

Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области



Мать и Дитя
в Кузбассе

Рецензируемый научно-практический медицинский журнал
Основан в 2000 году

Главный редактор
Л.М. КАЗАКОВА

Учредитель:

МУЗ МДКБ

Адрес редакции:

г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
тел./факс: (384-2) 73-52-43
<http://www.m-i-d.info.kuzbass.net>
e-mail: m-i-d@mail.ru

Издатель:

НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

А.А. Черных

**Руководитель
компьютерной группы:**

И.А. Коваленко

Художник:

Т.С. Ахметгалиева

Директор:

С.Г. Петров

Издание зарегистрировано в
Южно-Сибирском территориальном
управлении Министерства РФ по делам
печати, телерадиовещания и средств
массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-0182 от 31.08.2000 г.

Отпечатано:

ЗАО «АНТОМ», 650004, г. Кемерово,
ул. Сибирская, 35.

Тираж: 1500 экз.

Распространяется по подписке
Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Баженова Л.Г.
Воронина Е.А.
Давыдов Б.И.
Копылова И.Ф.
Котович М.М.
Манеров Ф.К. (зам. главного редактора)
Перевощикова Н.К.
Прокопович Ю.Д.
Ровда Ю.И.
Сутулина И.М. (зам. главного редактора)
Ушакова Г.А. (зам. главного редактора)
Черных Н.С. (ответственный секретарь)
Шелепанов В.М.
Щепетков С.П.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Артымук Н.В. (Кемерово), Белоусова Т.В. (Новосибирск),
Казначеева Л.Ф. (Новосибирск), Коровина Н.А. (Москва),
Косыкина Е.В. (Кемерово), Кравец Е.Б. (Томск), Кривцова
Л.А. (Омск), Леонтьева И.В. (Москва), Мальцев С.В.
(Казань), Михайлуц А.П. (Кемерово), Соболева М.К. (Новосибирск),
Строкольская Т.А. (Кемерово), Таранушенко Т.Е.
(Красноярск), Федоров А.В. (Барнаул), Филиппов Г.П.
(Томск), Ходакова Н.И. (Кемерово), Чупрова А.В. (Новосибирск),
Школьникова М.А. (Москва)

№3 (26) 2006

ПОЛЕМИКА

Б.И. Давыдов

К ПРОБЛЕМАМ НРАВСТВЕННОСТИ В МЕДИЦИНЕ 3

ЛЕКЦИЯ

Л.Н. Игишева

НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ
ПРЕПАРАТЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА 9

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И.Ф. Копылова, И.В. Ефимова

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В Г. КЕМЕРОВО 13

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

В.И. Минина, В.Г. Дружинин, А.В. Шабалдин, В.Р. Ахматьянова, Я.А. Савченко, И.В. Ветрова

СТРУКТУРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ХРОМОСОМ У ЖЕНЩИН КУЗБАССА 16

Ю.Г. Самойлова, Е.Б. Кравец, В.Я. Семке, М.Ф. Белокрылова

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ 20

Е.Е. Хорошко, О.М. Курзанцева

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ
РУБЦА НА МАТКЕ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ 26

Л.С. Равинг

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МАГНЕ В6 С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ АКУШЕРСКОЙ
И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ 29

С.Ф. Насырова

ГЕНИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ 32

Л.А. Злобина, А.Г. Короткевич, Ю.Ю. Ревецкая

ОПЫТ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЕЙ ГИСТЕРОСКОПОВ 34

Н.Е. Антропова, И.К. Вайхель

СТРУКТУРА ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ И ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ
В ВЫЯВЛЕНИИ ГОРМОНОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ 36

А.П. Сергеев, А.С. Латыпов, Н.Н. Глебова, В.Б. Трубин, Т.Б. Трубина

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПРЕРВАВШЕЙСЯ ВНЕМАТОЧНОЙ
БЕРЕМЕННОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (СКОРАЯ ПОМОЩЬ) 40

ОБМЕН ОПЫТОМ

Л.П. Полторацкая, О.Н. Новикова

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РОДИЛЬНИЦ 44

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

А.А. Каменев, К.Н. Сиворонов, Д.В. Афанасьев, Е.А. Каменева, Н.Ф. Иванников

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ МЕДНЫМ КУПОРОСОМ 46

МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

НОВЫЕ КНИГИ И СТАТЬИ 48

Б.И. Давыдов

Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра детских болезней,
г. Кемерово

К ПРОБЛЕМАМ НРАВСТВЕННОСТИ В МЕДИЦИНЕ

Мне памятли две Всесоюзные конференции (1969, 1977 годы), посвященные проблемам деонтологии и этики, получившие широкий резонанс среди медицинских работников. Последовавшие за ними симпозиумы и совещания были направлены на широкое внедрение положений идеологической и моральной нравственности в профессию врача. Однако перестроечные 90-е годы прошлого столетия нанесли тяжелый урон отечественному здравоохранению. Остается надежда на возрождение утраченного в связи с провозглашением национальных программ, одной из которых является программа «Здоровье».

Затрагиваемые мною вопросы во многом дискуссионны. Но я взял на себя смелость заговорить о них после полувекового опыта врачевания и близком к этому времени преподавания в медицинском вузе.

Я не знаю ни одного цивилизованного государства, в котором доктор был бы столь беспомощен экономически. Размер оплаты врачебного труда носит не только материальное, но и этическое звучание. Каким скудоумием нужно обладать главному реформатору нашего министерства, чтобы реализовать очередную «идею»: два врача работают рядом, имеют одинаковый стаж, но у одного из них оклад 5, а у другого 15 тысяч рублей. Это ли не яркий пример нарушения нравственности, ведущей к справедливым волнениям в медицинском обществе?

Но вернемся к личности врача, которая должна быть нравственна при любых негативных коллизиях. Нравственность, по моему суждению, включает такие философские понятия, как деонтология — наука о профессиональном поведении человека и этика — учение о морали. Есть и более широкая трактовка этих терминов, которую предложил онколог В. Поттер. С 70-х годов прошлого века медицинская деонтология и врачебная этика несут название «биоэтика», то есть этика живого.

С давних времен основными идеями нравственности считались разумное поведение (Сократ), добродетель (Платон), справедливость (Гиппократ), мораль (Аристотель). Со сменой общественных формаций, накоплением врачебного опыта изменялись деонтология и этика. Нравственно эстетическое воспитание личности врача немислимо без духов-

ного роста, развития в себе чувства прекрасного, восприятия нового, интереса к окружающему миру.

