди главных и старших медсестер нескольких ЛПУ г. Твери.

Кроме того, подготовка современного специалиста со средним медицинским образованием имеет особую специфику и ярко выраженную практическую направленность, поэтому организация учебной работы студентов на занятиях должна быть максимально практико-ориентированной и приближенной к условиям будущей профессиональной деятельности. Это возможно достичь при создании условий имитирующих профессиональную деятельность студентов:

- проведение тренинга на фантомах на основе медико-технологических протоколов,
- ролевые игры (элементы),
- работа в малых группах.

Важным звеном является работа студентов у постели больного, на рабочих местах в подразделениях лечебно-профилактических учреждений (процедурный кабинет, сестринский пост медсестры и т. д.).



Такое «погружение» в профессиональную среду позволяет формировать профессиональную компетентность, личностные качества студентов, способность к анализу и проектированию своей деятельности, уверенность в своих силах, психологическую готовность к будущей практической деятельности в лечебно-профилактических учреждениях. Считаю, что формирование профессиональной компетентности, развитие личностных качеств необходимы для будущей профессиональной деятельности медицинского работника.

Работодатели в первую очередь отметили обязательное наличие у специалистов таких качеств и умений, как способность работать в команде, а также трудоспособность, знание информационных технологий и иностранных языков. По словам работодателей, способность к обучению специалиста является решающим

критерием при приеме на работу. В то же время они, как и преподаватели, низко оценивают коммуникативные умения студентов, проявление инициативы, работу в команде.

В результате проделанной работы был сделан вывод, что работодатели и преподаватели одинаково понимают конкурентоспособность выпускника. Объединяющим началом стало четкое понимание необходимости:

- усиления практического компонента обучения;
- совершенствования коммуникативных умений;
- повышения чувства ответственности за качество выполняемой работы;
- развития умений работать в команде.

Компетенции, проявляясь в поведении, в деятельности человека, становятся его личностными качествами, свойствами.

Занятия физической культурой и спортом при близорукости в Тверском медицинском колледже

Щетинкина Людмила Александровна, преподаватель глазных болезней
Тверской медицинский колледж

Результаты исследования последних лет, особенно касающиеся механизмов происхождения близорукости, позволили по-новому оценить возможности физической культуры при этом дефекте зрения. Ограничение физической активности лиц, страдающих близорукостью, как это рекомендовалось ещё недавно, признано неправильным. Показана важная роль физической культуры в предупреждении миопии и её прогрессирования, поскольку физические упражнения способствуют как общему укреплению организма и активизации его функций, так и повышению работоспособности цилиарной мышцы и укреплению склеральной оболочки глаза.

Цель — теоретически обосновать и экспериментально проверить влияние физических нагрузок на остроту зрения.

Объект — острота зрения и рефракция у студентов ТМК.

Предмет — влияние физических нагрузок на остроту зрения и рефракцию.

Гипотеза — состояние органа зрения будет улучшаться, если студенты будут выполнять дозированную физическую нагрузку.

Задачи:

- 1) изучить литературу по данному вопросу;
- 2) определить уровень физических нагрузок по состоянию органа зрения;
- 3) апробировать возможность улучшения остроты зрения у студентов на занятиях физической культурой в ТМК.

Методы:

1. теоретический анализ литературы по теме исследования;
2. эксперимент;
3. беседа;
4. наблюдение;
5. количественный и качественный анализ результатов констатирующего и формирующего эксперимента.

Установлено, что девушки 15–17 лет, имеющие близорукость средней степени, значительно отстают по уровню физической подготовленности от сверстниц. У них отмечается существенное снижение кровотоков в сосудах глаза и ослабление аккомодационной способности. Циклические физические упражнения (бег, плавание, ходьба на лыжах) умеренной интенсивности (пульс 100–140 уд./мин.) оказывают благоприятное воздействие на гемодинамику и аккомодационную способность глаза, вызывая реактивное усиление кровотока в глазу через некоторое время после нагрузки и повышения работоспособности цилиарной мышцы. После выполнения цикли-

ческих упражнений значительной интенсивности (пульс 180 уд./мин.), а также упражнений на гимнастических снарядах, прыжков со скакалкой, акробатических упражнений отмечаются выраженная ишемия глаза, сохраняющаяся длительное время, и ухудшение работоспособности цилиарной мышцы.

Исследования позволили установить, что снижение общей двигательной активности студентов при повышенной зрительной нагрузке может способствовать развитию близорукости. Физические упражнения общеразвивающего характера в сочетании со специальными упражнениями для цилиарной мышцы оказывают положительное влияние на функции миопического глаза. На основе результатов проведённых исследований разработана методика лечебной физкультуры для студентов с близорукостью и показана её эффективность при применении в комплексе мер по профилактике близорукости и её прогрессирования.

Особенность физического воспитания студентов, способствующего предупреждению близорукости и её прогрессирования, состоит в том, что в занятия, помимо общеразвивающих упражнений, включают и специальные упражнения, улучшающие кровоснабжение в тканях глаза и деятельность глазных мышц, в первую очередь цилиарной мышцы.

Обязательные занятия студентов ТМК физкультурой проводят в трёх группах: основной, подготовительной и специальной.

В *основную* группу не допускаются учащиеся с остротой зрения без коррекции ниже 0.5 на лучше видящем глазу, с гиперметропической или миопической рефракцией более 3.0 дптр.

В *подготовительной* группе спортивные тренировки и соревнования исключены.

Учащиеся с гиперметропией и миопией более 6.0 дптр независимо от остроты зрения не допускаются к занятиям в этой группе.

Учащиеся с гиперметропией и миопией более 6.0 дптр независимо от остроты зрения, а также с хроническими и дегенеративными заболеваниями глаз занимаются в *специальной* группе по индивидуальной программе.

Отбор студентов в каждую из этих групп по состоянию органа зрения осуществляется в соответствии с инструкцией, приведённой в таблице далее (таб. № 1).

Для студентов, страдающих близорукостью и включённых в специальную группу, разработаны специальные упражнения типа лечебной физкультуры.

Как уже отмечалось выше, значительная часть студентов страдают близорукостью. По мере перехода

Таблица 1

Ограничения к занятиям физкультурой студентов по состоянию органа зрения

Группа занятий по физкультуре	Острота зрения	Рефракция	Другие изменения органа зрения
I. Основная (занятия по полной программе, сдача норм ГТО, участие в спортивных секциях и соревнованиях)	Не допускаются учащиеся с остротой зрения без коррекции ниже 0.5 на лучше видящем глазу	Не допускаются учащиеся с гиперметропией и миопией более 3.0 дптр	Не допускаются учащиеся с хроническими воспалительными и дегенеративными заболеваниями глаз
II. Подготовительная (основная программа физического воспитания удлиняется на 1–1.5 года; исключаются спортивные тренировки, участие в соревнованиях)	Не допускаются учащиеся с корригированной остротой зрения ниже 0.5 ^д на лучше видящем глазу	Не допускаются учащиеся с гиперметропией и миопией более 6.0 дптр независимо от остроты зрения	Не допускаются учащиеся с хроническими воспалительными и дегенеративными заболеваниями глаз
III. Специальная	Занимаются по индивидуальной специальной программе учащиеся с гиперметропией и миопией более 6.0 дптр независимо от остроты зрения, а также с хроническими воспалительными и дегенеративными заболеваниями глаз		

Таблица 2

Основные противопоказания к занятиям спортом для лиц с близорукостью

Вид спорта	Противопоказания в зависимости от степени близорукости и состояния глаз	Рекомендации об использовании оптической коррекции
Бокс	Любая степень близорукости	Контактная
Борьба	Любая степень близорукости	Контактная
Тяжёлая атлетика	Любая степень близорукости	Контактная
Гимнастика спортивная	Любая степень близорукости, кроме стационарной близорукости слабой степени	Без коррекции
Гимнастика художественная	Близорукость высокой степени, а также любая степень близорукости с осложнениями на глазном дне	При значительном понижении зрения — контактная коррекция
Плавание	Осложнённая близорукость	Без коррекции
Прыжки в воду	Любая степень близорукости, кроме стационарной близорукости слабой степени	Без коррекции
Гребля	Осложнённая близорукость	Очковая
Лыжные гонки	Осложнённая близорукость	Без коррекции
Скоростной бег на коньках	Близорукость высокой степени, а также любая степень близорукости с осложнениями на глазном дне	Без коррекции
Спортивная ходьба	Осложнённая близорукость	Без коррекции
Бег на короткие дистанции	Любая степень близорукости, кроме стационарной близорукости слабой степени	Без коррекции
Бег на средние и длинные дистанции	Осложнённая близорукость	Без коррекции
Метание	Высокая и осложнённая близорукость	Без коррекции
Прыжки	Любая степень близорукости	Без коррекции
Волейбол, баскетбол	Близорукость высокой степени, а также любая степень близорукости с осложнениями на глазном дне	Без коррекции
Футбол, ручной мяч	Любая степень близорукости, кроме стационарной близорукости слабой степени	Без коррекции
Хоккей	Любая степень близорукости	Без коррекции
Теннис большой, настольный, бадминтон	Близорукость высокой степени, а также любая степень близорукости с осложнениями на глазном дне	Без коррекции

на старшие курсы отмечается тенденция к её прогрессированию. Это вызвано, очевидно, большой зрительной нагрузкой, недостаточной двигательной активностью, нарушением гигиенических условий труда и быта. При распределении студентов с близорукостью в учебные группы для занятия физической культурой с учётом данных медицинского осмотра следует руководствоваться проведёнными выше ограничениями.

Используются следующие формы физического воспитания: обязательные и факультативные занятия; культурно-массовые мероприятия; самостоятельные занятия, включающие утреннюю гигиеническую гимнастику и меры по закаливанию организма, а также специальные упражнения для цилиарной мышцы.

Студенты с близорукостью слабой степени входят в основную группу и могут заниматься физической культурой, полезны занятия спортивными играми. Постоянное переключение зрения при игре в волейбол, баскетбол, теннис с близкого расстояния на далёкое и обратно способствует усилению аккомодации и профилактики прогрессирования близорукости.

При наличии близорукости средней степени студентов включают в подготовительную медицинскую группу, они должны заниматься физической культурой в подготовительном учебном отделении. Практические занятия с ними следует проводить отдельно от студентов основной медицинской группы.

В программные требования для них целесообразно ввести некоторые ограничения: исключить прыжки с высоты более 1,5 м, упражнения, требующие большого и продолжительного физического напряжения. Степень нервномышечного напряжения и общая нагрузка при занятиях физической культурой должны быть несколько ниже, чем у студентов из основной медицинской группы. Для студентов подготовительной медицинской группы наряду с учебными занятиями необходимо предусмотреть также самостоятельные занятия, включающие специальные упражнения для мышц глаз или занятия лечебной физкультурой.

Студенты с близорукостью высокой степени (6.0 дптр и более) должны заниматься физической культурой только в специальной медицинской группе.

Используются следующие формы физического воспитания:

а) обязательные и факультативные занятия;

б) самостоятельные занятия, включающие утреннюю гигиеническую гимнастику и меры по закаливанию организма, упражнения для повышения уровня общей и силовой выносливости, а также тренировку цилиарной мышцы. Кроме того, можно рекомендовать и занятия лечебной физкультурой.

Физические упражнения и спорт — это основные средства укрепления здоровья и поддержания хорошей работоспособности в любом возрасте, однако для людей страдающих заболеваниями органа зрения необходимы специальные комплексы упражнений.

Глазная гимнастика для любого возраста.

Она поможет молодым и людям в возрасте укрепить и сохранить зрение. Глазная гимнастика делается с закрытыми глазами 1 раз в день.

1. Вращение глазами яблоками по окружности (как можно шире) — 10 раз;

2. Движения глазами яблоками по прямоугольной рамке, фиксируя углы взглядом (вправо — влево) — 10 раз;

3. Движения глазами яблоками по диагонали той же рамки — 10 раз;

4. Вращения глазами яблоками по окружности по 2 раза, останавливая взгляд в центре круга — 10 раз;

5. Вращать глазами яблоками «восьмёркой» — 10 раз;

6. Посмотреть на яркий свет (лампочку на расстоянии) и быстро закрыть глаза ладонями (свет — тень) — 10 раз;

7. Перенести взгляд с кончика носа на центр лба или посмотреть вдаль, а потом на кончик носа — 10 раз;

8. Быстро поморгать.

Снижение зрения в большинстве случаев происходит из-за ослабления системы мышц, держащих хрусталик в необходимом фокусном расстоянии. Поэтому основной задачей для восстановления зрения является укрепление мышечной сумки глаз. Этого можно достичь, организовав к ним дополнительный приток крови, применив физическое или энергетическое воздействие.

Одним из наиболее эффективных методов физико-энергетического воздействия является Даосская система тренинга мышц. Данная система рекомендуется не только в качестве лечебной, она может быть использована и для профилактики заболевания глаз. Методика проста и неумолимая. Ежедневно, утром, днём и вечером, делайте следующие упражнения: Разотрите хорошенько ладони рук друг о друга до осязаемого тепла. Во время трения следите за тем, чтобы одна ладонь перемещалась относительно другой не более чем от центра до кончиков пальцев без отрыва друг от друга. После чего встаньте или сядьте, держа спину прямо, ноги вместе. Плотно сомкнутые ладони подтяните вверх до уровня глаз, затем разомкните ладони и накройте ими глаза. Горячие от трения ладони осторожно прижмите к глазам и отпустите. Повторите это 8 раз. Даосы называют это упражнение «прижимание глаз». После этого сделайте ладони лодочками, дав свободу глазам, но руки при этом не отпускайте. Откройте под ладонями глаза и вращайте глазные яблоки слева направо и справа налево и по 8 раз в каждую сторону. В заключение 8 раз проделайте смыкание глаз с небольшим напряжением.

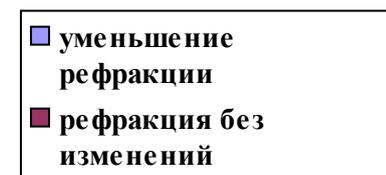
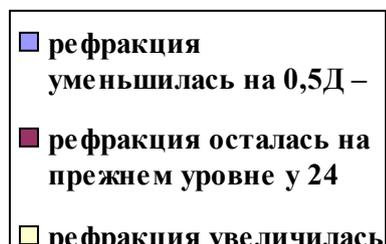
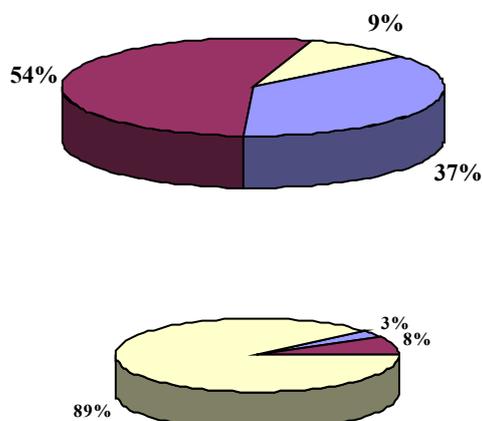
Таким образом, вы проделаете «три поглаживания глаз» — упражнение из Даосской оздоровительной системы, эффективность которой основана на усилении циркуляции крови по сосудам, а энергии по каналам и меридианам. Когда горячие от трения ладони прижимают к глазам, происходит воздействие на биологически ак-

тивные точки у глаз и за глазным дном. Движения глаз и век тренируют мышцы глаз. С помощью этой методики можно лечить также некоторые болезни глаз: куриную слепоту, воспаление зрительного нерва, близорукость, дальнозоркость, катаракту.

В качестве дополнения Даосской системы используйте приём восстановления зрительной способности глаз: сядьте в удобную позу, выпрямите спину. На вдох представьте и почувствуйте, что потоки энергии (праны) входят в вас через солнечное сплетение, задержите дыхание, и мысленно сконцентрируйте этот поток в маленькое облачко, затем также мысленно на выдохе направьте его самым кратчайшим путём к глазным яблокам. Повторяйте это упражнение в течение 8–10 минут, ежедневно. Таким образом, вы будете осуществлять постоянную энергетическую подпитку ваших глаз, что даст через определённое время ощутимый положительный эффект.

Все эти упражнения займут у вас очень мало времени, но здесь важны регулярность и постоянство.

В 2013/2014 учебном году в Тверском медицинском колледже насчитывалось 793 студента, из них
в основной группе 694 человека,
в подготовительной группе 71 человек
по зрению — 29 человек это студенты с миопией от $-3,5^D$ до $-6,0^D$ из них 14 студентов с миопией от $-3,5^D$ до $-4,5^D$



18 студентов с миопией от $-4,5^D$ до $-5,25^D$
7 студентов с миопией от $-5,5^D$ до $-6,0^D$ с миопическим конусом вокруг диска

в специальной группе — 28 человек, из них по зрению — 17 чел.

это студенты с миопией — $6,5^D$ и $>$ из них 10 студентов с миопией — $6,5^D$ с миопическим конусом

4 студента осложнённой миопией — стафиломой вокруг зрительного диска

3 студента с дегенеративными изменениями сетчатки

Спустя год в экспериментальной группе что составляло 43 человека (29 чел. — подготовительная группа и 14 человек — специальная группа) определили, что:

рефракция уменьшилась на $0,5^D$ – $0,75^D$ у 16 студентов — 37%

рефракция осталась на прежнем уровне у 24 студентов — 54%

рефракция увеличилась $>0,5^D$ у 3 студентов — 9%

тогда как по статистике это наблюдается в 3%, в 8% и 89% соответственно.

Проведённые исследования у студентов экспериментальной группы на базе ТМК показали существенное снижение количества студентов с прогрессированием миопии — 24 студента и наоборот заметное уменьшение миопии, за счёт укрепления аккомодационного аппарата у 16 студентов.

Наши исследования позволяют сделать вывод, что апробация методики дозировки физических нагрузок у студентов с миопией средней степени и даже высокой степени с учётом указанных выше эффектов действия физических упражнений актуальна и применение грамотной дозировки способствует профилактике прогрессирования миопии.

2. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Человек, Врач, Воин, Строитель

Даниялова Надежда Данияловна, кандидат медицинских наук, ассистент
Дагестанская государственная медицинская академия (г. Махачкала)



Кураев Наби Магомедович, 1924–1983 гг.

Профессию врача я выбрала для себя осознанно и потому отношусь к ней весьма серьезно. Для меня врач — это лучшая из всех профессий, всех времен и народов.

Истории людей, которые посвятили свою жизнь медицине, ее развитию, становлению не безразличны мне. Хочу поделиться с вами небольшим очерком о трудовой деятельности Врача — Кураева Наби Магомедовича, человека который помимо профессии врача имел сердце, ум и талант.

Передо мной лежат газетные вырезки с опубликованными в них письмами людей, которым посчастливилось работать с Наби Магомедовичем: заслуженный врач РД Г. М. Гайдаров, заслуженный врач РД и РФ Г. О. Гамзатова, заслуженный врач РД и отличник здравоохранения Н. Х. Джабраилова. В письмах слова благодарности, констатации заслуг, просто теплые слова. Спасибо Вам друзья, что ценили, поддерживали, смотрели в одном направлении.

Но это все мемории, воспоминания. А действительность была жестокая. Наби Магомедович Кураев родился в 1924 году в семье Красных партизан Куры-Магомеда и Амины. Партизанили они в рядах знаменитого отряда Героя гражданской войны Нестора Каландашвили. Воевали в Сибири за установление Советской власти, также вместе были на приеме у В. И. Ленина в Кремле. После победы Советской власти в Дагестане в 1928 году

семья Кураевых вернулась на родину, в селение Хунзах. Там прошли детство, школьные годы Наби Магомедовича. После окончания школы Наби Магомедович поступил в Дагестанский медицинский институт, но началась Великая Отечественная война и, будучи студентом второго курса добровольцем ушел на фронт.

Боевые дороги начались в Нальчике, Орджоникидзе, потом был направлен в Камышинское танковое училище, где был назначен командиром танка «Т-34» в звании лейтенанта в составе IV Украинского фронта. Наби Магомедович был трижды ранен, возвращался в строй. После четвертого ранения долго лечился в госпитале. В это же время родители получили похоронку, что лейтенант Кураев Н. М. погиб. В августе 1945 года неожиданно для родителей вернулся домой живым, с наградой «Орден Отечественной войны I-ой степени» и с осколком в позвоночнике.

Далее была продолжена учеба в медицинском институте, которая завершилась в 1949 году. И сразу же была начата активная трудовая деятельность, направленная на выполнение врачебного долга, созидание, развитие и становление медицины в Дагестане.

Наби Магомедович имел большие организаторские способности и это было отмечено руководством республики. В 1963 году Кураев Н. М. возглавил министерство. По воспоминаниям современников Наби Магомедович отдавался профессии целиком. Он жил для людей, не разделял горе на свое и чужое. Был уравновешенным, тактичным, высокообразованным, целеустремленным. Будучи министром, продолжал клиническую и научную деятельность, имел ученую степень доктора наук.

Созидание еще одно из качеств Наби Магомедовича. Замечательно, что все эти качества концентрировались в одном человеке, что у него хватило сил и терпения воплотить в жизнь многое из своих задумок. Поражает масштаб идей. Наби Магомедович был инноватором своего времени. Под его руководством введены в строй новые медицинские учреждения: Республиканская стоматологическая поликлиника с челюстно-лицевым отделением, хирургический корпус Республиканской клинической больницы, Хасавюртовская городская больница, 2-я городская больница с поликлиникой в г. Махачкале, корпус родильного дома, Республиканский кожно-венерологический диспансер на 300 коек, Онкодиспансер на 300 коек,

Республиканская станция переливания крови, городская больница в Каспийске, Республиканская психиатрическая больница в г. Махачкале, Республиканская детская больница на 1100 коек, ряд типовых районных больниц, туберкулезная больница на 500 коек, 5 детских больниц, здания Минздрава и Дагмедучилища с двумя общежитиями, передвижные медицинские амбулатории в зоне отгонного животноводства. Впервые на Северном Кавказе была создана врачебная косметологическая лечебница с подготовкой необходимых врачей косметологов, в республике с учетом высокогорья была организована санавиация для направления в горы любых специалистов в любое время года и суток. Аналогичная работа по созданию и улучшению материальной базы проводилась по всей республике.

Главврачи чувствовали моральную и материальную поддержку. За 20 лет работы министром не были сняты с работы ни один главврач за плохую работу.

Все это по сути лишь сухая констатация его деятельности. Ежедневное преодоление боли, недосып, физическая усталость, недопонимание, зависть недругов, бюрократические препятствия — все это ни как не останавливало локомотив по имени Наби Магомедович. На-

верное, Кураев Н. М. смог бы еще принести пользу дагестанскому народу, не вмешайся несчастный случай. Наби Магомедович умер во время служебной командировки в Москву в 1983 году, с инфарктной кардиограммой в кармане.

Долг, честь, достоинство, безграничная душевная доброта, порядочность красной нитью проходят через всю биографию Наби Магомедовича. Истинный офицер, врач, организатор здравоохранения, любящий муж и отец.

Семья у Наби Магомедовича по дагестанским меркам была небольшая, жена и двое детей. Зато с него началась врачебная династия. Сегодня уже нет с нами жены Веры Варламовны Чантурия и сына Шамиля, но есть дочь Нателла, внуки Бондо, Амина и Наби, которые продолжают начатое великим дедом. Они также преданны своей профессии врача, любят, ценят ее.

В этот юбилейный 90 год со дня рождения Наби Магомедовича, хотелось напомнить о том, что был такой Человек, Врач, Воин, Строитель. Может быть, у тех, кто прочтет данный очерк возникнут такие же теплые ощущения в груди, как и у меня, когда я познакомилась с историей жизни Кураева Н. М. И я буду очень признательна им за это.



Кураев Наби Магомедович, министр здравоохранения ДАССР (1963–1983 гг), д. м. н. заслуженный врач РФ

3. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Pesticides and immune system – a clear link

Sidorenko Malina, Assistant professor
Sofia University, Medical Faculty, Department of Anatomy and histology

Pesticides are widely used substances for preventing, destroying, repelling of pests such as insects, weeds, roundworms, birds, mammals, microbes. Pesticides are divided into four main groups: herbicides; fungicides; insecticides and bactericides. They can also be classified as inorganic, synthetic, or biologicals (biopesticides). Pesticides work by interfering with an essential biological mechanism in the pests, but because all living organisms share many biological mechanisms, pesticides are never specific to just one species. [1] They may also harm people who are exposed to pesticides through occupational or home use, through eating foods or liquids containing pesticide residue, or through inhaling or contacting pesticide-contaminated air. [1]

Health aspects

The amount of pesticides used each year is enormous. Health concerns about pesticides have tended to focus on their potential to act as acute poisons or their ability to cause cancer. But pesticides may pose other important risks as well. [3]

In lab tests where high doses of pesticides were given, researchers have observed some significant health effects. [4] Genetic damage, reproductive problems, and possible links to cancer are just some of the risks associated with pesticides. [4] Central nervous, endocrine and immune systems talk to each other all the time by many different chemical mechanisms and support individual level functions of reproduction, growth and behaviors. [5] Studies show that pesticides can function as nerve poisons and as pseudo hormones, modify hormone levels, and/or impact immune system function. Therefore, the hypothesis is that if one of these is impacted then because of the interconnection in the communications among them, it is likely that all other systems will be affected. [5] Recently, evidence has accumulated that many commonly used pesticides can suppress the normal response of the human immune system to invading viruses, bacteria, parasites, and tumors. [3] Laboratory studies show that a variety of organochlorine, organophosphate, carbamate, and metal-based pesticides (such as those based on arsenic, copper, or mercury) can suppress the immune system of mammals. [3] The changes in the immune system include reduction of the effectiveness of NK cells to attack and kill tumor cells, migration of cells to sites of inflammation — a

process known as chemotaxis — is also inhibited, other immune functions associated with tumor-fighting processes and auto-immunity may be disrupted (chlordane). Inhibition of cell signaling of T helper lymphocytes and modifying antibody production, macrophage function, cell death and cellular immune responses are also observed (permethrin) [6]

Working in conjunction with the Center for Disease Control, Rolf Halden, a researcher at Arizona State University's Biodesign Institute and collaborators set out to investigate whether in utero exposure to chlordane or permethrin is associated with changes in cytokine levels at birth. [6] Cytokines are signaling proteins that play a critical role in the immune system, particularly during the processes of inflammation and infection. [6] Halden and his colleagues measured serum levels of nine cytokines in newborns, comparing these with recorded birth weight, length, head circumference and gestational age. [6] They also measured umbilical cord serum from 300 newborns at the Johns Hopkins Hospital, analyzing these for permethrin, chlordane and PBUT — a chemical often used in commercial preparations of permethrin, to enhance the chemical's insecticidal properties. [6] Results of the study showed a clear correlation between higher chlordane concentrations and lower levels of a particular cytokine, labeled IL-12. [6] This cytokine is linked with an inflammatory immune response and its reduced levels suggest impairment of this response. [6] The team concludes that such changes in IL-12 could be associated with a decreased ability in newborns to resist infection or combat tumor formation. [6] Permethrin levels in serum were also associated with cytokine alterations, though in this case, levels of the cytokine IL-10 decreased in response to the pesticide. [6] IL-10 is an anti-inflammatory cytokine, so its reduction may be associated with increased inflammation as well as an increase in allergic reactions, which are typically moderated by IL-10. [6] Decreased levels of this cytokine may trigger diseases associated with increased inflammation, including various allergies and asthma. The results of the study were significant and represent the first compelling association between chlordane and permethrin exposure and levels of inflammatory cytokines in the fetus. [6]

Some Japanese researchers reveal the effects on pesticide exposure to the levels of cytokines. [7] The effects of fenitrothion (MEP), an organophosphorus insecticide, and glypho-

sate (GLP), a phosphorous containing amino acid-type herbicide, on cytokines production by human peripheral blood mononuclear cells (PBMC) was studied. [7] The production of IFN-gamma and IL-2 was inhibited by MEP in a concentration-dependent manner, but GLP slightly inhibited their production. [7] The production of TNF-alpha and IL-1 beta was not affected by MEP and GLP at the concentrations which significantly inhibited the proliferative activity and T cell-derived cytokine production. MEP inhibited the production of T cell-derived cytokine (IFN-gamma and IL-2), which indicates that MEP might have the potential of immunosuppressive action. [7]

Another study shows that exposure to the organochlorines aldrin and dieldrin reduces mouse resistance to viral infection, while DDT decreases antibody production in mammal and bird species. [3] The organophosphate parathion delays antibody production and suppresses T-cell response in cell cultures, while chronic low-dose exposures of the commonly used organophosphate malathion can depress several different immune responses. [3] Many solvents, inert ingredients, and contaminants that are part of pesticide formulations can also suppress immune responses in laboratory tests. [3] Among Indian factory workers chronically exposed to several pesticides, blood lymphocyte levels one element of immune system health decreased by as much as two thirds from baseline levels and returned to normal only after pesticide exposure ceased. [3] For example, residents of agricultural districts in southern Russia where pesticide use was substantial had lower T-cell counts than control groups in the general population, and the former group also had higher rates of infectious diseases. [3] Immune suppression from pesticide exposure may also play a role in the development of some cancers. [3] As a group, farmers face higher risks than the general population for contracting Hodgkin's disease, melanoma, multiple myeloma, and leukemia all of which are cancers of the immune system. [3]

Another evident for the link between pesticide exposure and autoimmune diseases was revealed. Dr. Allen Broughton and Roberta Madison studied 21 patients at the Department of Health Science at California State University. [8] Each patient first had a flu-like illness followed by chronic health complaints including fatigue, malaise, headaches, loss of memory,

difficulty with task, muscle and joint pain. [8] The study was not conducted immediately after the exposure, thereby it was measuring long term and not short term effects. [8] Although the results found no difference in total number of white blood cells and lymphocytes, it did find there was a large increase in what are called «autoantibodies» in the pesticide exposed patients (autoantibodies are malfunctioning antibodies that are attacking healthy tissue by mistake). [8] In fact, autoantibodies were found against five organ systems. [8] Out of eleven patients tested, nine had antimyelin autoantibodies directed against peripheral myelin. [8]

A study conducted by Dr. John Peters at the University of California, and reported in the Journal of the National Cancer Institute, found that children exposed to regular home pesticide applications had approximately 3 and one-half times greater risk of developing leukemia. If the children were exposed to outdoor pesticides as well they had nearly 6 times increased risk for leukemia. [8]

An interesting research shows that women who use insecticides are at elevated risk for autoimmune diseases such as rheumatoid arthritis and lupus. [9] The study, which looked at more than 75,000 women, shows that those who spray insecticides at least six times per year have almost two and a half times the risk of developing lupus and rheumatoid arthritis versus those who do not use insecticides. [9] The risk doubles if insecticides were used in the home for 20 years or more. [9] Since previous studies have linked a higher risk of lupus to farmers using pesticides, lead study author Christine G. Parks, PhD, an epidemiologist with the National Institute of Environmental Health Sciences in Research Triangle Park, NC, decided to investigate household insecticide use in the home and garden. [10] In the study, 178 of the women had rheumatoid arthritis, 27 had lupus, and 8 more women lived with both disorders. [10]

Conclusion

There are many researchers that are revealing the negative effect of pesticides on human health. May be it's time to change the plant protection strategy and prevent such a challenge as autoimmune diseases instead of searching a cure for them while poisoning ourselves with pesticides.

References:

1. <http://toxipedia.org/display/toxipedia/Pesticides>
2. <http://curezone.org/art/read.asp?ID=15&db=12&C0=16>
3. http://www.chem.duke.edu/~jds/cruise_chem/pest/pestintro.html
4. <http://www.beyondpesticides.org/lawn/activist/PorterLearningBehavior.pdf>
5. <http://researchmatters.asu.edu/stories/pesticides-may-affect-human-development-1994>
6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12108020>
7. <http://www.chem-tox.com/immunesystem/pesticides/pesticides.htm>
8. <http://www.beyondpesticides.org/dailynewsblog/?p=2615>
9. <http://www.rodalenews.com/natural-insecticide>

5. МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА

Универсальный термический массажер

Шибeko Роман Владимирович, старший преподаватель;
Малевский Никита Алексеевич, студент
Комсомольский-на-Амуре государственный технический университет

Баранов Сергей Иванович, главный врач
КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи г. Комсомольска-на-Амуре»

Описывается устройство термического массажа, входящего в состав кровати с различными режимами. Пользователь может управлять программой массажа, температурой прогрева, скоростью движения массажных головок в зависимости от желаемого результата.

Ключевые слова: массаж, термомассаж, массажные головки, температура прогрева, микроконтроллер, нефрит.

Массаж — это способ лечения и предупреждения болезней. Его суть заключается в механическом воздействии специальными приемами на поверхность тела или какого-либо органа. Массаж в основном делают руками, но существует и аппаратный массаж, проводимый при помощи специальных инструментов. Массаж является научно обоснованным, проверенным многолетней практикой, наиболее физиологичным для организма человека оздоровительным средством. Его применяют как в профилактических целях — для общего укрепления организма, так и в различных областях медицины: хирургии, ортопедии, гинекологии, терапии, неврологии и др. Лечебный массаж может использоваться в качестве самостоятельного метода, а может применяться в сочетании с другими методами лечения.

Действие массажа на кожу. Здесь можно выделить следующие факторы:

1. через кожу передается раздражение в центральную нервную систему, которая определяет ответную реакцию организма и его отдельных органов;
2. массаж способствует удалению с поверхности кожи отживших роговых клеток эпидермиса, что, в свою очередь, улучшает работу сальных и потовых желез;
3. в процессе массажа улучшается снабжение кожи кровью и устраняется венозный застой;
4. температура массируемого участка повышается, а значит, ускоряются обменные и ферментативные процессы.

Массируемая кожа становится розовой и упругой из-за усиленного кровоснабжения. Возрастает ее сопротивляемость механическим и температурным воздействиям. При поглаживании происходит ускорение движения лимфы в лимфатических сосудах, и устраняются застойные явления в венах. Эти процессы происходят

не только в сосудах, находящихся на массируемом участке, но и в расположенных рядом. Такое отсасывающее действие массажа объясняется снижением давления в массируемых сосудах. Повышая кожно-мышечный тонус, массаж влияет на внешний вид кожи, делая ее гладкой и эластичной. Ускорение обмена веществ в кожных тканях положительно влияет на общий обмен веществ в организме.

Действие массажа на суставы, связки, сухожилия. Суставы — одна из форм соединения костей. Основная часть сустава, в которой, собственно, и происходит сочленение двух костей, называется суставной сумкой. Посредством соединительных тканей она крепится к мышечным сухожилиям. Под воздействием массажа улучшается снабжение сустава и близлежащих тканей кровью, ускоряется образование и движение синовиальной жидкости, и в результате связки становятся более эластичными. Вследствие перенесенных перегрузок и микротравм в суставах могут наблюдаться малоподвижность, отечность, сморщивание суставных сумок, изменение состава синовиальной жидкости. С помощью массажа, ведущего к улучшению питания суставных тканей, можно не только избавиться от этих болезненных явлений, но и предупредить их. Кроме того, вовремя проведенный массаж предупреждает повреждение хрящевой ткани, ведущее к возникновению артрозов.

Действие массажа на мышцы. Под воздействием массажа в мышцах улучшаются кровообращение и окислительно-восстановительные процессы: увеличивается скорость доставки кислорода и удаления продуктов обмена. В результате устраняются ощущения одеревенелости, болезненности и припухлости мышц.

Действие массажа на кровеносную и лимфатическую системы. Происходит ускорение движения всех жидких

сред организма, особенно крови и лимфы. Причем происходит это не только на массируемом участке тела, но и в отдаленных венах и артериях. Так, массаж ног может вызвать покраснение кожных покровов головы. Особо следует отметить влияние массажа на систему капилляров кожи, которые осуществляют обмен веществ между кровью и окружающими ее тканями (лимфой). Под действием массажа капилляры раскрываются, а температура массируемых и близлежащих участков кожи повышается от 0,5 до 5 градусов, что способствует улучшению окислительно-восстановительных процессов и более интенсивному снабжению тканей кровью. Возникающие при массаже расширение капиллярной сети кожи и улучшение венозного кровообращения облегчают работу сердца.

Массаж в некоторых случаях может вызвать небольшое повышение артериального давления и увеличение количества тромбоцитов, лейкоцитов, эритроцитов и гемоглобина крови. Но через самое непродолжительное время после массажа состав крови приходит в норму, а артериальное давление снижается.

Термический массаж (термомассаж) — это тепловая физиотерапевтическая процедура, которая:

- способствует согреванию тела;
- устраняет болевые ощущения;
- активизирует процессы на тканевом и клеточном уровнях;
- способствует повышению мышечного тонуса;
- способствует повышению иммунитета;
- способствует ускорению выработки гормонов.

Термомассаж применяется для лечения и профилактики различных заболеваний, в особенности заболеваний позвоночника. В наше время технического прогресса, компьютеризации наиболее частой причиной такого рода заболеваний является малоподвижный образ жизни. По-

стоянное применение медицинских препаратов не может быть лучшим выходом.

Целебное свойство нефрита. На востоке нефрит является таинственным символом долголетия и здоровья. В различных медицинских книгах, изданных на Востоке, нефрит считается камнем, излечивающим пораженные органы и способствующим выведению шлаков из организма, благотворно влияющим на ткани. Массаж с использованием нефрита приводит к повышению наружной температуры тела, улучшению кровообращения. Нефрит препятствует старению, расслабляет мышцы, предотвращая мышечные судороги.

Ниже представлен проект медицинского устройства, которое будет производить массаж человеческого тела с применением инфракрасного излучения и нефритовых головок с программами массажа:

- Рабочий режим «1» — Основной массаж: массаж всего тела с особым перемещением массажной головки;
- Рабочий режим «2» — Дорсальный массаж: массаж области шеи;
- Рабочий режим «3» — Массаж поясничной области: массаж поясничной области;
- Рабочий режим «4» — Массаж туловища: массаж всей верхней части тела;
- Рабочий режим «5» — Массаж ног: массаж нижней части тела: ног и ягодиц.