Кто знает, как определить эти качества в каждом из нас? Я не знаю достоверно, поэтому и не люблю читать студентам лекции на темы морали и профессионального поведения. Но убежден, что основные принципы деонтологии и медицинской этики закрепляются личным примером, прививаются через ежедневную рутинную практику, познаются с помощью окружающих людей, оцениваются отношением как к больным, так и к здоровым людям.

Не буду акцентировать ваше внимание на уникальность профессии медиков. Скажу только, что соблюдение ритуала общения врача с больным и его родителями — искусство, даже артистизм. Сейчас модно иметь в лечебно-профилактических учреждениях психолога, но главный психолог — лечащий врач.

Сколько мудрых высказываний мы не знаем или забыли. В.М. Бехтерев — «Плох тот врач, после беседы с которым больному не стало легче», А.П. Чехов — «Если после разговора с врачом больному не стало лучше — это не врач», старая французская поговорка — «Врач может иногда облегчить, может обогреть, но утешить он должен всегда».

Давно подмечено, что все желания и стремления, свойственные здоровому, у больного легко отходят на второй план. Меняется отношение к жизни, к работе, к окружающей среде. Больной человек начинает думать только о себе, о своей болезни. И от того, как врач встретит, как поговорит, как посмотрит и осмотрит, во многом зависит дальнейшее течение заболевания.

Не так давно прочитал, как врач-нейрохирург консультировал коллегу с переломом позвоночника. «Доктору явно некогда. Он забежал по пути потому, что попросили. Весь выражал нетерпение, представился недружелюбно. Начал говорить ровным голосом, беспощадно и безжалостно, что ждет меня в дальнейшем, если не умру от уросепсиса». В одночасье медицинская деонтология, а заодно и этика, были распяты. А поддержка пришла от сердобольной санитарки, перенесшей подобную травму и победившей ее.

Мой Учитель профессор Титова Александра Ивановна всегда первой здоровалась с врачом и

санитаркой, до обхода интересовалась именем ребенка, именем и отчеством его матери. Нельзя беззастенчиво кричать через коридор: «Больной, в процедурную!» Убежден, эффект воспитания детей, да и медицинского персонала, максимален, если исходить из принципа «делай как я».

По сей день вспоминаю со стыдом свой доклад у постели ребенка, больного лейкозом. Это было на первом году аспирантуры. Как подробно я перечислял признаки болезни и результаты анализов, демонстрируя свои знания. И как жестоко был прерван профессором, так как рядом находилась мать ребенка. Классический урок нарушения деонтологических норм с моей стороны!

Особого подхода требуют родители больного ребенка. Объяснять им недостаточность внимания нехваткой персонала, дефицитом времени, плохим финансированием и другими проблемами бессмысленно. Хотя бы потому, что за медицинские услуги родители платят нынче сполна.

Конечно, родственники больного не всегда правы. У них тоже есть обязанности перед врачом. Не исключено и привлечение граждан к ответственности за оскорбление медицинского работника. Но коммерческая реклама многочисленных БАДов и медикаментов, целиком определяемая интересами бизнеса, заставляет родителей предлагать доктору иные рецепты питания, диагностики и лечения своих детей. Из-за этого нередко врач находится в «пограничном состоянии» соблюдения правил медицинской этики.

Я сегодня говорю о нас. Как часто мы забываем, что ребенок, его мать и взрослый больной, явно или тайно, но *всегда*, наблюдают за доктором: уровнем его интеллигентности, умением слушать, культурой речи, искренностью участия, сочувствия. Эти качества не зависят от недостатка времени, производственных и семейных забот. И сложившееся о враче мнение не вырубешь топором!

Многие из вас согласятся, что абсолютное количество жалоб родителей и больных мотивировано недостаточным вниманием врача, а иногда и грубым поведением. Нередко наблюдается высокомерие, излишнее самомнение и самолюбие. Чувство такта — величайшее оружие врача!

Неосторожные высказывания и действия медицинского работника любого ранга приводят к психогенным расстройствам под названием **ятропатогении**.

Ятропатогении (ятрогении) — серьезные болезненные состояния, свидетельствующие о дефектах во врачебном искусстве. Невоспитанный студент, интерн, врач может явиться причиной развития болезней: неврозов, навязчивых страхов, психосоматических и других вариантов вегетативной дисфункции, причем чаще у подростков.

Ятрогенные воздействия на родителей порой играют большую роль, чем на ребенка. Кто из нас не говорил: «У ребенка сомнительная проба Манту», «Появился систолический шумок», «На рентгенограмме усиление легочного рисунка», «В ана-

лизе мочи появились лейкоциты». Неосторожность высказывания врача по признаку, не говорящему о заболевании, без наблюдения в динамике, наконец, без учета личности родителя воспринимаются как свидетельство особой тяжести заболевания. Поэтому возникают необоснованная тревога, беспокойство, опасения. Подобные случаи не единичны, особенно в работе врачей поликлиник.

Следовательно, ятрогенные заболевания возможны при деонтологически неверных высказываниях медицинских работников и относятся к проблемам врачебной этики.

Одной из распространенных причин ятропатогении является гипердиагностика (за гиподиагностику наказывают), приводящая к назначению излишних обследований и лекарств. Это пример нарушения медицинской деонтологии, объяснимый нежеланием врача брать ответственность за постановку диагноза или недостаточными знаниями.

Не помню, кто сказал «невежественный актер — жалок, невежественный инженер — убыточен, невежественный врач — опасен». Невежество — отсутствие элементарных знаний по специальности, и должно квалифицироваться как должностное преступление.

Важный этап приобретения профессиональных знаний — интернатура (клиническая, а не больничная), при прохождении которой идет накопление теоретических знаний, практического опыта, умений. Интернатура во многом напоминает субординатуру, которую проходили выпускники 50-х годов прошлого столетия и я, в том числе.

Монографии нынче дороги. Поэтому особую ценность представляют медицинские журналы, проспекты и интернет, где он доступен. Два совета молодым врачам и коллегам, думающим, что они все знают о данной болезни: 1) полезно вновь обращаться к прочитанному, так как каждый раз находишь новое, применительно к данному больному, и 2) обязательна критическая оценка методик, рекомендаций, положений, которыми изобилуют рекламные проспекты и собственные наблюдения авторов. Как мудро сказал М.Я. Мудров — «Во врачебном искусстве нет врачей, окончивших свою науку».

Выполнение моих пожеланий, несомненно, повысит авторитет врача, а он — важнейший фактор успешной профессиональной деятельности. Правильном работе каждого из нас должно быть немногословие, продуманность произносимых при ребенке и его родителях фраз, убеждение в выздоровлении.