Для удобства управления устройством будет использован пульт дистанционного управления (ПДУ), на котором располагаются кнопки: включения и выключения устройства («вкл/выкл»); «старт/стоп»; «сброс»; задания режима («1», «2», «3», «4» и «5»), времени («10 мин.» и «1 мин.»); управления режимами «термо» и «скорость» в виде кнопок «+» и «-». Внешний вид ПДУ представлен на рис. 1.

Настройка универсального термического массажера для прохождения сеанса происходит в таком порядке:



Рис. 1. Внешний вид ПДУ

1) Нажать кнопку «вкл/выкл» для включения устройства. При повторном нажатии этой кнопки устройство будет отключено, со сбросом ранее введенных параметров и возвратом массажной головки в первоначальное положение.

2) Выбрать номер режима массажа (кнопки с нумерацией от 1 до 5).

3) Выставить нужное время работы режима кнопками «10 мин.» и «1 мин.» (максимальное значение — 99 минут). При использовании нескольких режимов подряд нужно повторить операцию 2 и 3 в такой же последовательности нужное количество раз (максимальное значение режимов подряд — три).

4) При необходимости активировать функцию «термо», выставив температуру воздействия массажной головки (от 0 до 70°C), при помощи нажатий кнопок «+» и «-» в сторону увеличения или уменьшения на 5°C. Функция «термо» будет заключаться в активации пользователем инфракрасных ламп (ИКЛ) и установки определенной мощности нагрева.

5) При необходимости активировать функцию «скорость» (от 1 до 6), то есть задать скорость движения массажного ролика при помощи нажатий кнопок «+» и «-». Функции кровати «термо» и «скорость» будет доступна только после включения всего устройства, выбора режима и задания времени массажа. Если эти режимы не будут задействованы до нажатия кнопки «старт», то автоматически выставятся минимальные значения (температура — 0°C, скорость — 1). Если пользователь во время массажа захочет поменять одно из этих значений, то он может осуществить, не прерывая сеанса. Для удобства установки времени работы, а так же нужных значений в режимах «термо» и «скорость» присутствует программное решение, заключающееся в том, что при длительном нажатии кнопок управления будет происходить последовательное перебирание тех или иных значений в том или ином направлении.

6. Однократно нажать кнопку «старт/стоп» для начала прохождения сеанса массажа. При повторном нажатии этой кнопки — устройство остановится, ИКЛ

отключатся, кровать будет находиться в режиме ожидания дальнейшей команды. Если в течении 10 минут после команды «стоп» или неполного программирования, то есть не активирования сеанса массажа — устройство автоматически сбрасывает ранее введенные настройки, возвращает массажную головку в первоначальное положение и выключается.

Кнопка «сброс» предназначена для выполнения сброса команд и параметров в начальное состояние, для возможности введения новых значений. Функция этой кнопки доступна до команды «старт» и после команды «стоп».

Все показатели работы (режим, время, температура, скорость) будут выводиться на жидкокристаллический дисплей, находящийся на ПДУ.

После завершения программы массажа устройство переходит в режим «стоп», описанный выше.

Основной массаж проходит на тыльной части человека (от головы до щиколоток), а дополнительный, при помощи наружных массажных головок с двумя и четырнадцатью нефритовыми вставками — на фронтальной.

Наружные массажные головки так же оборудуются функцией «термо», с фиксированной температурой 45°C, и кнопкой «вкл/выкл» на каждом из устройств. Эти головки используются вручную, т. е. прикладываются к той или иной части тела по инструкции. Для точечного воздействия используется головка с двумя нефритовыми дорожками, для более обширного — с четырнадцатью вставками. Внешний вид головок представлен на рис. 2.

Структурная схема устройства представлена на рис. 3 и состоит из блоков: БМК — блок микроконтроллера; ЭД — электродвигатель; ФП — фотоприемник; ИКЛ — инфракрасные лампы; ДТ — датчик температуры; В — вентилятор; ПДУ — пульт дистанционного управления; Л — лазер; НМГ — наружные массажные головки; СЗ — схема защиты.

Функциональная схема устройства представлена на рис. 4. и состоит из блоков: МК — микроконтроллер; Л-лазер; ФП — фотоприемник; ССопр — система сопряжения; М — электродвигатель; СНС — схема начального сброса; РО — регулятор освещенности;

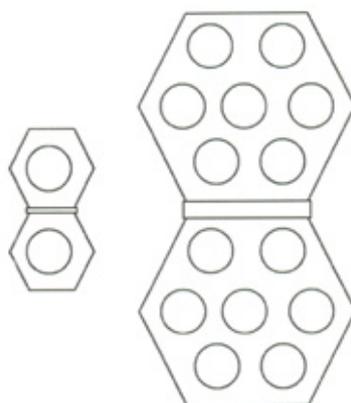


Рис. 2. Внешний вид головок

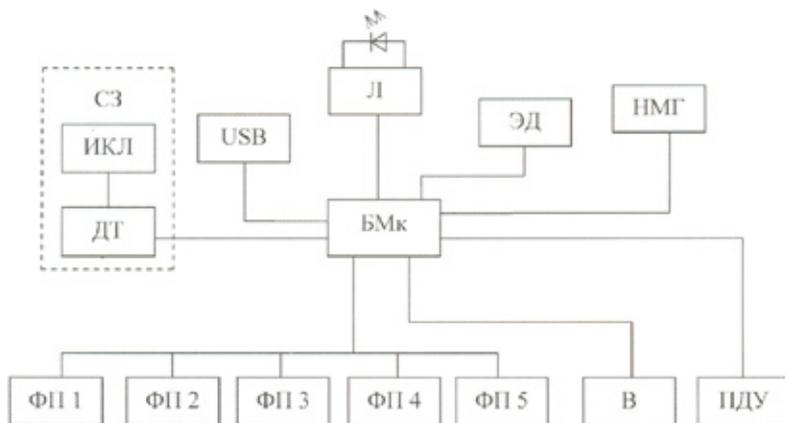


Рис. 3. Структурная схема

СИУ — схема исполнительного устройства; t — датчик температуры; LCD-дисплей; КК — контроллер клавиатуры (мультиплексор); ПДУ — пульт дистанционного управления; ИКЛ — инфракрасная лампа; НМГ — наружная массажная головка.

Функциональная схема работает следующим образом. Управление массажной кроватью осуществляется посредством пульта дистанционного управления (ПДУ). При включении устройства при помощи клавиатуры на ПДУ, сигнал управления поступает на микроконтроллер (МК). Далее происходит инициализация всех элементов схемы. Дисплей загорается, визуализируя включение устройства.

Схема исполнительного устройства (СИУ) для включения/отключения ИКЛ, схема регулятора освещенности (РО) и система охлаждения активизируются по на-

чалу работы шагового двигателя. Такое решение принято, чтобы не допустить перегрева поверхности на одном месте. Цифровой потенциометр выставляет мощность нагрева ИКЛ, а датчик температуры и РО контролирует правильность этого процесса. Система охлаждения заключается в установке вентилятора, в виде двигателя и системы управления его, в полость массажного устройства для сквозной вентиляции. СИУ — это схема защиты человека от сбой нагрева ИКЛ заключающееся в отключения ИКЛ. Принцип действия таков: датчик температуры сообщает МК какая температура нагрева ИКЛ, если она превышает заданную пользователем на 2°C, то МК подает команду на схему регулятора освещенности, которая корректирует мощности нагрева лампы, если корректировка произошла неудачно и отличается от заданной на 4°C, то МК подает сигнал на схему испол-

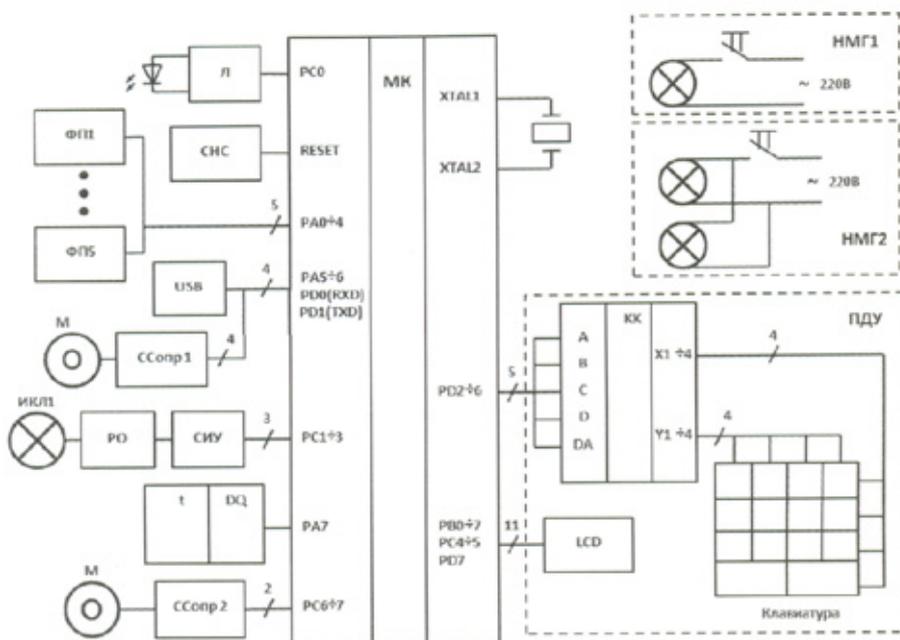


Рис. 4. Функциональная схема

нительного устройства и отключает ИКЛ. При активации режима массажа происходит инициализация: системы сопряжения (ССопр) электродвигателя (М), лазера (Л) и фотоприемника (ФП). Система сопряжения нужна для управления шаговым реверсивным двигателем, то есть в зависимости от режима и заданных функций, массажную головку нужно перемещать определенным

образом (вперед, назад и с разной скоростью), за что отвечает ССопр, в которую заранее внесена программа. ФП и Л нужны для тестирования, контроля и при необходимости корректировки ССопр двигателя. Наружные массажные головки (НМГ1 и НМГ2) с одной и двумя ИКЛ активизируются вручную независимо от МК кнопкой на самом устройстве.

Литература:

1. Данченко, А.П. Физиотерапевтические процедуры/А.П. Данченко, — М.: Высшая школа, 1988. — 342 с.
2. Капранов, В.Д. Физиология человека/В.Д. Капранов — М.: Высшая школа, 1985. — 208 с.
3. Приходько, П.П. Анатомия/П.П. Приходько — М.: Медицина, 1983. — 256 с.

6. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Особенности психоэмоциональных изменений у женщин в период беременности

Азизова Гулчехра Фарухтдиновна, ассистент
Ташкентский педиатрический медицинский институт (Узбекистан)

Психоэмоциональные изменения выявляются у 80% беременных, причем 56% из них составляют депрессивные расстройства разной степени выраженности (Kelly R. H. et al., 2001). По результатам зарубежных эпидемиологических исследований депрессивные расстройства признаны самыми частыми нервно-психическими расстройствами у беременных женщин (Evans J. et al., 2001; Bennett H. A. et al., 2004; Wewerinke A. et al., 2006; Lee A. M., 2007). Психоэмоциональные расстройства повышают риск развития осложнений протекания беременности (Kurki T. et al., 2000; Chung T. K. et al., 2001; Dayan J. et al., 2002), оказывают неблагоприятное влияние на социальное функционирование женщины (Horrigan T. J., 2000; Rajulo M., 2001). Установлено, что частота возникновения депрессивных расстройств повышается при беременности в подростковом возрасте и ранней юности (Смулевич А. Б., 2001), а также у беременных женщин с низким социально-экономическим статусом (McKee M. D., 2001). Несмотря на высокую распространенность психоэмоциональных изменений у беременных женщин, в большем количестве случаев они не диагностируются (Abraham S. et al., 2001; Andersson L. et al., 2003; Carter F. A. et al., 2005).

Целью исследования явилось выявление и определение качественного своеобразия психоэмоциональных расстройств у женщин в период беременности, изучение факторов, влияющих на их формирование, с целью разработки наиболее ранних способов психопрофилактики и коррекции психоэмоциональных изменений беременной женщины.

Материалы и методы исследования. В ходе работы по выявлению стрессогенных факторов у беременных было обследовано 48 первородящих и 22 повторнородящих женщин, состоящих на консультативном учете. Им был предложен опросник, составленный на основании структурированного интервью с беременными женщинами, в котором женщины отвечали на вопросы о сроке беременности, желанности беременности, отношениях в семье, своем самочувствии, эмоциональном состоянии, испытываемых опасениях, планах, связанных с ребенком и будущей жизнью, представлении о родах и послеродовом периоде. Для определения уровня тревожности у первородящих женщин была использована

методика измерения личностной и ситуативной тревожности Ч. Д. Спилберга — Ю. Л. Ханина, с целью определения уровня тревожности (низкий, умеренный, высокий).

Результаты и обсуждение. По результатам исследования уровня тревожности у беременных женщин можно увидеть, что среди беременных женщин, принявших участие в исследовании, женщины с таким уровнем тревожности как высокий встречаются одинаково часто как среди первородящих, так и повторнородящих женщин. Пациентки жаловались на сниженное настроение, к которому присоединялись или с которым сочетались тревожные переживания и страхи предстоящих трудностей, опасностей и изменений жизни. Тревожные переживания, в основном, были представлены состоянием тревожной гипотимии, то есть сниженным настроением, связанным с ожиданием опасности (в протекании родов, предстоящем материнстве и пр.). Страхи беременных женщин носили доминирующий характер. Они были связаны с реальной ситуацией, преобладали в сознании, вытесняя все другие мысли, и мешали сосредоточиться на текущей деятельности.

Из приведенных данных видно, что у первородящих беременных женщин в первом триместре беременности наиболее часто отмечался умеренный уровень личностной тревожности (53,5%). В 17,8% случаев отмечался высокий уровень личностной тревожности и в 28,6% случаев низкий уровень личностной тревожности.

Во втором триместре беременности умеренный уровень личностной тревожности отмечался в 64,2% случаев, так же было отмечено увеличение числа случаев с высокой тревожностью 21,4%, низкий уровень личностной тревожности встречался в 14,2% случаев.

В третьем триместре беременности низкий уровень личностной тревожности не регистрировался, отмечалось значительное увеличение количества женщин с высоким уровнем тревожности (42,8%), умеренный уровень личностной тревожности выявлен в 57,1% случаев. На фоне тревоги некоторые пациентки переживали ипохондрические реакции.

Как видно из приведенных данных уровень ситуативной тревожности у первородящих беременных женщин на протяжении первого и второго семестра беременности не изменяется, так высокий уровень тревожности был выявлен в 7,1% случаев, умеренный уровень ситуативной тревож-

Таблица 1

Уровень личностной тревожности у первородящих беременных женщин

Уровень тревоги	I триместр (n=28)	II триместр (n=28)	III триместр (n=28)
Высокий	5	6	12
Умеренный	15	18	16
Низкий	8	4	-

Таблица 2

Уровень ситуативной тревожности у первородящих беременных женщин

Уровень тревоги	I триместр (n=28)	II триместр (n=28)	III триместр (n=28)
Высокий	2	2	4
Умеренный	16	16	20
Низкий	10	10	4

ности в 57,1 % случаев, низкий уровень ситуативной тревожности отмечался у 35,7 % обследованных.

К третьему триместру значительно повышается количество обследованных с умеренным уровнем ситуативной тревожности — 71,4% и с высоким уровнем тревожности — 14,2%, в то время как низкий уровень ситуативной тревожности встречался только у 14,2% обследованных. Это связано с приближением родов и рождением ребенка.

У первородящих женщин личностная тревожность, как правило, носила иррациональный характер. Тревога не имела под собой реальных событий или обстоятельств. Сами женщины это состояние описывали как чувство внутреннего напряжения, которое либо присутствовало постоянно, либо как бы «накатывало» неожиданно и длилось различные промежутки времени.

Пациентки отмечали появление у них язвительной придирчивости, мелочной критичности, что провоцировало конфликты с окружающими людьми, что еще больше снижало настроение. Пациентки, желая отвлечься, «сбежать» от своих переживаний, а также от конфликтов, специально выбирали магазин в дальних районах от дома, планировали затяжной маршрут прогулки.

Анализ данных показал, что у повторнородящих женщин в первом триместре преобладает умеренный уровень личностной тревожности — 66,6%, низкий уровень тревоги был выявлен у 8,3% обследованных, высокий уровень личностной тревожности в 16,6% случаев (таблица 3).

Во втором триместре беременности преобладает высокий уровень тревожности — 50%, умеренный уровень тревожности выявлялся в 8,3% случаев, низкий уровень тревоги был выявлен у 41,6% обследованных.

В третьем триместре по сравнению с первым триместром значительно снижается количество женщин со средним уровнем тревожности до 16,7%, однако высокий уровень тревожности выявляется в 41,6% случаев.

В отношении ситуативной тревожности в I триместре

у повторнородящих женщин преобладает низкий уровень — 41,6%, умеренный уровень личностной тревожности выявлен в 33% случаев, в 25% случаев — высокий уровень.

Во II триместре у повторнородящих женщин преобладает высокий уровень личностной тревожности — 50% обследованных. Низкий уровень личностной тревожности отмечен в 41,6% случаев, умеренный уровень тревожности — в 8,3% случаев.

В III триместре низкий уровень тревожности составляет 58,3%, высокий уровень тревожности уменьшается до 33,3%, умеренный уровень ситуативной тревожности встречался в 8,3% случаев.

У повторнородящих женщин тревога носила рациональный характер и была обусловлена реальными источниками: отягощенным анамнезом, неблагополучно закончившимися предыдущими беременностями, наличием отклонений в течение данной беременности, тяжелым или ухудшенным соматическим состоянием самой женщины.

Для большинства женщин тревожно-депрессивные переживания связаны с отношением к себе беременной (65%). Это может отражать неготовность этих женщин к изменениям в семейной и социальной сферах жизни, к принятию роли матери.

Выраженная тревога, неуверенность в себе и недовольство беременностью и материнством по данным исследований во всех случаях сочетаются с отклонением от адекватного стиля переживания беременности, с неблагоприятной семейной ситуацией, с отрицательным отношением к изменениям в собственном организме и недовольством отношением окружающих, с отклонением от адекватного восприятия ценности ребенка и неблагоприятной тенденцией интерференции ценностей, с отклонением от адекватного типа материнского отношения.

Отношение к изменениям в своем состоянии и претензии к другим людям, в том числе к отцу ребенка, близким родственникам, медицинскому персоналу, отра-

Таблица 3

Уровень личностной тревожности у повторнородящих беременных женщин

Уровень тревоги	I триместр (n=12)	II триместр (n=12)	III триместр (n=12)
Высокий	3	6	5
Умеренный	8	1	2
Низкий	1	5	5

Таблица 4

Уровень ситуативной тревожности у повторнородящих беременных женщин

Уровень тревоги	I триместр (n=12)	II триместр (n=12)	III триместр (n=12)
Высокий	3	6	4
Умеренный	4	1	1
Низкий	5	5	7

жают неудовлетворенность ситуацией материнства (и беременностью) и могут служить одним из диагностических показателей. В процессе исследования выявлены типы переживания беременности, наиболее подверженные динамике в течение беременности и ведущие к самым разнообразным отклонениям в стиле материнского отношения (группа с тревожным и амбивалентным типами переживания беременности).

Анализируя влияние стрессогенных факторов на развитие тревожности у беременных женщин было выявлено, что в первом триместре беременности как один из наиболее значимых стрессогенных факторов беременные женщины выделили изменение собственного самочувствия, утомляемость, усталость.

Во втором триместре беременности среди стрессогенных факторов связанных с повышением тревожности можно выделить госпитализация в больницу, конфликты на работе, страх перед родами. Изменение собственного самочувствия не влияло на развитие личностной тревожности, это связано с тем, что женщина привыкает к своему положению.

В третьем триместре беременности происходят существенные изменения. Все стрессогенные факторы положительно связаны с уровнем тревожности. Именно в третьем триместре женщины выделили наиболее значимым для себя стрессогенным фактором тревогу за будущего малыша. А все остальные факторы тем или иным образом могут сказаться на здоровье будущего ребенка, поэтому и вызывают повышенный уровень тревожности.

Для повторнородящих женщин среди стрессогенных факторов, влияющих на развитие тревоги, были отмечены — болезни старших детей, болезни родителей или мужа. У женщин перенесших медицинский или самопроизвольный аборт такие стрессогенные факторы, как тревога за малыша и госпитализация в больницу занимали ведущее положение на протяжении всей беременности. Общее эмоциональное состояние беременной женщины очень нестабильное, она постоянно думает

о предстоящих родах, о своем здоровье и о здоровье будущего малыша, поэтому «плохой сон при беременности», «конфликты с начальством», «госпитализация в больницу», «повышенная усталость, утомляемость», «страх перед родами» — все влечет за собой повышение уровня тревожности.

Высокий уровень тревожности встречался у 67,5% беременных женщин, что говорит о проявлении состояния тревожности в разнообразных ситуациях. Это является нарушением эмоциональной сферы личности, свидетельствует о недостаточной приспособляемости человека к тем или иным социальным ситуациям. Такой уровень тревожности может дезорганизовать любую деятельность, что в свою очередь может привести к пониженной самооценке, неуверенности в себе, это состояние может выступать в качестве одного из механизмов развития невроза, так как способствует усугублению личностных противоречий. У 73% беременных женщин встречается средний уровень с тенденцией к высокой тревожности, что говорит о склонности беременной переживать тревогу, т. е. эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий. Повышенный порог тревожности объясняется тем, что на протяжении всей беременности происходят глобальные изменения в организме женщины, которые, отличаясь неопределенностью, незнакомостью, вызывают тревожное состояние.

Идентификация беременности по признакам тревожности со страхом и беспокойством, которые периодически возобновляются можно охарактеризовать как представленные ниже проявления, выражающиеся в разных процентных эквивалентах, такие как: живот слишком больших или слишком маленьких по сроку беременности размеров; соматический компонент сильно выражен по типу болезненного состояния; эмоциональное состояние в первый триместр повышено тревожное или депрессивное, во втором триместре не наблюдается стабилизации, повторяются депрессивные или тревожные эпизоды, в третьем

триместре это усиливается; активность в третьем триместре связана со страхами за исход беременности, родов, послеродовой период; первое шевеление ощущается рано, сопровождается длительными сомнениями, или, напротив, четкими воспоминаниями о дате, часе, условиях, переживается с тревогой, испугом, возможны болезненные ощущения; дальнейшие шевеления часто связаны с тревожными ощущениями, тревогой по поводу здоровья ребенка и себя, характерна направленность на получение дополнительных сведений, патронаж.

Нарушение психической адаптации, которое наблюдается у всех беременных женщин, является многофакторным образованием, связанным как с проявлениями самой беременности, так и с особенностями личности, структурой невротоподобных расстройств и различными психосоциальными характеристиками. Стрессовые факторы и формирующиеся вследствие них смешанные тревожные и депрессивные расстройства являются одной из причин угрозы прерывания как в 1-й, так и во 2-й половине беременности.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство в период беременности является одним из серьезных факторов риска перинатальной патологии.

Возрастает угроза прерывания беременности. У обследуемых женщин, был выявлен высокий уровень личностной тревожности, проявляющийся в эмоциональной дискомфорте (83,4%), астении (78,8%), ощущении непонятной угрозы и неуверенности в себе, тревожной оценке перспективы (63,4%). Исследование уровня и специфики невротизации, как преимущественно личностной типологической характеристики, показало, что, у беременных женщин не зависимо от срока беременности ее уровень пониженный, либо низкий.

Литература:

1. Боровикова, Н.В. Адаптация к новому образу «Я» у беременных женщин // Вестник Балтийской академии 1998 г. Выпуск 15, с. 81–86.
2. Брутман, В.И., Панкратова М.Г., Ениколопов С.Н. Нежеланная беременность жертв сексуального насилия (психолого-психиатрические аспекты) Вопросы психологии. 1995. № 1. с. 33–40.
3. Вараксина, Г.Н. Особенности течения беременности и развития си томов угрожающего аборта у женщин под влиянием характерологическ психосоциальных факторов: автореферат. Казань, 2002.
4. Ветчанина, Е.Г., Залевский Г.В., Мальгина Г.Б. Значение психической ригидности при психоэмоциональном стрессе беременных // Материалы Всероссийской научно-практической конференции по перинатальной психологии. СПб., 2002. с. 163–164.
5. Ениколопов, С.Н. Психология агрессии // Вестник Псковского Вол. ун-та. 1994. № 1.
6. Завьялова, Ж.В. Психологическая готовность к родам и метод ее формирования: дис. канд. психол. наук. М., 2000
7. Н.Г. Труфанова Физиологическая модель стресса ожидания у женщин / Вестник РГМУ: Периодический медицинский журнал. — 2010, Специальный выпуск №2. — с. 494.
8. Пайнз, Д. (Pines D.) Бессознательное использование своего тела женщиной: психоаналитический подход / Пер с англ. СПб., 1997
9. Филиппова, Г.Г. Развитие материнского поведения в онтогенезе // Психология сегодня. вып. 3. — 1996. — с. 36–38.
10. Шелехов, И.Л. Влияние типа акцентуации личности и структуры ценностей на формирование материнской функции беременных женщин: автореферат дис. канд. психол. наук. Томск, 2006.

При нервно-психической напряженности при любом сроке беременности появляется агрессивность, раздражительность, вспыльчивость. У учащих девушек снижается успеваемость (20%), возникают конфликты с друзьями, коллегами (27%).

На степень и своеобразие выраженности симптомов влияют определенные психосоциальные факторы. Чем старше женщина, тем более выражены у нее невротоподобные расстройства. Чем менее благоприятен общий радикал психосоциальных факторов, тем более выражены невротоподобные расстройства, присутствует больший процент наличия невротической астении, повышен уровень невротизации и тревоги.

Анализ особенностей психоэмоциональных расстройств выявили следующие результаты: эмоциональная лабильность (83%), раздражительность (88%), возбуждение (25%), депрессия (43%), плаксивость (79%), апатия (18%), ухудшение памяти (29%), нарушение сосредотачиваемости (38%), утомляемость (69%), слабость (60%), нарушения формулы сна (бессонница/летаргия) (42%), чувство страха (24%), ощущение тоски (16%), нарушения либидо (4%), гиперчувствительность к звукам и запахам (10%), обонятельные и слуховые галлюцинации (2%). Данная клиническая симптоматика варьирует в зависимости от триместра беременности.

Выводы. Таким образом, нарушение психической адаптации, которое наблюдается в клинической картине, является многофакторным образованием, связанным как с клиническими проявлениями, так и с особенностями личности, структурой невротоподобных расстройств и различными психосоциальными характеристиками. Важно отметить, что все эти проявления связаны с таки физиологическим механизмом как беременность.

11. Шмуклер, А. Б. Психозы беременности: обзор литературы // Проблемы «продукции». 1995. №2. с. 19–22.
12. Newton, R. W. IV Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight // British medical J. 1984. V. 288. P. 1191–1194.
13. Nuckolls, K. B., Cassel J., Kaplan B. G. Psychosocial Assets, Life crisis and the prognosis of pregnancy // Amer. J. Epidem. 1972. N5. P. 431–441.
14. McDonald, R. L. The role of emotional factors in obstetric complications: a review // Psychosom. Med. 1968. N30. P. 222–237.
15. McDonald, R. L. The role of emotional factors in obstetric complications: a review // Psychosom. Med. 1968. N30. P. 222–237.

Die Aerosoltherapie als zusätzliches Methode bei der Chemischen Grundtherapie der Kranken an der Lungentuberkulose ist mit den bronchialobstruktiven Syndrom vernickelt

Бойко Анна Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент;
Ганина Христиана Вячеславовна, студент;
Абдулфахаб Мохамед Ахмед, клинический ординатор
Буковинский государственный медицинский университет (г. Черновцы, Украина)

Boiko Anna Viktorovna, Doktor der Medizin, Dozent, Lehrstuhl für Phtisiatrie und Pulmonologie;
Hanina Khrystiana Vjacheslavovna, Studentin der medizinischen Fakultät;
Abdulfahab Mohamed Ahmed, Klinischen intern Lehrstuhl für Phtisiatrie und Pulmonologie
Bukowiner medizinische Staatsuniversität (St. Czernowitz)

Die zweckgebunden und verbunden Verwendung von einigen Mittelsgruppe für Verneblungstherapie liegt in der respiratorische Therapie der Lungentuberkulose zugrunde. Für heute gibt es eine Auswahlmöglichkeit der Arzneimittel für Verneblungstherapie. Aber man kann sich auf Präparaten, einschließlich der Hauptmittel aus der Gruppe von Bronchodilatoren, Steimlöser, Glukokortikoide, Antiseptika und Tuberkulosemittel beschränken. Nach unserer Erfahrung soll man ins Behandlungsschema Antroent oder Berodual, Lasolvan oder Fluimucil, Isoniazidum Amikacinum und andere Tuberkulosemittel einschließen. Die Vielfachheit der Verneblungstherapiebehandlungen und auch Dosierung, die oben genannt sind, können verändert sein. Die Aerosoltherapie kann bei Bedarf verwendet werden, aber es soll nicht die Tagesdosis der Präparate gesteigert werden.

Schlüsselwörter: die Respiratorische Therapie, der Lungentuberkulose.

Die Verneblungstherapie ist neben der grundlegenden Chemotherapie hauptsächlich den Kranken an der infiltrativen Tuberkulose und auch bei Vorhandensein der Destruktionsleeren in den Lungen verwendet. Sie ist auch am meisten effektiv bei der Bronchientuberkulose mit erweitertem Tuberkuloseprozess. Für Aerosole werden wasserlösliche Tuberkulosemittel ausgenutzt [2].

Bei der Auswahl des antimykotisch-bakteriellen Präparats für Inhalationstherapie muss seinen verschiedenen Einfluss auf extrazellulär und intrazellulär angeordnete MTB berücksichtigt werden. Da die Mehrheit von MTB sich auf der ersten Stufe der Tuberkuloseinfektion extrazellulär befindet, werden die Inhalationen in den ersten zwei Monate von Streptomizin (2 Kurse je 25 Inhalationen mit der Pause für 12 Tage — 250–500 mg, es wird in 3–5 ml. der isotoni-schen Lösung NaCl jeden Tag oder jeden zweiten Tag aufgelöst, der zweite Dosisteil wird mit dem konventionellen Verfahren eingeführt) bevorzugt. Während des Nachlassens vom

Tuberkuloseprozess die Mehrheit von MTB befinden sich intrazellulär. In dieser Zeit soll Isoniazidum (2 Kurse je 25 Inhalationen mit der Pause für 12 Tage — 5% Lösung (oder 10% aufgelöste in Salzlösung je 2 ml zwei — oder dreimal pro Tag) der zweite Dosisteil wird konventionell eingeführt) bevorzugt werden, da es bessere Durchdringung und intrazelluläre Aktivität hat. Wenn die Tuberkulosemittel schlecht bei den gewöhnlichen Ausnutzung ertragen werden, kann die ganze Tagesdosis per Inhalation eingeführt werden [1].

Die Vorteile der Inhalation von Rifampicinum ist eine große klinische Effektivität, aber eine schlechte Lösbarkeit lässt es ins Aerosol nicht verwenden, darum kann Dime-xidum als Lösungsmittel und Leiter von Rifampicinum sein, das seinerseits antimikrobische Wirkung hat und positiv die Funktionen der T- und B-Lymphozyten beeinflusst. Die Arzneimittelmischung wird mit dem Lösen von 150–300 ml. von Rifampicinum in 3–4 ml. DMCO bekommt. Amikacinum ist ein halbsynthetisches Antibiotikum aus der Gruppe

der Aminoglykoside, das ein breites Wirkungsspektrum hat. Es ist meistens aktiv in Bezug auf gram-negative Mikroorganismen einschließlich Stämme, die resistent gegen Gentamycinum sind. Für Aerosoltherapie wird Amikacinum zweimal pro Tag je 250mg (100 mg — 2 ml) benutzt, das in 2–3 ml isotonischer Lösung NaCl aufgelöst wird, und Kanamycinum — einmal pro Tag je 0,5 g, das in 5 ml der isotonischen Lösung NaCl aufgelöst wird [3,4].

Am Anfang der Verneblungstherapie wird die Inhalation der Prüfungsdosis durch antibakterielle Mittel durchgeführt, die der Halbe von Einzeldosis gleichgesetzt ist um sich von dem Fehlen des Bronchospasmus der allergischen Reaktion zu überzeugen. Am nächsten Tag wird die Prüfungsdosis wiedergeholt. Bei guter Verträglichkeit der zweiten Prüfungsdosis wird die Volldosis des Präparats gewöhnlich mehr niedrig als bei der parentalen Anwendung beschrieben.

Die Verwendung von kurzen Kursen (bis 4 Woche) der Aerosoltherapie erhöht die Behandlungseffektivität der Kranken an der Tuberkulose einschließlich chemo-resistente und verringert die Entwicklung von sklerotischen Prozessen in dem Parenchym, aber mehr dauernde Kurse (mehr als 30 Tage) beeinflussen die Elemente der aero-hematischen Barriere negativ. Im Notfall dauernder Benutzung der Aerosoltherapie in der Komplexbehandlung muss man Pausen zwischen Inhalationskursen für 2 Woche mit dem Ziel der Erneuerung von mykocellulärer Clearance der Schleimhaut der Luftwege [5].

Die Verwendung der kurzen Inhalationskurse von Tuberkulosemitteln bei der Komplexbehandlung der Kranken an Tuberkulose trägt solche Weise der Beseitigung der Vergiftungssymptome; der Resorption der Entzündungsveränderungen in den Lungen bei; ihrer Benutzung erhöht in der präoperativen Periode zusammen mit den Bronchodilatoren und anderen pathogenetischen Mitteln die Synthese von Surfactant und in der postoperativen Periode verringert die Häufigkeit solcher Verwicklungen wie Atelektase, Lungenentfaltung, Lungenentzündung.

Die Tuberkulosemittel sollen als Aerosol nach der vorigen Vorbereitung als Reinigung der Atmungswege von zähflüssigem eitrigem Auswurf und Öffnung der Bronchiolen und Alveolen in den Verletzungsherden benutzt werden, sonst ist ihre Effektivität misstrauisch und steigert das Allergorisiko und Unverträglichkeit der Chemopräparaten. Bei der Auswahl der Arzneimittel muss man Gegenüberstellung zwischen dem Risiko und der Nützlichkeit davon schätzen. Man soll berücksichtigen, dass die Effektivität der Verneblungstherapie nicht nur von optimaler Dosierung der Tuberkulosemittel, ihrer Ausnutzungsperiodizität, sondern auch von technischer Charakteristik der Verneblungsmittel, das heißt von Verneblern, Aerosolen und Verdichtersinhalatoren abhängt. Nach Vorschrift der Tuberkulosemittel wird die beste Desposition der Aerosole mit der Hilfe der Vernebler erreicht, die die feindispersen Teilchen erzeugen. Da die Antibiotikumslösungen hohe Zähigkeit haben, sollen starke Verdichter und Vernebler benutzt werden.

Die Antibiotika, Tuberkulosemittel, Immunomodulatoren und Antiseptika als Aerosole werden mit der Hilfe der Vernebler lokal, direkt in den Lungen eingeführt, darum können die Dosen der Präparate gesunken oder mit der Hilfe der einigen Behandlungen der Verneblungstherapie hineingeführt werden. Aber die Einführung oben genannter Präparate mit dem Inhalationsverfahren kann zu ihrem Eindringen in den entzündlichen, angeschwollenen Alveolen gebracht werden, die mit dem Bronchialsekret eingefüllt sind, dann wird die Resorption der Präparate mangelhaft. Nur nach der Erneuerung der Durchgängigkeit der Atemwege, besonders kleiner Bronchien, soll man die Grundtherapie mit der Inhalationsweise beginnen.

Für Vorsanierung der Atemwege werden Reinigungsmittel, Antiseptika, Schleimlöser, in einigen Fällen — Kortikosteroide und andere Antiphlogistika verwendet. Mit dem Ziel des tiefen Eingangs der Arzneilösung ins Schadenbereich können zum Beispiel die Kranken von dem ersten Tag Bronchialdilatation, solche Vorschriftsweise im Laufe von 2–3 Tage mit der Hilfe der Aerosole von bronchial-dilatierendem Gemisch gemacht werden, das aus den folgenden Präparaten besteht: 5 ml 2,4% Euphyllinum, 0,5 ml 2% Papaverinum, 0,25 ml 1% Dimedrol, 2 ml 5% Glucose.

Für Schaffen des bronchial-dilatierendem Gemisches können solche Arzneimittel genutzt werden, wie Euphyllinum, Papaverinum, Platyphyllinum, Dimedrol, Prednisolonum und ähnliche Mittel. Man muss berücksichtigen, dass diese Präparate nicht direkt die Schleimhaut der Bronchien beeinflussen.

Eine der wichtigsten Gründe mangelhafter Behandlungseffektivität der Tuberkulose ist ihre Verwicklung von bronchial-obstruktivem Syndrom. Das wichtigste Kettenglied der Pathogenese von der Herausbildung der epidemischen Lungentuberkulose ist ein epidemischer Bronchialbefall von dem Tuberkuloseprozess mit der Entwicklung der generalisierten Atemwegenobstruktion. Bei den Patienten, die wegen Lungentuberkulose operiert werden, verschärfen sich nicht nur Obstruktionserscheinungen, sondern auch gibt es die Wahrscheinlichkeit der nächsten Entwicklung von chronischer obstruktiver Bronchitis wegen der Architektonikveränderung der Strukturelemente der Lungenwege und Bronchialverformung infolge des chirurgischen Eintritts.

Das einfache Schema der Verneblungstherapie der obstruktiven Bronchitis ist am meisten der Verwendung von Berodual — 1 ml. für 4 ml. physiologische Kochsalzlösung je 1 Prozedur. Die Reihe der ganz verschiedenen Kombinationen der Arzneistoffe in den Aerosolen ist wie Grundtherapie der Bronchialobstruktion abhängig von Vorherrschen des Bronchialkrampfes oder mangelhafter Expektoration zähflüssigen Auswurfes. Sowohl bei der Grund — als auch intensiver Therapie kann die Reihenfolge von Antrovent oder Berodual mit dem Steimlöser Lasolvan und auch in Komplex mit den Kortikosteroiden durch konkrete Indikationen an ihre Benutzung und den Charakter der Lungenpathologie, im besonderen bei den Kranken an der Tuberkulose in der postoperativen Periode, die an den Lungen operiert

werden, festgestellt werden. Ihre Anwendung muss von behandelndem Arzt in jeder konkreten Situation mit der Information und Anweisung für den Patienten bestimmt werden. Man soll sich ans Konsequenzsprinzip der Ausnutzung im Laufe des Tages von medizinischen Präparaten mit verschiedener pharmakologischer Aktivität und der Ausrichtung halten. Dabei ist es bequem, mehrere Vernebler, jeden mit seinem Präparat, zu benutzen. Es wird die Verbindung von Berodual — 1–2 ml, Lasolvan — 2–3 ml, Pulmicort 2 ml (0,5 oder 0,25 ml) in einem Vernebler zugelassen.