Медицина не относится к разряду точных наук, многое зависит от знаний, ума, чутья. Врач — человек с разным уровнем опыта и дарований. Поэтому возможны ошибки, за которые специалист в наши дни страдает чаще морально. Слава Богу, не так как в прошедшие века. Напомню для острастки.

При нанесении вреда здоровью царь Вавилонский Хаммураби велел отсекал руку. Нарушение врачами правил «Священной книги» в древнем

Египте каралось смертью. Палестинских врачей за отказ от помощи казнили публично (эпоха раннего христианства). В России царское правительство предусматривало церковное покаяние и прекращение практики. По советскому законодательству врач нес ответственность, как и любой гражданин.

В наши дни выпускники медицинских вузов дают клятву врача, основные положения которой предусматривают сохранение врачебной тайны, исключение эвтаназии, готовность оказать медицинскую помощь, честное исполнение врачебного долга.

Давайте поговорим о добросовестности выполнения пунктов этих обязательств.

СОХРАНЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ

Понятие о врачебной тайне пришло к нам из глубины веков с убеждением в необходимости ее сохранения (Гиппократ, V век до н.э.). В дореволюционной России врачи давали обещание «свято хранить доверяемые мне семейные тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия...». А вот что заявил известный вам первый нарком здравоохранения СССР Н.А. Семашко в 1928 году — «Мы держим курс на полное уничтожение врачебной тайны». В дальнейшем отношение к врачебной тайне установилось в соответствии с общественными и государственными интересами.

Мнение В.В. Вересаева — «Врач обязан хранить вверенную ему больным тайну, но если сохранение ее грозит обществу или окружающим больного, то врач не только может, но и должен нарушить тайну». Ученые из Оксфорда (А. Кемпбелл и соавт.), напротив, считают необходимым предоставить пациенту полную информацию о диагнозе, как бы печален он ни был.

А как же быть с тайной церковной исповеди, спрошу я вас. Насколько мне известно, священник, отпускающий грехи, обязан соблюдать обет молчания. С другой стороны, так ли действительно соблюдается медицинская тайна, если больным разрешено хранить поликлиническую карту на дому и получать выписку из стационара на руки?

К сожалению, в последние десятилетия стали забывать правила профессиональной тайны. Проверьте правоту моих слов сами: спросите коллегу о своем знакомом, которого он лечит. Многие ли вам ответят отказом, мотивируя тем, что это врачебная тайна? Наоборот, расскажут, и со всеми подробностями.

Соблюдение врачебной тайны в равной мере обязательно и по отношению к детям. У них могут быть свои секреты: шестипалость, родимые пятна, энурез. Разглашение тайны больного снижает авторитет врача в глазах ребенка и его родителей.

Как сказать о грозном диагнозе? Сообщая печальную весть, необходимо оставить часть сомнений в роковом исходе, позволить надеяться на ошибку врача, то есть отдать предпочтение человечности. В этом случае истина не дороже! Могу

привести ряд примеров смерти родителей при сообщении о возможной кончине ребенка. И примеры выздоровления детей после вынесения им приговора.

Что касается взрослых больных — у меня нет четкого мнения. Широко известен пример с хирургом Н.И. Пироговым, которому в возрасте 71 года был поставлен московскими врачами диагноз — рак верхней челюсти. От операции Николай Иванович отказался и из бодрого, активного человека за несколько дней превратился в дряхлого старика. Т. Бильрот, зная московскую предысторию, отверг этот диагноз, назначив консервативное лечение. Пирогов вновь обрел уверенность и работоспособность. Через 8 месяцев он умер. Так Т. Бильрот предпочел святой обман упрекам русских врачей ради знаменитого коллеги.

«Не страшно умереть, а страшно умирать» сказал поэт Н.А. Некрасов, узнав перед смертью о своей неизлечимой болезни. Запомните и поверьте: когда больные или их родители настаивают на сообщении им диагноза — это желание получить от врача поддержку, а не подтверждение!

Необходимость соблюдения врачебной тайны ни в коей мере не противоречит требованиям правдивости. Правдивость — один из важнейших медицинских деонтологических принципов, основанных на обнаружении своих ошибок, дабы предостеречь от них других людей.

ИСКЛЮЧЕНИЕ ЭВТАНАЗИИ

В разговоре со страждующим необходима мудрость взаимности, иначе полшага до следующей проблемы — *эвтаназии*, намеренного ускорения наступления смерти. Не первое десятилетие продолжают споры, что такое эвтаназия: милосердие или преступление, спасение от мучений или убийство? Мнение российских врачей и православной церкви — преступление, грех. Мнение американского врача Кеваркяна — милосердие. Он целенаправленно помогает безнадежным больным добровольно уйти из жизни. Его прозвали «доктор Смерть», однако судебные процессы в США против его действий он выигрывает.

Тезис о неприемлемости эвтаназии должен быть поддержан безоговорочно. Однако врачи стационара могут вспомнить, как мать умирающего ребенка не разрешала болезненные для него процедуры, «пусть умрет спокойно». Что еще хуже, когда врач говорит родителям, что все бесполезно, нет смысла доставлять дополнительные мучения. Оба примера — суть эвтаназии.

Вопрос об эвтаназии — один из сложных вопросов врачебной нравственности, профессиональной морали. Поэтому на просьбы родителей, основанные на человеческих чувствах, жалости, желании сократить мучения безнадежно больного врач обязан вежливо, но твердо отвечать отказом. Подобные просьбы не правомерны и с юридической точки зрения. А нет ли в них корыстного подтекста?

До сих пор нет истинных критериев в решении спорных вопросов трансплантации органов: быть сторонником реципиента или защитником донора? Решение этой проблемы остается открытым с начала XX века, когда впервые в России была перелита больному трупная кровь (С.С. Юдин) и пересажена роговица, взятая от трупа (В.П. Филатов). Отношение к трансплантологии у нас зачастую негативное и признание этого метода нравственным возможно лишь при общественном доверии.

Средства массовой информации периодически знакомят нас с мнением о допустимости эвтаназии в отдельных странах. И я в раздумьи: насколько лучше судьба иллюзии жизни, например экс-премьера Израиля Шарона? Есть над чем задуматься...

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

До сих пор имеют место случаи в **отказе помощи** заболевшему или пострадавшему человеку. В рассказе Плутарха врач Глаукос по приказу А. Македонского был распят за это на кресте (IV век до н.э.).