Die Kranken an der Tuberkulose sollen auf Ausnutzung eiweißabbauenden Enzymen in Aerosolen Trypsinum, Chymopsin, Chymotrypsin, Streptokinasum, Ribonuclease und andere wegen negativer Eigenschaften und verstärkter Hypersekretion verzichtet werden. Die Stimmlöser sollen nicht bei der Tracheitis und der Bronchitis mit kärglicher Absonderung aus den Bronchen genutzt werden. Wie die Literaturangaben und unsere Erfahrung zeugen, ist die Verneblungstherapie der Bronchialobstruktion meistens effektiv hauptsächlich bei der umgekehrten Faktoren, wenn Bronchialkrampf, Entzündungsödem, Infiltration der Schleimhaut und der Submukosa der Bronchien, Schleimverschluß der Atemwege infolge seiner Expektorationsverletzung. Die Verneblungstherapie ist weniger effektiv bei der morphologischen Unrückfaktoren, wenn es Bronchialstenose Bronchialobliteration wegen ausgedrückter Dyskinesie gibt.

Literatur:

1. Бабаджан В. Д. Небулайзерная терапия: стандарты применения и современные возможности в Украине / В. Д. Бабаджан // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2013. — № 5 (64). — с. 71–74.
2. Бекетова Г. В. Современные возможности лечения бронхообструктивного синдрома у детей / Г. В. Бекетова // Здоров'я України. — 2012. — октябрь. — 47 с.
3. Бухтияров Э. В. Небулайзерная терапия заболеваний органов дыхания у детей / [Бухтияров Э. В., Коринева Л. С., Подоляка В. Л., Самойленко И. Г., Максимова С. М.] // Дитячий лікар — 2011. — № 4 (11). — с. 1–4.
4. Коваленко С. В. Досвід застосування небулайзерної терапії Декасаном хворих із інфекційним загостренням хронічного обструктивного захворювання легень в умовах пульмонологічного відділення / С. В. Коваленко // Укр. хіміотерапевтичний журнал. — 2010. — № 1–2 (23). — с. 65–66.
5. Лапшин В. Ф. Небулайзерна терапія в педіатричній практиці / [Лапшин В. Ф., Уманець Т. Р., Дзись О. П.] // Педіатрія. Акушерство. Гінекологія. — 2007. — № 18/1. — с. 21–23.

Эндогенная интоксикация как фактор развития стрессорной кардиомиопатии

Василенко Владимир Станиславович, доктор медицинских наук, профессор;
Карповская Екатерина Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Введение

Эндогенную интоксикацию (ЭИ) рассматривают как один из универсальных механизмов патогенеза различных заболеваний, который включает выход в кровь из патологического очага токсических продуктов, их рас-

пространение по организму с током крови и воздействие на другие органы и ткани (Чаленко В. В., Кутушев Ф. Х., 1990; Горбинский А. М., 1994).

Очевидно, что развитие патологических нарушений в организме при интоксикации будет зависеть от баланса двух противоположно направленных процессов — ско-

Для Verneblungstherapie in der Pulmo-physiopraxis können die Lösungen der modernen Bronchodilatoren und Stabilisatoren der fetten Zellenmembrane (Salbutamol, Neobutamol, Fenoterol, Terbutalin), Antiphlogistika/lokale Glukortikoide (Budesonid, Fluticason), Stimmlöser (Ambroxol, N-Acetylcysteinum), Rehydratoren der Schleimhaut der Atemwege (alkalische Mineralwasser: «Lushanska», «Poljana Kvasova», «Borshomi» und andere), Antiseptika (Decasan, Dioxidinum, Furacilinum), Immunomodulatoren (Ribavirinum, Laferonum, Acidum Aminocaprocidum) und verschiedenen bakterienfeindliche Mittel genutzt werden.

Die zweckgebunden und verbunden Verwendung von einigen Mittelsgruppe für Verneblungstherapie liegt in der respiratorische Therapie der Lungentuberkulose zugrunde. Für heute gibt es eine Auswahlmöglichkeit der Arzneimittel für Verneblungstherapie. Aber man kann sich auf Präparaten, einschließlich der Hauptmittel aus der Gruppe von Bronchodilatoren, Stimmlöser, Glukokortikoide, Antiseptika und Tuberkulosemittel beschränken. Nach unserer Erfahrung soll man ins Behandlungsschema Antroent oder Berodual, Lasolvan oder Fluimucil, Isoniazidum Amikacinum und andere Tuberkulosemittel einschließen. Die Vielfachheit der Verneblungstherapiebehandlungen und auch Dosierung, die oben genannt sind, können verändert sein. Die Aerosoltherapie kann bei Bedarf verwendet werden, aber es soll nicht die Tagesdosis der Präparate gesteigert werden.

рости образования и выхода в кровь эндотоксинов, с одной стороны, и элиминации (детоксикации) этих веществ, осуществляемой защитными системами организма, с другой стороны. Сывороточные альбумины участвуют в поддержании осмотического гомеостаза, транспорте органических молекул, обладают антиоксидантным действием. Они связывают токсины и метаболиты и элиминируют их из организма (Комарова М. Н., Грызунов Ю. А., 1998; Степура И. И., 1998).

Имеются многочисленные данные, показывающие, что способность альбумина связывать и переносить различные вещества ухудшается при различных заболеваниях. Их список весьма широк: онкологические, инфаркт миокарда, заболевания печени и почек и др. (Грызунов Ю. А., Добрецов Г. Е., 1994).

Материалы и методы исследования

Для изучения роли эндогенной интоксикации в патогенезе стрессорной кардиомиопатии (СКМП) у спортсменов нами проводилось определение эффективной концентрации альбумина (ЭКА) и общей концентрации альбумина (ОКА), а также вычисление их соотношений: ЭКА/ОКА; КИА (концентрация измененного альбумина), КИА=ОКА — ЭКА и ИТ (индекс токсичности), ИТ=(ОКА/ЭКА) — 1. Параметры ОКА и ЭКА измеряли стандартным методом с помощью наборов реактивов «ЗОНД-Альбумин» на анализаторе АКЛ-01.

Были произведены обследования у 174 спортсменов (109 — мужчин, 65 — женщин), из них у 78 человек

имела место СКМП (49 — мужчин, 29 — женщин) и у 96 человек поражения сердца не выявлено (60 — мужчин, 36 — женщин). Контрольную группу составили лица, не занимающиеся спортом такого же возраста — 32 человека (17 — мужчин, 15 — женщин).

Результаты исследования

Показатели сывороточного альбумина у мужчин и женщин со СКМП, без СКМП и в контрольной группе представлены в табл. 1–2.

Как видно из таблицы 1 показатели КИА достоверно выше у спортсменов без СКМП по сравнению с контрольной группой, а у спортсменов со СКМП достоверно выше по сравнению со спортсменами без СКМП и контрольной группой (соответственно: $3,3 \pm 0,5$; $5,4 \pm 0,4$ и $7,5 \pm 0,8$ г/л при $p < 0,01 - 0,05$).

Отношение ЭКА/ОКА достоверно снижено, а ИТ повышен в группах спортсменов со СКМП и без СКМП по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$). Достоверной разницы между группой спортсменов не получено ($p > 0,05$).

Из таблицы 2 следует, что в группе спортсменок со СКМП показатели КИА достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($6,3 \pm 0,5$ и $4,8 \pm 0,5$ г/л при $p < 0,05$). Различий между группами спортсменок со СКМП и без СКМП не получено ($p > 0,05$).

Выявлено достоверное снижение отношения ЭКА/ОКА и повышение ИТ у спортсменок со СКМП по сравнению со спортсменками без СКМП и кон-

Таблица 1

Показатели сывороточного альбумина в обследованных группах спортсменов и в контрольной группе (мужчины)

Показатели	Группы обследованных		
	1. Контрольная группа (n=17)	2. Спортсмены без СКМП (n=60)	3. Спортсмены со СКМП (n=49)
КИА (г/л)	$3,3 \pm 0,5$	$5,4 \pm 0,4$ **	$7,5 \pm 0,8$ *●●
ЭКА/ОКА	$0,93 \pm 0,009$	$0,87 \pm 0,009$ **	$0,85 \pm 0,01$ *
ИТ	$0,07 \pm 0,01$	$0,15 \pm 0,01$ **	$0,19 \pm 0,02$ *

Примечание: ** — отличия от контроля статистически достоверны ($< 0,01$);

●● — отличия 2-ой группы от 3-й статистически достоверны ($< 0,01 - 0,05$)

Таблица 2

Показатели сывороточного альбумина в обследованных группах спортсменов и в контрольной группе (женщин)

Показатели	Группы обследованных		
	1. Контрольная группа (n=17)	2. Спортсмены без СКМП (n=60)	3. Спортсмены со СКМП (n=49)
КИА (г/л)	$4,8 \pm 0,5$	$5,1 \pm 0,5$	$6,3 \pm 0,5$ *
ЭКА/ОКА	$0,9 \pm 0,01$	$0,89 \pm 0,01$	$0,86 \pm 0,007$ **●●
ИТ	$0,12 \pm 0,01$	$0,13 \pm 0,01$	$0,16 \pm 0,01$ **●

Примечание: ** — отличия от контроля статистически достоверны ($< 0,01 - 0,05$);

●● — отличия 2-ой группы от 3-й статистически достоверны ($< 0,01 - 0,05$)

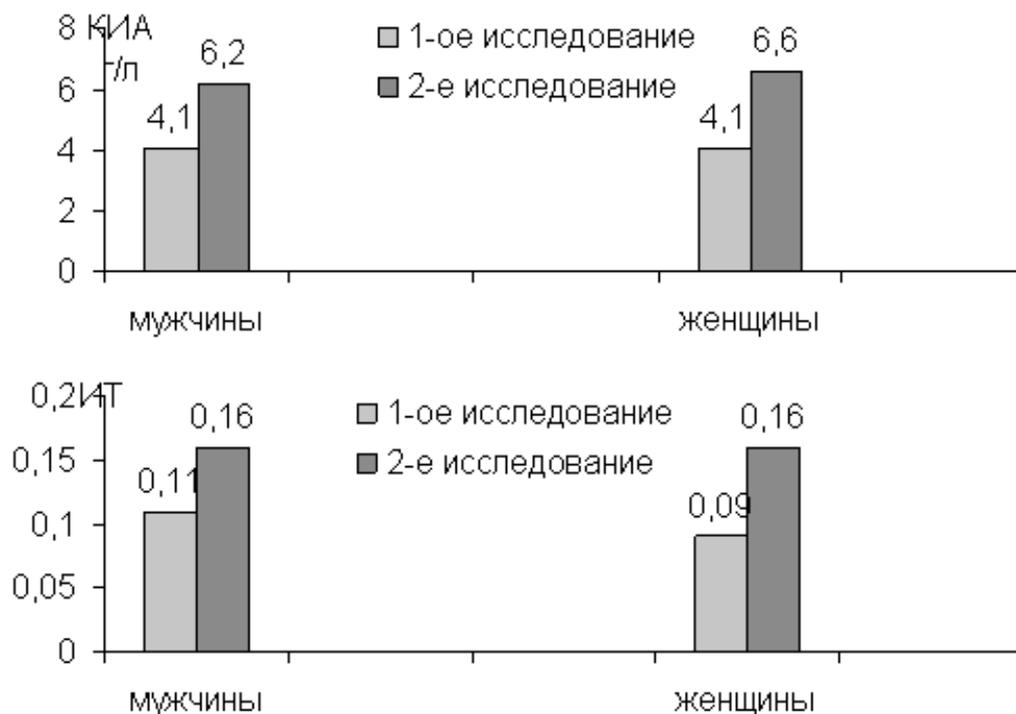


Рис. 1. Показатели КИА и ИТ у спортсменов мужчин и женщин в динамике

трольной группой (соответственно: $0,86 \pm 0,007$; $0,89 \pm 0,01$ и $0,9 \pm 0,01$ при $p < 0,01$; $0,13 \pm 0,01$ и $0,12 \pm 0,01$ при $p < 0,01 - 0,05$).

Введенный нами еще один показатель «концентрация измененного альбумина» (КИА), представляющий собой разницу между ОКА и ЭКА, свидетельствует о том, какая часть альбумина принимала участие в связывании метаболитов и токсинов. Этот показатель оказался повышенным у спортсменов как мужчин, так и женщин, особенно со СКМП. Отношение ЭКА/ОКА снижено, а ИТ повышен в группах спортсменов, особенно у женщин со СКМП.

Таким образом, несмотря на усиленное функционирование системы защиты сывороточных альбуминов и их связывающих центров, у спортсменов имеет место эндогенная интоксикация, наиболее выраженная при СКМП, особенно у женщин.

У 14 мужчин и 11 женщин проведено исследование сывороточных альбуминов в динамике: 1-ое исследование

при нормальной ЭКГ, 2-ое исследование при появлении нарушений процесса реполяризации. Выявлена отрицательная динамика, касающаяся КИА и ИТ.

Как видно из рисунка, при появлении на ЭКГ нарушений процесса реполяризации как у мужчин, так и женщин достоверно возросли показатели КИА (соответственно: $4,1 \pm 0,2$ и $6,2 \pm 0,7$ г/л при $p < 0,01$; $4,1 \pm 0,4$ и $6,6 \pm 0,8$ г/л при $p < 0,01$ и ИТ (соответственно: $0,11 \pm 0,01$ и $0,16 \pm 0,02$ при $p < 0,05$; $0,09 \pm 0,01$ и $0,16 \pm 0,02$ при $p < 0,01$). Остальные показатели существенно не изменились. Следовательно, интенсивные физические нагрузки, вызывая усиление эндогенной интоксикации, способствуют развитию СКМП.

Проведено исследование сывороточных альбуминов в зависимости от формы СКМП (табл. 3).

Как видно из таблицы, при аритмической форме и форме, протекающей с нарушением процесса реполяризации, достоверных различий в показателях сывороточных альбуминов не выявлено ($p > 0,05$).

Таблица 3

Показатели сывороточных альбуминов при различных формах СКМП

Показатели	Группы обследованных		P
	Аритмическая форма (n=20)	Нарушение процесса реполяризации (n=20)	
КИА (г/л)	$6,95 \pm 0,5$	$7,4 \pm 0,6$	$>0,05$
ЭКА/ОКА	$0,9 \pm 0,05$	$0,8 \pm 0,03$	$>0,05$
ИТ	$0,17 \pm 0,01$	$0,18 \pm 0,01$	$>0,05$

Заключение

При исследовании сывороточных альбуминов было установлено, что общая концентрация альбуминов у спортсменов мужчин и женщин повышена, особенно у мужчин со СКМП. Это обусловлено компенсаторной реакцией, направленной на усиление элиминации токсинов и метаболитов, уровень которых возрастает при интенсивных физических нагрузках. Концентрация измененного альбумина оказалась повышенной у спортсменов,

как мужчин, так и женщин, особенно у спортсменов со СКМП, также как и индекс токсичности, особенно у женщин со СКМП.

Таким образом, несмотря на усиление функционирования системы защиты со стороны сывороточных альбуминов и их связывающих центров, интенсивные физические нагрузки у спортсменов, сопровождающиеся усилением метаболизма, вызывают эндогенную интоксикацию, которая является одним из важных факторов развития СКМП.

Литература:

1. Грызунов, Ю.А., Добрецов Г.Е. Альбумин сыворотки крови в клинической медицине. — Москва: «Ириус», 1994. — 226 с.
2. Комарова, М.Н., Грызунов Ю.А. Строение молекулы альбумина и ее связывающих центров // Альбумин сыворотки крови в клинической медицине. — М.: ГЭОТАР. — 1998. — с. 28–51.
3. Степура, И.И. Воздействие свободных радикальв на сывороточный альбумин // Альбумин сыворотки крови в клинической медицине. — М.: ГЭОТАР. — 1998. — с. 187–201.
4. Торбинский, А.М. Лечение эндотоксикоза при сепсисе. — Одесса, 1994. — 228 с.
5. Чаленко, В.В., Кутушев Ф.Х. // Вестник хирургии. — 1990. — №4. — с. 3–8.

Комплексная оценка эффективности хирургического лечения генитального пролапса у женщин трудоспособного возраста

Зелюк Сергей Васильевич, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории
Центральная городская клиническая больница №6 (г. Донецк, Украина)

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, хирургическое лечение, качество жизни.

Complex assessment of efficiency of surgical treatment of the genital prolapse at women of working age

S.V. Zeliuk

Omission and fallout of internal genitals — one of the most often common disease of modern women, and still occupies one of leading places in structure of gynecologic incidence of women of working age. In modern literature are presented rather contradictory a note about a prolapse of genitals. Data on the frequency of a prolapse of genitals vary depending on the general including a medical level of development of the country, and also some national features and makes from 1 to 50% in a population. Among of the gynecological diseases of fallout of the uterus makes 28–38,9.

The genital prolapse is a disease, widespread in all age categories of women and having essential negative impact on their quality of life. In the last decades the tendency to disease «rejuvenation» is noted. Now average age of patients makes 50 years. The considerable part belongs to reproductive and working age, and the specific

weight of patients is younger than 40 years — reaches 26–30%. According to some authors, to 10% of the women who have reached reproductive age, needs surgical correction of violations of vaginal anatomy.

Escalating number of women of this age period choose active, both in physical, and in social aspect, a way of life, keep active coital function. Many of them continue to carry out considerable physical production activities, both static and dynamic. Because high level of physical work is characteristic domestic social aspect. Despite the numerous researches devoted to an etiology, pathogenesis and to improvement of methods of treatment, relevance of various aspects of a problem of omission and fallout of internal genitals at women doesn't decrease for many decades. This disease doesn't belong to the pathology which is directly menacing to life of the patient. Nevertheless, owing to the anatomic communications caused by prox-

imity of an arrangement of bodies of a basin and a community of structures supporting them, causes functional insufficiency of various bodies and systems, significantly influences working capacity, menstrual, reproductive and sexual functions. Close anatomic connections, community of an innervation and blood circulation of bodies of a small basin define development of pathological changes with urine bladder and a rectum, therefore omissions and fallout of the internal genitals often lead to violations of function of adjacent bodies. The forward wall of a vagina is the most frequent localization of a prolapse. Clinical manifestations of omission of a forward wall of a vagina and related to a tsistouretritselt consist, first of all, in development of dysfunctions of the bottom departments of uric ways, including a stress incontinence of urine and a bladder hyperactivity. Proctal complications develop at every third patient with a prolapse of genitals of a rectum. Due to the variety of clinical manifestations of the complicated forms of a prolapse of genitals the European Association it is offered to enter the term «Syndrome of a pelvic destsention» which would include violations of function of the bottom uric ways, symptoms of a prolapse of genitals and symptoms of insolventy of muscles of a pelvic bottom.

The main method of treatment of a prolapse of pelvic bodies — surgical. In the world some hundred methods of operational grants are registered at treatment of a prolapse of pelvic bodies. However to a question of an assessment of quality of rendering medical care from a position — determination of quality of life of patients of working age in the postoperative period, in our opinion, attention it is rendered insufficiently.

From surgical methods of treatment of a prolapse of pelvic bodies most often carried-out operation — «the gold standard» — a hysterectomy.

Problem of surgical treatment is elimination of anatomic and functional violations both female genitals, and adjacent, the adjacent and functionally dependent bodies of a small basin.

At the same time, surgical correction isn't always able to restore normal interposition of pelvic bodies and the more so, to liquidate functional violations. Besides, in some cases there are new violations (changes of caliber and a vagina axis, development of a syndrome of a postgistrektomiya, etc.), being a consequence of the most surgical treatment. Considering broad application of this operation, it is impossible underestimate a role of a hysterectomy and in decrease in quality of life of the woman.

At 40% of women the symptomatology of a prolapse of genitals arises through 2 years after a hysterectomy, at 25% within 10 years, and at 10% more than in 10 years after operation. The most frequent pathological changes demanding a surgical correction after a hysterectomy are omissions of walls of a vagina and a failure of muscles of a pelvic bottom.

The majority of researchers connects emergence of re-

currence with errors at stages of surgical treatment, and with imperfection of existing methods of correction of a disease. This situation served as good incentive for active research and practical work on improvement known and development of new methods of correction of the above changes taking into account their patomorphological, hereditary, anthropometrical, social (work and a life), the anamnesis, etc. the etiological of factors. The due attention was paid to prevention of recurrence of a disease by use of the latest medical technologies and materials.

Correction of a prolapse of genitals after a hysterectomy makes a special problem as at this pathology practically always are available to a colpocystocele, a rectocele or the enterotcele in combination with an urine incontinence, cicatricial and dystrophic changes of fabrics and copular structures. Often patients are compelled to transfer on 2–3 reconstructive plastic surgeries at a pelvic bottom. Similar numerous operations, lead to cicatricial changes of fabrics, narrowing of an entrance to a vagina and its shortening that undoubtedly, reduces quality of life of the woman.

In view of the above, we defined criteria of efficiency of methods of expeditious treatment of a prolapse of pelvic bodies at patients of working age, such as — a life level of quality in physiological and social sense of this concept and number of recurrence of a disease in the next 2 years after an operational grant.

Objective of this research was a complex assessment of efficiency of surgical treatment of a genital prolapse depending on the main methods of surgical correction of a disease.

MATERIALS AND METHODS:

The assessment of efficiency of methods of an operational grant was carried out at 181 patients of the working age, operated concerning a genital prolapse.

All patients were divided into two groups depending on methods of apikalny fixing (radical methods of expeditious treatment and organ-preserving).

The first group included patients (n=98) at whom the vaginal extirpation of a uterus was made. Strategy of a vaginal extirpation in treatment genital prolapse the parametriya and paracolpium for more proximal fixing of a stump of a vagina for the purpose of restoration of anatomic ratios of a vagina and adjacent bodies at the first level of vaginal support consists in attempt of allocation of the copular device of a uterus.

Into the second group entered patients (n=83) at whom amputation of a neck of a uterus with a transposition of cardinal sheaves and the vaginal arches was made.

When carrying out the clinical-statistical analysis of the reasons promoting development of a prolapse of pelvic bodies in groups of women of reproductive, perimenopausal and post-menopausal working age essential distinctions in groups of patients after radical and organ-preserving operations aren't established.

In 1–2 years after expeditious treatment of a genital

prolapse of cases of recurrence of the disease demanding surgical correction, it wasn't noted in one group of women.

CONCLUSIONS:

1. *Application of «Manchesterovsky operation» is insufficiently effective method of surgical treatment of a genital prolapse as the transposition of cardinal sheaves doesn't eliminate uterus shift towards a gimenalny ring and doesn't lead to strengthening of apikalny department of a vagina.*

2. *Retrospective research of a state of health of patients of able-bodied age, their quality of life in the postoperative period, after expeditious treatment of a prolapse of pelvic bodies gave statistically reliable information about considerable decrease in a level of quality of life after radical surgeries, in comparison with organ-preserving methods of expeditious treatment. Lack of a syndrome of a post-hysterectomy, decrease in quantity of hormonal and sexual dysfunctions after organ-preserving methods of expeditious treatment allow patients to realize fully the potential both in social and production aspect, and in the psycho-sexual. The organ-preserving principles of expeditious treatment of a prolapse of pelvic bodies at women of a working age finally positively affect and at the level of the general health of patients.*

Опущение и выпадение внутренних половых органов — одно из наиболее часто встречающихся заболеваний современных женщин, и по-прежнему занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости женщин трудоспособного возраста. В современной литературе представлены достаточно разноречивые сведения о пролапсе гениталий. Данные о частоте пролапса гениталий варьируют в зависимости от общего, в том числе и медицинского уровня развития страны, а также некоторых национальных особенностей и составляет от 1 до 50% в популяции. По данным американских авторов [30, 37, 38, 39, 41, 42, 47, 48] частота опущения и выпадения матки и стенок влагалища составляет 2%. В развивающихся странах заболевание встречается гораздо чаще. В Индии, по сведениям Das R. K. (1971), пролапс гениталий наблюдается у 85% женского населения старше 55 лет; в Сирии, по сведениям М.А. Хаммуш (1980) — у 12%. В России, среди гинекологических заболеваний опущения и выпадения внутренних гениталий составляют от 28 до 38,9% [1, 13, 21], а у женщин старше 50 лет частота пролапса возрастает до 40% [13, 15, 17, 27, 28]. Среди гинекологических заболеваний выпадения матки составляют 28–38,9% (Адамян Л.В., 2000, Буянова С.Н., 1998, Макаров О.В., 2000). Краснопольский В.И. с соавт. (1990) отмечает, что 61,7% больных с опущением и выпадением внутренних половых органов находятся в возрасте от 24–45 лет. Из них женщины до 30 лет — 10,1% (Рижинашвили И.Д., 1991). По данным Рота Р.А. (2000) 47% случаев пролапса гениталий отмечаются у женщин репродуктивного возраста. Swift S.E. (2000) в своем исследовании отметил,

что у женщин в возрасте 44 лет, на пороге перименопаузы, наиболее часто встречался пролапс гениталий легкой степени (I степень — у 43,3%) женщин, II степень — у 47,7%), более тяжелые степени заболевания составили лишь 2,6%>.

В мировой литературе отмечается, что существуют семейные случаи заболевания, а также расовые различия в распространенности пролапса гениталий (Bonetti T.R., 2004). Генетическую детерминированность пролапса гениталий отмечают Chiaffarino F. et al (1999), Атоян М.Р. (2005), Макаева З.З. (2005).

Генитальный пролапс является заболеванием, широко распространенным во всех возрастных категориях женщин и оказывающим существенное негативное влияние на их качество жизни [1]. В последние десятилетия отмечается тенденция к «омоложению» заболевания. В настоящее время средний возраст больных составляет 50 лет. Значительная часть относится к репродуктивному и трудоспособному возрасту, причем удельный вес пациенток моложе 40 лет — достигает 26–30% [5]. По данным некоторых авторов [33, 34, 36], до 10% женщин, достигших репродуктивного возраста, нуждается в хирургической коррекции нарушений влагалитной анатомии.

Все возрастающее количество женщин этого возрастного периода выбирают активный, как в физическом, так и в социальном аспекте, образ жизни, сохраняют активную коитальную функцию. Многие из них продолжают выполнять значительные физические производственные нагрузки, как статические так и динамические. Ибо высокий уровень физического труда является характерным отечественным социальным аспектом.

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные этиологии, патогенезу и совершенствованию методов лечения, актуальность различных аспектов проблемы опущения и выпадения внутренних половых органов у женщин не снижается на протяжении многих десятилетий. Данное заболевание не относится к патологии, непосредственно угрожающей жизни больной. Тем не менее, в силу анатомических связей, обусловленных близостью расположения органов таза и общностью поддерживающих их структур, вызывает функциональную недостаточность различных органов и систем, существенно влияет на трудоспособность, менструальную, репродуктивную и сексуальную функции [8, 9]. Тесные анатомические связи, общность иннервации и кровообращения органов малого таза определяют развитие патологических изменений со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, поэтому опущения и выпадения внутренних гениталий часто приводят к нарушениям функции смежных органов. Передняя стенка влагалища является наиболее частой локализацией пролапса [44, 49]. Клинические проявления опущения передней стенки влагалища и связанного с ним цистоуретроцеле заключаются, прежде всего, в развитии дисфункций нижних отделов мочевых путей, в том числе стрессового не-

держания мочи и гиперактивности мочевого пузыря. По данным Буяновой С.Н. и соавт. (2000), уродинамические осложнения наблюдаются практически у каждой второй больной с ОиВВПО. По сведениям Краснопольского В.И. и соавт., нарушения функции нижних мочевыводящих путей выявляются в 7,3% случаев [14, 16], а по мнению Балязина И.В. (1995) данная патология встречается в 74,1–80%.

Проктологические осложнения развиваются у каждой третьей пациентки с пролапсом гениталий [3, 4, 6, 7, 22, 31, 35, 45, 46, 50]. По данным Балязина И.В. (1995) патология прямой кишки у женщин с ОиВВПО встречается в 21,3% случаев.

В связи с многообразием клинических проявлений осложненных форм пролапса гениталий Европейской Ассоциацией перинеологов предложено ввести термин «Синдрома тазовой десценции», который бы включал в себя нарушения функции нижних мочевых путей, симптомы пролапса гениталий и симптомы несостоятельности мышц тазового дна.

Основной метод лечения пролапса тазовых органов — хирургический [2, 12]. В мире зарегистрировано несколько сотен методов оперативных пособий при лечении пролапса тазовых органов. Однако вопросу оценки качества оказания медицинской помощи с позиции — определения качества жизни пациенток трудоспособного возраста в послеоперационном периоде, на наш взгляд, внимания оказано недостаточно.

Из хирургических методов лечения пролапса тазовых органов наиболее часто выполняемая операция — «золотой стандарт» — гистерэктомия [2, 12].

Гистерэктомия — самая частая гинекологическая операция в большинстве стран мира. В Швеции частота гистерэктомии среди полостных гинекологических операций составляет 38%, в США — 36%, в Великобритании — 25%, в России — 38,2% (Макаров О.В., 2000). Средний возраст женщин, которым производят гистерэктомию, составляет 40,5 года. В Дании ежегодно производится около 6000 гистерэктомий, примерно 75% выполняются у женщин моложе 50 лет. В России приблизительно 90% гистерэктомий в репродуктивном возрасте производится по поводу доброкачественного заболевания [21].

Задачей хирургического лечения является устранение анатомических и функциональных нарушений как женских половых органов, так и смежных, прилежащих и функционально зависимых органов малого таза.

Вместе с тем, хирургическая коррекция не всегда в состоянии восстановить нормальное взаиморасположение тазовых органов, и тем более, ликвидировать функциональные нарушения. Кроме того, в ряде случаев возникают новые нарушения (изменения калибра и оси влагалища, развитие синдрома постгистерэктомии и др.), являющиеся следствием самого хирургического лечения. Учитывая широкое применение данной операции, нельзя недооценивать роль гистерэктомии и в снижении качества жизни женщины.

Заболеваемость генитальным пролапсом, помимо распространенности в популяции, определяется также большим количеством рецидивов после его хирургического лечения, частота которых достигает 30% [11]. У большинства авторов это осложнение и являлось основным критерием эффективности оперативного лечения пролапса тазовых органов. Выпадение культи шейки матки или купола влагалища после гистерэктомии составляет 5–8% по мнению Адамян Л.В. и Кулакова В.И. [18, 20]. В США ежегодно диагностируется 900–1200 пролапсов после гистерэктомии (Бансова Э.И., 1999). Частота выпадения купола влагалища после гистерэктомии составляет 3% [13, 26, 29, 40]. По мнению многих авторов, это связано как с изменением анатомических взаимоотношений в результате хирургического вмешательства, так и с игнорированием имеющихся признаков пролапса гениталий у пациенток, подвергающихся хирургическому лечению [13, 26, 40, 43].

Подобные выводы сделали Адамян Л.В. (2001) и Rudigoz RC at al. (1981) при изучении причин постгистерэктомического пролапса гениталий: коррекция уже имевшегося опущения гениталий и несостоятельности мышц тазового дна не была выполнена во время экстирпации матки у 55,8% пациенток. Краснопольская И.В. (2004), Стрижакова М.А. (2001) считают, что среди причин выпадения купола влагалища после гистерэктомии необходимо выделять не только саму гистерэктомию, но и учитывать факт сочетания различной патологии гениталий с умеренным опущением влагалища, которое прогрессирует после удаления увеличенной матки, удерживающей грыжевой мешок.

У 40% женщин симптоматика пролапса гениталий возникает через 2 года после гистерэктомии, у 25% в течение 10 лет, а у 10% более чем через 10 лет после операции (Роузвиза С.К., 2004). По данным Hilger W.S. с соавт. (2005) в 75% случаев показанием для трансвагинальной экстирпации культи шейки матки является пролапс гениталий.

Нельзя не согласиться с Адамян Л.В. с соавт. (1997), в том, что при удалении матки по любым показаниям хирург должен восстанавливать все слабые места связочного и мышечного аппарата, даже если он считает их незначительными. Хотя большинство дефектов нужно тщательно идентифицировать до операции, Попов А.А. (2001) признает необходимость и целесообразность коррекции плана хирургического лечения при интраоперационной находке несостоятельности связочного аппарата матки.

Наиболее частыми патологическими изменениями, требующими хирургической коррекции после гистерэктомии являются опущения стенок влагалища и несостоятельность мышц тазового дна.

Большинство исследователей связывает возникновение рецидивов с погрешностями на этапах хирургического лечения, и с несовершенством существующих методов коррекции заболевания [19]. Данное положение послужило

хорошим стимулом для активной научно-исследовательской и практической работы по усовершенствованию известных и разработке новых методов коррекции вышеуказанных изменений с учетом их патоморфологических, наследственных, антропометрических, социальных (работа и быт), анамнестических и др. этиологических факторов. Должное внимание было уделено профилактике рецидива заболевания путем использования самых последних медицинских технологий и материалов.

Однако вопросу оценки качества оказания медицинской помощи с позиции определения качества жизни пациенток трудоспособного возраста в послеоперационном периоде, на наш взгляд, внимания оказывается недостаточно и по настоящее время. И это принимая во внимание тот неоспоримый факт, что женщины всех возрастных групп, а особенно трудоспособного возраста, все более активно участвуют как в производственных так и в социальных аспектах государственной жизни во всех странах мира.

Обращает на себя внимание возникновение первичного пролапса тазовых органов у пациенток не имевших признаков опущения матки и стенок влагалища до хирургического лечения гинекологических заболеваний по другим нозологическим единицам. Пролапс культи влагалища после гистерэктомии лапаротомным доступом у женщин, ранее не имевших пролапса гениталий, составляет 2–5% (Beer M., Kuhn A., 2005, Marchionni M. et al., 1999). Частота выпадения купола влагалища после гистерэктомии составляет 0,2–43% [13, 26, 29, 40]. Обсуждение этой проблемы не входит в цели и задачи нашего исследования и требует дополнительных методов исследования. При этом ряд исследователей указывает, что этот факт является результатом недостаточно точной диагностики пролапса тазовых органов на дооперационном этапе обследования

Коррекция пролапса гениталий после гистерэктомии составляет особую проблему, поскольку при этой патологии практически всегда имеются цистоцеле, ректоцеле или энтероцеле в сочетании с недержанием мочи, рубцовые и дистрофические изменения тканей и связочных структур. Рецидивы после коррекции ПГЭПГ возникают в среднем в 6,35–6,7% (Петрова В.Д. с соавт., 2000). Зачастую пациентки вынуждены переносить по 2–3 реконструктивно-пластических операций на тазовом дне. Подобные неоднократные операции, приводят к рубцовым изменениям тканей, сужению входа во влагалище и его укорочению, что без сомнения, снижает качество жизни женщины.

С увеличением числа гистерэктомии во всем мире, в том числе и в Украине, число пациенток с постгистерэктомическим пролапсом гениталий (ПГЭПГ) имеет тенденцию к росту. Потому проблема профилактики данного осложнения после гистерэктомии требует особого внимания.

Принимая во внимание вышеизложенное, нами определены критерии эффективности методов оперативного

лечения пролапса тазовых органов у пациенток трудоспособного возраста, такие как — уровень качества жизни в физиологически-социальном смысле этого понятия и количество рецидивов заболевания в ближайшие 2 года после оперативного пособия.

Целью данного исследования явилось комплексная оценка эффективности хирургического лечения генитального пролапса в зависимости от основных методов хирургической коррекции заболевания.

Материалы и методы

Оценка эффективности методов оперативного пособия была проведена у 181 больной трудоспособного возраста, оперированных по поводу генитального пролапса.

Все больные были разделены на две группы в зависимости от методов апикальной фиксации (радикальные методы оперативного лечения и органосохраняющие).

В первую группу вошли пациентки (n=98) у которых была произведена влагалищная экстирпация матки. Стратегия влагалищной экстирпации в лечение генитального пролапса заключается в попытке выделения связочного аппарата матки, параметрия и паракольпума для более проксимальной фиксации культи влагалища с целью восстановления анатомических соотношений влагалища и прилегающих органов на первом уровне вагинальной поддержки.

Во вторую группу вошло пациентки (n=83) у которых была произведена ампутация шейки матки с транспозицией кардинальных связок и влагалищных сводов (Манчестеровская операция).

Практически у всех пациенток обеих групп апикальная фиксация была дополнена передней и задней кольпоррафией и леваторопластикой (n=92 и n=80 соответственно).

Возраст больных первой группы (n=98) колебался от 36 до 56 лет (средний возраст $51,30 \pm 0,94$), исходная степень пролапса $3,82 \pm 0,06$.

Возраст пациенток второй группы от — 28 до 56 лет (n=83) женщин, (средний возраст $50,46 \pm 0,97$), с исходной степенью пролапса $3,51 \pm 0,08$, после производства «Манчестеровской операции».

Анализ отдаленных результатов коррекции влагалищной анатомии проводился путем определения частоты рецидивов заболевания, требующих хирургической коррекции, случаев с недостаточно корригированными или частично рецидивировавшими дефектами анатомии, не требующих лечения и изучения вагинального профиля женщин исследуемых групп.

Исследование вагинального профиля проводилось по отношению трех основных контрольных точек к плоскости гименального кольца: точка С — передняя губа шейки матки или купол влагалища; TVL — длина влагалища; Ва — наиболее низко расположенная точка на участке передней влагалищной стенки между гименальным кольцом и точкой С [3].

Учитывая то, что коррекция пролапса заднего сегмента у всех больных была проведена с использованием стандартной кольпоперинеолеваторопластики, исследование расположения точки Вр (наиболее низко расположенная точка на задней влагалищной стенке между гименальным кольцом и задним сводом или куполом влагалища) не проводилось.