Во времена СССР подобное бездействие каралось общественным воздействием, запретом заниматься профессиональной деятельностью, штрафом, арестом (статья 128 УК). Сегодня об этом упоминается лишь в клятве врача. Всегда ли каждый из нас в нерабочее время, вне дома, или оставив важное для себя занятие, спешил на помощь? В народе, да и среди медиков, бытует убеждение — лежит на газоне, значит пьяный.

Об ответственности медиков в оказании помощи весьма красочно повествуют профессора В.Н. Дроздов и П.С. Разин в «Деонтологических этюдах», написанных ими в годы работы в нашем вузе.

Я сталкивался за рубежом с отказом врачей в медицинской помощи лицам, не гарантирующим оплату за нее. И гордился, что у нас не так. Но вот читаю статью В. Акимовой в августовском номере газеты «Кузбасс»: 46 % лицензий на медицинскую деятельность в Кузбассе принадлежит частникам. Разовое посещение их в Кемерове обходится в 400-600 рублей. И это при том, что и в государственном секторе соплатежи существуют тоже. Это значит, что наше здоровье уже стало экономической категорией, что отказ в оказании помощи неумиющим становится реальностью.

Я не считаю нужным проводить сравнительные параллели между сказанным выше и медицинской этикой. Как верно сказал кинорежиссер С. Соловьев — «для того чтобы быть успешным в сегодняшнем общественном понимании, нужно, прежде всего, убить в себе совесть». Торжествует нездоровый рынок.

Неоказание медицинской помощи, некорректность по отношению к пациентам чреваты обращением к людям, занимающимся врачеванием без медицинского образования — современным знахарям. К сожалению, они всегда рядом в трудные для народа времена.

ЧЕСТНОЕ ИСПОЛНЕНИЕ ВРАЧЕБНОГО ДОЛГА

Оскорбительно призывать вас к разговору, скажем так, об отдельных случаях незаконной выдачи больничных листов, медицинских справок, подчистки записей в историях болезни и о других **правонарушениях**. Но мой опыт работы внештатным экспертом областного бюро судебно-медицинской экспертизы позволяет утверждать, что подобные безобразия имеют место быть.

Следует признать, что этические и деонтологические вопросы этого раздела медицины не пользуются столь необходимой престижностью. Нужен научно-юридический анализ профессионального поведения человека в белом халате, начиная со студенческой скамьи.

Считаю необходимым уделить внимание еще некоторым разделам деонтологии и медицинской этики.

В наши дни возможности диагностики и лечения ограничены МЭСами, схемами и иными критериями, на страже которых стоят представители больничных касс. Но согласитесь, что при одной и той же болезни к диагностике и лечению ведут множество путей. И вот кто-то из молодых, а чаще опытных коллег заявляет больному или его родителям: «Вам поставили неверный диагноз», «У вас совсем другая болезнь», «Вам нужно принимать не это, а вот это лекарство». Можно представить вред, нанесенный больному человеку подобными высказываниями. Это вопиющее проявление элементарного забвения коллегальности и корректности!

Я допускаю возможность добросовестного заблуждения врача в его профессиональной деятельности. Врачебные ошибки, конечно, нужно разбирать, но в соответствующем этому месте. Право на ошибку есть у каждого, важно ее не повторять.

К сожалению, бывают случаи бестактности, требований особой субординации коллег к своей персоне. Мне представляется исключительно важным обсуждение вопросов морального облика врача, взаимоотношений между коллегами.

Гиппократ в своем «Наставлении» писал: «Врачи, вместе осматривающие больного, не должны ссориться между собою и высмеивать друг друга». Однако ссоры и зависть не исчезли и в наши дни. Считаю прерогативой Академии медицинских наук России опубликовать для широкого обсуждения морально-этический кодекс взаимоотношений между людьми нашей специальности.

Два слова о руководителе коллектива. Пожалуй, эта должность наиболее трудная. Он не может быть самым авторитетным во всех направлениях деятельности подразделения. Но руководитель обязан быть организатором и иметь безупречную репутацию. Необходимы справедливость и гласность, строгость и доброжелательность, принципиальность и тревога за благополучие своих сотрудников.

Вы не заметили, коллеги, что в диагностике заболеваний мы идем от лаборатории к больному, а

не наоборот? Вспомните последовательность врачебного мышления: «его превосходительство» анамнез, включая дополнительный на следующий день (80 % успеха мы связываем с ним), затем клиника (динамика!) и дифференциальный диагноз (обязательно необходим). Лишь после этого или параллельно с этим мы обдумываем методы дополнительных исследований (лабораторные, инструментальные, рентгенологические и прочие).

Однако уже в приемном покое назначается масса обследований, добрая треть которых будет отвергнута лечащим врачом за ненадобность. Так мы становимся технократами, а не мыслителями. Я не ратую за определение сахара в моче на вкус, но нельзя уповать на технику, которая не раз подводила из-за нарушения методики исследования.

Следует признать лабораторно-инструментальные исследования одной из этических проблем в медицине. В частности, я имею в виду инвазивные методы, не лишенные угрозы осложнений (кардиология, гастроэнтерология, онкология, иммунология и др.). Технические средства призваны дополнять врачебное мышление и клинику болезни.

И еще. Повсеместно приветствуется так называемая узкая специализация врачей (почему «узкая»?!), которая по замыслу ее организаторов улучшает диагностику. Не спорю. «Узкий» специалист лечит лучше, чем врач широкого профиля. Но это мнение справедливо при диагностике казуистических или атипично протекающих болезней. И только!

Уже внутри каждой специальности появились свои «узкие» специалисты, то есть идет процесс дробления медицины, в результате которого неизбежна деградация мышления: я в ответе за сердце, он — за легкие, она — за желудок и т.п. Именно в этом негативная сторона специализации. Нас с вами учили лечить больного, а не болезнь. А это значит — обладать всесторонними познаниями особенностей человека: возрастных, конституциональных, социальных, профессиональных и других.

Я не раз сталкивался со специалистами органичного лечения, которое приводит к забвению принципов врачебной деонтологии. Нужно всегда помнить, что техническое оснащение и специализация не снимают ответственности врача за больного человека, а повышают ее.

Еще об одной головной боли, появившейся у педиатров. Вот уже ряд лет, как подростки переданы от терапевтов педиатрам. Многие десятилетия подростковая медицина была нишей, не заполненной ни терапевтами («они еще не взрослые»), ни педиатрами («они уже не дети»). Социальная программа в нашей стране предусматривает массовую диспансеризацию не только больных, но и практически здоровых людей. Во весь рост встают проблемы этики и деонтологии: осмотры юношей и девушек, умелое анкетирование, интимность, понимание, доверие. Подростки не любят лечиться и говорить о своих недугах, из-за которых готовы даже на суицид. Физиология, психология и

патология лиц в возрасте 10-17 лет изучены недостаточно не только в нашей стране, но и за рубежом. Чтобы качество диспансеризации подростков не потерялось в количестве осмотренных лиц, нужна серьезная подготовка педиатров подростковой медицины.