Недостаточно корригированными или частично рецидивировавшими мы считали те случаи, когда при исследовании вагинального профиля какая-либо из определяемых контрольных точек располагалась по отношению к плоскости гименального кольца ближе, чем на 3,0 сантиметра, то есть соответствовала пролапсу I–II степени и более.

Для изучения качества жизни женщин трудоспособного возраста в отдаленный период после оперативного лечения пролапса тазовых органов нами был выбран метод анкетирования.

Для решения поставленной задачи, нами, через 2–3 года после проведенного оперативного лечения, произведено анкетирование выше указанных групп пациенток с целью определения социально-личностной адаптации в послеоперационном периоде [36] и определению послеоперационного качества жизни.

С целью обеспечения достоверности результатов анкетирования была произведена стандартизация групп сравнения с учетом возрастных характеристик (физиологические периоды жизни), антропометрических данных, гинекологического и соматического анамнезов, условий труда и быта.

Учитывая ведущее значение уровня эстрогенов в регуляции физиологических и обменных процессов женского организма, все больные были распределены на группы сравнения не по возрасту, а по физиологическим периодам жизни, связанным с менструальной функцией: 1 группа — 81 женщина репродуктивного возраста от 28 до 46 лет. Средний возраст — 42,76 года. 2 группа — 84 женщины в периоде перименопаузы от 46 до 2-х лет после прекращения менструации. Средний возраст — 49,12 года. 3 группа — 16 женщин в периоде постменопаузы (2 года и более после прекращения менструации). Средний возраст — 53,74 года.

С учетом 2-х групп сравнения: пациентки трудоспособного возраста после перенесенных

1. радикальных операций (удаление матки, матки и придатков) — $n=98$, (женщин репродуктивного возраста — 41; перименопаузального периода — 47; постменопаузального периода — 10.

2. органосохраняющих операций (без удаления матки и придатков) — $n=83$ (женщин репродуктивного возраста — 40; перименопаузального периода — 37; постменопаузального периода — 6.

Анализируя сходство и различия между вышеуказанными группами пациенток, нами был проведен ретроспективный клинико-статистический анализ данных углубленного обследования пациенток, вышеуказанных групп сравнения. Сравнению подлежали группы факторов, известные по данным литературы, как оказывающие влияние на развитие пролапса тазовых органов: возраст, наличие внешних и висцеральных признаков дисплазии соединительной ткани, данные антропометрии, условия труда и быта, гинекологический и акушерский анамнез, семейный анамнез, наличие характерной сопутствующей экстрагенитальной патологии [10]. Все пациентки относились к группе риска по развитию пролапса тазовых органов. Согласно бальной оценке вероятности развития пролапса тазовых органов [23], средний балл по возрастным группам составлял: 1-я возрастная группа (репродуктивного периода) — 6,3 (при радикальных операциях — 6,6; при органосохраняющих операциях — 6,0); 2-я (перименопаузального периода) — 7,2 (8,7; 5,7); 3-я (постменопаузального периода) — 3,15 (0; 6,3) соответственно. Во всем возрастном массиве средний балл степени риска у больных с радикальным объемом оперативного пособия составил — 7,9 баллов; при органосохраняющих объемах — 7,6 баллов.

Тяжелые условия труда отмечало (29,59%) женщин первой группы и (26,86%) второй. Тяжелые бытовые условия — (25,28%) и — (26,26%) соответственно.

Основные антропометрические измерения представлены в таблице № 1.

По физиологическим периодам жизни, условиям труда и быта, антропометрическим показателям, больные первой и второй групп сравнения существенно не отличались.

Из гинекологического анамнеза выяснено, что в группе больных после радикальных операций наличие сопут-

Таблица 1
Основные антропометрические показатели женщин первой и второй групп сравнения

Группа/показатель	После радикальных операций ($n=98$)	После органосохраняющих операций ($n=83$)	P
Рост	166,1±0,67	166,3±0,67	>0,05
Вес	72,9±0,94	69,8±0,91	>0,05
Индекс массы тела	26,4±0,25	25,8±0,21	>0,05
Окружность талии (ОТ)	80,9±0,82	78,1±0,82	>0,05
Окружность бедер (ОБ)	103,0±0,55	101,0±0,52	>0,05
ОТ/ОБ	0,78±0,01	0,77±0,01	>0,05

ствующей гинекологической патологии (опухоли матки и придатков) имело место у 39 пациенток (лейомиомы матки, кисты яичников), что так же являлось одной из составляющих в выборе объема оперативного вмешательства. У пациенток с органосохраняющим объемом оперативного вмешательства опухоли матки и придатков зарегистрированы не были. Сопутствующая урологическая патология (СНМ) выявлено у 37 пациенток первой и 29 пациенток второй групп сравнения.

Анализируя степень тяжести проявлений пролапса согласно классификации POP-Q в первой группе пациенток с 1-й степенью пролапса — 6; 2-й — 26; 3-й — 40; 4-й — 26. Во второй группе сравнения с — 1-й степенью пролапса — 0, 2-й — 42, 3-й — 39, 4-й — 2.

При изучении проявлений соединительнотканной недостаточности у пациенток групп сравнения было установлено, что внешние и висцеральные маркеры дисплазии соединительной ткани встречались практически у всех женщин обеих групп (табл. №2).

Частота большинства изучаемых маркеров ДСТ в группах сравнения имела различия, но в основной массе

случаев не значительные. У лиц с радикальным объемом оперативного вмешательства не было выявлено маркеров ДСТ в 6 случаях. При органосохраняющих методиках — у 4 пациенток. У женщин обеих групп имели место проявления соединительнотканной дисплазии на уровне нескольких органов и систем.

При проведении клинико-статистического анализа причин, способствующих развитию пролапса тазовых органов в группах женщин репродуктивного, перименопаузального и постменопаузального трудоспособного возраста не установлены существенные различия в группах больных после радикальных и органосохраняющих операций.

Через 1–2 года после оперативного лечения генитального пролапса случаев рецидивов заболевания, требующих хирургической коррекции, не было отмечено ни в одной группе женщин.

Частота случаев с недостаточно корригированными или частично рецидивировавшими дефектами анатомии апикального отдела влагалища и результаты изучения вагинального профиля женщин исследуемых групп представлены в таблице №3.

Таблица 2

Частота встречаемости изучаемых маркеров дисплазии соединительной ткани у женщин групп сравнения

Маркеры дисплазии соединительной ткани	После радикальных операций	После органосохраняющих операций	P
Гиперэластичность кожи	51 (52,04±4,01 %)	51 (61,44±4,22 %)	<0,05
Наличие стрий	32 (32,65±5,22 %)	22 (30,12±5,41 %)	>0,05
Продольное плоскостопие	28 (28,57±4,22 %)	23 (27,71±4,19 %)	<0,05
Сколиоз	36 (36,73±5,43 %)	29 (34,93±5,29 %)	<0,05
Миопия	27 (27,55±4,79 %)	24 (28,91±5,01 %)	<0,05
Пролапс митрального клапана	17 (17,34±4,37 %)	23 (27,71±4,77 %)	<0,05
Варикозное расширение вен	43 (43,87±5,64 %)	33 (39,75±4,23 %)	<0,05
Геморрой	38 (38,77±4,75 %)	32 (38,55±4,65 %)	<0,05
Синдром раздраженного кишечника	24 (24,48±3,85 %)	24 (28,91±4,21 %)	<0,05
Колоноптоз	16 (16,32±4,27 %)	13 (15,66±4,02 %)	<0,05
Нефроптоз	19 (19,38±4,49 %)	21 (25,30±4,76 %)	<0,05
Дисплазия мочеточников	16 (16,32±4,32 %)	15 (18,07±4,33 %)	<0,05
Гиперлабильность суставов	43 (43,87±5,59 %)	35 (42,16±5,12 %)	<0,05
Частые вывихи	23 (23,46±3,87 %)	18 (21,68±4,47 %)	<0,05
Грыжи	24 (24,48±4,43 %)	22 (26,50±4,37 %)	<0,05

Таблица 3

Результаты изучения эффективности хирургического лечения пролапса тазовых органов

Группы пациенток	Частота недостаточно корригированных или частично рецидивировавших дефектов влагалищной анатомии	Контрольные точки вагинального профиля		
		C	TVL	Ba
Первая группа (n=98)	9 (9,18±3,50 %), в том числе 6 случаев дефектов апекса (6,12±3,38 %)	5,60± 0,15	7,54± 0,16	3,23± 0,11
Вторая группа (n=83)	16 (19,27±8,54 %), в том числе 9 случаев дефектов апекса (10,84±8,18 %)	5,14± 0,14	8,92± 0,17	4,17± 0,12

Как видно в табл. №3, наибольшее число частично рецидивировавших дефектов влагалищной анатомии было отмечено после проведения «Манчестеровской операции». Дефекты апикального сегмента имели место почти в 11 % случаев, за счет чего средняя величина точки С, обозначающей переднюю губу шейки матки, имело минимальное значение, в сравнении с первой группой. Полученные результаты свидетельствуют о том, что выполняемая при данной операции транспозиция кардинальных связок не устраняет смещение матки в сторону гименального кольца. При этом кажущийся положительный эффект операции является более косметическим, чем лечебным, так как достигается за счет ампутации элонгированной шейки матки и сужения просвета влагалища в связи с производимой кольпоперинеолеваторопластикой.

В 9,18 % случаев недостаточно корригированных или частично рецидивировавших дефектов анатомии влагалища также отмечено после производства влагалищной экстирпации матки с последующей кольпоперинеолеваторопластикой. С одной стороны это объясняется более старшим возрастом больных и более высокой степенью пролапса. С другой стороны — недостатками самого метода, при котором фиксация купола влагалища осуществляется к несостоятельным подвешивающим связкам. Помимо этого, применение данного метода приводит к достоверному уменьшению длины влагалища, что в ряде случаев может явиться причиной диспареунии у сексуально активных пациенток.

Пациентки обеих групп сравнения были подвергнуты анкетированию по определению качества жизни в послеоперационном периоде с использованием неспецифического опросника по определению качества жизни MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form — 36). В качестве метода оценки исследования, использовали русскую валидизированную компанией «Эвиденс — Клинико-фармакологические исследования» версию опросника MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36) — исследование медицинских результатов — SF-36 [32]. Опросник состоит из 3 уровней: • пункты (вопросы); • 8 шкал; • 2 суммарных измерения, которые объединяются в шкалы. Всего в методике 36 пунктов, из которых 35 используются для обработки баллов по 8 шкалам, каждый пункт используется в обработке баллов только по одной из шкал. Один из 36 пунктов не используется в обработке ни по одной из шкал, а позволяет определить «переходную

точку здоровья» (self reported health transition) — переходный момент здоровья, оцененный самостоятельно. Эти пункты формируют следующие шкалы: 1. Physical Functioning (PF) — физическое функционирование. 2. Role-Physical (RP) — влияние физического состояния на ролевое функционирование. 3. Bodily Pain (BP) — интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью. 4. General Health (GH) — общее состояние здоровья. 5. Vitality (VT) — жизненная активность. 6. Social Functioning (SF) — социальное функционирование. 7. Role-Emotional (RE) — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование. 8. Mental Health (MH) — оценка психического здоровья.

Результаты представляются в виде оценок в баллах по этим 8 шкалам в диапазоне от 0 до 100 (более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни). Большинство пациенток заполняли данную анкету дома или на приеме у врача. Система оценки, используемая в опроснике SF-36, применялась по рекомендованному трехступенчатому методу [32]. Первая ступень заключалась в перекодировке некоторых данных, вторая — в компьютерном подсчете баллов путем их суммирования по каждой шкале, и третья ступень переводила данные всех шкал в единую шкалу от 0 до 100 баллов, в которой большее число баллов соответствовало лучшему состоянию здоровья.

После анкетирования пациенток первой группы сравнения (после перенесенных операций в радикальном объеме) средний балл качества жизни составил $63,6 \pm 1,8$. При этом — физический компонент здоровья (PH) — $65,3 \pm 1,9$; психологический компонент здоровья (MH) — $61,9 \pm 1,7$. У пациенток второй группы сравнения (после перенесенных органосохраняющих операций) средний балл качества жизни составил $74,7 \pm 2,4$; (PH) — $75,6 \pm 2,6$; (MH) — $73,8 \pm 2,3$. Анализируя количество баллов по возрастным группам, обращает на себя внимание тот факт, что с возрастом — разница в количестве баллов качества жизни существенно увеличивается в пользу группы пациенток после органосохраняющих операций (табл. №4).

Мы считаем важным результатом анкетирования, что при обработке данных было выявлено явное преобладание в балльном отражении более высокого уровня качества жизни у пациенток после произведенных органосохраняющих операций. И если в шкалах PF (физическое

Таблица 4

Бальная оценка качества жизни после радикальных операций/органосохраняющих операций

Возрастные группы/составляющие качества жизни	Физический компонент здоровья	Психологический компонент здоровья	Общий уровень качества жизни
Репродуктивный период	73,99/79,32	66,56/74,39	70,27/76,85
Перименопаузальный период	55,72/76,41	56,46/79,68	56,09/78,04
Постменопаузальный период	34,13/52,05	39,15/49,11	36,64/50,58

функционирование), ВР (интенсивность боли), отмечался относительный паритет полученных данных между пациентками после радикальных операций и органосохраняющих оперативных пособий, то при анализе данных по шкалам RP (ролевое функционирование), GH (общее состояние здоровья), VT (жизненная активность), SF (социальное функционирование), RE (эмоциональное состояние) и MH (психическое здоровье) явное преобладание последних.

По результатам анкетирования установлено статистически достоверно, что послеоперационное качество жизни хуже у женщин после перенесенных радикальных операций, что проявлялось в психологическом отношении к факту гистерэктомии, снижении трудоспособности, развитии синдрома постгистерэктомии и появлении гормональных и сексуальных дисфункций.

ВЫВОДЫ:

1. Применение «Манчестерской операции» является недостаточно эффективным методом хирургического лечения генитального пролапса, так как транспозиция

кардинальных связок не устраняет смещения матки в сторону гименального кольца и не приводит к укреплению апикального отдела влагалища.

2. Ретроспективное исследование состояния здоровья пациенток трудоспособного возраста, их качества жизни в послеоперационном периоде, после оперативного лечения пролапса тазовых органов дало статистически достоверную информацию о значительном снижении уровня качества жизни после радикальных оперативных вмешательств, в сравнении с органосохраняющими методами оперативного лечения. Отсутствие синдрома постгистерэктомии, снижение количества гормональных и сексуальных дисфункций после органосохраняющих методов оперативного лечения позволяют пациенткам в полной мере реализовывать свой потенциал как в социально-производственном аспекте, так и в психосексуальном. Органосохраняющие принципы оперативного лечения пролапса тазовых органов у женщин трудоспособного возраста в конечном итоге положительно сказываются и на уровне общего здоровья пациенток.

Литература:

1. Адамян, Л. В. Современные концепции хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов / Л. В. Адамян, — М. А. Блинова, Б. Е. Сашин // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней: матер. междунар. конгресса. — М., 2000. — с. 622–635.
2. Баркалов, О. А., Петренко С. О., Мацин О. Н. Оцінка оперативного лікування у жінок з приводу випадіння внутрішніх статевих органів // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. — К.: Інтермед, 2005. — с. 21–24.
3. Беспалько, В. П. Методика оперативного лечения сочетанного выпадения прямой кишки и матки / В. П. Беспалько // Клиническая хирургия. — 1986. — № 2. — с. 70.
4. Булгаков, А. В. Хирургическое лечение недостаточности замыкательного аппарата прямой кишки с применением аллотрансплантантов: дис... канд. мед. наук. — Уфа, 1990. — 151 с.
5. Буянова, С. Н., Смольнова Т. Ю., Иоселиани В. Ф. и др. К патогенезу опущения и выпадения внутренних половых органов // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов 1998 — № 1 с. 77–99.
6. Вдовин, С. В. Модификация восстановительных операций в гинекологии / С. В. Вдовин // Вестн. Волгоградской мед. академии. — 1997. — Т. 52, № 3. — с. 71–73.
7. Глебова, Н. Н. Оказание специализированной помощи женщинам с опущением и выпадением внутренних гениталий / Н. Н. Глебова, З. Г. Гумерова // Акушерство и гинекология. — 1974. — № 11. — с. 55–57.
8. Глебова, Н. Н. Хирургическое лечение выпадений матки / Н. Н. Глебова, Т. Г. Корниенко, Н. Г. Мухаметшина, В. О. Вехновский // Современные методы оперативного лечения в акушерстве и гинекологии: респ. сб. науч. тр. — М., 1983. — с. 51–56.
9. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий / Т. Ю. Смольнова, С. Н. Буянова, С. В. Савельев, В. Д. Петрова // Урология. — 2001. — № 2. — с. 25–30.
10. Доброхотова, Ю. Э. Гистерэктомия в репродуктивном возрасте (системные изменения в организме женщины и методы их коррекции): Автореф. дис... д-ра мед. наук. — М, 2000. — 44 с.
11. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / Под ред. В. Н. Прилепской. — М.: МЕДпресс, 2000. — с. 361–391.
12. Золотухин, Н. С., Бутина Л. И., Петров Ю. А. и др. Вагинальная гистерэктомия при сочетании миомы матки и пролапса гениталий у женщин в климактерическом периоде // Репродуктивное здоровье женщины. — 2005. — № 1 (21). — с. 248–251.
13. К патогенезу опущения и выпадения внутренних половых органов / С. Н. Буянова, Т. Ю. Смольнова, М. Н. Иоселиани, В. Ф. Куликов // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. — 1998. — № 1. — с. 77–79.
14. Краснополянский, В. И. Абдоминальные, лапароскопические и сочетанные методы хирургического лечения недержания мочи при напряжении / В. И. Краснополянский, С. Н. Буянова, А. А. Попов // Акушерство и гинекология. — 1996. — № 5. — с. 12–15.

15. Краснопольский, В.И. Генитальные свищи и/В.И. Краснопольский, СИ. Буянова. — М.: Медицина, 2001. — 223 с.
16. Краснопольский, В.И. Реабилитация больных с опущением и выпадением внутренних половых органов/В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, И.С. Савельева // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. — 1997. — № 1. — с. 105–110.
17. Кремлинг, Х. Гинекологическая урология и нефрология: пер. с нем./Х. Кремлинг, В. Лутцайгер, Р. Хайнц; под ред. А.К. Шабада. — М.: Медицина, 1985. — 560 с.
18. Кулаков, В.И. Оперативная гинекология — хирургические энергии/В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, О.В. Мынбаев. — М., 2000. — 861 с.
19. Кулаков, В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.П. Гистерэктомия и здоровье женщины. М.; Медицина, 1999. С. — 310.
20. Лапаровагинальный доступ в хирургическом лечении опущения стенок влагалища, несостоятельности мышц тазового дна и недержания мочи при напряжении у женщин детородного возраста/Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, СИ. Киселев, Б.Е. Сашин // Эндоскопия в диагностике и лечения патологии матки: матер, международ, конгресса. — М., 1997. — с. 191–193.
21. Макаров, О.В. Некоторые аспекты отдаленных результатов гистерэктомии' у женщин репродуктивного возраста/О.В. Макаров, Ю.Э. Доброхотова, Н.В. Любченко // Акушерство и гинекология. — 2000. — №3. — с. 12–14.
22. Малков, Я.Ю. Опыт оперативных вмешательств у гинекологических больных пожилого и старческого возраста/Я.Ю. Малков, Е.В. Казакова // Казанский мед. журнал. — 1988. — №3. — с. 223.
23. Минович, Е.Д. Патогенетическая профилактика и реабилитация при опущениях и выпадениях внутренних половых органов женщин группы риска: Автореф. дис.... д-ра мед. наук — Одесса, 2008 С. — 193.
24. Минович, Е.Д. Применение органосохраняющих технологий коррекции апикального отдела влагалища при генитальном пролапсе.// Репродуктивное здоровье женщины. 2007. №3. с. 156–158.
25. Процепко, А.А., Гладчук И.З., Каюк В.Г. Предотвратим ли постгистерэктомический пролапс // Репродуктивное здоровье женщины. — 2004. — №2. — с. 151–156.
26. Профилактика рецидивов выпадения влагалища после вагинальной гистерэктомии/В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, М.Н. Иоселиани, Ф.В. Куликов // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. — 1998. — № 1.-С. 64–67.
27. Славашевич, Т.И. Хирургическое лечение больных с опущением и выпадением половых органов: автореф.... д-ра мед. наук. — Минск, 1986. — 18 с.
28. Стежковой, В.В. Морфологическое обоснование выбора метода оперативного лечения больных с опущением и выпадением половых органов/В.В. Стежковой, И.М. Сапелкина, С.А. Гусев // Акушерство и гинекология. — 1993. — №6. — с. 26–29.
29. Тактика лечения больных с выпадением купола влагалища после гистерэктомии/В.Д. Петрова, С.Н. Буянова, М.Н. Иоселиани [и др.]// Акушерство и гинекология. — 2000. — №4. — с. 50–52.
30. Association of compartment defects in pelvic floor dysfunction I D. D. Maglinte, F. M. Kelvin, K. Fitzgerald [et al.] II Am. J. Roentgenol. — 1999. — Vol. 172, №2.-P. 439–444.
31. Bergman, A. Predicting postoperative urinary incontinence development in women undergoing operation for genitourinary prolapse I A. Bergman, P. P. Koonings, C. A. Ballard II Am. J. Obstet. Gynecol. — 1988. — Vol. 158, № 15.-P. 1171–1175.
32. Bland, D. R., Earle B. B., Vitols M. Z., Burke G. Use of the Pelvic Organ Prolapse staging system of the ICS, AUS, and SGS in perimenopausal women // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1999. — Vol. 181. — P. 1324–1328.
33. Bump, R. C., Mattiasson A., Brubaker L. P. et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1996.-Vol. 175.-P. 10–17.
34. Bump, R. C., Mattiasson A., Brubaker L. P. et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1996.-Vol. 175.-P. 10–17.
35. Characterizing and reporting pelvic pelvic floor defects: the revised New York classification system I R. J. Scotti, R. Flora, W. M. Greston [et al.] II Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. — 2000. — Vol. 11, № 1. — P. 48–60.
36. Digesu, G. A., Chaliha C, Salvatore S. et al. The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life // Br. J. Obstet. Gynecol. — 2005. Vol. 112, №7. — P. 971–976.
37. Dunton, J. D. Posthysterectomy vaginal vault prolapse I J. D. Dunton, J. Mikula II Postgrad. Obstet. Gynecol. — 1988. — Vol. 8, № 1. — P. 1–6.
38. Jones, R. A. Laparoscopic vaginal vault resuspension an initial experience I R. A. Jones II Progress towards the new millennium: 7th annual meeting of the international society for gynaecologic endoscopy. — Sun City, South Africa, 1998.-P. 229.

39. Kegel, A. N. Progressive Resistance Exercise in the Functional Restoration of the Perineal Muscles I A. N. Kegel II Am. J. Obstet. Gynecol. — 1948. — Vol. 56, №2. — P. 238.
40. Koduri, S. Recent developments in pelvic organ prolapse I S. Koduri, P. K. Sand II Curr. Opin. Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 12, №5. — P. 399–404.
41. Porges, R. F. Changing Indications for Vaginal Hysterectomy I R. F. Porges II Am. J. Obstet. Gynecol.—1980.-Vol. 136, №12.-P. 153–158..
42. Preoperative and postoperative analysis of site-specific pelvic support defects in 81 women treated with sacrospinous ligament suspension and pelvic reconstruction I B. L. Shull, C. V. Capen, M. W. Riggs, T. J. Kuehl II Am. J. Obstet. Gynecol.—1992.-Vol. 166, №8.-P. 1764–1771.
43. Prolapse after hysterectomy. A study of 45 cases I R. C. Rudigoz, C. Gonnet, Y. Rochet [et al] II J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). —1981.-Vol. 10, №3. — P. 241–7.
44. Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders I M. D. Barber, M. N. Kuchibhatla, C. F. Pieper, R. C. Bump II Am. J. Obstet. Gynecol. —2001. — Vol. 185, №6.-P. 1388–1395.
45. Richardson, A. C. How to correct prolapse paravaginally/ A. C. Richardson // Obstet. Gynecol. — 1990. — Vol. 35, №9. — P. 100–114.
46. Romanzi, L. J. The effect of genital prolapse on voiding I L. J. Romanzi, D. C. Chaikin, J. G. Blaivas II J. Urol. — 1999. — Vol. 161, №2. — P. 581–586.
47. Shull, B. L. Clinical evaluation of women with pelvic support defects I B. L. Shull II Clin. Obstet. Gynecol. — 1993. — Vol. 36, №5. — P. 939–951.
48. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors I E. C. Samuelsson, F. T. Arne-Victor, G. Tibblin, K. F. Svarsdud II Am. J. Obstet. Gynecol. — 1999. — Vol. 180, №2.-P. 299–305.
49. Swift, S. E. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care I S. E. Swift II Am. J. Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 183. — P. 277–285.
50. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery I A. H. McLennan, A. W. Taylor, D. H. Wilson, D. Wilson II BJOG. — 2000. — Vol. 107, N12.-P. 1460–1470.
51. Ware, J. E., Kosinski M., Keller S. D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1994.

Профилактика отека спинного мозга у больных с острой спинномозговой травмой

Кураев Наби Шамильевич, заведующий ОАРИТ нейрохирургии;

Иманшапиев Ахмед Магомедович, ординатор

Республиканская больница №2, Центр специализированной экстренной медицинской помощи (г. Махачкала)

Даниялова Надежда Данияловна, кандидат медицинских наук

Дагестанская государственная медицинская академия (г. Махачкала)

В наше мирное время позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) встречается значительно реже травмы головного мозга и составляет до 4% в структуре общего травматизма. ПСМТ является не прямой травмой, следствием падения с высоты, сдавление согнутого туловища при обвалах, а также удар головой о дно при прыжке в воду и др. По статистике примерно 40% пострадавших с ПСМТ погибают еще на догоспитальном этапе, около 15% — в условиях стационара. В зависимости от степени сложности и характера травмы, качества оказываемой медицинской помощи на догоспитальном этапе и многих иных факторов, послеоперационная летальность при сдавлениях и ушибах спинного мозга может составлять от 15 до 70%. Благоприятный исход во многом зависит от осложнений, возникающих при лечении позво-

ночно-спинномозговой травмы, отягощающих течение заболевания и увеличивающих сроки пребывания в стационаре. Безусловно, комплексная диагностика и ранние декомпрессивно-стабилизирующие операции способствуют улучшению функционального исхода. Однако, проблема ранней профилактики осложнений ПСМТ, в том числе и развитие спинального шока (СШ), остается и на сегодняшний день актуальной. Патофизиологически при ПСМТ наступают глубокие динамические нарушения в нервных клетках и сложных связях спинного мозга, что характеризуется временным угнетением всех функций нервной клетки, утратой проводимости нервного волокна, отсутствием рефлекторной деятельности спинного мозга. Нельзя не учитывать, что все посттравматические изменения спинного мозга происходят в ограниченном костями

канале и при сдавлении или патологическом увеличении (отек-набухание, гематомиелия) спинной мозг прижимается к стенкам канала. При этом происходит дополнительное сдавление всех его элементов, что вызывает необратимые структурно-функциональные изменения.

В настоящее время в соответствии с принципами доказательной медицины, с целью профилактики и купирования отека спинного мозга подтверждено только введение метилпреднизолона. По данным литературы (в основном это украинские источники) доказано экспериментально и клинически выраженное эндотелиотропное и вентоническое действие у препарата Л — лизина эсцинат.

Пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой транспортируют в ближайший стационар. В своей практике мы часто сталкиваемся с этой патологией на выездах в отдаленные горные районы республики Дагестан. К сожалению, в этих условиях проведение расширенных инструментальных методов обследования (спондилография, КТ, и/или МРТ головного мозга, КТ-миелография, вертебральная ангиография), при ПСМТ чаще невозможно. **Целью нашего исследования** было изучить клинические свойства Л-лизина эсцината у больных с острой спинномозговой травмой в медицинских учреждениях догоспитального и раннего госпитального этапов. **Материал и методы.** Л-лизина эсцинат был включен нами в комплекс интенсивной и противоотечной терапии с про-

филактической и лечебной целью. Назначался по 10 мл в/в 2 раза в сутки. Для оценки эффективности было исследовано 28 больных (таблицы 1 и 2). Больные были разделены на контрольную и основную группу.

Для оценки тяжести поражения спинного мозга использовалась шкала ASIA (ASIA\ISCSCI — American Spine Injury Association\International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury — международный стандарт неврологической и функциональной классификации повреждений спинного мозга), имеющую цифровое выражение для оценки неврологических нарушений. Оценивалась также выраженность боли по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ). Обследование проводилось на следующих этапах: 1-е сутки после ПСМТ; 3-е сутки после ПСМТ; 7-е сутки после ПСМТ; 14-е сутки после ПСМТ.

Результаты и их обсуждение. В результате оценивания по шкале ASIA (ASIA\ISCSCI) было определено, что при использовании Л-лизина эсцината быстрее восстанавливались температурная и болевая чувствительность, рефлексы с конечностей и мышечная сила, что свидетельствовало о снижении угнетения спинного мозга (диаграммы 1и 2). Анализ данных ВАШ (таблица №3) о выраженности боли, показал, что в основной группе раннее применение Л-лизина эсцината уменьшало боль практически в 2 раза относительно контрольной группы.

Таблица 1

Распределение больных по нозологическим формам

№	Нозологическая форма	Количество
1	Смещение позвоночного диска	8
2	Перелом позвонков, ушиб спинного мозга	5
3	Переломо-вывих позвонков, ушиб спинного мозга	9
4	Компрессионно-оскольчатый перелом	6

Таблица 2

Распределение больных на группы по полу, уровню поражения спинного мозга и возрасту

Группы	пол		итого	Уровень поражения			возраст
	муж	жен		С	Th	L	
Контрольная	11	3	14	3	7	4	37,3 ±12,3
Основная	13	1	14	4	5	5	40,8 ±15,5
Всего:	24	4	28	7	12	9	39,4 ±14,0

Таблица 3

Динамика выраженности боли по шкале ВАШ в группах

группа	1-е сутки	3-е сутки	7-е сутки	14-е сутки
Контрольная	7,8 ±0,23	7,5 ±0,18*	6,8 ±0,44*	5,4 ±0,36*
Основная	7,3 ±0,23	4,3 ±0,41*	2,2 ±0,51*	1,6 ±0,34*

Примечание: различия статистически значимы ($p \leq 0,05$) * — в сравнении с исходными данными

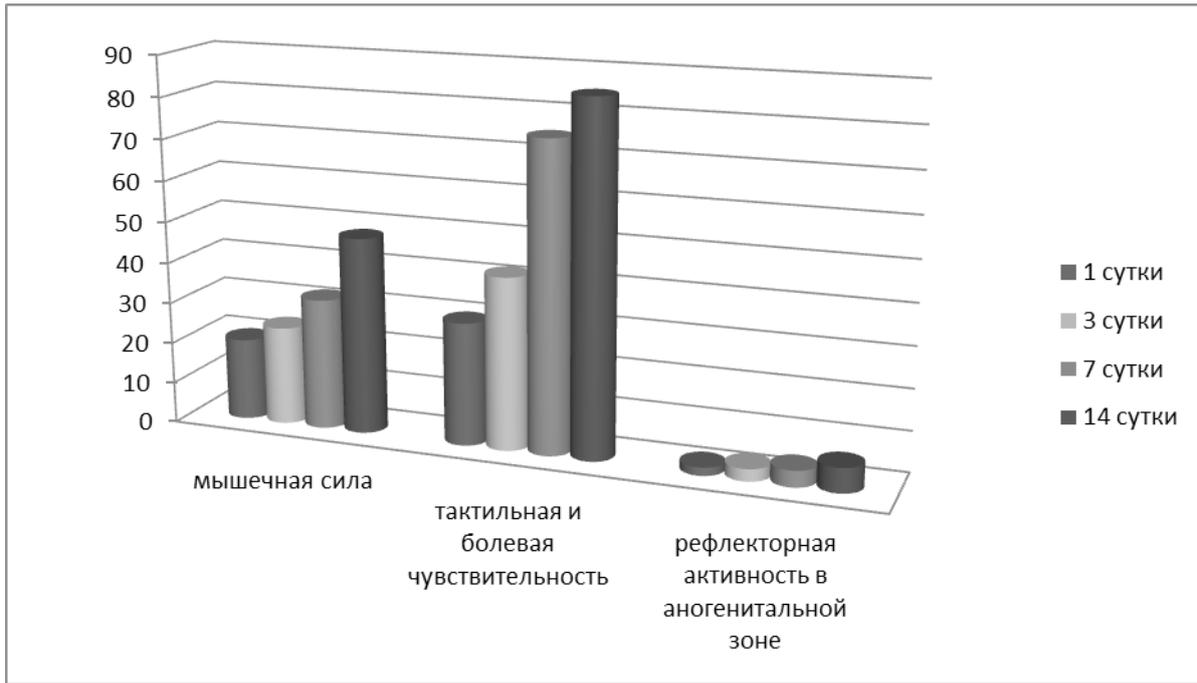


Рис. 1. Динамика неврологических показателей по шкале ASIA в контрольной группе, на этапах исследования

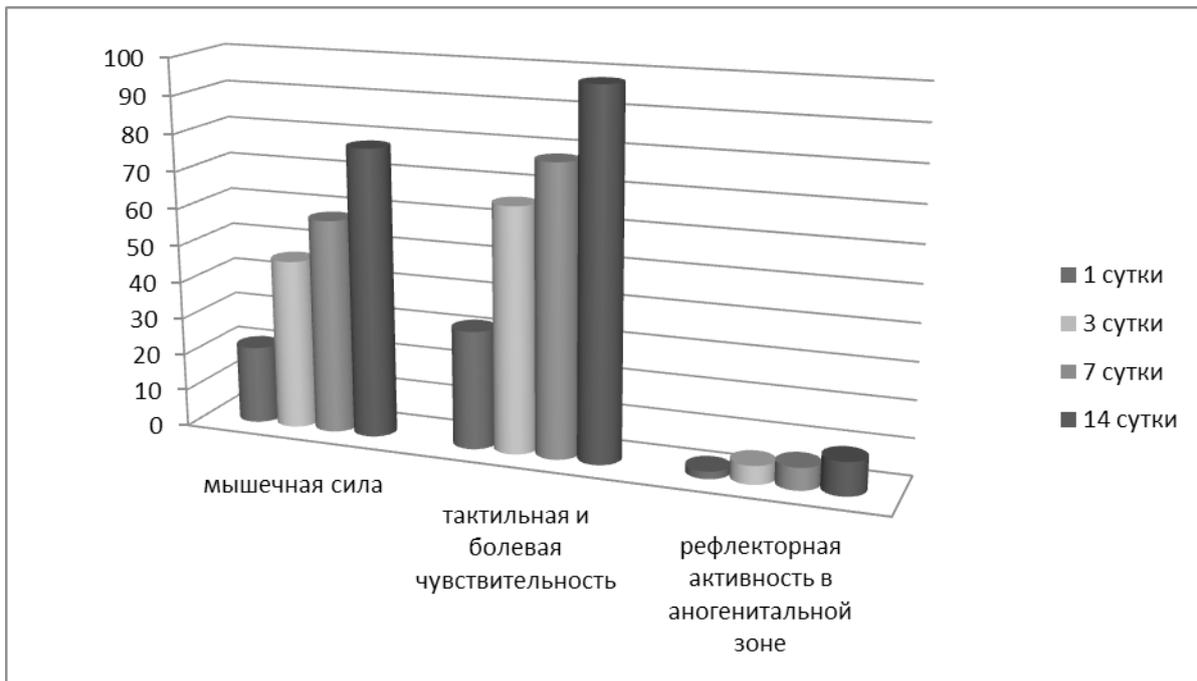


Рис. 2. Динамика неврологических показателей по шкале ASIA в основной группе, на этапах исследования

Также отмечено, что снижение выраженности болевой чувствительности отмечалось уже к 3-м суткам,

Выводы:

1. Более значимый противоотечный эффект был получен в основной группе, где применялся Л-лизина эсцинат, что обосновывает его включение в стандарт интенсивной противоотечной терапии в ближайшем пост-

травматическом периоде у пациентов с острой спинномозговой травмой.

2. Включение Л-лизина эсцината в комплекс интенсивной терапии на ранних этапах лечения оказывает выраженное антиэкссудативное и мембранотропное действие, что позволило значительно уменьшить развитие побочных эффектов от применения глюкокортикоидов.

Литература:

1. Лекции по нейрохирургии/Крылов В.В., Буров С.А., Гринь А.А., Дашьян В.Г., Левченко О.В. // Лекции по нейрохирургии. — 2007. — М.: Т-во научных изданий КМК. — 234 с.
2. Тактика лечения больных с повреждением позвоночника и спинного мозга в раннем периоде/Гринь А.А. // «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи». Ташкент. — 2002. — с. 157–158.
3. Профилактика и лечение осложнений у больных с травмой позвоночника и спинного мозга/Гринь А.А., Крылов В.В., Лебедев В.В., Иоффе Ю.С., Николаев Н.Н., Тимченко Н.П., Сахарова А.А. // «Вторая научно-практическая конференция «Общества Спинной Мозг»». Москва. — 2003. — с. 2–8.
4. Принципы интенсивной терапии при осложненной травме шейного отдела позвоночника/Тимченко Н.П., Царенко С.В., Евдокимов Е.А., Гринь А.А., Крылов В.В. // «Вторая научно-практическая конференция «Общества Спинной Мозг»». Москва. — 2003. — с. 9–10.
5. Применение препарата L-лизина эсцинат в нейрохирургии, неврологии, травматологии и ортопедии/Черный В.И. и др. — Киев, 2004.
6. Применение L-лизина эсцината при купировании локальных отеков в церебральной и спинальной нейрохирургии и реаниматологии/Усенко Л.В., Слива В.И., и др // Новости медицины и фармации. 2002 г., № 7–8-с. 3.