А пока в России не более 10 % условно здоровых подростков из общей когорты этого населения. Согласитесь, что здоровые люди должны быть основным содержанием практической деятельности здравоохранения. Кто из нас не помнит крылатой фразы ранее упомянутого мною Н.А. Семашко: «Будущее советской медицины — профилактика»! Мы пережили десятилетия строя КПСС, более полутора десятка лет реформирования нашей жизни и все также продолжаем заниматься больными согрдажданами. Печально, но факт...

Врачом не рождаются, им становятся. Даже при наличии призвания, семейной династии, диплома с отличием. Для этого нужно самообразование и самовоспитание. Именно в них заложены основы медицинской этики и деонтологии, которые еще не стали органической составляющей в процессе обучения и ориентации при выборе жизненного пути. Не в этом ли одна из причин ухода студентов из вуза или отказ от работы по специальности после окончания его?

В моем понимании широко образованный врач — это воспитанный человек с интересами за пределами профессии: к культуре, искусству, литературе. Это просветитель и пропагандист знаний, глашатай здоровья. Одним словом, гармонично развитая личность. Если от врача пахнет табаком или водкой, если он не опрятен и груб — грош цена его советам. В Евангелии записано: «врач исцели себя», исцели от пороков душевных, от пороков в дурном воспитании и отношении к человеку. Как верно сказал Н.И. Пирогов, характеризую врача как личность — «Быть человеком среди людей».

А пока широко образованный врач в наши дни становится редкостью, потому что во многом утрачены общечеловеческие ценности, которые отличали некогда отечественных интеллигентов — врачей. Истоки этих явлений я вижу в решении проблем, далеких от медицины.

Трижды прав А.В. Тихомиров, высказавший на страницах журнальной печати мнение о том, что «недостаточно перестройки отрасли здравоохранения, необходимо изменение идеологии реформ». Однако этого не произойдет, пока во главе Минздрава РФ будут стоять коммерсанты от медицины.

Я предлагаю продолжить разговор по следующим проблемам нравственности в медицине:

- культура медицинского обслуживания городского и сельского населения; этико-деонтологические различия;
- деонтологическое воспитание врача общей практики, «Скорой помощи», поликлиники, стационара; особенности профессионального поведения;

- взаимоотношения между коллегами;
- моральная и юридическая ответственность фармацевтов за реализацию фальсифицированных лекарственных препаратов;
- деонтологические и этические аспекты геронтологической помощи;
- прочее, на усмотрение читателей.

Цель моих раздумий и размышлений состояла в том, чтобы каждый из нас оценил свое отношение к избранной профессии, дал честный ответ самому себе.

«Мудрый врач подобен Богу», — говорили древние. Нам этих вершин не достичь, но мы должны стремиться к достижению признательности и уважения окружающих нас людей.

Рад общению с вами, уважаемые коллеги!

ЛИТЕРАТУРА:

1. Огарков, И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них /И.Ф. Огарков. — М., 1966. — 195 с.
2. Проблемы медицинской деонтологии. — М., 1978. — 47 с.
3. Грандо, А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология /А.А. Грандо. — Киев, 1988. — 184 с.
4. Деонтология в медицине /под ред Б.В. Петровского. — М., 1988. — Т. 1. — 348 с. — Т. 2. — 413 с.
5. Петленко, В.М. Мудрость взаимности /В.М. Петленко, И.А. Шамонов. — Лениздат, 1989. — 221 с.
6. Дроздов, В.Н. Деонтологические этюды /В.Н. Дроздов, П.С. Разин. — Киров, 1993. — 111 с.
7. Яровинский, М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» /М.Я. Яровинский. — М., 2004. — 527 с.
8. Кемпбелл, А. Медицинская этика /А. Кемпбелл, Г. Джиллетт, Г. Джонс //Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. — М., 2005. — 395 с.
9. Акимова, В. Отдам здоровье в частные руки /В. Акимова. — Газета «Кузбасс», 23.08.2006.
10. Красов, Л. Врач, больной и надежда /Л. Красов //Будь здоров. — 2006. — № 7. — С. 2-5.
11. Тихомиров, А.В. Отправные начала идеологии реформирования здравоохранения /А.В. Тихомиров //Здравоохранение Российской Федерации. — 2006. — № 4. — С. 37-42.



ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННЫХ БУДУТ ЛЕЧИТЬ УГАРНЫМ ГАЗОМ

По данным канадских ученых, токсичный монооксид углерода (угарный газ), содержащийся в выхлопных газах и сигаретном дыме, может со временем лечь в основу нового поколения препаратов для предотвращения тяжелого осложнения беременности - позднего токсикоза или преэклампсии.

Проявлениями преэклампсии являются резкое повышение артериального давления и нарушение работы почек, что представляет опасность для жизни матери и плода. Механизм развития этого состояния до конца не изучен, однако считается, что в его основе лежит поражение клеток плаценты - оболочки, снабжающей плод кислородом и питательными веществами.

MEDЭнциклопедия

Токсикозы (гестозы) - это особые состояния, сопровождающиеся плохим самочувствием. Известно, что преэклампсия значительно реже развивается у курящих женщин. По словам доктора Грэма М. Смита из Университета Королевы в Кингстоне, Онтарио, у ученых есть веские основания полагать, что этот эффект связан с действием угарного газа, в достаточных количествах вдыхаемых курильщиками вместе с табачным дымом.

Чтобы проверить эту гипотезу, исследователи подвергли действию монооксида углерода клетки зрелой плаценты человека, и сравнили их с клетками, не подвергавшимися действию газа. По их данным, действие угарного газа снизило скорость отмирания клеток на 60 %.

В настоящее время получен грант на проведение экспериментов, которые могли бы подтвердить гипотезу о благотворном действии монооксида углерода клинически.

Исследователи предупреждают, что даже в случае успеха испытаний терапевтическое использование монооксида углерода является делом достаточно отдаленного будущего: по их подсчетам, до начала первых лабораторных опытов над животными остается еще не менее четырех лет. Еще около двух лет потребуется на подготовку клинических испытаний с участием людей. Нерешенным остается и вопрос о наиболее безопасном для матери и плода способе доставки угарного газа к клеткам плаценты.

Отчет об исследовании опубликован в The American Journal of Pathology.