Особенности системы гемостаза в динамике беременности у пациенток с тромбофилией и беременных с высоким инфекционным риском

Мамутова Жумагуль Куртмететовна, магистр;

Абдувохидова Тасанно Адхамалиевна, магистр;

Турдиева Дилафруз Ахмаджоновна, магистр;

Юлдашева Озодахон Собировна, кандидат медицинских наук, доцент;

Негматшаева Хабиба Набиевна, кандидат медицинских наук, доцент;

Научный руководитель Мухитдинова Тохтахон Кодировна, доктор медицинских наук, профессор

Андижанский государственный медицинский институт (Узбекистан)

В настоящее время главной задачей акушерства является снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, что способствует улучшению здоровья будущих поколений. Решение этой проблемы в первую очередь связано с разработкой рациональной тактики ведения беременных с различной акушерской и перинатальной патологией и оптимизацией ведения родов.

По данным различных авторов, факторами, способствующими реализации ВУИ в инфекционный процесс, являются осложненное течение беременности на фоне гестоза, анемии, хронической внутриутробной гипоксии плода, обострение хронической патологии, при изменении иммунного статуса у беременных женщин, обострение пиелонефрита, нарушение микробиоценоза влагалища, длительный безводный промежуток, состояние физиологического иммунодефицита у плода и новорожденного [2, 3, 4]. По данным Лавровой Д.Б. (2006), реализация ВУИ в инфекционный процесс отмечается у 1,7% новорожденных от здоровых матерей, у 8,6% детей от женщин с хроническими очагами инфекции и у 21,8% детей от женщин с поздним гестозом [1].

В последние годы вопросы проблемы дефектов системы гемостаза волнуют специалистов многих стран, так как помимо адаптационной реакцией для системы гемо-

стаза, которая характерна во время физиологически протекающей беременности, наблюдается нарушение гестационной адаптации тромбофилического характера при наследственных и приобретенных дефектах системы гемостаза и в ряде других заболеваний, в том числе и инфекционного характера.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения беременности с высоким риском внутриутробной инфекции (ВУИ), а также систему гемостаза в динамике беременности у пациенток с репродуктивными потерями.

Материалы и методы исследования

Нами были изучены данные 43 женщин, с тромбофилией и с высоким риском ВУИ, (основная группа). Группу сравнения составили 20 женщин с физиологически протекающей беременностью и без АФС в те же сроки гестации. Группы были сопоставимы по возрасту, числу беременностей и родов в анамнезе.

Женщины были обследованы на TORCH инфекции и вирус Эпштейна-Барра. На момент обследования женщины были на I триместре беременности. Обследовались также основные звенья гемостаза — активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромби-

новое время (ПВ), протромбиновый индекс (ПИ), рекальцификация плазмы (АВР), тромботест, фибриноген по Рутбергу на, определение количества тромбоцитов в периферической крови на базе ЦНИЛ и биохимической лаборатории клиники Андижанского Государственного медицинского института.

Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel–2003, включая использование встроенных функций статистической обработки.

Результаты исследования и обсуждение

Изучение системы гемостаза показывает общую тенденцию к гиперкоагуляции прокоагулянтного звена (табл. 1). При оценке прокоагулянтной активности плазмы отмечается тенденция к увеличению АЧТВ у пациенток основной группы по сравнению с контрольной на 27,83%. Параметры показателя АВР также были выше в основной группе пациенток по сравнению с контрольной 31,57%.

При изучении показателей ПИ отмечается его достоверное повышение.

Изучение толерантности к гепарину существенных изменений не определяет. Значительной тенденции увеличения данного показателя не выявляется.

Проведенные нами исследования показывают, что данные между показателями тромботеста были незначительными, в то время как имеется достоверное повышение показателей ПТИ и фибриногена по Рутбергу уже с ранних сроков беременности, которое выражается с развитием беременности.

При этом была обнаружена стойкая гиперкоагуляция как прокоагулянтного, так и сосудисто-тромбоцитарного звена. Отмечается стойкое возрастание показателей системы гемостаза не характерная для срока беременности. Было отмечено усиленное повышение прокоагулянтной активности параметров свёртывающей системы крови с прогрессированием беременности.

Далее были изучены особенности инфекционного анамнеза у беременных и выявлено, что наблюдается тенденция к обострению некоторых инфекции и диагностирован ряд вирусной инфекции у беременных.

Больные всех групп имели различные осложнения во время настоящей беременности. Во время беременности в I триместре гестации беременные 2 группы в 2,1 раза и 3 группы — в 3,3 раза чаще болели ОРВИ по сравнению с беременными 1 группы. Ранний токсикоз отмечался во всех трех группах, но чаще в всего в 3 группе. Частота угрозы прерывания наблюдалась у беременных 3 группы и превышала в 3,4 и 3,7 раз частоту таковой в 1 и 2 группах соответственно, а также у беременных 3 группы обострение герпесвирусной инфекции наблюдалось у трети беременных.

Таблица 1

Показатели параметров системы гемостаза у женщин в I триместре

Показатель	(n=43)	(n=20)	Достоверность
АЧТВ, с	42,57±0,54	33,3±1,12	P<0,001
ПТИ, %	93,47±1,81	76,25±1,62	P<0,001
АВР, с	159,29±5,02	109±2,65	P<0,001
Толерантность к гепарину	7,68±0,15	8,02±0,31	
Тромботест	4,43±0,05	4,25±0,13	
Фибриноген по Рутбергу	3039,14±94,77	2338±96,1	P<0,001

* — достоверно P<0,1

Таблица 2

Особенности течения беременности и инфекционных заболеваний у обследуемых женщин в 1 триместре

Осложнения	1 группа (n=43)		2 группа (n=20)	
	Абс	%	Абс	%
Анемия	39	62,9	13	66,2
Обострение хронического пиелонефрита	2	3,2	3	4,4
Обострение герпесвирусной инфекции	3	4,8	5	7,4
Носительство простого герпеса, ЦМВ	5	8,1	23	33,8***
Уреаплазмоз, микоплазмоз	4	6,5	11	16,2
Кольпит	2	3,2	3	4,4
Маловодие	2	3,2	2	2,9
Вирус Эпштейна-Барр	6	9,7	5	7,4

Выводы:

1. Является обязательным обследование женщин с высоким инфекционным риском прегравидарно, с целью профилактики перинатальных и акушерских осложнений.
2. Требуется изучение системы гемостаза за 1–2 ме-

сяца до планируемой беременности, с целью профилактики плацентарной недостаточности, которая развивается в результате тромбоза плацентарных артерий при различных формах тромбофилий.

3. Целесообразно комплексная коррекция, как системы гемостаза, так и ВУИ.

Литература:

1. Лаврова, Д. Б., Самсыгина Г. А., Михайлов А. В. Этиология и показатели высокого риска внутриутробного инфицирования плода // Педиатрия. — 1997. — №3. — с. 94–99.
2. Евсюкова, И. И. Хламидийная инфекция у новорожденных // Педиатрия. — 2007. — №3. — с. 77–80.
3. Патрушева, Е. Н., Евсюкова И. И., Башмакова М. А., Савичева А. М. Последствия внутриутробного инфицирования ребенка хламидиями // Рос вестн перинатол и педиатр. — 2003. — №4. с. 9–11.
4. Цинзерлинг, А. В., Шабалов Н. П. Внутриутробные инфекции [частота и диагностика] // Арх пат. — 1992. — №1. — с. 24–30.

Оценка фетоплацентарного состояния у первобеременных

Ортикова Феруза Махмудовна, магистр;
Маниёзова Гулноза Муродовна, докторант;
Тураева Гулноза Юлдашевна, кандидат медицинских наук, ассистент;
Гофурова Шахноза Мавлоновна, ассистент
Андижанский государственный медицинский институт (Узбекистан)

Репродуктивный процесс — это определенная последовательность репродуктивных событий (начало половой жизни, беременности, роды, прерывание беременности, использование контрацепции и т. д.). Переходная трансформация возрастной модели рождаемости приводит к резкому сокращению средней длительности цикла деторождения — от вступления в брак до рождения последнего ребенка. Если в поколениях россиянок, не затронутых снижением рождаемости, средняя длительность этого цикла составляла 18–20 лет, то в поколениях, переживших переход к низкой рождаемости, средняя длительность цикла деторождения сократилась в 3 раза (6–7 лет) [3,5]. Почти четверть (23%) женщин многих развитых стран с законченным репродуктивным периодом имели реальную продолжительность периода репродукции не более 5 лет, большинство (40,6%) ограничились 10 годами, 21,5% — 15 годами и 14,9% — 20 годами и более. Становится очевидным, что многие женщины заканчивают свою репродуктивную программу до 30–35 лет. Изучение особенностей течения первой беременности, первых родов, состояния здоровья первенцев приобретает не только медицинское, но и социальное значение. По прогнозам научно-исследовательских работ последних десятилетий, а также по рекомендации ВОЗ, первобеременные различных возрастных групп составляют группу высокого риска по развитию различных осложнений материнской и перинатальной заболеваемости и смертности (М. А. Репина, 2000; В. В. Абрамченко, 2003; Документы ВОЗ, 1994–2008).

Важным показателем состояния системы репродукции является исход первой беременности, который характеризует репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение женщин. Исход первой беременности связан с рождаемостью в силу ряда причин. Неблагоприятный исход первой беременности приводит к вторичному бесплодию, развитию синдрома привычной потери плода и другим нарушениям репродуктивной функции, способствующим в последующем повышению акушерских и перинатальных осложнений [4,5].

Цель исследования — изучить состояние фетоплацентарного комплекса с применением доплерометрического исследования у первородящих.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено на базе 2-родильного комплекса, совместно с кафедрой акушерства и гинекологии 6–7 курсов Андижанского Государственного медицинского института. Среди обследуемых 20 первородящих составили 1-основную группу. Контрольная 2-контрольная группа состояла из 10 повторнорожающих женщин с нормальной репродуктивной функцией. На момент обследования женщины имели беременность с различным сроком гестации. Было проведено доплерометрическое исследование МППК. Определяли индексы сосудистого сопротивления (ИСС): систолиадиастолическое отношение (СДО), индекс резистентности (ИР), пульсационный ин-

Таблица 1

Показатели СДО обследуемых сосудов

Сосуды	1-группа (n=20)	2-группа n= 10
МА плацентарная	2,18±0,1	1,95±0,05
Ма неплацентарная	2,85±0,34	1,93±0,18
Артерия пуповины	2,82±0,16	2,66±0,08
СМА	6,51±0,71*	4,34±0,34

* — достоверно <0,001

Таблица 2

Показатели ПИ обследуемых сосудов

Сосуды	1-группа (n=20)	2-группа n= 10
МА плацентарная	0,89±0,15	0,67±0,08
Ма неплацентарная	0,79±0,12	0,65±0,06
Артерия пуповины	0,91±0,05	1,32±0,03
СМА	1,69±0,13	1,2±0,07

Таблица 3

Показатели ИР обследуемых сосудов

Сосуды	1-группа (n=20)	2-группа (n= 10)
МА плацентарная	0,6±0,06**	0,48±0,03
Ма неплацентарная	0,54±0,05	0,48±0,03
Артерия пуповины	0,66±0,06	0,77±0,03
СМА	0,67±0,16	0,77±0,08

** — достоверно <0,01

декс (ПИ). У всех пациентов исследовали уровень тромбоцитов, состояние системы гемостаза.

Результаты и обсуждение

Для наиболее достоверной оценки состояния маточно-плацентарно-плодового кровотока (МППК) целесообразно изучение становления МППК при физиологическом течении беременности. Доплерометрическое исследование проводилось в сроках 20–32 недель. У беременных 2-группы было отмечено постепенное снижение резистентности маточных артерий к 32 неделям гестации, тогда как у 1-группы данный показатель резко возрастает таб. 1.

Следовательно, во 2-группе скорость кровотока к концу беременности не снижается, а остается на том же уровне, которое подтверждается показателями и других индексов на обеих маточных артериях [1,2].

Такие же данные были получены при физиологической

беременности, где установлено повышение МПК с повышением срока беременности. А показатели гемодинамики МППК в 1 группе дают основания судить о понижении объема кровотока в МППК, что свидетельствует о возможности недостаточного функционирования спиральных артерий и ишемии плаценты у первородок (таб. 2.3).

При оценке плодово-плацентарного кровотока было отмечено наличие постоянного диастолического давления во 2-группе, тогда как в 1-группе его дальнейшее повышение с развитием беременности не отмечалось. Следовательно, артерии пуповины, в течение физиологически протекающей беременности усиливался кровоток по мере прогрессирования беременности, а в 1-группе усиление МППК с развитием плода не отмечается [2].

Таким образом, доплерографическое исследование позволяет с ранних сроков беременности у первородящих женщин детально и максимально точно может служить критерием отбора пациенток группы риска по формированию патологического течения беременности.

Литература:

1. Абашин, В.Г. Ультразвуковая фетометрия пренатальной диагностики/В.Г. Абашин, Л.А. Иванова, Д.М. Теблеова // Материалы VI. Российского форума «Мать и дитя». — М., 2005. — с. 4–5.

2. Волкова, А. Е. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии: практическое руководство/А. Е. Волкова. Изд. 2-е — Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. — 477 с.
3. Ганчар, Е. П. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у возрастных первородящих/Е. П. Ганчар, В. А. Лискович, Б. Ш. Озманова // XVI Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». — М., 2009. -С. 381.
4. Давлатова, М. Ф. Тактика ведения беременности и родов у женщин, ранее перенесших кесарево сечение: автореф. дис.. канд. мед. наук./М. Ф. Давлатова. Душанбе, 2004. — 22 с.
5. Двуреченская, О. В., Федорович О. К., Карахалис Л. Ю. Особенности становления менструальной функции у женщин, находящихся в возрасте ранней репродукции // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». М., 2002. — Ч. 2. — с. 135–136.

Приоритетность кесарева сечения в современном акушерстве

Раимжанова Нигорахон Тохиржановна, магистр;
Мухитдинова Тохтахон Кодировна, доктор медицинских наук, профессор;
Тураева Гулноза Юлдашевна, кандидат медицинских наук, ассистент;
Маниёзова Гулноза Муродовна, докторант
Андижанский государственный медицинский институт (Узбекистан)

Приоритетность абдоминального родоразрешения обусловлена значительно более благоприятными последствиями ее для плода по сравнению с другими методами родоразрешения оперативного характера [1,2,4,5]. При наложении акушерских щипцов в легких случаях возникают ссадины и раны мягких тканей головки плода, в тяжелых — подкожные гематомы и кефалогематомы, переломы ключиц и костей черепа, конъюнктивальные кровоизлияния, травмы черепных нервов и шейного отдела позвоночника [Голота В. Я. и др., 1985; Carmony F. et al., 1986; Bowes W. A. et al., 1994].

Данные А. Ю. Ратнера (1990) свидетельствуют, что у детей, при рождении которых применяли акушерские щипцы и вакуум-экстрактор, значительно чаще возникают и поздние осложнения родовых повреждений нервной системы: синдром периферической цервикальной недостаточности, миотонический синдром, острые нарушения кровообращения в спинном и головном мозге, а также ранний шейный хондроз.

Аналогичного мнения придерживаются J. R. Lieberman и соавт. (1995), которые сообщают о значительно большей частоте соматических и неврологических повреждений после самопроизвольных родов в тазовом предлежании по сравнению с таковой после абдоминального родоразрешения. Именно поэтому абдоминальное родоразрешение стало одним из резервов снижения перинатальной заболеваемости и смертности [3,6,7].

Одна из особенностей современного акушерства — расширение показаний к кесареву сечению за счет развития и совершенствования акушерской науки, анестезиологии, реаниматологии, неонатологии, службы переливания крови, фармакологии, асептики и антисептики, применения новых антибиотиков широкого спектра действия, нового шовного материала и других факторов.

Вопросы, связанные с операцией кесарева сечения, а также тактикой ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке, постоянно обсуждаются на страницах периодической отечественной и зарубежной печати [Савельева Г. М. и др., 1989; Стрижаков А. Н. и др., 1991; Кулаков В. И. и др., 1994, 1998; Peter J. et al., 1987; Shiono P. H. et al., 1987; Flam B. L. et al., 1994; Gifford D. S. et al., 1995].

Цель исследования: изучение приоритетности кесарева сечения в современном акушерстве.

Материалы и методы исследования

Для сравнения исхода родов для матери и плода, структуры показаний к абдоминальному родоразрешению и выявления факторов, влияющих на этот показатель (наличие возможных осложнений, связанных с кесаревым сечением и других показателей), нами проведен анализ лечебной работы 2-родильного комплекса г. Андижан.

При поступлении беременной в стационар особое внимание уделяли изучению общего и специального анамнеза. В специально разработанную карту обследования беременной заносили все необходимые сведения, касающиеся наследственности, перенесенных инфекционных, соматических и гинекологических заболеваний, менструальной и генеративной функций, указание на бесплодие, пороки развития гениталий, проведение экстракорпорального оплодотворения, данные о течении предшествующих беременностей и родов. Особое внимание обращали на наличие хронических инфекций (хронический тонзиллит, частые ОРВИ и т. д.), инфицирование мочевых путей (хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь и т. д.), наличие перитонита в анамнезе, осложненное течение данной беременности (наложение швов на шейку

матки по поводу истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), прием кортикостероидов по поводу угрозы прерывания беременности, связанной с АФС, гиперандрогений, наличием антител к ХГ и т.д.), лекарственную аллергию.

Всех беременных, перенесших инфекционные заболевания или страдающих проявлением инфекции при данной беременности, относили к группе с высоким риском развития инфекции. Обращали внимание на телосложение, степень развития подкожно-жировой клетчатки, наличие отеков, состояние кожи и слизистых оболочек, сердечно-сосудистой, костно-мышечной, нервной и эндокринной систем, органов дыхания, пищеварения, мочеотделения.

Производили антропометрические измерения. Срок беременности и предполагаемый срок родов определяли по дате последней менструации, предполагаемому дню зачатия, по дате первой явки в женскую консультацию и уточняли с помощью ультразвукового исследования. Проводили кардиомониторное исследование, доплерографическое исследование кровотока в системе мать-плацента-плод, гемостазиологическое исследование крови, рентгенопельвиметрию (по показаниям) и др. Для определения исхода операции кесарева сечения в зависимости от методики рассечения нижнего сегмента матки (по Джоэлу-Кохену) и техники восстановления разреза на матке (однорядный), вида шовного материала, нами проведен анализ исходов абдоминального разреза у 60 женщин за период 2013–2014 гг. С целью изучения возможных причин возникновения кровотечения во время операции и в раннем послеоперационном периоде, выявления групп риска по кровотечению, а также разработке профилактических и лечебных мероприятий по борьбе с этим осложнением, нами проанализировано 48 операций кесарева сечения. Состояние плода по данным доплерографии во время беременности оценивали по показателю состояния плода (ПСП). Клиническую оценку состояния новорожденных производили по шкале Аргар в течение первой минуты и через пять минут после рождения.

Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel–2003.

Результаты исследования и обсуждение

В III триместре по ретроспективным данным, прежде всего, имело место высокая частота акушерской патологии 43,7%, преждевременных родов 33,4%, многоводие 26,1%, преждевременное излитие околоплодных вод 42,1%.

Показанием к кесареву сечению у данного контингента явилось у 5 миопия тяжелой степени, у 13 женщин крупный плод, у 11 женщин клинически узкий таз, у 20 женщин преждевременное излитие околоплодных вод, у 8 женщин многоплодная беременность, у 14 дистресс син-

дром плода, у поперечное предлежание плода, у 9 перегородка стенки влагалища, у 15 рубец на матке.

Результаты исследований послеоперационного периода показали, что кесарево сечение по методике Джоэл-Кохена способствует снижению частоты ближайших и отдаленных гнойно-септических осложнений у родильниц. При этом отмечено сокращение времени от начала операции до извлечения плода, что имеет большое значение в ситуациях, требующих экстренного родоразрешения, и способствует снижению частоты наркозной депрессии у новорожденного. Использование новой модификации кесарева сечения имеет важное экономическое значение, обусловленное снижением частоты осложнений, сокращением затрат на операционное время, сокращением продолжительности операции, уменьшением потребности в шовном материале.

У женщин первой группы по данным УЗИ отек в области послеоперационного шва наблюдается в 4 раза реже, чем женщин второй группы, при этом отмечается статистически достоверное уменьшение отека к 9-м суткам. Гнойно-септическое осложнение в послеоперационном периоде при наложении однорядного шва в 4,7 раз меньше, чем во второй группе.

В диагностике послеоперационных заболеваний и оценке состояния послеоперационных швов на матке применяли методику ультразвукового исследования по Л.С. Логутовой [1,4,6] предлагает использовать метод биоконтрастной эхоскопии, отличие которой от общепринятого УЗИ состоит в дополнительном контрастировании стенки матки за счет введения в ее полость резинового баллона, заполняющегося 70–90 мл стерильной жидкости. Исследование осуществляется при наполненном мочевом пузыре.

По данным М.В. Рыбина [4,5,8], трансабдоминальное и трансцервикальное эхографическое исследование позволяет установить темпы инволюции матки после кесарева сечения. Эти методы расширяют возможности диагностики и прогнозирования исхода гнойно-инфекционных заболеваний после кесарева сечения с целью своевременного предупреждения развития осложнений.

Анализ состояния новорожденных детей с учетом использованного варианта родоразрешения позволяет отметить, что по критериям шкалы Апгар наилучшие результаты отмечались при родах с использованием планового КС, при котором оценку в 8–10 баллов на 1 и 5 минутах имели 100% новорожденных.

Выводы:

1. Проведенные исследования позволяют рекомендовать более широко использование КС в акушерской практике.
2. Для безопасного применения КС рекомендуем проводить разрез кожи в поперечном направлении, не выше 2–3 см от верхнего края лонного сочленения) отслаивание и рассечение поперечной фасции.

Литература:

1. Логутова, Л. С. Оптимизация кесарева сечения. Медицинские и социальные аспекты: Автореф. дисс.... д-ра мед. наук. М., 1996. 48 с.
2. Матякубов, Б. У., Ниязметов Р. Э. Влияние лимфостимулирующей лимфотропной терапии на показатели цитокинов у женщин с кесаревым сечением. // журнал теорит. и клин. медиц. — 2012. - № 1. с. 84–85.
3. Негматуллаева, В. Н., Ихтиярова Г. А., Каримова Н. Н. Клиническая эффективность профилактики септических осложнений после кесарева сечения. // Росс. вестн. акуш.-гин. — 2007. - № 2. — с. 38–39.
4. Раджабова, Ш. Ш. Профилактика осложнений кесарева сечения у многорожавших женщин: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. Махачкала, 1997. 24 с.
5. Рыбин, М. В. Ближайшие и отдаленные результаты новой модификации операции кесарева сечения: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. М., 1997. 24 с.
6. Филонов, С. М. Исход операций кесарева сечения в зависимости от методики наложения швов на матку и шовного материала: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. М., 1997. 24 с.
7. Хаджиева, Э. Д. Перитонит после кесарева сечения: Автореф. дисс.... д-ра мед. наук. Санкт-Петербург, 1996. 49 с.

Исследование некоторых показателей иммунитета у супружеских пар с бесплодием

Рахимова Саида Набиевна, ассистент;
Мухитдинова Камола Ойбековна, магистр;
Хакимова Камола Усмановна, магистр;
Негматшаева Хабиба Набиевна, доцент;
Маниёзова Гулноза Муродовна, докторант
Андижанский государственный медицинский институт (Узбекистан)

Актуальность проблемы: среди множества форм бесплодия, согласно классификации ВОЗ, выделено бесплодие неясного генеза или идиопатическое, когда супружеская пара неспособна к зачатию, однако современные методы обследования не выявляют причины нарушения фертильности. В структуре бесплодного брака его частота колеблется от 10 до 30% [1].

Критериями диагностики бесплодия неясного генеза являются фертильная сперма мужа, овуляторная концентрация прогестерона в середине лютеиновой фазы, подтвержденная проходимость маточных труб, нормальный уровень ФСГ в сыворотке крови и отсутствие патологии со стороны органов малого таза [Кулакова В. И., 2002, Bhattacharya S., 2007, Nakagawa K., 2007].

Этиология БНГ до конца не изучена. Основными направлениями в исследовании причин БНГ за последние несколько лет явились — изучение роли иммунологических, генетических факторов, состояние овариального резерва. Особое внимание уделяют морфофункциональным изменениям в эндометрии как возможной причине нарушения процесса имплантации у данной группы больных [Luborsky J., 2000, Vockos M» 2002, Balasch J., 2002, Putowski L» 2004, Carp H» 2007].

Изучается влияние иммунологических факторов на репродуктивный процесс. Исследователи отмечают, что иммунные нарушения могут быть вовлечены в патогенез бесплодия неясного генеза и вызывать нарушения им-

плантации эмбриона [Luborsky J., 2000, Balasch J., 2002]. Обсуждается необходимость комплексной оценки состояния иммунной системы у пациенток [1–5].

В последние полтора десятилетия было установлено, что в некоторых случаях бесплодие связано с повышенной степенью гистосовместимости супругов по антигенам HLA [Серова Л. Д., 1997, Хаитов Р. М., 2001, Болдырева М. Н., 2010]. Накопилось много фактов о роли аутоиммунных процессов, имеющих непосредственную связь с системой HLA в нарушении репродуктивной функции. Не вызывает сомнения, что дальнейшее изучение этой проблемы позволит более точно определить значимость и роль совместимости супругов по системе HLA не только при невынашивании беременности, но и у пар с бесплодием неясного генеза [1].

В настоящее время требуют детального описания и анализа механизмы, связанные с дефектами имплантации у пациенток с бесплодием неясного генеза. На данном этапе развития медицины интерес исследователей сконцентрирован на изучении отдельных факторов, обеспечивающих оптимальную восприимчивость эндометрия в период «имплантационного» окна, нарушение которой может явиться причиной бесплодия у женщин. Изучается роль местных регуляторных факторов в процессе созревания эндометрия на протяжении менструального цикла и имплантации [1,5].

Цель исследования: изучение у супружеских пар с бесплодием некоторых показателей иммунитета и возможные

взаимосвязи факторов местного иммунитета спермы мужа и цервика-вагинальной слизи жены.

Материал и методы. В работе были обследованы 65 супружеских пар, у которых были исследованы 35 эякулятов, полученных у мужчин и 65 образцов цервика-вагинальной слизи у женщин. Все обследованные супружеские пары были разделены на 3 группы. В 1 группу вошли 15 супружеских пар с подтвержденной фертильностью, мужчины имели нормальные показатели спермограммы и нормальное содержание лейкоцитов. Во 2 группу вошли 10 супружеские пары, в которых у женщин в анамнезе было 2 и более выкидышей и отсутствовали признаки воспаления репродуктивных органов, у мужчин имелись нормальные показатели спермограммы и нормальное содержание лейкоцитов. 3 группу составили 10 супружеских пар, у которых отсутствовала беременность и у мужчин диагностирована субфертильность, сперма имела повышенную вязкость и повышенное содержание лейкоцитов.

В составе спермы мужчин и цервика-вагинальной слизи женщин определяли показатели интерлейкинов: провоспалительных — интерлейкин-1бета (ИЛ-1β), фактор некроза опухоли-α (ФНО-α), и противовоспалительных — интерлейкин-10 (ИЛ-10) методом ИФА с применением тест-систем ЭАО «Вектор-Бест».

Исследование цервика-вагинальной слизи производили методом, разработанным Боровиковым И. О. и Соценской О. В. [2009].

Результаты и их обсуждение. Полученные данные показали, что у супружеских пар первой группы средний показатель провоспалительного интерлейкина ФНО-α в составе спермы мужчин составлял $12,5 \pm 1,1$ пг/мл, в составе цервика-вагинальной слизи женщин $26,7 \pm 3,2$ пг/мл. У супружеских пар второй группы этот показатель был достоверно выше, по сравнению с первой группой и составлял в составе спермы мужчин $18,6 \pm 1,6$ пг/мл ($P < 0,001$), в составе цервика-вагинальной слизи женщин $42,7 \pm 3,8$ пг/мл ($P < 0,01$). У супружеских пар третьей группы показатель ФНО-α наблюдался достоверно значительно больше по сравнению с первой группой. Также он был значительно выше, чем во второй группе и составлял в составе спермы мужчин $28,4 \pm 3,5$ пг/мл

($P < 0,001$). в составе цервика-вагинальной слизи женщин $56,8 \pm 4,9$ пг/мл ($P < 0,001$),

Средний показатель провоспалительного интерлейкина ИЛ-1β у супружеских пар первой группы в составе спермы мужчин составлял $30,2 \pm 2,8$ пг/мл, в составе цервика-вагинальной слизи женщин $45,3 \pm 5,1$ пг/мл. У второй группы этот показатель был достоверно выше, по сравнению с первой группой и составлял в составе спермы мужчин $43,1 \pm 3,8$ пг/мл ($P < 0,05$), в составе цервика-вагинальной слизи женщин $65,8 \pm 6,2$ пг/мл ($P < 0,05$). У супружеских пар третьей группы показатель ИЛ-1β был достоверно значительно больше по сравнению с первой группой и второй группой и составлял в составе спермы мужчин $52,6 \pm 6,7$ пг/мл ($P < 0,01$), в составе цервика-вагинальной слизи женщин $87,1 \pm 7,6$ пг/мл, ($P < 0,001$).

Одновременно у супружеских пар первой группы средний показатель противовоспалительного интерлейкина ИЛ-10 в составе спермы мужчин составлял $42,5 \pm 3,7$ пг/мл, в составе цервика-вагинальной слизи женщин $58,2 \pm 4,9$ пг/мл. У второй группы этот результат был достоверно ниже, по сравнению с первой группой и составлял в составе спермы мужчин $29,4 \pm 3,2$ пг/мл ($P < 0,05$) в составе цервика-вагинальной слизи женщин $37,6 \pm 4,5$ пг/мл ($P < 0,001$). У супружеских пар третьей группы показатель ИЛ-10 в составе спермы мужчин был достоверно больше по сравнению с первой и значительно выше второй группы и составлял $58,7 \pm 6,1$ пг/мл ($P < 0,05$). В составе цервика-вагинальной слизи женщин этот показатель был не значительно выше по отношению к первой группе, значительно выше ко второй группе и составлял $64,4 \pm 5,7$ пг/мл ($P > 0,05$).

Вывод. У супружеских пар показатели провоспалительных и противовоспалительных интерлейкинов в составе спермы мужчин и цервика-вагинальной слизи женщин имеют взаимосвязь. Состояние местного иммунитета цервика-вагинальной слизи женщин зависит от местного иммунитета спермы мужчин. При лечении нарушения репродуктивной функции у женщин, необходимо учитывать состояние местного иммунитета в составе спермы мужчин и осуществлять его коррекцию.

Литература:

1. Келлет, Е. П. Особенности клиники и иммунологические нарушения у супружеских пар с бесплодием неясного генеза // АВТОРЕФЕРАТ диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
2. Келлэт, Е. П., Корнеева И. Е., Шуршалина А. В. Бесплодие неясного генеза: фокус современных научных исследований II Проблемы репродукции, — 2010. — № 1, — с. 32–35
3. Келлэт, Е. П., Шуршалина А. В., Корнеева И. Е. Роль эндометрия в неудачах реализации репродуктивной функции // Проблемы репродукции. — 2010. — № 2, — с. 16–20
4. Келлэт, Е. П., Шуршалина А. В., Корнеева И. Е., Демура Т. А., Ежова Л. С. Морфофункциональная характеристика эндометрия у женщин с бесплодием неясного генеза // Проблемы репродукции, — 2011. — № 3, — с. 26–30.
5. Receptivity of endometrium: new aspects in immunology of reproduction/G. T. Sukhikh, A. V. Shurshalina, E. A. Kogan, L. S. Ezhova, Kellet E. P. // VI European Congress of Reproductive Immunology, Moscow. — 2008. — p. 37

Улучшение перинатальных показателей у женщин с гипертензивными состояниями, осложненных задержкой внутриутробного развития плода

Рустамова Хурматой Рустамовна, магистр;
Рахимова Саида Набиевна, ассистент;
Бутабаева Гулноза Тиллаволадиевна, магистр;
Рахматуллаева Гульзода Исраилджановна, магистр;
Негматшаева Хабиба Набиевна, доцент;
Маниёзова Гулноза Муродовна, докторант
Андижанский государственный медицинский институт (Узбекистан)

Задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР) занимает одно из ведущих мест в структуре перинатальной заболеваемости и смертности. В числе факторов риска развития ЗВУР значительный удельный вес имеют гипертензивные состояния во время беременности, которые является самым тяжелым осложнением беременности и в большинстве случаев является причиной материнской и перинатальной смертности [1–6].

В генезе задержки внутриутробного развития (ЗВУР) имеет значение и непосредственное цитопатическое действие возбудителей перинатально-значимых инфекций.

Для новорожденных с ЗВУР характерны не только снижение массы и других размеров тела, но и ряд морфологических, физиологических, метаболических особенностей, а также особенностей неврологического, соматического и иммунного статуса [7–8]. При изучении в катамнезе физического и нервно-психического развития детей с ЗВУР данные, полученные авторами, неоднозначны. Одни из них указывают на замедленный рост в последующие годы, высокий удельный вес неврологических нарушений, повышенную заболеваемость на первом году жизни [9–10], другие, в том числе и большинство зарубежных авторов, считают, что развитие детей, родившихся с ЗВУР, страдает незначительно [11–12].

Частота задержки внутриутробного роста плода (ЗВРП) колеблется в пределах 4,5–39% [Радзинский В.Е. и соавт. 2003; Савельева Г.М. и соавт., 2007; Макаров О.В. и соавт., 2003; Стрижаков А.Н. и соавт., 2003; Игнатко И.В. и соавт., 2003; Сотникова Н.Ю. и соавт., 2006], а структуре перинатальной заболеваемости ей принадлежит ведущее место. Смертность новорожденных в этой группе в 8–10 раз выше, чем среди новорожденных с нормальными показателями физического развития. Кроме того, в последующие годы жизни эта патология сказывается на развитии и здоровье взрослого человека. Все это определяет социальное значение проблемы [Ley D. et al, 2006; Bang A.T., Baitule S.B., Reddy H.M. 2005; Керимова З.М. 2002].

Общеизвестно, что различные осложнения беременности оказывают непосредственное влияние на увеличение частоты ЗВРП. [Стрижаков А.Н., Тимохина Т.Ф., Баев О.Р., 2003; Сидельникова В.М., 2005; Серов В.Н., 2006].

Среди всех осложнений беременности гестоз оказывает наиболее неблагоприятное влияние на исход беременности, как у матери, так и у плода.

Частота гестоза составляет 7–23% среди всех беременных, причём повсеместно отмечается неуклонный рост этой серьёзной патологии, а особенно её тяжёлых форм с осложнённым течением. Рост заболеваемости гестозом напрямую связан с ухудшением качества жизни и индекса здоровья женщин [Савельева Г.М., Кулаков В.И., Фролов О.В., 2002].

К одним из наиболее частых причин ЗВРП следует отнести также и железодефицитную анемию. Анемия осложняет течение беременности и родов, и в зависимости от тяжести в 40–50% случаев к ней присоединяется гестоз. Неблагоприятное влияние оказывает анемия беременных на внутриутробное состояние плода и течение раннего неонатального периода. Даже при скрытом дефиците железа у 59% женщин отмечено неблагоприятное течение беременности в виде угрозы ее прерывания, преждевременных родов и гестоза [Мурашко Л.Е. с соавт., 2002; Сопоева Ж.А. с соавт, 2002, 2003]. Частота этой патологии колеблется от 81 до 90% у беременных. [Серов В.В. с соавт., 2011, Городецкий В.В., Годулян О.В., 2005].

Одной из главных задач современного акушерства является углубленная разработка теоретических и практических вопросов прогнозирования, профилактики и лечения акушерской патологии, рационального ведения родов, снижение перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных.

Цель исследования. Улучшить перинатальные показатели у женщин с гипертензивным состоянием применением в комплексной терапии трентала с актовегином.

Материалы и методы исследования. Проведено сравнительное лечение 27 женщин с гипертензивными состояниями в сроках от 26 до 37 недель беременности и изучение функционального состояния эритроцитов (ФСЭ) с помощью определения 2,3 дифосфоглицерата (ДФГ) и перекисной резистентности эритроцитов.

Определение активности 2,3 ДФГ в эритроцитарных гемолизатах проведено использованием биолатаста фирмы «Beringer-Mahgheim». Определение перекисной резистентности эритроцитов крови модифицированным методом по А.А. Покровскому и А.А. Абрамову.

Результаты и их обсуждение. При применении актовегина и трентала в комплексном лечении наблюдалось заметное улучшение функционального состояния эритроцитов, выражающееся в снижении 2,3 дифосфоглицерата в эритроцитах в 1,6 раза по сравнению с контрольной в 1,2 раза ($P < 0,01$) и увеличении перекисной резистентности эритроцитов на 46,7% ($P < 0,01$) в контрольной 11,2%.

Беременность закончилась срочными родами 97,7% и 2,3% преждевременными, получавших в комплексном лечении трентал и актовегин, в контрольной 91,4% — 8,6% — соответственно. Перинатальные потери у женщин основной группы 2,2%, в нормальной 8,5%.

Вывод. Применение трентала с актовегином улучшает состояние плода у женщин с гипертензивным состоянием.

Литература:

1. Нисевич, Л. Л., Талалаев А. Г., Каск Л. Н. и др. Значение врожденных вирусных инфекций как причины перинатальной и младенческой смертности. — Вопросы современной педиатрии. — 2005; Т. 4: 2: 19–25.
2. Царегородцев, А. Д., Рюмина И. И. Заболеваемость новорожденных внутриутробными инфекциями и задачи по ее снижению в Российской Федерации. — Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2001; 26: 4–7.
3. Ожегов, А. М., Мальцев С. В., Мякишева Л. С. и др. Состояние здоровья детей, перенесших в первые месяцы жизни активную цитомегаловирусную и смешанную с ней хламидийную и микоплазменную инфекции. — Российский педиатрический журнал. — 2001; 2: 15–19.
4. Корнева, М. Ю., Коровина Н. А., Заплатников А. Л. и др. Состояние здоровья внутриутробно инфицированных детей. — Инфекционные болезни. — 2005; 2: 48–52.
5. Nayola, D. E., Demmler G. J., Nelson C. T. et al. Early predictors of neurodevelopmental outcome in symptomatic congenital cytomegalovirus infection. J. Pediat. 2001; 38; 3: 325–331.
6. Задержка внутриутробного развития плода. — Учебно-методическое пособие. — 3-е издание. — Смоленск: СГМА, 2001. — 46 с.
7. Захарова, Н. И., Сундетова Р. А., Буштырев В. А. Задержка внутриутробного развития у новорожденных детей. — Вопросы современной педиатрии. — 2006; Т. 5: 1: 209–210.
8. Ожегов, А. М., Королева Д. Н., Петрова И. Н. Особенности минерального обмена и формирования костной ткани в грудном возрасте у детей, родившихся с пренатальной гипотрофией. — Детская больница. — 2010; 41: 3: 23–29.
9. Курбатова, Л. А. Особенности адаптации и реабилитации детей с пренатальной гипотрофией на первом году жизни: автореф. дис. ... канд. мед. наук; 14.0009. — М., 1997. — 20 с.
10. Alonso Ortiz, T. Fetal growth retardation: epidemiology and intrauterine growth rate T. Alosa Ortiz, M. L Armanda Maresca, J. Arizcun Pineda Ann. Espan. De Pediat. 1997; Vol. 48; №5: P. 521–527.
11. Бушуева, Э. В., Лебедева О. Н., Дианова Т. И. Антропометрические показатели детей в зависимости от массы тела при рождении. Вопросы современной педиатрии. 2006; т. 5: 1: 93.
12. Петеркова, В. А., Нагаева Е. В. Опыт применения гормона роста при различных вариантах низкорослости у детей. — Вопросы современной педиатрии. — 2009; Т. 8: 1: 89–92.

Клинико-лабораторная характеристика понижения функционального состояния щитовидной железы у детей с бронхиальной астмой

Хонкелдиева Хурматхон Камчиевна, ассистент;
Алимджанов Ибрахим Инамович, доктор медицинских наук, профессор;
Холматов Даврон Нетьматович, кандидат медицинских наук, доцент;
Ганиева Марифат Шакировна, кандидат медицинских наук, ассистент;
Абдуллаева Мавжуда Эргашевна, кандидат медицинских наук, ассистент;
Маниёзова Гулноза Муродовна, докторант
Андижанский государственный медицинский институт (Узбекистан)

Актуальность работы. В последнее время бронхиальная астма (БА) «помолодела» и стала встречаться даже у детей раннего возраста, что объясняется рядом причин: наличием экологических проблем, использованием ог-

ромного спектра различных химических веществ в быту, нередко бесконтрольным применением лекарственных средств и многими другими неблагоприятными факторами экзогенно и эндогенно воздействующими на организм [1].

БА изучена достаточно разносторонне, но по сей день в литературе недостаточно сообщений об особенностях клиники, течения и терапии этого заболевания при различных функциональных состояниях щитовидной железы (ЩЖ). В научных исследованиях, посвященных БА, не проводилось сопоставление изменений показателей тиреоидной функции при различной тяжести течения этого заболевания, что имеет, на наш взгляд, чрезвычайно важное значение в отношении лиц, проживающих в регионах зобной эндемии, одним из которых является Ферганская долина Республики Узбекистан. С другой стороны, гормоны ЩЖ оказывают существенное влияние на респираторную систему. Так, влияние гормонов ЩЖ на формирование дыхательной системы выявлено уже на стадии внутриутробного развития. Внутренний зародышевый листок образует как органы дыхания, так и основную часть ЩЖ. Ее гормоны воздействуют на синтез рецепторов и производство сурфактанта [7].

В связи с этим, нарушения в системе «гипоталамус-гипофиз-надпочечники» и тиреоидной системе являются важным патогенетическим звеном в процессе формирования БА. Проблема детального исследования функционального состояния ЩЖ у детей с БА, особенно в условиях зобной эндемии, нуждается в последующем решении.

Материал и методы исследования. Работа выполнялась на базе Андижанского областного детского медицинского центра РУз. Обследовано 89 больных atopической БА, в возрасте от 2 до 14 лет. В состав обследованных вошли 19 (44%) детей с бронхиальной астмой легкой степени, 41 (47%) детей — со среднетяжелым течением заболевания и 29 (9%) детей — с тяжелой формой астмы. У всех исследуемых детей отмечена atopическая форма заболевания. Обследование проводилось в фазе обострения. Контрольную группу составили 128 детей соответствующего возраста с неизменной функцией ЩЖ, которые не находились на диспансерном учете по поводу аллергических заболеваний.

Оценка функциональной активности ЩЖ проводилась радиоиммунологическим методом с помощью стандартных радиоиммунологических и иммуноферментных наборов зарубежного производства. Оценивался уровень тиреотропного гормона (ТТГ) гипофиза, трийодтиронина (Т₃), тироксина (Т₄) и свободного тироксина. Для оценки функционального состояния оси гипофиз-щитовидная железа определялись коэффициенты Т₃/Т₄, ТТГ/Т₃, ТТГ/Т₄, тиреоидный индекс ТИ= (Т₃+Т₄)/ТТГ. Наряду с этим, нами изучены аутоантитела к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) — циркулирующие иммуноглобулины против микросомального антигена клеток ЩЖ; аутоантитела к тиреоглобулину (АТ-ТГ) — циркулирующие иммуноглобулины против молекулы тиреоглобулина человека.

При статистической обработке данных использованы традиционные методы вариационной (параметрической и непараметрической) статистики.

Результаты и их обсуждение. Результаты изучения функционального состояния ЩЖ у детей с БА показали (табл. 1), что с усугублением тяжести течения БА происходит снижение тиреоидной функции. Так, у больных с легкой и средней степенями тяжести течения БА имеет место недостоверное снижение концентрации трийодтиронина и тироксина. Однако, несмотря на это, отмечается положительная ответная реакция со стороны ТТГ ($p < 0,01$). У детей с тяжелой степенью астмы отмечен достоверный рост секреции ТТГ ($p < 0,001$) на фоне резкого снижения трийодтиронина и тироксина ($p < 0,001$). Учитывая наличие эндокринных механизмов адаптации при БА, снижение уровня Т₄ является, очевидно, результатом интенсивного превращения его в более активный Т₃ в условиях повышенной активности симпатoadrenalовой системы на фоне постоянно повторяющихся стрессовых ситуаций. Достоверное повышение ТТГ в фазе обострения при тяжелой астме на фоне увеличения коэффициента ТТГ/Т₃ и снижения ТИ ($p < 0,001$) свидетельствует о наиболее выраженном дефиците гормонов ЩЖ у больных с тяжелой БА.

Таблица 1

Функциональное состояние щитовидной железы у детей с бронхиальной астмой (M±m)

Показатели	У здоровых (n=128)	У больных бронхиальной астмой		
		Легкая степень	Средней тяжести	Тяжелая
Трийодтиронин (Т ₃), нмоль/л	1,60±0,02	1,42±0,19	1,48±0,13	1,04±0,07
Тироксин (Т ₄), нмоль/л	91,00±1,85	87,40±1,83	73,91±1,56	59,7±2,45
Свободный тироксин	27,2±0,47	17,29±0,53	18,64±0,42	11,06±0,38
Тиреотропный гормон (ТТГ), мЕд/л	3,80±0,09	5,04±0,33	5,09±0,41	9,07±0,62
Т ₃ /Т ₄	0,0193±0,0003	0,0162±0,0005	0,020 ±0,001	0,017±0,001
ТТГ/Т ₃	2,38±0,05	3,58±0,31	3,42±0,24	9,31 ±0,10
ТТГ/Т ₄	0,0420±0,0003	0,182±0,008	0,217±0,009	0,375±0,012
Тиреоидный индекс	26,37±0,72	17,69±0,34	15,13±0,40	6,87±0,52
Аутоантитела к тиреопероксидазе (МЕ/мл)	отр	9,17±0,63	11,03±0,83	17,51±1,05
Аутоантитела к тиреоглобулину (МЕ/мл)	отр	18,97±0,59	20,90±1,09	28,63±1,73

Труднообратимость обструкции дыхательных путей на фоне «лабораторного гипотиреоза» может свидетельствовать о неадекватном повышении уровня ТГ, недостаточном для поддержания окислительно восстановительных процессов на необходимом уровне. Это объясняется наличием отечного механизма бронхообструкции [4].

Особый интерес представляет изучение концентрации свободного тироксина в сыворотке крови. Так, концентрация данного гормона оказалась достоверно низким у больных с лёгкой БА ($p < 0,001$), а у больных с тяжёлой астмой оказался ещё ниже по сравнению с лёгкой и среднетяжёлой БА ($p < 0,001$). Следовательно, определение данного гормона является актуальным для выявления субклинического течения заболеваний щитовидной железы, при которых уровень общего T_3 и T_4 остаётся нормальным.

Результаты изучения некоторых иммунологических показателей ЩЖ позволили нам установить, что аутоантитела к тиреопероксидазе и тиреоглобулину начали выявляться уже у больных с лёгкой БА, максимальная концентрация которых выявлялась у больных тяжёлой астмой ($p < 0,001$). Полученные нами результаты подчёркивают, что присутствие АТ-ТГ связано с аутоиммунным поражением ЩЖ.

Таким образом, изменения со стороны гормональной системы у больных БА находятся в состоянии защитной адаптации с быстрым истощением этих процессов при тяжёлом течении БА, что сопровождается гормональным дисбалансом.

Клинические проявления гипофункции ЩЖ разнообразны, многие из них неспецифичны, с чем и связаны определённые трудности в её своевременном распознавании. В связи с этим, нами сделана попытка выявить специфические жалобы больных БА относительно гипофункции щитовидной железы (табл. 2).

Исследования показали, что при лёгкой и среднетяжёлой астме достоверных специфических симптомов гипофункции ЩЖ не обнаруживалось. Однако, при тяжёлом течении этого заболевания выявлялся ряд признаков, указывающих на снижение функционального состояния ЩЖ. Так, одной из частых жалоб больных тяжёлой БА были субъективные ощущения в виде утомляемости, слабости и сонливости. Нарушения функции ЦНС у больных данной группы проявлялись, прежде всего, раздражительностью, беспокойством, нарушением сна и памяти. Дети чаще всего были необщительными, эмоционально неустойчивыми, часто жаловались на головные боли, головокружение, шум в ушах, голове, ухудшение зрения и слуха, у них низкий тембр голоса, в анамнезе — неустойчивый стул, сменяющийся временами запорами. Объективно у 41,4% больных тяжёлой БА обнаружена гиперплазия ЩЖ I—II степени.

Кожа больных детей отличалась сухостью, шероховатостью, тонкостью, волосы были сухими и более редкими. а также отмечались признаки выпадения волос, поредение бровей и ресниц. Бледность, невыраженная одут-

ловатость, сопровождавшаяся уплотнением кожи, были наиболее типичны для детей с тяжёлой БА. Эти симптомы, по-видимому, связаны с ухудшением кровоснабжения кожных покровов, о чем свидетельствует зябкость и похолодание конечностей у этих детей, а также с сопутствующей анемией, что приводит к увеличению частоты данного симптома. При интерпретации таких симптомов, как бледность, одутловатость лица и отечность конечностей [2], необходимо помнить о сопряженности нарушений обмена глюкокуроновой кислоты при гипотиреозе [3]. В этом отношении мы согласны с мнением ряда авторов [3, 4], что по мере снижения функциональной активности ЩЖ нарастают отложения в соединительной ткани бронхов муцина и гликозаминогликанов, обладающих гидрофильными свойствами [5], а их избыток меняет структуру соединительной ткани, усиливает ее гидрофильные свойства, связывает натрий и затрудняет лимфоотток. В некоторых случаях возникающий отёк слизистой оболочки бронхов при гипотиреозе способствует развитию и самоподдержанию бронхообструктивного синдрома.

Дети, страдающие БА, оказались более склонны к сосудистым дистониям гипертонического, чем гипотонического типа. Аналогичная связь случаев повышения частоты артериальной гипертензии у детей школьного возраста, чем с гипофункцией ЩЖ, была обнаружена и ранее другими исследователями нашего региона, хотя известно, что активность ренина и уровень альдостерона в крови больных гипотиреозом несколько снижены [6]. На наш взгляд, вследствие дистонии ренин-ангиотензин-альдостероновой системы происходит задержка натрия в организме, увеличение объема внеклеточной жидкости, способствующего снижению почечной фильтрации в гломерулах и увеличению реабсорбции натрия в канальцах.

Изменения сердечно-сосудистой системы у детей с тяжёлой БА характеризовались появлением систолического шума на верхушке, в точке Боткина-Эрба, ослаблением тонов на верхушке, некоторым усилением на аорте и на легочной артерии, перкуторным расширением границ сердца, по-видимому, связанное с тоногенной дилатацией миокарда. Изменения на ЭКГ включало снижение амплитуды комплекса миграции водителя ритма, нарушение внутрижелудочковой проводимости и высокую частоту нарушений процессов реполяризации. Все эти признаки косвенно свидетельствуют о снижении функционального состояния ЩЖ.

Выводы:

1. Степень влияния гормонов ЩЖ на метаболизм в целом и на течение астмы очевидна. Полученные нами результаты позволяют прогнозировать развитие дистиреоза с тенденцией к снижению продукции гормонов ЩЖ у больных БА даже при отсутствии клинической симптоматики гипотиреоза.

2. Субклинический (или «лабораторный») гипотиреоз развивался, как правило, у больных БА среднетя-

Таблица 2

Жалобы и клинические симптомы гипотиреоза при различной тяжести бронхиальной астмы у детей (%)

№	Жалобы и клинические проявления	Легкая степень (n=19)	Средней тяжести (n=41)	Тяжелая степень (n=29)
1	Увеличение щитовидной железы	15,8*	12,2*	41,4
2	Слабость, сонливость, утомляемость	10,5	14,6	31,0
3	Головные боли, головокружение	21,1	21,2*	37,9
4	Раздражительность, беспокойство	26,3	58,5*	93,1
5	Нарушение памяти и сна	10,5	17,1	48,3
6	Похолодание конечностей, повышенная потливость рук и стоп	5,3*	34,1	79,3
7	Шум в ушах, голове, ухудшение зрения и слуха	5,3	51,2*	75,9
8	Сухость кожи, выпадение волос	5,3*	14,6*	55,2
9	Снижение ахилловых и коленных рефлексов	5,3	12,2*	51,7
10	Бледность, одутловатость лица, отечность рук и стоп	10,5*	14,6*	72,4
11	Низкий тембр голоса	-	4,9*	48,2
12	Избыточная масса или её потери	-	7,3*	51,7
13	Запоры, неустойчивый стул	5,3*	7,3*	62,1
14	Плевральный, перикардиальный выпоты	-	-	-
15	Признаки гипер- или гипотонии	5,3	14,6*	69,0
16	Синусовая брадикардия	-	14,6*	31,0
17	Миграция водителя ритма	-	2,4*	20,7
18	Низковольтный ЭКГ	-	4,9*	20,7
19	Замедление внутрижелудочковой проводимости	-	2,4*	17,4
20	Уширение, деформация сегмента S-T	-	-	31,0
21	Уплотнение зубца Т, смещение сегмента S-T от изолинии более чем на 2 мм	-	-	27,6

жёлтого и тяжёлого течения. Высокая частота выявления аутоантител к ТПО и ТГ указывает о вовлечении в иммунновоспалительный процесс этого органа, а характер гормональных нарушений у больных БА требует проведения дальнейших исследований, а также динамического мониторингового наблюдения.

3. Выбор методов реабилитационных программ должен осуществляться на основе индивидуально-дифференцированного подхода к каждому ребёнку и проводиться еще на этапе частых простудных заболеваний, желательно до клинической манифестации гипотиреоза у больных БА.

Литература:

1. Денисов, И. Н., Шевченко Ю. Л. Клинические рекомендации. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. 390 с.
2. Жуковский, М. А. Эндокринология детского возраста. — М., Медицина. — 1977. 482 с.
3. Клиническая эндокринология: Руководство/под ред. Н. Т. Старковой. — М., 1991.
4. Коровина, О. В. Диагностика, принципы лечения основных форм специфических заболеваний легких у лиц пожилого и старческого возраста// Методические рекомендации. — Л.: ВНИИПМЗ СССР, 1984. 26 с.
5. Коровина О. В., Гаспарян Э. И., Ласкин Г. М. Бронхообструктивный синдром как «маска» гипотиреоза// Тез. нац. конгр. по болезням органов дыхания. — Новосибирск, 1996. — 78 с.
6. Шхвацабая, И. К. Советско-Американское сотрудничество по проблеме «Артериальная гипертензия». — Красноярск. — 1986. — Т. 26. — Т1 — с. 6.
7. Podlaska, M., Chelminska M., Sworzalc K. Respiratory disorders in thyroid pathology// Wiad. lek. 2003.56 (9).468–474.
8. Зокирова, Н. Б., Тухтаев К. Р. Постнатальный рост и становление щитовидной железы в условиях хронической интоксикации пестицидами// Врач-аспирант, №5.4 (48), 2011. — с. 565–569.
9. Оганова, Н. Э. Патогенетические аспекты нейроэндокринноиммунных нарушений при заболеваниях щитовидной железы // Врач-аспирант, №3 (46), 2011. — с. 71–76.

10. Трунин, Е. М., Кандалова И. Г., Федотов Ю. Н. Особенности диагностики и хирургического лечения узловой трансформации щитовидной железы на фоне диффузного токсического зоба// Врач-аспирант, №4.1 (47), 2011 — с. 158–163
11. Трунин, Е. М., Кандалова И. Г., Федотов Ю. Н. Особенности диагностики и хирургического лечения узловой трансформации щитовидной железы на фоне диффузного токсического зоба// Врач-аспирант. №5.2 (48), 2011. — с. 364–369.
12. Ульбашева, А. С., Жетишев Р. А. Нервно-психическое развитие и функции щитовидной железы у детей первых 3 лет жизни при отсутствии йодной дотации// Врач-аспирант, №4.5 (47), 2011. — с. 794–799

Осложнения беременности у женщин с высоким риском инфицирования плода

Шокирова Садокат Мухаммадсолиевна, старший научный сотрудник-исследователь
Андижанский государственный медицинский институт (Узбекистан)

Важнейшим фактором развития внутриутробного инфицирования является период беременности, в котором происходит инфицирование беременной женщины. Так, в I триместре беременности риск инфицирования составляет 16%, во II триместре — 49%, а в III — 73%.

Ключевые слова: *внутриутробное инфицирование плода, беременные, фетопатия.*

Pregnancy complications at women with high risk fetus infection

Shokirova S.M.
Andizhan state medical institute

The most important factor of development of fetal infection is the pregnancy period, in for developed infection of the pregnant woman. So, in the I trimester of pregnancy the risk of infection makes 16%, in the II trimester — 49%, and in III — 73%.

Keywords: *fetal infection, pregnant women, fetopatiya.*

Внутриутробная инфекция часто скрывается за такими диагнозами, как внутриутробная гипоксия, асфиксия, внутричерепная травма [4]. Многие инфекционно-воспалительные заболевания во время беременности имеют общие черты: инфицирование плода и новорожденного может быть вызвано как острой инфекцией матери, так и активацией хронической, персистирующей инфекции во время беременности; большая часть заболеваний беременных, приводящих к внутриматочной инфекции, протекает в латентной или субклинической форме; активация персистирующей инфекции возможна при любом нарушении гомеостаза в организме беременной [5].

Тяжесть заболевания у новорожденного имеет обратную зависимость. Выделены эмбриональный, фетальный и антенатальный этапы развития беременности. В эмбриональный этап беременности (I триместр) возникновение любого инфекционного процесса в организме матери является серьезной угрозой [1, 2]. В связи с незавершенным формированием маточно-плацентарного барьера эта угроза может реализоваться путем восходящего или гематогенного инфицирования плодного пузыря, что ведет к тяжелым воспалительным ослож-

нениям и раннему выкидышу, или лежит в основе дальнейшей патологии беременности, обусловленной различными эмбриопатиями и пороками развития плода. При этом в первом случае в качестве этиологического фактора обычно выступает различная бактериальная инфекция, а во втором — вирусные агенты. Существование в ранние сроки беременности в формирующейся плаценте выраженного слоя цитотрофобласта препятствует проникновению к плоду некоторых возбудителей [3, 6].

Цель. Изучение особенностей течения беременности у женщин с высоким риском инфицирования плода.

Материал и методы исследования. Исследование основано на клинко-лабораторном исследовании 209 беременных с высоким риском внутриутробного инфицирования плода. В 1 группу вошли 62 женщины группы высокого инфекционного риска, родивших детей без признаков ВУИ, во 2 группу — 68 беременных родивших детей с легкой формой ВУИ. 3 группа состояла из 69 матерей новорожденных с тяжелыми формами ВУИ.

Возраст обследованных беременных женщин колебался в пределах от 19 до 41 года. Средний возраст в I

группе составлял $25,0 \pm 0,5$ лет, во 2 группе — $25,9 \pm 0,6$, в 3 группе $25,6 \pm 0,6$. Подавляющее большинство беременных женщин приходится на период с 21 до 30 лет. Беременные женщины до 20 лет составили в 1 группе составили 12,9%, во 2 группе — 9,6%, в 3 группе 10,8%, а на возраст 41 и старше — 0, 1,4% и 1,4% соответственно по группам.

Всем женщинам в течение гестационного периода проводились общеклинические, лабораторные, функциональные методы исследования. Фето- и плацентометрия осуществлялась с помощью ультразвуковых аппаратов А1ока 880–680 и Тошиба–38А (Япония). Мониторный контроль над состоянием плода в III триместре выполнялся с помощью кардиотокографа 8030А фирмы «Hewlett-Packard». Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с использованием пакета прикладных программ Excel.

Результаты и их обсуждение. Больные всех групп имели различные осложнения во время настоящей беременности. Во время беременности в I триместре гестации беременные 2 группы в 2,1 раза и 3 группы — в 3,3 раза чаще болели ОРВИ по сравнению с беременными 1 группы. Ранний токсикоз отмечался во всех трех группах, но чаще в всего в 3 группе. Частота угрозы прерывания наблюдалась у беременных 3 группы и превышала в 3,4 и 3,7 раз частоту таковой в 1 и 2 группах соответственно, а также у беременных 3 группы обострение герпесвирусной инфекции наблюдалось у трети беременных.

Во II (фетальном) триместре беременности основные проявления внутриутробной инфекции включают в себя со стороны последа признаки воспалительной патологии в плодных оболочках и тканях плаценты; со стороны плода признаки аспирационной бронхопневмонии или генерализованного инфекционного процесса, различные виды фетопатий, а также задержку внутриутробного развития плода. Отмеченная патология может завершиться поздним самопроизвольным выкидышем или же служит

причиной развития истмико-цервикальной или плацентарной недостаточности.

В II триместре гестации у беременных отмечалась анемия у большинства беременных, кроме этого в 3 группе — носительство простого герпеса, ЦМВ и уреоплазмоз отмечались чаще с высокой степенью достоверности $P < 0,001$).

В III триместре беременности сохраняется высокая опасность трансплацентарного распространения многих бактериальных и особенно вирусных агентов, что обусловлено инволюционными изменениями и повышением проницаемости фетоплацентарного барьера. Отмеченная опасность многократно возрастает, если инфекционная патология плаценты берет начало в более ранние сроки беременности.

В III триместре беременности у женщин с высоким риском ВУИ у 13 (19,1%) и у 18 (26,1%) соответственно по группам развилась почечная недостаточность, а также наблюдалось многоводие у 19 (27,9%) беременных 2 группы и у 25 (36,2%) — 3 группы ($P < 0,001$).

Другие виды осложнений наблюдались намного реже, и достоверных различий по другим показателям не было. Задержка внутриутробного развития плода отмечалась поровну по 2 (2,9%) новорожденных в каждой группе, также маловодие редко наблюдается и их частота мало отличаются друг от друга в группах соответственно.

Анализ течения беременности по триместрам и инфекционного статуса беременной с обращением особого внимания на наличие в I триместре угрозы прерывания беременности, обострения герпесвирусной инфекции, кольпита, во II триместре — обострения герпесвирусной инфекции и хронического пиелонефрита.

Вывод. Своевременное выявление и направленное лечение инфекционной патологии половых путей, может служить одним из путей снижения частоты неблагоприятных перинатальных исходов в результате внутриутробной инфекции.

Литература:

1. Базина, М.И. Беременность и роды при внутриутробной инфекции: автореф. дис...канд. мед. наук. — Омск, 2000. — 21 с.
2. Баскаков, П.Н., Шлапак И.М. Профилактика фетоплацентарной недостаточности при высоком риске внутриутробного инфицирования // Репродуктивное здоровье женщины. — 2003. — №4. — с. 23–26.
3. Башмакова, М.А. Инфекция и бактериальная колонизация урогениталий у беременных, влияние на течение беременности, плод и новорожденного ребенка // Акушерство и гинекология. — 2001. — №1. — с. 15–18.
4. Евсюкова, И.И., Патрушева Е.Н., Савичева А.М. Актуальные проблемы клиники, диагностики и лечения хламидийной инфекции у новорожденных детей // Акуш и гин. — 1995. — №1. — Р. 18–21.
5. Лаврова, Д.Б., Самсыгина Г.А., Михайлов А.В. Этиология и показатели высокого риска внутриутробного инфицирования плода // Педиатрия — 1997. — №3. — с. 94–99.
6. Козлова, В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий: руководство для врачей. — М.: Триада-Х, 2003. — 440 с.

Эффективность применения Магне В6 при ювенильной дисменорее у девушек андижанского региона

Якубова Олтиной Абдуганиевна, кандидат медицинских наук, доцент;
Маниёзова Гулноза Муродовна, старший научный сотрудник;
Андижанский государственный медицинский институт (Узбекистан)

Дисменорея представляет собой циклично повторяющийся полиэтиологический нейроэндокринный синдром, значительно снижающий, вплоть до полной потери работоспособности девушки во время менструации, что определяет актуальность изучения проблемы.

Боль как ощущение страдания — частая причина обращения молодых пациенток к гинекологу, хотя болезненные менструации нередко рассматриваются девушками как нечто само собой разумеющееся. Дисменорея отмечается у 31–52% девушек, при этом у части из них эта патология приводит не только к потере трудоспособности, но и к изменению психосоматического статуса [6].

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) — врожденная аномалия, обусловленная нарушением структуры волокнистых компонентов (коллагена) или основного вещества и проявляющаяся в снижении её прочности. Это конституциональная слабость соединительной ткани. Коллагеновые дефекты могут быть связаны с взаимодействием наследственных факторов и факторов окружающей среды. Внутритазовая фасция постоянно реагирует на механические воздействия и обмен веществ, гормональную и неврологическую активность. [2,9]. Основным компонентом соединительной ткани являются коллагеновые волокна. Соединительная ткань непрерывно обновляется, подвергается перестройке в ответ на нагрузку и повреждение [1,2]. Интенсивность биосинтеза фибробластами коллагена зависит от многих факторов: наследственных, гормональных, обменных. Исследования, выполненные в последние годы, свидетельствуют о наличии эстрогенных и прогестероновых рецепторов в клетках эпителия влагалища, соединительной ткани, поперечно-полосатых мышц тазового дна и круглых связок матки [1,3].

В публикациях ряда исследователей дисменорея перечислена как одно из многих проявлений дисморфизма соединительной ткани (ДСТ), в основе которого лежат, чаще всего, врожденный или приобретенный длительный дефицит внутриклеточного магния [2,5]. Предъявляемые ими жалобы на колющие и тянущие боли в области сердца без иррадиации, аритмии, раздражительность, нарушенный ночной сон, вегетативные кризы, многочисленные страхи, утомляемость, нарушение потоотделения, беспричинные обмороки, частые головокружения при резком вставании и в первой половине дня, сосудистые нарушения в конечностях многими предшественниками расценивались только отклонениями со стороны вегетативной нервной системы. Вместе с тем, опыт, накопленный терапевтами, кардиологами и ревматологами, свидетельствует о тесной обусловленности подобных про-

явлений врожденными или приобретенным длительным дефицитом внутриклеточного магния [6]. Биохимическое исследование крови пациенток с дисменореей на содержание уровня электролитов подтвердило недостаточное содержание магния в сыворотке крови у 70% больных.

Целью исследования: изучение влияния лечебного воздействия препарата магне В 6 на функциональное состояние соединительной ткани.

Под нашим наблюдением находились 25 пациенток, предъявляющих жалобы на болезненные менструации. Все девушки были в возрасте 13–17 лет с проявлениями дисплазии соединительной ткани и без таковых. Контрольную группу составили 10 девушек с нормальными менструациями. В 1-ю группу входили 15 девушек, у которых была выявлена умеренно-выраженная дисплазия соединительной ткани (от 10 до 16 баллов). Во 2-ю группу вошли 10 девушек без клинических признаков дисплазии соединительной ткани.

Признаки дисплазии соединительной ткани выявлены с применением балльной шкалы Яковлева В.М. (1992) [7]. Они включали следующие критерии выраженности дисплазии соединительной ткани:

Малые признаки (1 балл): астенический тип телосложения или недостаточная масса тела; мышечная гипотония и низкие показатели манометрии; уплощение свода стопы; склонность к легкому образованию синяков, повышенная кровоточивость тканей; вегетососудистые дисфункции; нарушение ритма и проводимости сердца (ЭКГ).

Большие признаки (2 балла): сколиоз, кифоз, кифосколиоз; плоскостопие II-III степени; эластоз кожи; гиперподвижность суставов, склонность к вывихам, растяжениям связочного аппарата суставов; склонность к аллергическим реакциям и простудным заболеваниям, тонзилэктомия в анамнезе; варикозная болезнь, геморрой; дискинезия желчевыводящих путей; нарушение эвакуационной функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ); пролапс гениталий и грыжи у родственников первой линии.

Тяжелые проявления и состояния, приведшие к хирургическим вмешательствам или имеющие показания к ним, а также изменения анатомических взаимоотношений, приведшие к нарушению функции органов (3 балла): грыжи; спланхоптоз; варикозная болезнь и геморрой (оперативное лечение), хроническая венозная недостаточность с трофическими нарушениями; привычные вывихи суставов или вывихи более 2 суставов; нарушения моторной функции ЖКТ, подтвержденные лабораторными методами исследования; дивертикулы, долихосигма; поливалентная аллергия, тяжелые анафилактические реакции.

Сумма баллов при легкой степени тяжести (маловыраженная) составляла до 9 баллов, средняя степень тяжести (умеренно выраженная) — от 10 до 16, тяжёлая степень (выраженная) — от 17 и более. Степень тяжести дисменореи выявлялась путем субъективной оценки болевых ощущений по визуально-аналоговой шкале боли. Состояние соединительной ткани изучали по определению суточной экскреции метаболитов соединительной ткани — оксипролина в суточной моче [6]. Так как количество оксипролина в моче зависит от поступления коллагена с пищей, анализ проводили после соблюдения пациенткой в течение трех предшествующих суток ограничивающей диеты. Из питания исключали крепкие бульоны, заливные блюда, некоторые продукты (например, свеклу) и лекарственные препараты (аспирин, витамин С и др.), вызывающие изменение цвета мочи. Это позволило исключить влияние коллагена пищи на результат и более точно отразить распад коллагена. Степень тяжести дисменореи выявлялась путем субъективной оценки болевых ощущений по визуально-аналоговой шкале боли. Состояние соединительной ткани изучали по определению суточной экскреции метаболитов соединительной ткани — оксипролина в суточной моче [6].

Для коррекции состояния соединительной ткани пациенткам обеих групп назначали магне В6 (фирма «Санофи-Винтроп Индастри», Франция), который является оптимальной комбинацией магния и витамина В6. Препарат назначали по 100 мг (1 таблетке) 3 раза в день, во вторую фазу менструального цикла в течение 15 дней; курс лечения составлял 3 месяца дней.

Статистическая обработка и проверка результатов была основана на определении равенства математических ожиданий случайных величин посредством оценки критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

В 1-ой группе девушек в возрасте 13–14 лет было 9 (60%) и 15–16 лет 3 (20%), 17 лет 3 (20%), а среди девушек 2-ой группы в возрасте 13–14 лет было 6 (60%) и 15–16 лет 3 (30%), 17 лет (10%). Первичная дисменорея легкой степени выявлена у 13,3% девушек 1-ой группы, средней у 50%, и тяжёлой степени у 36,6%, а во 2-ой группе соответственно 47%; 32,3%; 20,5%. Таким образом, в группе девушек с первичной дисменореей и наличием признаков умеренной выраженной дисплазии соединительной ткани превалировало число девушек с дисменореей средней и тяжёлой степенью тяжести, а у девушек без признаков дисплазии соединительной ткани большинство девушек было с легкой и средней степенью тяжести дисменореи.

28,1% девушек в обеих групп учились в институте, в 1-й группе превалировали девушки, занимающиеся в колледжах и лицеях — 86,6%, большинство из них жительницы сельских местностей 93,3%. У 26,4% девушек материально-бытовые условия оценены со слов больных

как удовлетворительные, у остальных 73,6% — как не удовлетворительные.

Одновременно с учебой в кружках по предметам занимались 52,1% девушек. Из соматического анамнеза матерей выяснено, что 42,8% перенесли детские инфекции, 18,8% — ОРВИ, 26,4% — тонзиллит, 5,7% — ревматизм, 11,3% заболевания ЖКТ, 8,5% — вирусный гепатит. Аппендэктомия перенесли 2,14%, тонзилэктомия — 2,8%.

У 59,2% болезненные менструации были с менархе, то есть при первой менструации, у 27,1% девушек тяжесть дисменореи со временем нарастала т.е. дисменорея была декомпенсированная, а у 5% девушек боль не исчезала даже при применении анальгетиков. Первым ребёнком в семье были 10,8%, вторым — 28,9%, третьим — 34,9%, четвертым — 14,5% и пятым — 10,8%. Тем не менее, на формирование дисменореи у девушек оказало влияние количество родов у матери: в 5,55% случаев данная патология встречалась у детей, рожденных в результате третьих и четвертых родов. Таким образом, среди больных ювенильной дисменореей почти 62,3% девушек были из многодетных семей.

При рождении детей средний возраст матерей находился в пределах 24–25 лет, роды старше 30 лет и позже среди матерей больных девушек наблюдались в 28,9% случаев.

У 26,6% девушек 1-й группы по результатам карт обследования отмечался дефицит массы тела, а во 2-й группе у 18,2%. У 6,6% девушек 1-й группы отмечалась склонность к легкому образованию синяков, повышенная кровоточивость тканей. Следовательно, у девушек 1-ой группы преобладали признаки дисплазии соединительной ткани.

Группы были разделены на подгруппы в зависимости от степени тяжести дисменореи.

При изучении уровня магния и оксипролина у девушек до и после лечения, получены следующие результаты (табл. 1,2).

В группе девушек с дисменореей и явлениями дисплазии соединительной ткани выявлено уменьшение содержания магния в плазме от $0,7 \pm 0,2$ до $0,5 \pm 0,2$ мкг/л ($p < 0,05$), тогда как во второй группе содержание магния оставалась в пределах нормальных значений от $0,9 \pm 0,2$ до $0,7 \pm 0,1$ мкг/л ($p < 0,05$). Следовательно, у девушек с дисменореей изменение магния в плазме крови изменялось в зависимости от наличия или отсутствия признаков дисплазии соединительной ткани.

Недостаток магния ведёт к изменению гемодинамики малого таза в виде гипертензии и спазма сосудов. Синтез всех известных на сегодняшний день нейропептидов в головном мозге в том числе и энкефалинов и эндорфинов, смягчающих восприятие боли рецепторами нервных клеток, происходит при обязательном участии магния [4]. Этим можно объяснить наличие симптома боли при дисменорее, когда синтез опиоидных нейропептидов недостаточен для обеспечения снижения порога чувствительности боли при десквамации функционального слоя эндометрия.

Таблица 1

Уровень магния и оксипролина у девушек с первичной дисменореей до лечения

Показатель	норма	С дисплазией соединительной ткани			Без дисплазии соединительной ткани		
		Легкая степень	Средняя степень	Тяжёлая степень	Легкая степень	Средняя степень	Тяжёлая степень
Оксипролин в моче мкмоль/л	18,896±1,104	45,4±19,8*	41,48±9,52*	57,0±16,8*	10,2±2,3*	12,75±3,35*	13,43±3,27*
Магний в плазме крови мкг/мл	1,05±0,25	0,7±0,2*	0,6±0,1*	0,5±0,2*	0,9±0,2*	0,8±0,1*	0,7±0,1*

* — $p < 0,05$

Таблица 2

Уровень магния и оксипролина у девушек с первичной дисменореей после лечения

Показатель	С дисплазией соединительной ткани			Без дисплазии соединительной ткани		
	Легкая степень	Средняя степень	Тяжёлая степень	Легкая степень	Средняя степень	Тяжёлая степень
Оксипролин в моче мкг/мл	21,7±3,4*	25,48±9,52*	27,0±16,8*	19,13±2,05*	20,25±2,85*	20,3±2,0*
Магний в плазме крови мкг/л	1,0±0,2*	0,9±0,1*	0,7±0,2*	1,0±0,2*	0,9±0,2*	0,8±0,1*

* — $p < 0,05$

Что касается содержания оксипролина в моче, то заметно увеличенное его содержание в 1-ой группе девушек в зависимости от степени тяжести дисменореи, а во 2-ой группе этот показатель оставался в пределах допустимых концентраций. Уровень оксипролина в моче до лечения составил $47,96 \pm 15,37$ мкг/мл, после лечения — $21,63 \pm 3,1$ мкг/мл даже у девушек с дисменореей тяжёлой степени. Следовательно, у девушек с дисменореей и наличием признаков дисплазии соединительной ткани отмечалось повышение оксипролина в моче, связанный с повышенным распадом коллагена и пониженное содержание магния в сыворотке крови, что также свидетельствует о дисплазии соединительной ткани.

Проведенный анализ показал наличие высокого уровня свободного оксипролина ($p < 0,05$) у всех пациенток с ювенильной дисменореей и наличием признаков ДСТ ($p < 0,05$). Значительная оксипролинурия указывает на увеличение скорости распада коллагена в организме. Нами выявлена прямая сильная коррелятивная связь между показателями оксипролина в моче и содержанием магния в сыворотке крови у девушек с ювенильной дисменореей и наличием признаков ДСТ, которая составила $r = 0,8$ и усиливалась в зависимости от степени тяжести дисменореи.