Источник: Mednovosti.Ru

НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

В лекции приводятся фармакологическая характеристика нестероидных противовоспалительных лекарственных средств и особенности их клинического применения в педиатрии.

Ключевые слова: *циклооксигеназа, ибупрофен, кетопрофен, парацетамол, метамизол, нимерсулин, аспирин.*

История лечения воспаления и боли начинается с глубокой древности. В папирусе, датированном 1500 лет до нашей эры, рекомендовано использовать сушеные листья мирты для снятия ревматической боли. Гиппократ 400 лет до нашей эры применял кору ивы для уменьшения боли при родах. Оба средства содержат салицилаты. Эра же современных нестероидных противовоспалительных лекарственных средств (НПВЛС) длится чуть более ста лет, и началась с применения аспирина в 1899 году.

Интерес фармакологов и клиницистов современности к процессам воспаления стимулировал открытие того факта, что при воспалении происходит местное высвобождение биологически активных веществ, медиаторов (простагландинов, лейкотриенов, цитокинов), в синтез которых можно вмешаться, и таким образом контролировать воспаление. Расшифрованный механизм действия НПВЛС заключается в подавлении активности циклооксигеназы (ЦОГ) — фермента, регулирующего биотрансформацию арахидоновой кислоты в простагландины, простаглицлины и тромбоксаны. Идентифицированы 2 основные формы ЦОГ: ЦОГ1 постоянно присутствует в большинстве тканей (в различном количестве) и относится к категории конституциональных ферментов, регулирующих физиологические эффекты простагландинов, контролирует превращение арахидоновой кислоты в простагландины. ЦОГ2, напротив, в норме в большинстве тканей не обнаруживается, но ее уровень существенно увеличивается на фоне развития воспаления. Активация этого фермента определяет синтез провоспалительных простагландинов (синтез ЦОГ2 индуцируется различными медиаторами воспаления — интерлейкинами, перекисными радикалами). В настоящее время появилась информация о существова-

нии ЦОГ3, которая экспрессируется преимущественно в клетках коры головного мозга.

Таким образом, подавление ЦОГ3 — это, в основном, антипиретический эффект, подавление ЦОГ2 — важнейший механизм противовоспалительной и анальгетической активности НПВЛС, подавление ЦОГ1 обуславливает развитие побочных реакций.

НПВЛС являются производными органических кислот (пропионовой, индолуксусной, фенилуксусной и т.д.). Парацетамол получается из анилина и часто не входит в данную группу и обозначается как «простой анальгетик». Все они составляют фармакологическую группу неопиоидных (ненаркотических) анальгетиков-антипиретиков.

КЛАССИФИКАЦИЯ НЕНАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕЛЕКТИВНОСТИ К ИЗОФЕРМЕНТАМ ЦОГ

Группы препаратов	Пример
Неселективные ингибиторы ЦОГ	НПВП
Селективные ингибиторы ЦОГ2	Коксибы (целекоксиб, рефекоксиб и др.) Другие (мелоксикам, нимерсулид, этодолак)
Селективные ингибиторы ЦОГ3	Парацетамол, метамизол
Селективные ингибиторы ЦОГ1	Низкие дозы аспирина (блокирует ЦОГ1-зависимую агрегацию тромбоцитов)

Представленная классификация противовоспалительных лекарственных средств на основе механизма действия рационально и дифференцированно определяет их фармакологические эффекты:

1. Противовоспалительный (ограничение преимущественно фазы экссудации и незначительно пролиферации).
2. Анальгетический (снимают боль, в основном, опосредованную воспалением, ПГ сенсibiliзируют болевые рецепторы, а угнетение их синтеза сопровождается снижением чувствительности этих рецепторов).
3. Антипиретический (центральное действие, тормозит синтез ПГЕ₂, который «перестраивает» гипоталамические механизмы терморегуляции, снижают температуру до нормы).
4. Антиагрегационный (угнетают ЦОГ1 в тромбоцитах).

Фармакокинетические свойства НПВЛС заключаются в том, что они хорошо всасываются, поскольку являются производными органических кислот, обладают высокой биосвоемостью, поэтому в парентеральном пути введения чаще нет необходимости. Максимальная терапевтическая концентрация большинства препаратов возникает через 2 часа. Время сохранения терапевтической концентрации длится около 6-8 часов, что обуславливает кратность введения — 3-4 раза в сутки. НПВЛС хорошо связываются с белками в 80-99 %, имея высокое сродство с белком, являются классическими вытеснителями других лекарственных средств и продуктов обмена из связи с белками. Это имеет большое клиническое значение в связи с частым применением этих препаратов на фоне другой лекарственной терапии. НПВЛС хорошо проникают в органы и ткани и подвергаются биотрансформации в печени, слишком быстрое введение и в большом количестве ведет к образованию токсических метаболитов. Элиминация метаболитов происходит с мочой и желчью.

Нежелательные эффекты в основном являются первичными, т.е. фармакодинамическими, и определяются действием на ЦОГ1, ингибированием синтеза протективных простагландинов и тромбоксана А₂. Все неселективные ингибиторы ЦОГ повреждают слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, ухудшают течение бронхиальной астмы за счет блокирования циклооксигеназного пути метаболизма арахидоновой кислоты и образование лейкотриенов, которые оказывают бронхоконстриктивное действие. За счет блокирования синтеза почечных простагландинов способствуют задержке жидкости и электролитов, способны вызвать острую почечную недостаточность, интерстициальный нефрит. Способствуют развитию геморрагического синдрома и могут вызвать такое грозное осложнение, как агранулоцитоз.

В этом заключаются общие свойства фармакологической группы, эффективность и переносимость каждого препарата имеет свои особенности, выявленные в результате многочисленных лабораторных исследований и анализа огромного клинического материала. Полученные данные являются основой рационального клинического применения группы и отдельных лекарственных средств в педиатрии. Дадим характеристику отдельных препаратов в соответствии с представленной классификацией.

НЕСЕЛЕКТИВНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ЦОГ

Производные пропионовой кислоты (**ибупрофен = бруфен = нурофен, кетопрофен**) действуют в качестве конкурентных ингибиторов фермента ЦОГ, но относительно быстро диссоциируют из образующего комплекса. Это препараты с хорошим анальгетическим эффектом и умеренно выраженным противовоспалительным действием, им свойственна небольшая токсичность, хорошая переносимость. Они имеют, как сейчас принято говорить, благоприятное соотношение риска и пользы, и побочные действия предсказуемы.

Анальгезирующее действие **ибупрофена** обусловлено активацией серотонинового и норадренергического путей в центральной нервной системе. Необходимо различать безрецептурную суточную дозу ибупрофена — 20-30 мг/кг. Анальгетический и антипиретический эффекты используются в детской практике — это антипиретик второго ряда после парацетамола. Однако без контроля врача ибупрофен может назначаться с 6 месячного возраста, а парацетамол — с 1 месяца.

Ибупрофен рационально применять у детей при лихорадке, сопровождающей инфекцию с выраженным воспалительным компонентом, и при неэффективности парацетамола. Клинические исследования свидетельствуют, что он является препаратом выбора в терапии острой боли умеренной интенсивности. Своевременная и адекватная сопроводительная обезболивающая терапия приносит облегчение больному ребенку, улучшает его самочувствие и способствует более быстрому выздоровлению. Доказана эффективность этого вещества и в качестве средства периоперационной анальгезии. Гипертермия и местные реакции после иммунизации также рассматриваются как показания для назначения ибупрофена.

Рецептурный статус имеет суточная доза ибупрофена 30-40 мг/кг, при назначении которой обеспечивается и противовоспалительный эффект. Сочетание эффективности и хорошей переносимости его у детей с ювенильным артритом, подтвержденное результатами адекватных клинических исследований, и 30-летний опыт широкого медицинского применения позволяют рекомендовать его при данном заболевании в качестве препарата первой линии из группы противовоспалительных лекарственных средств.

Ибупрофен оказался перспективным препаратом для лечения открытого артериального протока у новорожденных. Препаратом выбора для этого на протяжении 25 лет был индометацин. В отличие от него, ибупрофен не снижает мозговой кровоток, кроме того, у детей, получавших этот препарат, была лучше функция почек.

Специальная форма ибупрофена для детей «Нурофен» выпускается во флаконах с уникальным мерным шприцем и в пакетиках с 5 мл готовой суспензии. Препарат удобен в дозировании, обладает приятным апельсиновым вкусом, не содержит сахара, алкоголя и искусственных красителей. Противопоказаниями к назначению ибупрофена являются:

- аспирин-чувствительная астма;
- повышенная чувствительность к НПВЛС;

- пептическая язва;
- тяжелые нарушения функции печени и почек.

Кетопрофен значительно активнее ибупрофена, что позволяет использовать меньшие дозы. Уникальное соединение кетопрофена с лизином (кетопрофен + лизин = **ОКИ** – кетопрофена лизиновая соль) обеспечивает хорошую водорастворимость, что позволило создать разнообразные эффективные, быстродействующие и безопасные лекарственные формы, реализовать новую противовоспалительную стратегию.

ОКИ-гранулят быстро купирует боль и воспаление, поскольку пик плазматической концентрации наступает через 15 минут. Не раздражает слизистую желудка из-за хорошей водорастворимости. Специальная упаковка обеспечивает удобство дозирования для детей. Описанную лекарственную форму рекомендуют применять для снятия боли при лечении и удалении зубов, при множественных и сложных удалениях зубов; для снятия боли, отека при ангине, фарингите, отите; быстрого снятия боли любого генеза.

ОКИ-раствор для полоскания обеспечивает эффективное местное купирование боли, воспаления, жжения при заболеваниях горла и полости рта. Специальная упаковка дозатора-впрыскивателя обеспечивает точность дозирования. А мятный вкус делает лечение приятным, что особенно важно в педиатрии. Применяется для лечения гингивита, глоссита, стоматита, парадонтита.

ОКИ-суппозитории удобны для лечения у детей воспалительных заболеваний опорно-двигательной системы, мочеполовой системы, отита и для обезболивания, в том числе послеоперационного.

Нежелательные эффекты и противопоказания у данного препарата такие же, как у ибупрофена.

Производные фенилуксусной кислоты – **диклофенак натрия = волтарен = ортофен, артротек (диклофенак + мизопростол)** также относятся к неселективным ингибиторам ЦОГ. Эти вещества действуют дольше простых конкурентных ингибиторов ЦОГ (ибупрофен), вызывая конформационные изменения молекул ЦОГ прочно связываясь с ними, они оказывают умеренное анальгетическое и выраженное противовоспалительное действие. Всасывается диклофенак натрия лучше при приеме пищи, натошак его всасывание варьируемо, проникает в синовиальную полость и там накапливается, оказывая противовоспалительное действие. Неплохо переносится, самое частое осложнение – поражение слизистой желудка, есть парентеральные формы, но гастроинтестинальное действие имеет место при любом способе введения. Один из методов профилактики осложнения – это использование комбинации диклофенака с синтетическим протективным простагландином мизопростолом. Применяется при артритах, системных заболеваниях соединительной ткани.

Производные индолуксусной кислоты – **индометацин = метиндол**. Это высокоэффективный препарат с выраженным противовоспалительным, антипиретическим и анальгетическим эффектами. После приема внутрь он быстро и почти полностью адсорбируется из кишечника, на 90 % связывается с белками плаз-

мы, лучше других НПВЛС попадает в синовиальную жидкость. Однако необходимо отметить высокую токсичность препарата: гастротоксичность, нефротоксичность, задержку жидкости и солей, мигреноподобные головные боли. Поэтому в настоящее время в педиатрической практике этот препарат использовать не рекомендуют. Индометацин являлся стандартным средством для фармакологического закрытия артериального протока, но ибупрофен оказался более перспективным из-за менее выраженных побочных реакций.

СЕЛЕКТИВНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ЦОГ2

Производное сульфамида **нимерсулид (нимулид, мисулид, найз)** – это единственный ингибитор ЦОГ2, разрешенный к применению в педиатрии. Другие селективные НПВЛС (целекоксибы, мелоксикам) разрешены к применению только с 15 лет. **Нимерсулид** не только конкурентно ингибирует ЦОГ2, но и угнетает ее синтез, ограничивает образование других эйкозаноидов. Он снижает дегрануляцию протеогликанов, тормозит синтез ферментов, разрушающих хрящевую ткань, что ведет не только к уменьшению повреждения хрящевого матрикса, но и к нормализации синтеза хрящевой ткани. В отличие от других нестероидных препаратов, он не содержит кислых функциональных групп и легко всасывается в любом отделе желудочно-кишечного тракта, начиная с полости рта, это обеспечивает быстрое действие и уменьшение прямого раздражающего действия на желудок. Он легко проникает через тканевые барьеры и в кислую среду очага воспаления, более эффективно подавляет синтез простагландинов в зоне воспаления. Терапевтическая концентрация создается через 1,5-3 часа, связывается с белками в 99 %.