После лечения снижалась и тяжесть дисменореи. Так, например, во 2-й группе пациенток с тяжёлой степенью дисменореи не было ($p < 0,05$), а с 0 степенью тяжести зарегистрированы 26,4%. Среди пациенток с дисплазией

соединительной ткани (1-я группа) после приема Магне В6 зарегистрировано 13,3% ($p < 0,05$) с тяжёлой дисменореей, что указывает на уменьшение числа девушек с этой патологией на 26,7%, процент девушек со среднетяжёлой дисменореей после лечения Магне В6 уменьшился на 27,2%, процент пациенток с 0 степенью был меньше 26,6% чем во 2-ой группе, что отражалось и на содержании оксипролина в моче $28,7 \pm 7,52$ мкг/мл.

Таким образом, ДСТ играет определенную роль в патогенезе первичной дисменореи, а недооценка состояния соединительной ткани приводит к увеличению частоты рецидивов заболевания с нарушением репродуктивной функции. Главной задачей медикаментозной терапии, направленной на укрепление соединительной ткани, являются восполнение дефицита различных компонентов, участвующих в процессе синтеза коллагена, коррекция метаболических нарушений, стимуляция коллагенообразования и стабилизация гликозаминогликанов. Магний, нормализуя процессы нервно-мышечной передачи, купирует проявления вегетативной дисфункции на различных уровнях. Считается, что этот макроэлемент опосредованно влияет на синтез коллагена через воздействие на высший вегетативный центр — гипоталамус. При наличии дисплазии соединительной ткани необходимо применение дифференцированного подхода к лечению дисменореи у девушек, которое должно включать в себя назначение препарата магний В6 во второй фазе менструального цикла.

Литература:

1. Радзинский, В. Е. Перинеология. М.: МИА 2006; 64–124
2. Кадурина, Т. И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация). СПб: Невский Диалект, 2000
3. Макаров, О. В., Сметник В. П., Доброхотова Ю. Э. Синдром постгистерэктомии. М. 2005; 135–167.
4. Межевитинова, Е. А., Акопян А. Н. Магнийдефицитные состояния в гинекологической практике: клиническая оценка и методы коррекции. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2007;4:17–19
5. Смольнова, Т. Ю., Буянова С. Н., Савельев С. В., Петрова В. Д. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий. Урология 2001; 2: 25–30.
6. Степура, О. Б. Применение магниевой соли оротовой кислоты у лиц с идиопатическим пролапсом митрального клапана. Труды ИВ Российск. Национ. Конгресса «Человек и лекарство». М.: Медицина. 1999; 185–95
7. Уварова, Е. В., Гайнова И. Г. Дифференцированный подход к диагностике и лечению дисменореи у девушек. Гинекология, 2003; 4: 5: 151–157
8. Шараев, П. Н. Биохимические методы анализа показателей обмена биополимеров. — Ижевск, 1990;4–5.
9. Яковлев, В. М., Нечаева Г. И. Кардио-респираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани. — Омск. 1994.
10. Frank, R. T. The hormonal causes of premenstrual tension. Arch Neurol Psychiatry; 2001; 26:1053.

7. ФАРМАКОЛОГИЯ

Обзор статей. Свойства чернушки посевной (*Nigella sativa*)

Нурмагомедова Паризат Мусалаевна, кандидат биологических наук, доцент;
Омариева Марьям Гусейновна, магистрант
Дагестанский государственный университет (г. Махачкала)

Проблема адекватной фармакологической коррекции заболеваний органов гепатобилиарной системы является одной из актуальных задач современной микробиологии и гепатологии. Для профилактики и лечения различных заболеваний все шире используются растительные препараты. Они замедляют или полностью ингибируют процессы свободно-радикального окисления, действуют на стадии образования свободных радикалов, их связывания и разрушения, а также утилизации продуктов окисления, из которых образуются новые радикалы.

Ключевые слова: гепатопротектор, чернушка посевная (*Nigella sativa*), сапонин, нигеллин, тимохинон, дубильные и горькие вещества, тимоквинон и дитимоквинон, алкалоиды, дамасцеин, дамасценин, стероиды, рандомизированные клинические исследования и т. д.

Неблагоприятные факторы воздействия экологической ситуации, неоправданное применение лекарственных средств, большое количество токсических веществ на производствах, различные вирусные поражения печени, приём алкоголя приводит к различным нарушениям функций печени человека. В связи с этим становится актуальным поиск эффективного гепатопротектора.

Несмотря на значительное число гепатопротекторов, применяемых в лечении печеночных заболеваний, до настоящего времени не удалось создать препарат этой группы, удовлетворяющий всем вышеперечисленным требованиям.

Гепатопротекторы (ГП) — собирательный термин, означающий название группы препаратов, оказывающих избирательное действие на печень и используемых в терапии заболеваний этого органа. Не являясь этиотропными средствами, ГП обладают патогенетической направленностью, препятствующей воздействию на печень повреждающих факторов.

Основные требования к идеальному ГП сформулированы К. Preising в 1970 г. [1]. Согласно этим требованиям, конечной целью применения ГП являются уменьшение воспалительных и дистрофических изменений в ткани печени, усиление репаративных процессов в гепатоцитах, ослабление процессов фиброгенеза, уменьшение гистологических изменений ткани печени и как следствие — снижение риска формирования осложнений печеночных заболеваний.

Важными свойствами идеального ГП, по К. Preising, являются:

- высокая абсорбция;
- эффект «первого прохождения» через печень;

- способность предотвращать образование высокоактивных повреждающих соединений или связывать их;
- способность оказывать противовоспалительный эффект;
- антифибротические свойства;
- стимуляция регенерации печени;
- естественный метаболизм при патологии печени;
- экстенсивная энтерогепатическая циркуляция;
- отсутствие токсичности.

Как следствие — важнейшими задачами гепатопротекторной терапии являются улучшение качества жизни и уменьшение клинических проявлений заболеваний печени.

Также, одним из важных направлений медицинской и биохимической науки является поиск новых источников биологически активных соединений (БАС) с целью дальнейшего расширения производства фитопрепаратов различного спектра действия, которые характеризуются эффективностью и малой токсичностью, что позволяет использовать их длительное время для профилактики и лечения многих заболеваний печени без риска возникновения побочных явлений.

Целесообразно использование различных фракций пищевых растений, так как они безвредны для организма человека.

Анализ литературных данных показал, что многие пряно-ароматические растения содержат ряд ценнейших веществ и обладают различной фармакологической активностью. Следует отметить, что многие из них, такие, как чернушка посевная, куркума, имбирь, артишок, кунжут, момордика, пажитник и др., уже давно применяются в научной медицине многих стран и входят в их Фар-

макопеи (Европейская, США, Британская Травяная, Китайская и др.), что делает их приоритетными для включения в отечественную фармакопею. На основе их сырья создан целый ряд эффективных лекарственных препаратов, однако в нашей стране из-за отсутствия соответствующих нормативных документов многие из них не используются в достаточной мере.

Подробнее рассмотрим чернушку посевную — *Nigella arvensis* L., *damascena* L. Известное пряное растение. Используются его семена чёрного цвета, со специфическим ароматом. Растение встречается и в диком виде. Чернушка посевная специально выращивается на огородах, полях. Растение широко используется в современной народной медицине. Она официальна в современной научной медицине. Химический состав растения: семена чернушки содержат эфирное масло, до 49% жирного масла, сапонины, гликозид нигеллин, тимохинон, дубильные и горькие вещества, гликозидмелантинаэтиловыетерпены — [2, 150]. Масло чернушки содержит биологически активные вещества — тимоквинон и дитимоквинон. Чернушка дамасская содержит алкалоиды дамасцеин, дамасценин, стероиды, соли K, Mg, Zn, P, Ca — [3, 245; 4, 78]. Оба растения содержат фермент липазунигедазу.

В современной научной медицине отвар семян чернушки назначают как ветрогонное, снотворное, болеутоляющее средство при зубной боли. Нигедаза чернушки используется при лечении панкреатитов, гепатитов, холециститов. Экстракты семян чернушки обладают гепатопротекторными и антиоксидантными свойствами — [5; 6; 7, 9]. Антиоксидантные свойства чернушки защищают слизистую желудка от повреждающего воздействия алкоголя и других агрессивных агентов — [8, 258; 9, 6665; 10, 134]. Тимоквинон чернушки ингибирует протонупомпу, уменьшает кислотность, повышает выработку слизи и окиси азота тем самым оказывает гастропротективное воздействие — [11, 131]. При лечении язвенной болезни, семена чернушки так же эффективны, как и препарат циметидин — [12, 156]. Благодаря противовоспалительным и антиоксидантным свойствам, масло чернушки благотворно действует на течение язвенного колита, защищает кишечник от повреждающего воздействия ишемии. Препараты семян чернушки стимулируют выработку инсулина поджелудочной железой — [13, 123–129; 14, 529; 15, 14], защищают островки Лангерганса от окислительного напряжения. Хотя ряд исследователей считали, что гипогликемические свойства чернушки имеют экстрапанкреатический механизм. Кроме того, препараты чернушки уменьшают всасывание глюкозы в кишечнике и увеличивают толерантность к ней — [16, 422].

Японские исследователи считают, что гипогликемические свойства масла чернушки проявляется посредством ингибирования гликонеогенеза в печеночной ткани — [17, 129]. Клинические исследования показали, что семена чернушки, в дозе 2 гр./день могли бы быть пероральным гипогликемическим препаратом у больных сахарным диабетом II типа. Масло чернушки, благодаря

тимоквинону предупреждает развитие невропатий — и остеопороза — [18, 328] при сахарном диабете.

В эксперименте отмечено губительное действие препаратов чернушки на грамположительные и отрицательные микроорганизмы. Выражены у чернушки ипротивогрибковые свойства. Определены противовирусные свойства масла чернушки против цитомегаловирусов человека — [19, 740].

Экспериментальные исследования экстрактов семян чернушки выявил их свойство блокировать кальциевые каналы миокардиоцитов, и по влиянию на сердечный ритм чернушка была намного сильнее дилтиазема. Длительное употребление чернушки (2 месяца) улучшает работу сердца, увеличивает силу сердечного выброса, приводят к физиологической гипертрофии — [20, 148; 21, 367]. Рандомизированные клинические методы исследования показали, что длительный прием семян чернушки (2 месяца) нормализуют артериальное давление у больных с умеренной гипертонией. Масло чернушки предупреждает поражение сердечной мышцы при использовании циклоспорина — [22, 578–580]. Экстракты чернушки предупреждают развитие поражений сердца и других органов при кадмиевой интоксикации.

Экстракты чернушки улучшают липидный профиль крови, уменьшая липопротеиды малой плотности, оказывают кардиопротективное воздействие. Рандомизированные, плацебо контролируемые исследования показали, что прием семян чернушки (2 гр. в день) в течение месяца достоверно понизил концентрацию холестерина, триглицеридов и липопротеидов низкой плотности крови — [23, 199].

Масло чернушки обладает, сравнимые с дексаметазоном бронхолитическими, иммуномодуляторными и противовоспалительными свойствами. Тимоквинон оказывает противовоспалительное воздействие при искусственно вызванных артритах, у экспериментальных животных — [24, 870; 25, 897]. Рандомизированные, плацебо контролируемые исследования показали, что прием масла чернушки оказывает терапевтическое воздействие при ревматоидном артрите.

Научные исследования указывают на наличие иммуномодуляторных свойств водных экстрактов чернушки — [26]. Масло чернушки активирует Т — киллеров и хелперов, поэтому правильнее говорить о не иммуномодуляторных, а иммунотерапевтических свойствах.

Эти свойства делает очень перспективным его применение при лечении бронхиальной астмы, онкологических заболеваний.

Масло чернушки уменьшает поражение легочной ткани при гипероксии — [27]. Рандомизированные, клинические исследования масла чернушки показали, что оно может быть применено как вспомогательное средство при лечении аллергических заболеваний.

Семена чернушки показали себя как эффективное противоаллергическое средство, при лечении аллергического ринита. Рандомизированные, клинические, плацебо кон-

тролируемые исследования показали, что наружное применение мази чернушки при эффективности не уступает мази Бетаметазон — [28]. Рандомизированные клинические исследования показали эффективность экстрактов семян чернушки при лечении острого тонзиллофарингита. Экспериментальные исследования показали, что тимиквинон эффективен при риносинуситах. Клинические исследования показали эффективность семян чернушки при лечении аллергического ринита, при отсутствии эффекта стандартными медикаментами — [29, 407]. Водные экстракты семян чернушки обладают выраженным антиастматическим воздействием. В экспериментальных исследованиях тимиквинон расслабляюще действовал на мускулатуру легочной артерии.

Рандомизированные клинические исследования показали, что чернушка предупреждает развитие отравления боевыми отравляющими средствами — [30, 1137–1144].

Определены обезболивающие и антипиретические свойства семян чернушки. Обезболивающие свойства чернушки и ее основного действующего вещества — тимоквинона идет посредством воздействия на опиоидную систему. Анальгетические свойства спиртовых экстрактов чернушки подтверждены рандомизированными клиническими исследованиями.

Препараты на основе чернушки, масло чернушки малотоксичны, и в терапевтических дозах побочных свойств не наблюдаются. При длительном применении масла чернушки отмечается уменьшение индекса гематокрита и тромбоцитов.

Несмотря на то, что различными авторами накоплено большое количество данных о действии нигеллы сатива, вопрос об их влиянии на биохимические показатели организма при токсических гепатитах в России остается недостаточно изученными.

Литература:

1. Е. В. Винницкая. Гепатопротекторы: рациональное применение при алкогольной болезни печени, Фарматека, 2008;
2. Mohamed, A., Waris H. M., Ramadan H., Quereshi M., Kalra J. Amelioration of chronic relapsing experimental (creae) using thymoquinone — *Biomed 2009 — Biomed. Sci. Instrum.* 2009, 45, 274;
3. Ловкова, М. Я., Рабинович А. М. и др. Почему растения лечат М., Наука 1990;
4. Васант, Л., Фроули Д. Травы и специи М., Саттва 2004;
5. Kanter, M., Coskun O., Kalayci M., Buyukbas S., Cagavi F. Neuroprotective effects of *Nigella sativa* on experimental spinal cord injury in rats — *Hum. Exp. Toxicol.* 2006, Mar., 25 (3), 127–133;
6. Kaseb, A. O., Chinnakannu K., Chen D., Sivanandam A., Tejwani S., Menon M., Dou Q. P., Reddy G. P. Androgen receptor and E2F-1 targeted thymoquinone therapy for hormone-refractory prostate cancer — *Cancer Res.* 2007, Aug 15, 67 (16), 7782–7788;
7. Hassan, M. I., Mabrouk G. M., Shehata H. H., Aboelhussein M. M. Antineoplastic Effects of Bee Honey and *Nigella sativa* on Hepatocellular Carcinoma Cells — *Integr. Cancer Ther.* 2012, Dec., 11 (4), 354–363;
8. El-Bahai, M. N., Al-Hariri M. T., Yar T., Bamosa A. O. Cardiac inotropic and hypertrophic effects of *Nigella sativa* supplementation in rats — *Int. J. Cardiol.* 2009, Jan 24, 131 (3), 115–117;
9. Kapoor, S. Emerging clinical and therapeutic applications of *Nigella sativa* in gastroenterology — *World. J. Gastroenterol.* 2009, May 7, 15 (17), 2170–2171;
10. Al Mofleh I. A., Alhaider A. A., Mossa J. S., Al-Sohaibani M. O., Al-Yahya M. A., Rafatullah S., Shaik S. A. Gastroprotective effect of an aqueous suspension of black cumin *Nigella sativa* on necrotizing agents-induced gastric injury in experimental animals — *Saudi J. Gastroenterol.* 2008, Jul., 14 (3), 128–134;
11. Majdalawieh, A. F., Hmaidan R., Carr R. I. *Nigella sativa* modulates spleenocyte proliferation, Th1/Th2 cytokine profile, macrophage function and NK anti-tumor activity — *J. Ethnopharmacol.* 2010, Jun 30;
12. Cemek, M., Enginar H., Karaca T., Unak P. In vivo radioprotective effects of *Nigella sativa* L. oil and reduced glutathione against irradiation-induced oxidative injury and number of peripheral blood lymphocytes in rats — *Photochem. Photobiol.* 2006, Nov-Dec., 82 (6), 1691–1696;
13. Fararh, K. M., Atoji Y., Shimizu Y., Takewaki T. Insulinotropic properties of *Nigella sativa* oil in Streptozotocin plus Nicotinamide diabetic hamster — *Res. Vet. Sci.* 2002, Dec., 73 (3), 279–282;
14. Sabzghabaee, A. M., Dianatkah M., Sarrafzadegan N., Asgary S., Ghan-nadi A. Clinical evaluation of *Nigella sativa* seeds for the treatment of hyperlipidemia: a randomized, placebo controlled clinical trial — *Med. Arh.* 2012, 66 (3), 198–200.
15. Nikakhlagh, S., Rahim F., Aryani F. H., Syahpoush A., Brougerdnya M. G., Saki N. Herbal treatment of allergic rhinitis: the use of *Nigella sativa* — *Am. J. Otolaryngol.* 2011, Sep-Oct., 32 (5), 402–407;
16. Mehta, B. K., Mehta P., Gupta M. A new naturally acetylated triterpenesaponin from *Nigella sativa* — *Carbohydr. Res.* 2009, Jan 5, 344 (1), 149–151. autoimmune encephalomyelitis;
17. Fararh, K. M., Atoji Y., Shimizu Y., Takewaki T. Insulinotropic properties of *Nigella sativa* oil in Streptozotocin plus Nicotinamide diabetic hamster — *Res. Vet. Sci.* 2002, Dec., 73 (3), 279–282;

18. Altan, M. F. Effects of *Nigella sativa* and human parathyroid hormone on bone mass and strength in diabetic rats — *Biol. Trace. Elem. Res.* 2007, Jun., 116 (3), 321–328;
19. Salomi, N. J., Nair S. C., Jayawardhanan K. K., Varghese C. D., Panikkar K. R. Antitumour principles from *Nigella sativa* seeds — *Cancer Lett.* 1992, Mar., 31, 63 (1), 41–46;
20. Yildiz, F., Coban S., Terzi A., Savas M., Bitiren M., Celik H., Aksoy N. Protective effects of *Nigella sativa* against ischemia-reperfusion injury of kidneys — *Ren. Fail.* 2010, Jan., 32 (1), 126;
21. Al-Hariri, M. T., Yar T., Bamosa A. O., El-Bahai M. N. Effects of two-months *Nigella sativa* supplementation on cardiac hemodynamics and adrenergic responsiveness — *J. Pak. Med. Assoc.* 2009, Jun., 59 (6), 363–368;
22. el Tahir K. E., Ashour M. M., al-Harbi M. M. The cardiovascular actions of the volatile oil of the black seed (*Nigella sativa*) in rats: elucidation of the mechanism of action;
23. Saleem, U., Ahmad B., Rehman K., Mahmood S., Alam M., Erum A. Nephroprotective effect of vitamin C and *Nigella sativa* oil on gentamicin associated nephrotoxicity in rabbits — *Pak. J. Pharm. Sci.* 2012, Oct.;
24. Tekeoglu, I., Dogan A., Ediz L., Budancamanak M., Demirel A. Effects of thymoquinone (volatile oil of black cumin) on rheumatoid arthritis in rat models — *Phytother*
25. Terzi, A., Coban S., Yildiz F., Ates M., Bitiren M., Taskin A., Aksoy N. Protective effects of *Nigella sativa* on intestinal ischemia-reperfusion injury in rats — *J. Invest. Surg.* 2010, Feb., 23 (1), 21–27;
26. Meddah, B., Ducroc R., El Abbes Faouzi M., Eto B., Mahraoui L., Ben-haddou-Andaloussi A., Martineau L. C., Cherrah Y., Haddad P. S. *Nigella sativa* inhibits intestinal glucose absorption and improves glucose tolerance in rats — *J. Ethnopharmacol.* 2009, Jan 30, 121 (3), 419–424;
27. Tekeoglu, I., Dogan A., Demiralp L. Effects of thymoquinone (volatile oil of black cumin) on rheumatoid arthritis in rat models — *Phytother. Res.* 2006, Oct., 20 (10), 869–871;
28. Zaoui, A., Cherrah Y., Lacaille-Dubois M. A., Settaf A., Amarouch H., Hassar M. Diuretic and hypotensive effects of *Nigella sativa* in the spontaneously hypertensive rat — *Therapie* 2000 May-Jun., 55 (3), 379–382;
29. Norwood, A. A., Tan M., May M., Tucci M., Benghuzzi H. Comparison of potential chemotherapeutic agents, 5-fluorouracil, green tea, and thymoquinone on colon cancer cells — *Biomed. Sci. Instrum.* 2006, 42, 350–356;
30. Boskabady, M. H., Javan H., Sajady M., Rakhshandeh H. The possible prophylactic effect of *Nigella sativa* seed extract in asthmatic patients — *Fundam. Clin. Pharmacol.* 2007, Oct., 21 (5), 559–566.

9. ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Сравнительный анализ клинических протоколов (руководств) по диагностике и лечению воспалительных заболеваний малого таза у женщин

Кызаева Айжан Дюсенбековна, магистр медицины, докторант

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова (г. Алматы)

Проблема воспалительных заболеваний органов малого таза является актуальной. В Казахстане, несмотря на наметившуюся тенденцию к снижению, уровень заболеваемости воспалительными заболеваниями органов малого таза (сальпингитом, оофоритом) в расчете на 100000 населения, по-прежнему очень высок, и в 3,7 раз превышает уровень заболеваемости в Великобритании и в 2,7 раз данных в США. В статье приведен сравнительный анализ клинических руководств (протоколов) по лечению и диагностике воспалительных заболеваний в разных странах мира с позиции доказательной медицины.

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза, сальпингит, оофорит, доказательная медицина, клинические руководства

Проблема воспалительных заболеваний органов малого таза является актуальной как с медицинской точки зрения, т.к. является основной причиной бесплодия [1–3], так и при решении вопросов реформирования и совершенствования организации медицинской помощи, в связи с тем, что воспалительные заболевания малого таза относятся к группе т.н. «чувствительных к ПМСП и амбулаторной помощи» заболеваний — Ambulatory Care Sensitive Conditions [4,5]. Своевременная и эффективная амбулаторная помощь при данной группе заболеваний очень важна как основной фактор предотвращающий развитие осложнений и необходимость дальнейшей госпитализации. В этой связи, правильное «управление» данной группой заболеваний, уменьшит число необоснованных госпитализаций и улучшит качество медицинской помощи женщинам. В Республике Казахстан (РК), несмотря на наметившуюся тенденцию к снижению (рис 1.), уровень заболеваемости воспалительными заболеваниями органов малого таза (сальпингитом, оофоритом) в расчете на 100000 населения, по-прежнему очень высок, и в 3,7 раз превышает уровень заболеваемости в Великобритании (по данным 2011 г.) [6] и в 2,7 раз уровень в США [7].

В особенности проблема воспалительных заболеваний малого таза актуальна для крупных мегаполисов (рис. 1). Так, например, заболеваемость сальпингитом и оофоритом в г. Алматы по данным официальной статистики [8], превышает общереспубликанский уровень.

Кроме того, эта проблема остается актуальной как для городского населения, так и для сельского: и если в 2001–2005 гг. уровень заболеваемости городского населения превышал таковой сельского населения в 1,8–

1,3 раза, то в последние годы этот разрыв практически исчез. (рис. 2) [8]

С 2006 г. В Казахстане успешно внедрены клинические протоколы диагностики и лечения (ПДЛ), в том числе и по воспалительным заболеваниям малого таза, базирующиеся на принципах доказательной медицины.

Мы провели сравнительный анализ ПДЛ Казахстана и других стран (Табл. 1)

Т. о., в целом, тактика ведения пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза в исследуемых странах, отличается по количеству используемых диагностических мероприятий и лекарственных средств

Так, например, в Республике Беларусь к стандартным методам исследования добавлено более глубокое исследование пациентки, включающее определение группы крови, ИППП, биохимический анализ и коагулограмму, уровень глюкозы и пр. тогда как за рубежом (Европа, Великобритания), ИППП только при подозрении на наличие специфической инфекции, а кровь исследуется только для выявления числа лейкоцитов.

При выборе медикаментозных методов лечения, схемы ведения пациенток с воспалительными заболеваниями малого таза, различаются (группой антибактериальных препаратов, их сочетание, дозировки и пр.) В Республике Беларусь, помимо общих методов лечения (антибактериальная терапия), также используются, нестероидные противовоспалительные средства, иммуномодуляторы, противогрибковые препараты и методы физиотерапии, иглотерапии, гипербарическая оксигенация и пр., что не имеет доказательной базы.

Выводы: несмотря на внедрение доказательной практики, в странах бывшего Советского Союза (Казахстан,

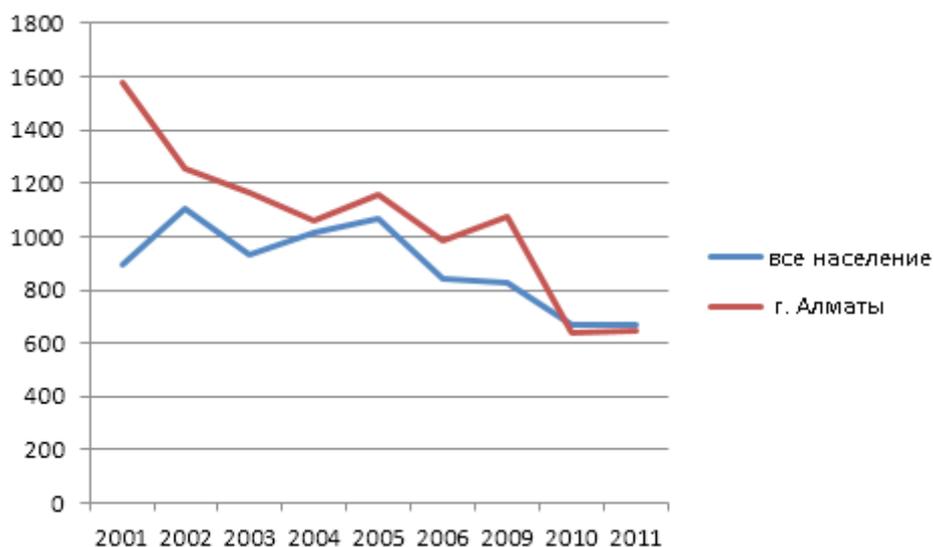


Рис. 1. Заболеваемость сальпингитом и оофоритом на 100000 человек населения (расчет на женское население 15 лет и старше) в целом по Республике Казахстан и по г.Алматы в 2001–2011 гг. [8]

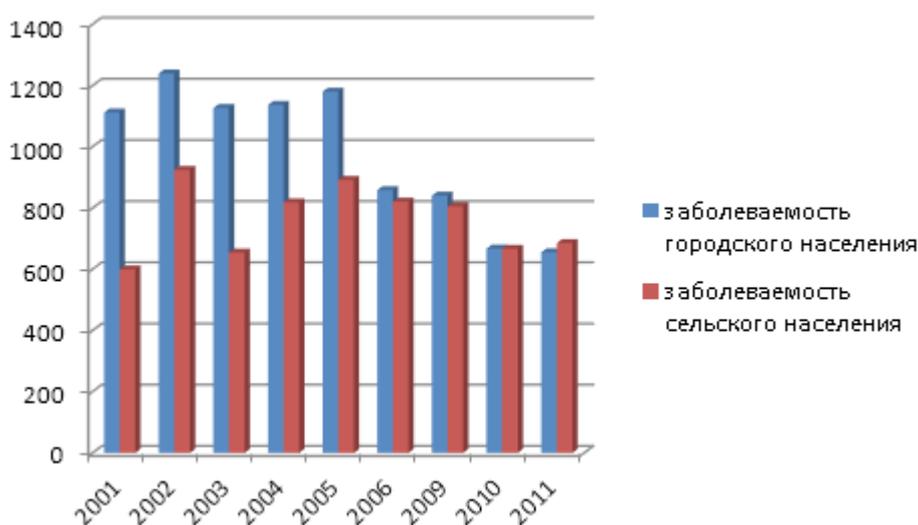


Рис. 2. Заболеваемость сальпингитом и оофоритом городского и сельского населения на 100000 человек населения (расчет на женское население 15 лет и старше) в РК в 2001–2011 гг.

Таблица 1

Сравнительный анализ клинических руководств (протоколов) по воспалительным заболеваниям органов малого таза

	Казахстан	Беларусь	Великобритания	Европа
	Протоколы диагностики и лечения, 2007 г.	Клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии, 2012	UK National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease 2011 Национальные руководства по менеджменту воспалительных заболеваний малого таза	2012 European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease Европейские рекомендации по ведению воспалительных заболеваний малого таза.

Продолжение таблицы 1

Диагностические мероприятия	1. Определение концентрации С-реактивного белка крови 2. Исследования на хламидийную и гонорейную инфекции. 3. Общий анализ крови 4. Общий анализ мочи 5. Определение ХГЧ 6. Мазок по Папаниколау.	1 Мазок на степень чистоты 2. Мазок на онкоцитологию	1. Обследование на гонорею и хламидии 2. С-реактивный белок 3. Мазок из шейки матки	1. Обследование на гонорею и хламидии 2. С-реактивный белок 3. Мазок из шейки матки 4. Лапароскопия по показаниям 5. Тест на беременность 6. Число лейкоцитов 7. Узи и биопсия эндометрия
Специальные исследования	Трансвагинальное УЗИ. Биопсия эндометрия.	1. ЭКГ 2. УЗИ органов малого таза	-	-
Доп. диагностические мероприятия	1. Бактериальный посев на определение чувствительности к антибиотикам. 2. Иммунограмма.	Бактериальный посев на определение чувствительности к антибиотикам. Обследование на ИППП 1. Анализ крови общий 2. Определение группы крови и Rh-фактора 3. Исследование крови на сифилис Исследование крови на ВИЧ-инфекцию 4. Биохимическое исследование крови Исследование крови на глюкозу 5. Коагулограмма 6. Анализ мочи общий	Тест на беременность Скрининг на ИППП, включая СПИД	Скрининг на ИППП, включая СПИД
Перечень основных медикаментов	Тетрациклины Фторхинолоны Линкозамиды Цефалоспорины Нитроимидазолы Макролиды Противогрибковые препараты	Аминогликозиды Карбапенемы Линкозамиды Нитроимидазолы Тетрациклины Фторхинолоны Цефалоспорины Макролиды Тетрациклины Иммуномодуляторы Нестероидные Противовоспалительные Противогрибковые Коллоидные и кристаллоидные растворы (Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)	Тетрациклины Фторхинолоны Цефалоспорины Нитроимидазолы Макролиды	Тетрациклины Фторхинолоны Цефалоспорины Нитроимидазолы

Беларусь) в ведении воспалительных заболеваний органов малого таза, по сравнению с Европейскими странами и Великобританией, преобладает большее число лабораторно-диагностических мероприятий и медикаментозных методов лечения.

Литература:

1. <http://www.cdc.gov/>
2. Sutton MY, Sternberg M, Zaidi A, St Louis ME, Markowitz LE (December 2005). «Trends in pelvic inflammatory disease hospital discharges and ambulatory visits, United States, 1985–2001». *Sex Transm Dis* 32 (12): 778–4.
3. Lauren Nathan; DeCherney, Alan H.; Pernoll, Martin L. (2003). *Current obstetric & gynecologic diagnosis & treatment*. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill.
4. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socio-economic status on hospital use in New York City. *Health Affairs (Millwood)* 1993;12 (1):172–173.)
5. Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Aff (Millwood)* 1996;15 (3):239–249
6. Jonathan D C Ross Why is the incidence of pelvic inflammatory disease falling? *BMJ* 2014; 348
7. <http://www.rightdiagnosis.com>
8. Статистический сборник. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 гг. Астана-Алматы

10. ПРОЧИЕ ОТРАСЛИ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Профилактика профессионального инфицирования медицинских работников вирусным гепатитом и ВИЧ-инфекцией

Акимова Галина Михайловна, преподаватель первой категории
ГБОУ СПО – техникум «Борское медицинское училище» (Самарская область)

Цель исследований: определить риск инфицирования медицинских работников вирусным гепатитом и ВИЧ-инфекцией.

Риск инфицирования многократно возрастает при несоблюдении персоналом мер индивидуальной защиты, в связи с этим в сознании медицинских работников необходимо формировать эпидемическую настороженность ко всем пациентам, как к возможным источникам гемоконтактных инфекций.

Особенность эпидемиологической ситуации современного мира — болезни, возбудители которых передаются через кровь.

Персонал должен знать свои права на безопасные условия труда, на необходимость иммунизации против гепатита В до начала медицинской практики в учреждении. Необходимо избегать любых манипуляций с использованными шприцами и иглами после проведения инъекций (например, не накрывать иглу колпачком, удаление иглы из шприца, ополаскивание, замачивание).

Заражение вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией возможно при элементарных манипуляциях (взятие крови, инъекции), при более сложных (венесекция и катетеризация сосудов) и ответственных процедурах (биопсия и трансплантация тканей, органов, костного мозга). Опасность заражения существует при трансфузиях крови и ее компонентов, поскольку в современных условиях кровь проверяется лишь на ограниченное число инфекций (ВИЧ-инфекция, гепатиты В, С, сифилис). Обеззараживание рук медицинского персонала (гигиеническое мытье, гигиеническая обработка, хирургическая обработка) и кожных покровов пациентов (обработка операционного, инъекционного полей, локтевых сгибов доноров) являются важнейшими мероприятиями в системе профилактики инфицирования медицинского персонала и пациентов. Обработка рук медицинского персонала обеспечивает удаление грязи, уничтожение транзитной микрофлоры и снижение численности резидентной микрофлоры. Цель обработки кожных покровов пациентов — предотвращение проникновения резидентной и транзитной микрофлоры с поверхности

кожных покровов в низлежащие слои кожи, ткани, внутренние полости организма, периферический и магистральный кровотоки.

Задачи исследований: определить меры предосторожности при работе с инфицированным материалом.

1. Для предупреждения травм иглами и другим острым инструментарием:

- не сгибайте, не ломайте и не надевайте на иглы колпачки, выбрасывайте сразу со шприцом в пластмассовый контейнер

- кладите одноразовый и колющие инструменты в контейнер сразу, после использования.

- избегайте ненужных манипуляций с зараженными инструментами.

2. Для предупреждения контакта открытых ран и слизистых оболочек:

- закрывайте поврежденные участки кожи и открытые раны непромокаемыми повязками;

- мойте руки после контакта с кровью или жидкими выделениями организма;

- образцы крови и жидкие среды организма помещайте в контейнеры;

- надевайте защитные очки при работе с образцом крови;

- испачканное кровью белье следует транспортировать в герметичных мешках или же в свернутом виде — грязной стороной внутрь;

- надевайте защитные очки, если возможен контакт с брызгами крови (во время больших хирургических операций или стоматологических процедурах);

- всасывание ртом должно быть заменено механическими пипетками во всех лабораторных, имеющих дело с кровью и жидкими выделениями человека.

3. Передача через зараженные инструменты:

- используемые инструменты, после каждого использования должны пройти дезинфекцию, предстерилизационную очистку и стерилизацию;

- заменяйте инъекции пероральным (через рот) путем лекарственных средств;

4. Переливание инфицированной крови:

— любая кровь для переливания не должна содержать антител ВИЧ. В тех случаях, когда тестирование невозможно, переливание крови следует производить только в случае крайней необходимости;

— по возможности, заменяйте переливание крови переливанием других подходящих для внутривенного введения жидкостей;

— у пациентов, страдающих анемией, следует выявить причину и лечить ее. Нахождение крови и жидких сред организма на поверхности предметов (стола, пола):

— удаляйте кровь или жидкие среды организма с помощью бумажных или тканевых полотенец, не испачкав руки;

— мойте загрязненные поверхности предметов горячим моющим раствором;

— продезинфицируйте поверхности этих предметов.

5. Удаление отходов:

— жидкости (кровь) утилизируют в канализацию или выгребную яму только после дезинфекции (замачивают в 3% растворе хлорамина в течение 60 минут);

— твердые отходы, такие как пропитанные кровью перевязочный материал, санитарные подстилки и прокладки, плацента или взятые для биопсии образцы различных тканей, должны сжигаться или закапываться с соблюдением мер предосторожности;

Объект исследований:

Опасность инфицирования вирусным гепатитом и ВИЧ-инфекцией зависит от степени нарушения целостности кожных и слизистых покровов. Риск заражения тем больше, чем обширнее и глубже кожный контакт (уколы и порезы). При нарушении целостности тканей опасность заражения медперсонала составляет около 0,3%; при попадании крови, инфицированной ВИЧ, на слизистые оболочки риск ещё ниже — 0,09%, а при контакте неповрежденной кожи с кровью риск практически равен нулю. Укол иглой после взятия крови из вены больного опаснее укола, чем после внутримышечной инъекции. Риск также зависит от стадии болезни: в острой стадии ВИЧ-инфекции, а также на поздних стадиях (СПИД), когда уровень вирусемии высок, опасность наибольшая. Если больной получает антиретровирусную терапию, то важна её длительность, так как на фоне лечения идёт постепенное уменьшение вирусной нагрузки (содержание вируса в крови); риск заражения от такого пациента снижается. В отдельных случаях для проведения постконтактной профилактики важно наличие у больного резистентных штаммов ВИЧ. Факторы, от которых зависит риск заражения медицинского персонала ВИЧ-инфекцией:

— степень нарушения целостности тканей;

— степень контаминации инструмента;

— стадия ВИЧ-инфекции у пациента;

— получение больным антиретровирусной терапии;

— наличие у больного резистентных штаммов ВИЧ.

Самарская область на протяжении последних десяти лет является одним из двух регионов России (наряду с Ир-

кутской областью), имеющих самые высокие показатели пораженности населения ВИЧ-инфекцией.

По данным ГБУЗ «Самарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД» в 2012 году были поставлены на диспансерный учет 89 медицинских работников, пострадавших в аварийных ситуациях при оказании медицинской помощи ВИЧ — инфицированным пациентам (в 2011 году — 62). Аварийные ситуации были зарегистрированы в 49 медицинских организациях Самарской области, в том числе в ГКБ №5 г. о. Тольятти — 15, Станции скорой помощи г. о. Самара — 7, ГБ№8 г. о. Самара — 6, Клиниках Сам ГМУ — 4, ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова — 4, Станции скорой помощи г. о. Тольятти — 4, ГКБ№2 им. Н.А. Семашко — 4, ГДКБ — 4. Среди пострадавших 40,4% врачей (акушеры — гинекологи — 19,4%, хирурги — 44,4%, стоматологи — 16,6%, анестезиологи — реаниматологи — 11,1%) и 51,7% средних медицинских работников (95,6% медицинских сестер и 4,4% лаборантов). В 28,1% случаев аварийные ситуации произошли при оказании медицинской помощи в хирургических отделениях стационаров, 13,5% — в роддомах, 12,4% — в отделениях реанимации и интенсивной терапии, по 6,7% — в инфекционных отделениях, противотуберкулезных диспансерах, стоматологических кабинетах, 4,5% — в детских отделениях больниц. Стаж работы до 10 лет имели 46% пострадавших медицинских работников, 30,3% от 11 до 20 лет, 23,6% — более 20 лет. Следует отметить, что 41,6% аварийных ситуаций возникли при выполнении инъекций, катетеризации вен, заборе крови из вены, 25,8% — при оперативных вмешательствах, 8,8% — при разборке и мойке медицинского инструментария. Таким образом, причинами травм в 49,4% случаев стали укол инъекционной иглой, 16,8% — попадание биоматериала на слизистые, 8,9% — попадание биоматериала на неповрежденную кожу, 11,2% — укол шовной иглой. Постконтактную профилактику антиретровирусными препаратами получили 75 человек (84,3%), в 12 случаях (13,5%) таковая не проводилась, в том числе по причине отказа медработников — 2, позднего обращения — 2

В 2013 году был доказан путь передачи ВИЧ — инфицирования медработнику в хирургическом отделении по Самарской области.

В ГБУЗ СПО «БЦРБ» были зарегистрированы 3 случая заражения ВИЧ — инфекцией: один в хирургическом отделении, один в инфекционном отделении и в педиатрии.

Выводы: основными причинами аварийных ситуаций являются отсутствие должной настороженности к пациенту как к вероятному источнику инфекции, не достаточная обеспеченность современными медицинскими инструментами, средствами защиты, контейнерами для сбора использованного медицинского инструментария, а так же неиспользование средств индивидуальной защиты. В медицинских организациях не в полном объеме выполняется комплекс мероприятий, предписанный СП 3.1.5.2826—10

«Профилактика ВИЧ-инфекции» при аварийных ситуациях: постконтактная профилактика начинается более чем через два часа из-за отсутствия антиретровирусных препаратов; не проводится обследование на ВИЧ-инфекцию пациентов с неизвестным ВИЧ-статусом при наличии экспресс-тестов, что не позволяет оперативно решать вопрос о необходимости назначения антиретровирусных препаратов, образцы крови пациента — потенциального источника инфекции и пострадавшего медработника для стандартного тестирования на ВИЧ в ИФА и их хранения в течение 12 месяцев после аварийной ситуации в ГБУЗ «Самарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД» не направляются, акты заполняются не брежно, без указания медицинских организаций, отделения, из акта неясна причинно — следственная связь между выполнением профессиональных обязанностей и возникшей аварийной ситуацией, отсутствуют сведения о пациенте.

Предложения: медицинские работники нуждаются в проведении более тщательных профосмотров с использованием расширенного спектра маркеров вирусного гепатита В. Направлять медицинских работников, получивших травму при оказании медицинской помощи ВИЧ — инфицированным пациентам в территориальные центры СПИД в обязательном порядке для достоверного учета аварийных ситуаций и обеспечения диспансерного наблюдения. Для уменьшения опасности заражения медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях рекомендовано:

— регулярное информирование и обучение медицинских работников методам профилактики при контакте с потенциально инфицированным материалом;

— недопущение к работе с больными любого профиля, биоматериалами и загрязненными ими предметами медицинских и технических работников, имеющих повреждения кожи (раны, трещины, мокнувшие дерматиты);

— обеспечение всех рабочих мест дезинфицирующими растворами и стандартной аптечкой для экстренной профилактики;

— правильный забор и обработка инфицированного материала, включая различные биологические жидкости, использованные инструменты и грязное бельё;

— использование индивидуальных средств защиты: перчаток, очков, масок, фартуков и другой защитной одежды;

— проведение вакцинации от гепатита В всех медицинских работников, в первую очередь относящихся к группе профессионального риска;

— регулярный скрининг всего персонала на вирусы гепатита и ВИЧ (до начала работы и в её процессе);

— строгий административный контроль над выполнением профилактической программы.

Заключение: в настоящее время наиболее важное значение имеет тот факт, что заболевания профессиональным вирусным гепатитом и ВИЧ-инфекцией можно предотвратить. Улучшение организации труда за последние 10—15 лет и особенно внедрение вакцинации привели к тому, что вирусный гепатит превратился в инфекцию, которой заболевают не только по причине непреодолимого профессионального риска, но и из-за собственной неосторожности или недостаточной защиты работников. Работы по разработке вакцины против вирусного гепатита С ведутся, но они еще далеки от завершения.

Литература:

1. О мерах по совершенствованию профилактики парентеральных вирусных гепатитов // Фармацевтический вестник. 2000. — №5 — с. 14—16.
2. Парентеральные гепатиты // Журнал «Медицина». 1991. — №4 — с. 17
3. Профилактика парентеральных гепатитов // Бюллетень «Вакцинация». 1997. — №10 — с. 15
4. Письмо Заместителя министра Самарской области от 09.04.2013. №30.—05/304 «О профилактике профессионального инфицирования ВИЧ медицинских работников Самарской области»
5. <http://medi.ru/doc/8591113.htm>. Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С у медицинских работников (MEDI. RU)
6. http://ilive.com.ua/health/profilaktika-vich-infektsii-i-gepatita-s_24318i160.htm.

Социально-экономические аспекты работы медицинских психологов в учреждениях здравоохранения

Карпенко Оксана Николаевна, аспирант
Волгоградский государственный медицинский университет

Работа клинического психолога в различных учреждениях здравоохранения представляет собой не только профессиональные манипуляции, но и определенные социальные и экономические составляющие, как и в любом

другом труде, а именно: заработная плата и оценка труда в профессиональном коллективе среди коллег-медицинских работников, а также пациентов/клиентов, обращающихся к ним за помощью.

Ключевые слова: *клинический психолог, медицинские работники, здравоохранение, профессиональная деятельность.*

Social and economic aspects of the medical psychologist's job on the health care institutions

Karpenko Oksana Nikolaevna, Post-graduate student
The Volgograd state medical university

Clinical psychologist's job in various health care institutions is not only a professional manipulation, but also certain social and economic components, as in any other work, namely wages and evaluation of the work of a professional team with colleagues-medical staff, and patients/clients who apply to them for help.

Keywords: *a clinical psychologist, health professionals, the health care system, professional activity.*

Здравоохранение занимает особое место в социально ориентированном обществе. Его проблематика всегда была актуальной как на житейском, так и на теоретическом уровне, что обусловлено ориентацией на главные ценности индивида и общества — здоровье и жизнь, которые неотъемлемо связаны со здравоохранением. Данная ориентация предполагает отношения, в которых объектом оценки становится деятельность конкретной профессиональной группы людей, несущих непосредственную ответственность за жизнь и здоровье всех членов общества. Эту группу принято называть медицинскими работниками. Кроме того, относительно недавно в учреждениях медицинского профиля деятельности появилась должность «медицинский психолог», которую занимают специалисты в области клинической психологии. Обращаясь к самим медицинским учреждениям, то в соответствии с гражданским законодательством, они могут являться как частными (образованными гражданским либо юридическим лицом), так и государственными или муниципальными (образовано РФ, ее субъектом либо муниципальным образованием).

Соответственно, заработная плата медицинских психологов в обоих случаях существенно различна. Так, в государственных или муниципальных учреждениях она складывается из оклада и материальных надбавок за категорию специалиста в области клинической психологии (в зависимости от уровня своей профессиональной подготовленности медицинскому психологу могут быть присвоены 11-й, 12-й — стаж работы в должности не менее 5 лет, 13-й — стаж работы в должности не менее 7 лет, или 14-й разряды, стаж работы при котором не менее 10 лет), в то время как в частных клиниках и медицинских центрах она зависит от оклада, качества и количества проведенных психолого-диагностических и психокоррекционных процедур, что выражается в премиальной части. При этом, возрастает заинтересованность специа-

листа в повышении качества своих услуг и конкурентоспособности в данной отрасли.

Исходя из ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» №83-ФЗ от 08.05.2010, вступившего в силу 1 января 2011 г., который вносит изменения в правовой статус бюджетных учреждений, государственные и муниципальные учреждения стали делиться на следующие категории: автономные, бюджетные и казенные. Самое главное отличие бюджетных и казенных учреждений для нас в данном случае — это то, что доходы бюджетного учреждения используются по его же усмотрению, не перечисляя их в доход бюджета, а казенные — полностью лишены такого права, что не могло отразиться на сотрудниках, в том числе и на медицинских психологах. Так, при оказании платных услуг, медицинский психолог фактически никаких процентов с оказанной платной консультации не получает, более того, данная услуга не включена в плановые показатели работы при отчете за месяц. Таким образом, в казенных учреждениях образовался «замкнутый круг» — платная услуга есть, а оплаты за нее нет — так называемая «добровольно-принудительная волонтерская деятельность специалиста», а в бюджетных учреждениях данная ситуация гораздо лучше (специалисты получают дополнительное материальное вознаграждение в качестве процентов от стоимости услуги).

Специалисты, получившие образование и некоторый стаж в государственных учреждениях здравоохранения, в большинстве своем, переходят в частные клиники из-за материальной составляющей профессионального труда. Однако существенен и другой аспект перехода специалиста из государственной в коммерческую структуру здравоохранения. Этим аспектом является отношение медицинских работников высшего профессионального звена (врачей) к данной профессии. Так как в любом обществе

существуют различия между классами, слоями и социально-профессиональными группами, стала актуальной проблема места клинических психологов среди медицинских работников, а также в социальной структуре общества в целом.

Работая в тесном содружестве с врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом, другими специалистами бригады, осуществляющими оказание психотерапевтической и психиатрической помощи, клинический психолог самостоятельно проводит необходимые консультативно- и психодиагностические, психокоррекционные мероприятия в лечебных, реабилитационных, психогигиенических психопрофилактических программах для пациентов с реакциями дезадаптации, стресса и других непсихотических, психосоматических расстройств. В содружестве с лечащим врачом (психиатром, психотерапевтом, интернистом), в качестве консультанта или сотрудника терапевтической бригады, клинический психолог принимает участие в лечении и реабилитации больных с психическими и соматическими расстройствами в стадии ремиссии и других патологиях, в развитии которых психосоциальные факторы играют немаловажную роль. Однако при анкетировании психиатров и психотерапевтов государственных лечебных учреждений выяснилось, что большинство из них (83%) считают медицинских психологов своими «помощниками», а не специалистами, в то время как медицинские психологи проводят психодиагностику, пишут индивидуально-психологические и экспертные (в случае судебной экспертной деятельности в комплексных психолого-психиатрических экспертизах выступают как эксперты наравне с врачами-психиатрами) заключения, проводят психокоррекционные мероприятия. Положения о клиническом психологе и ряд других документов, использование которых необходимо для практической организации психологической помощи в учреждениях здравоохранения, утверждены приказом Минздрава России от 30.10.95 г. №294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» и Приказом Минздрава России от 26.11.96 г. №391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь». Поэтому переходя в частное медицинское учреждение, специалист в области клинической психологии становится равнозначным специалистом, к которому могут прийти как по направлению от врача-психиатра, так и непосредственно с психологическими проблемами, не ставя социальные штампы, которые практически не уходят с разрешением имеющейся проблемы внутриличностного либо социально-психологического характера. Таким образом, специалист получает как материальное, так и моральное вознаграждение.

Литература:

1. Доника, А.Д., Засядкина И.В., Трофименко С.Ю. Гендерные аспекты профессионализации в условиях современной высшей школы/Материалы конференции «Проблемы и опыт реализации болонских соглашений», Черногория (Будва), 11–18 сентября 2011 г. — с. 118.

В России высшее образование зачастую используется как общее, дающее определенный уровень культуры, а не специальное. Несмотря на то, что экономические мотивы преобладают при принятии решения получить высшее образование, они в значительной части случаев не оказывают влияния на выбор конкретной специальности. Проведенное социологическое исследование на модели студентов старших курсов вуза медицинского профиля, показало, что мотивы выбора врачебной профессии большинством студентов не конкретизированы [1, с. 118].

Третья, и последняя описываемая в данной статье сторона профессиональной деятельности — это отношение социума к данной профессии. Психология все больше проникает в жизнь человека благодаря средствам массовой информации, популярной литературе. И, тем самым, пациенты начинают обращаться за помощью к консультирующим специалистам-психологам, отличая их от психотерапевта и психиатра, тем самым, снимая «барьеры», страхи быть высмеянными в близком окружении. Исходя из возможности прохождения анонимной консультации, общество старается избегать государственные учреждения, отдавая предпочтения частнопрактикующим специалистам, к тому же распространено мнение, что заплатив за прием в частной клинике, может рассчитывать на более качественно оказанную помощь (в частных клиниках существует отбор специалистов с опытом работы, подтвержденными сертификатами и какими-либо иными знаками отличия, что подтверждает высокий уровень оказания медико-психологических услуг).

Стоит также упомянуть, что совсем недавно было принято решение о создании психологической службы страны, связанное с ростом экстремальных ситуаций, в последствиях которых участие медицинских психологов уже не только признано, но и постоянно практикуется в МЧС, однако сотрудничество психологов этой сферы и других кризисных служб недостаточно налажено. Статус психолога в системе здравоохранения остается невысоким, в том числе из-за того, что в условиях кризиса пациент оказывается перед выбором, какие диагностические процедуры он имеет возможность оплатить в первую очередь. И нередко предпочтение отдается медицинской диагностике.

Таким образом, подведем итоги исследования: социально-экономические особенности деятельности медицинских психологов таковы, что в силу малой материальной составляющей работы, грамотные специалисты уходят либо в частные учреждения здравоохранения, либо меняют свой профиль профессиональной деятельности, не получая поддержки со стороны профессионального окружения: врачей-психиатров и психотерапевтов.

2. Медицинская и судебная психология. Курс лекций: Учебное пособие/Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Ф. С. Сафуанова. — 3-е изд. — М.: Генезис, 2011. — 606 с.
3. А. Юсов, Влияние инновационной экономики на рынок труда/XVI Кондратьевские чтения «Человеческий капитал: мировые тенденции и российская специфика». Тезисы докладов и выступлений участников чтений. М.: Международный фонд Н. Д. Кондратьева, 2009 — с. 141–147.
4. Федеральный закон от 31.05.2001 N 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» (ред. от 06.12.2011). — Режим доступа: <http://www.expgarant.ru/116-fz-o-gosudarstvennoj-sudebno-yekspertnoj-deyatelnosti-v-ri-73-fz-ot-31052001g.html>

Роль лаборатории в раннем выявлении туберкулеза на селе

Малинова Тамара Владимировна, участковый врач-фтизиатр
БУ «Ибресинская ЦРБ» (Республика Чувашия, п. г. т. Ибреси)

Заболеемость туберкулезом легких, в т. ч. туберкулезом органов дыхания у жителей села выше, чем у горожан. Охват профилактическими осмотрами ниже, что увеличивает число больных, выявленных по обращаемости.

Стратегия ВОЗ, внедренная в Чувашской Республике, одним из аспектов предусматривает улучшение работы врачей общей лечебной сети по выявлению туберкулеза. С этой целью во всех ЛПУ организованы кабинеты сбора мокроты, лаборатории снабжены бинокулярными микроскопами. Разрешающая способность последних выше, чем монокулярных микроскопов.

Микробиологические исследования имеют чрезвычайно важное значение в системе выявления больных туберкулезом и являются одними из основных критериев верификации диагноза туберкулез (ТБ). Несмотря на это, в нашей стране организационные методы выявления туберкулеза прошлых лет были в основном направлены на использование рентгенологических исследований, в то время как микробиологическая диагностика ТБ играла второстепенную роль. В РФ диагностика ТБ осуществляется как в клинико-диагностических лабораториях общей лечебной сети (КДЛ ОЛС), где проводится первичное выявление бациллярных больных туберкулезом, так и в специализированных бактериологических лабораториях противотуберкулезной службы (БЛ ПТС), осуществляющих диагностические исследования и верификацию диагноза «туберкулез». В приказе №109 от 21.03.2003 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ» большое значение уделяется бактериологическому обследованию населения с целью раннего выявления туберкулеза.

Микроскопия позволяет быстро получить результат, но обладает низкой чувствительностью и специфичностью, невозможностью дифференциации кислотоустойчивых микобактерий.

Микобактерии туберкулёза имеют вид тонких, слегка изогнутых палочек различной длины с утолщениями на концах или посередине, располагаются группами и поодиночке (рисунок 1, а)

При бактериоскопии мазка, окрашенного по Цилю-Нильсену, микобактерии туберкулеза могут быть обнаружены при наличии не менее 100000–1000000 бактериальных клеток в 1 мл патологического материала (мокроты). Такое большое количество микобактерий встречается у больных с далеко зашедшими прогрессирующими формами заболевания (диссеминированными и фиброзно-кавернозными). У значительно большего числа больных количество выделяемых ими микобактерий ниже предела метода бактериоскопии, что и является большим минусом этого метода. Только при идеальном выполнении всех требуемых условий, указанных в Приказе №109 МЗ РФ, — исследование не менее трех проб диагностического материала, правильный сбор мокроты, наличие современного бинокулярного микроскопа и высококачественных реактивов, просмотр до 300 полей зрения — возможно повышение чувствительности до 10000 микробных клеток.

Недостаточная квалификация любого специалиста в вопросах диагностики туберкулеза, показаний для применения различных методов обследования больного ведет к запоздалому выявлению заболевания и ухудшает его прогноз. Поздняя диагностика туберкулеза у значительной части больных сопровождается массивным бактериовыделением, что представляет эпидемиологическую опасность для окружающих: как для проживающих с больным лиц, так и для обслуживающего медицинского персонала. Поэтому своевременное выявление туберкулеза имеет большое значение не только с медицинской или социальной, но и с эпидемиологической точки зрения, так как ограничивает распространение инфекции среди здорового населения.

В условиях сокращения плановых флюорографических обследований населения возрастает роль общей лечебной сети в выявлении туберкулеза по клиническим проявлениям заболевания. В связи с этим необходима постоянная организационно-методическая работа противотуберкулезных кабинетов с врачами общей лечебной сети. При оценке работы врачей поликлиник следует обращать особое внимание на полноту и своевременность

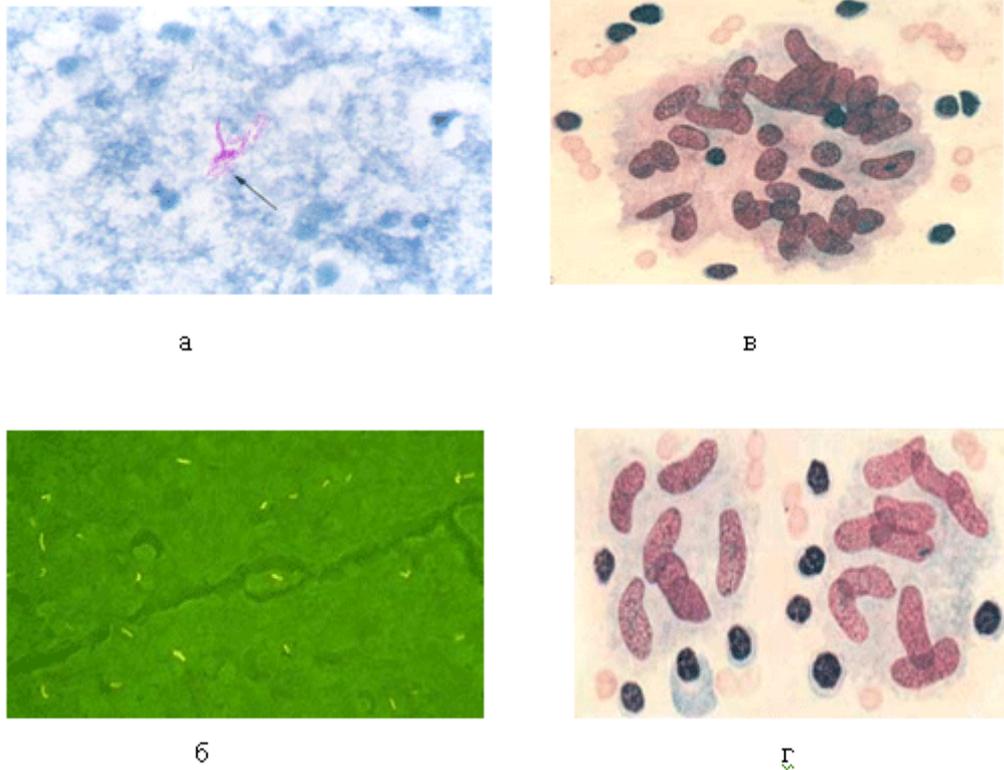


Рис. 1. Микобактерии туберкулеза

a — метод окраски по Цилю-Нельсену; *б* — метод люминисцентной микроскопии; *в* — клетки Лангхаса; *г* — эпителиоидные клетки

выполнения диагностического минимума обследования на туберкулез у пациентов с повышенной температурой, предъявляющих жалобы или имеющих симптомы, подозрительные на туберкулез.

Отсутствие эффекта от проведенного противовоспалительного лечения неспецифическими средствами (в том числе антибиотиками) должно вызвать у любого специалиста подозрение о наличии у больного туберкулеза.

Однако, выявление туберкулеза должно основываться на комплексе анамнестических и клинико-лабораторных данных.

Собирая анамнез больного, врач любой специальности, памятуя о распространенности туберкулеза среди населения и возможном его наличии у данного пациента, должен задать ему вопросы о факторах риска и выяснить, не состоял ли он ранее на учете в противотуберкулезном учреждении (ПТУ) по любому поводу, включая изменение реакций на туберкулиновые пробы и неясный диагноз.

При анализе жалоб больного надо иметь в виду, что они могут носить неопределенный характер: утомляемость, раздражительность, плаксивость, плохой сон, ночные поты, плохой аппетит, повышение температуры тела по вечерам. Эти жалобы характерны для многих заболеваний, но могут быть признаками и туберкулезной интоксикации, особенно если они сочетаются с небольшим повышением СОЭ и изменениями в формуле крови. Для туберкулеза органов дыхания более характерными жалобами

являются кашель (с выделением мокроты или без нее), кровохарканье или легочное кровотечение. Однако эти жалобы, в том числе кашель, у больного туберкулезом легких могут длительное время отсутствовать. Наиболее надежным признаком заболевания туберкулезом является наличие микобактерий туберкулеза (МБТ) в мокроте или других биологических жидкостях (в моче, отделяемом из язв и свищей, спинномозговой жидкости, промывных водах бронхов и желудка), а также в биоптатах тканей. Однако МБТ удается обнаружить не более, чем у 50% заболевших туберкулезом. Выявляются они чаще в далеко зашедших стадиях туберкулеза. В более ранних стадиях находки их отмечаются не более, чем в 30–33% случаев.

Группы населения, подлежащие микробиологическому обследованию:

— лица, впервые обратившимся за медицинской помощью в данном году при наличии у них кашля с мокротой свыше 3 недель. — больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, госпитализированные в общесоматические стационары;

— нетранспортабельные больные в связи пожилым возрастом или тяжелыми сопутствующими заболеваниями,

— население труднодоступных районов и др.). — лица с рентгенологическими изменениями в легких.

Бактериологическое исследование мокроты осуществляется самостоятельно или одновременно с флюоро-

графическим обследованием. У нетранспортабельных кашляющих пациентов, которые не могут явиться на флюорографическое обследование, исследуется мокрота на возбудитель туберкулёза.

Сбор мокроты осуществляется на дому. У этого контингента больных производится комплексное исследование мокроты: трехкратная бактериоскопия и два посева. Применение бактериоскопического метода обследования дополнительно к культуральному диктуется повышенной эпидемиологической опасностью недиагностированных больных из этой группы, так как в их окружении нередко бывают дети. Основной резервуар туберкулезной инфекции составляют больные туберкулезом легких, выделяющие кислотоустойчивые микобактерии туберкулеза в большом количестве, которые сравнительно легко могут быть обнаружены в мокроте методом прямой микроскопии. У подавляющего большинства больных, выделяющих кислотоустойчивые микобактерии и представляющих эпидемиологическую опасность, имеется деструктивный туберкулезный процесс в легких.

Обследовано 116 пациентов с впервые выявленным туберкулезом в возрасте от 20 до 84 лет. Из них у 45 пациентов в исследовании мокроты на МБТ использовался монокулярный микроскоп (1 гр.) В обследовании 71 больного (2 гр.) применялся бинокулярный микроскоп.

МБТ у пациентов 1-й гр. выявлены в 13 случаях (28,9%). Следует отметить, что в 10 из них МБТ обнаружены в специализированном учреждении. Среди больных 2-й гр. МБТ имело место в 46 наблюдениях (64,7%), причем в 25 случаях (54,3%) МБТ выявлены в лаборатории ОЛС. Более высокая частота выделения МБТ не связана с тяжестью процесса. Частота деструкций в легких была одинаковой (57,8% в 1-й гр. и 60,8% во 2-й гр.). Клиническая симптоматика наиболее выражена у больных с деструктивными и распространенными формами туберкулеза, при малых формах обычно отмечают малосимптомное течение заболевания. Врачебный осмотр больного при малых формах туберкулеза органов дыхания, как правило, дает мало информации для диагностики.

Больные с малыми формами заболевания без деструкции легочной ткани выделяют значительно меньшее количество КУМ, что может быть ниже предела обнаружения методом микроскопического исследования.

Увеличению частоты обнаружения МБТ способствовало адекватное отношение к кратности микроскопии. В 1 группе 3-х кратное обследование было в 40% случаев, в остальных наблюдениях мокрота микроскопировалась 1–2 раза или вообще не просматривалась. Во 2-й группе только у 1 больного допущено 1-кратное исследование мокроты.

Улучшение микробиологической диагностики — путь к более раннему выявлению туберкулеза. Время с момента обращения бациллярного больного к терапевту до направления к врачу-фтизиатру в 1 гр. составило в среднем 12 дней (от 1 дня до 45 дней), во 2 гр. — 5 дней (от 1 до 17 дней).

Таким образом, улучшение работы микробиологической лаборатории ОЛС увеличило частоту обнаружения МБТ, что привело к сокращению сроков обследования больных. Данный метод позволяет в короткие сроки выявить наиболее эпидемически опасных больных туберкулезом.

Одновременно с микроскопией обязательно проводят посев мокроты на питательные среды, который подтверждается на Республиканском уровне.

Еще одна серьезная проблема — рост больных с лекарственно устойчивым туберкулезом.

В условиях напряженной эпидемиологической ситуации по туберкулезу в РФ особенно остро стоит проблема лекарственно-устойчивого туберкулеза. В связи с широким распространением в последние годы штаммов *Mycobacterium tuberculosis* с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ), весьма актуальными задачами являются изучение биологических особенностей этих штаммов, оценка уровня их распространенности и разработка эффективных методов микробиологической диагностики туберкулеза с МЛУ. Ранняя диагностика этих заболевших наиболее важна для профилактики заражения здоровых людей. По прогнозам отдела лабораторной диагностики научно-исследовательского института фтизиатрии г. С-Петербурга в скором времени станут обязательными молекулярно-генетические методы исследования при диагностике туберкулеза. Это даст возможность диагностировать лекарственно-устойчивые формы туберкулеза через 4 дня после поступления пациента в стационар, а через месяц врачу уже будет известно, к каким именно препаратам возникла устойчивость.

Литература:

1. Бактериологические методы Микроскопия мазка http://www.dntpasteur.ru/metodic4_2_1.php
2. Методические указания. организация дифференцированного флюорографического обследования населения <http://zakon.law7.ru/base77/part4/d77ru4073.htm>
3. Лекарства есть, диагностика есть, но туберкулез не сдаётся <http://www.vppress.ru/stories/Lekarstva-est-diagnostika-est-no-tuberkulez-ne-sdaetsya-14779>
4. Методы диагностики туберкулёза http://www.medicinform.net/tuberculos/book/tb_book4.htm
5. Раннее выявление туберкулёза у детей и подростков http://ushook.ucoz.ru/news/rannee_vyjavlenie_tuberkuljoza_u_detej_i_podroستkov_obsledovanie_na_tuberkulez_u_detej/2013-12-22-87

Изучение отношения врачей первичного звена к интеграции доказательной медицины (на примере г. Волгограда)

Трофименко Светлана Юрьевна, соискатель
Волгоградский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются современные тенденции отношения врачей первичного звена к интеграции элементов доказательной медицины в отечественную практику. На основании данных социологического опроса врачей-терапевтов в городских поликлиниках Волгограда автор выявляет три группы медицинских работников по степени позитивности к медицине, основанной на доказательствах.

Ключевые слова: врач, доказательная медицина, Evidence-based medicine.

Для создания единых стандартов оказания медицинской помощи необходима инновационная методология, инновационная методика познания и действия, которая соответствовала бы требованиям, предъявляемым к медицинскому обслуживанию в современном российском обществе.

За рубежом такой инновацией стала концепция медицины, основанной на доказательствах («Evidence-based medicine»). По мнению специалистов в настоящее время доказательная медицина является основополагающим инструментом для принятия решения о выборе медицинской технологии для большинства медицинских работников в Европе и США. Контент-анализ англоязычных статей с термином «Evidence-based medicine» позволил нам выяснить, что за рубежом выделяют три различные, но взаимозависимые области медицины, основанной на доказательствах.

1) При лечении отдельных пациентов с острыми или хроническими патологиями врачи призваны выбирать вариант лечения, основанный на результатах лучших научных клинических исследований. Главный постулат доказательной медицины (ДМ) таков: каждое клиническое решение врача должно базироваться на научных фактах.

2) Вторая область — систематический обзор медицинской литературы. Первым человеком, который попытался разработать алгоритм поиска и оценки качества научных публикаций, был английский врач-эпидемиолог Арчи-Кокран (Archie Cochrane). Фактически Кокран предложил широко использовать мета-анализ — метод статистического обобщения результатов исследований по одной теме, выполненных разными исследователями в разное время [2, с. 5].

3) ЕВМ — как медицинское «движение», в котором работающие специалисты пытаются популяризовать метод и полноценность практики ЕВМ в образовательных учреждениях, в здравоохранении и научных сообществах.

Однако ни в зарубежной, ни в отечественной литературе пока не существует единого общепринятого определения доказательной медицины, или медицины, основанной на доказательствах. Общим для всех этих определений является то, что любой термин со словом «evidence» автоматически приобретает значение научного основания. Наиболее широко цитируется в российской медицинской

печати определение EvidenceBasedMedicineWorkingGroup, которое характеризует ЕВМ как раздел медицины, основанный на доказательствах, предполагающий поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах больных [3, с. 2433]. При этом, в основе понятия «evidence», которое переводится на русский язык как «доказательство, очевидность» лежит представление о необходимости контролируемого (сравнительного) эксперимента или наблюдения и оценки статистической значимости результатов.

Кроме этого, в зарубежной медицинской практике EvidenceBasedMedicine остаются не решенными многие этические вопросы в отношениях «врач-пациент». Так, в рамках доказательной медицины врач иногда бывает фактически вынужден отказываться от своих базовых этических принципов (включая принцип «не навреди») в угоду навязанному «правильным» процедурам [1, с. 47–48].

Ориентации на общеевропейские ценности в процессе модернизации отечественного здравоохранения необходимы, но без учета исторических традиций и социально-экономических реалий, осмысления особенностей работы российского врача и его отношения к интеграции доказательной медицины в его профессиональную деятельность это останется на уровне механического заимствования «модной технологии».

В связи с этим основной исследовательской задачей на данном этапе нашей работы явилось изучение отношения врачей первичного звена к интеграции элементов доказательной медицины. Этот выбор медицинских работников стал целенаправленным. Мы согласны с мнением Н. Н. Седовой о том, что терапевты профессионально умеют обращать внимание не только на видимые физические симптомы болезни или недвусмысленные результаты обследования организма пациентов, не только диагностируют болезнь, устанавливают ее причины, но и имеют тенденцию обращать внимание на связь между природой болезни и образом жизни человека, который заболел [3, с. 122–125]. Итак, врачи-терапевты диагностируют, лечат и предупреждают заболевания. Если интегрировать отдельные элементы медицины, основанной на доказательствах, в социально-экономические реалии российской медицинской практики, то в соответствии с концепцией ДМ

в большинстве случаев диагноз, прогноз и результаты лечения для конкретного больного должны будут быть выражены через вероятности. Естественно, что чем больше профессиональный стаж, тем эффективнее врач умеет оценить вероятность того или иного явления на основе предыдущего опыта. Так, например, в ходе наблюдений за работой врача-терапевта с пациентом, у которого диагностировалось редкое (орфанное) заболевание, медицинский работник занял открытую позицию. Он сообщил пациенту общие рекомендации, объяснил, что в его практике был подобный случай много лет назад, и что медицина не стоит на месте, и он завтра ждет этого пациента, чтобы обсудить с ним современную научно-обоснованную схему лечения этого редкого заболевания. Таким образом, деятельность врача-терапевта — это решение проблем конкретного больного: как и почему назначить пациенту именно те, а не другие лекарственные препараты, выбрать именно эту схему лечения, а не другую. При этом врач-терапевт обязан учесть в своей работе действующие медико-экономические (МЭС) и нормативные стандарты (16 пациентов за 4 часа приема). Все это будет способствовать постепенному изменению ролевого репертуара врача первичного звена. При этом социальный аспект в работе врача-терапевта будет заключаться в том, что медицинский работник первичного звена может стать «экспертом» в оценке полезности общепринятых или дорогостоящих видов лечения, в выборе наиболее эффективных схем лечения того или иного заболевания для каждого больного.

В городских поликлиниках Волгограда нами был проведен социологический опрос врачей-терапевтов на предмет их отношения к внедрению элементов доказательной медицины в современную практику. В качестве основного метода было избрано анонимное анкетирование врачей первичного звена, дополненное целенаправленными беседами и наблюдениями. Первоначально, входе исследования в 2013 году было опрошено 30 респондентов. Анкета содержала 16 вопросов и состояла из нескольких тематических разделов. 50% (15 человек) терапевтов отметили, что к доказательной медицине относятся положительно, 40% (12 человек) — подчеркнули свое нейтральное отношение, а вот 10% (3 человека) относятся отрицательно. В ходе беседы с врачами, которые относятся «отрицательно» к доказательной медицине мы узнали, что они считают возможным «в отече-

ственном здравоохранении, учитывая зарубежный опыт, развивать собственную методологию научных исследований, опираясь на историческое и культурное наследие России, а не слепо копировать зарубежные разработки». Анализ ответов на вопрос: «Преимущественно из каких источников Вы получаете новую медицинскую информацию?» показал, что на первом месте стоит интернет, затем (в порядке убывания) медицинская научная литература (справочники, журналы, книги), далее конференции и курсы усовершенствования врачей. Следующий вопрос в анкете предполагал субъективную оценку уровня знания иностранного языка: 20% респондентов (6 чел.) отметили, что могут переводить со словарем; 20% (6 чел.) — нулевой, «отсутствует», «не владею», «начальная школа»; 50% (15 чел.) — средний уровень (в пределах программы общеобразовательной школы) и только 10% (3 чел.) — свободно владеют иностранным языком.

Анализ ответов на открытый вопрос анкеты: «Что Вы подразумеваете под термином «доказательная медицина»? позволил констатировать, что более половины респондентов ответили, что ДМ — это «научно-обоснованная медицина», «медицина, основанная на научном подходе», «доказательное лечение», «использование данных клинических исследований в повседневной работе врача», «данные, подтвержденные исследованием».

Анализ половозрастных данных выявил, что 60% респондентов — это женщины в возрасте от 40 до 50 лет, имеющие врачебный стаж — 20 лет и более. Итак, анализ результатов анонимного анкетирования, а также беседы с отдельными врачами-терапевтами позволили сформировать представление о реальном отношении врачей первичного звена к интеграции доказательной медицины. В результате проделанной работы нами были выделены группы врачей по степени их позитивности к интеграции ДМ, а также определены объективные и субъективные факторы. К объективным факторам мы отнесли подушевой принцип оплаты медицинской помощи, материально-техническую базу лечебного учреждения, доступ к интернету, выполнение МЭС и нормативных стандартов. Субъективные факторы: возраст, стаж работы врачей, модель взаимоотношения с пациентами. Основным фактором, на наш взгляд, является обще личностная и профессиональная состоятельность врача, так как организация взаимодействия с пациентами определяется именно ею.

Литература:

1. Доника, А.Д. Современные подходы к определению статуса медицины/А.Д. Доника, С.Ю. Трофименко, Е.В. Засядкина // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2011. — № 10. — с. 47–48.
2. Петров, В.И., Недогада С.В. Медицина, основанная на доказательствах. — М., 2009. — 141 с.
3. Седова, Н.Н. Биоэтика. Курс лекций для студентов и аспирантов медицинских вузов. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. — с. 122–125.
4. Evidence Based Medicine Working Group. Evidence Based medicine: An ewapproach to teaching the practice of medicine// J.A. M. A. — 1992. — №268. — p. 2430–2435.

Научное издание

МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

II Международная научная конференция
Уфа 2014 г.

Материалы печатаются в авторской редакции

Дизайн обложки: *Е.А. Шишков*

Верстка: *П.Я. Бурьянов*

Подписано в печать 24.05.2014. Формат 60x90 ¹/₈.
Гарнитура «Литературная». Бумага офсетная.
Усл. печ. л. 10,68. Уч.-изд. л. 7,21. Тираж 300 экз.

Отпечатано в типографии «Лайм»
450059, г. Уфа, ул. Новосибирская, д. 2