Нимерсулид может снизить функцию почек, т.к. ЦОГ2 участвует в регуляции почечной гемодинамики, при длительном лечении необходим контроль функции почек. В то же время, существенным фактором безопасности является наличие антибрадикининного и антигистаминаминого действия, что позволяет применять этот препарат у пациентов с аллергическими заболеваниями. Во многих исследованиях нимерсулид оказался безопаснее других НПВЛС, однако у детей как жаропонижающее средство запрещен из-за гепатотоксичности и описанных летальных исходов. Показанием к применению у детей являются воспалительные и дегенеративные заболевания суставов и позвоночника.

СЕЛЕКТИВНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ЦОГ3

Производное анилина **ацетаминофен (парацетамол = панадол = эфералган)** подавляет ЦОГ головного мозга, действует прямо на гипоталамические регуляторные центры. Поэтому оказывает антипиретический, анальгетический эффект в основном при цефалгиях, очень незначительный противовоспалительный. Легко адсорбируется, только в 50 % связывается с белками плазмы, период полувыведения составляет 2 часа, что диктует кратность введения с интер-

валом 4-6 часов, но не более 4 раз в день. Безопасная суточная доза — до 60 мг/кг, разовая доза не должна быть меньше 10 и больше 15 мг/кг. При превышении безопасной дозы может наблюдаться гепатотоксическое и нефротоксическое действие. При наличии идиосинкразии (недостаточности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы и редуктазы глутатиона) назначение парацетамола может вызвать гемолиз эритроцитов.

Этот препарат является стандартным жаропонижающим средством первого выбора у детей, являясь безрецептурным лекарственным средством. Из лекарственных форм парацетамола в педиатрической практике предпочтительны растворы — суспензии или сироп, действие которых наступает в течение 15-20 минут и продолжается около 4 часов. При рвоте, срыгивании, тошноте показано назначение парацетамола в свечах. Свечи оказывают более продолжительное действие (до 6 часов), но и начинают действовать позднее.

Производные пирозолона (**метамизол = анальгин, фенилбутазон = бутадон, аминофеназол = амидопирин**) — препараты с хорошо выраженным анальгетическим, антипиретическим и умеренно выраженным противовоспалительным эффектом. Они обладают хорошей биосовместимостью. Однако из-за массы побочных эффектов (интерстициальный нефрит, альвеолит, анафилактический шок и др.) теряют клиническое значение. Так, амидопирин из-за своей высокой токсичности был исключен из номенклатуры лекарственных средств. Отсутствуют в настоящий момент рекомендации по применению аминофеназола (бутадона) в педиатрии. Из-за миелотоксического действия, способности угнетать кроветворение вплоть до развития фатального агранулоцитоза, в 40 странах мира применение метамизола строго ограничено. В России метамизол по назначению врача рекомендуют применять в неотложных ситуациях парентерально, как антипиретик 3 ряда при злокачественной гипертермии, для периоперационной анальгезии, при острой почечной и желчной коликах (решение президиума Фармакологического государственного комитета РФ от 26 октября 2000 года, протокол № 2).

СЕЛЕКТИВНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ЦОГ1

Производное салициловой кислоты **ацетилсалициловая кислота (аспирин)** — препарат со слабым анальгетическим и значительно выраженным противовоспалительным действием, в малых дозах обладающий деагрегационным эффектом. Это нестероидное вещество необратимо ацетирует ЦОГ тромбоцитов, лишая ее активности, поэтому прекращается синтез тромбоксана А₂, что ослабляет способность тромбоцитов к агрегации. Это влияние аспирина необратимое, поскольку тромбоциты — безъядерные клетки, они не способны синтезировать новый фермент. Эффект ацетилсалициловой кислоты сохраняется до тех пор, пока не появятся новые тромбоциты, содержащие активную ЦОГ.

Ацетилсалициловая кислота, в отличие от других нестероидов, оказывает выраженные метаболи-

ческие эффекты. Так, в 1970 годы появились убедительные данные, что применение аспирина при острых вирусных инфекциях у детей раннего возраста способствует образованию высокотоксичных метаболитов в результате мультиорганной митохондриальной дисфункции и развитию синдрома Рея. Это патологическое состояние характеризуется токсической энцефалопатией и жировой дегенерацией внутренних органов, преимущественно печени и головного мозга. Аспирин обладает и очень высокой гастроэнтеротоксичностью, при сочетании с гипокоагуляцией (нарушает «досборку» К-зависимых факторов свертывания крови в печени) приводит к тяжелым язвенным кровотечениям.

У новорожденных аспирин может вытеснять билирубин из его связи с альбуминами и, тем самым, способствовать развитию билирубиновой энцефалопатии. Эксперты ВОЗ не рекомендуют применение ацетилсалициловой кислоты как жаропонижающее средство у детей до 12 лет. Приказом Фармакологического комитета Минздрава России от 25.03.99 г. назначение этого препарата при острых вирусных инфекциях разрешено только с 15-летнего возраста. Таким образом, «первопроходец» аспирин сегодня, в основном, применяют как кардиоаспирин во взрослой кардиологии, в педиатрии он входит в протоколы лечения болезни Kawasaki в высоких дозах от 30 до 80 мг/кг в сутки, в других клинических ситуациях ему есть более безопасная альтернатива.

Нестероидные противовоспалительные препараты давно стали самыми популярными средствами для лечения лихорадки, боли и хронических воспалительных заболеваний у детей, но только глубокое знание достижений современной клинической фармакологии позволят педиатру рационально выбрать в каждом конкретном случае необходимый препарат и оптимально его назначить для обеспечения эффективности при максимальной безопасности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Зайцева, О.В. Анальгетики-антипиретики в практике врача-педиатра /О.В. Зайцева //Фарматека. — 2005. — № 15. — С. 53-59.
2. Клинические рекомендации. Педиатрия /под ред. А.А. Баранова. — М., 2006. — С. 96-101.
3. Лоуренс, Д.Р. Клиническая фармакология. Том 1 /Д.Р. Лоуренс, П.Н. Бенитт. — М., 1993. — С. 469-505.
4. Михайлов, И.Б. Настольная книга врача по клинической фармакологии: Ручов. для врачей /И.Б. Михайлов. — СПб, 2001. — 736 с.
5. Насонов, Е.Л. Анальгетическая терапия в ревматологии: путешествие между Сциллой и Харибдой /Е.Л. Насонов //Клиническая фармакология и терапия. — 2003. — № 12(1). — С. 64-69.
6. Рациональное использование антипиретиков в детском возрасте: Пособие для врачей. — М., 2005. — 27 с.
7. Шухов, В.С. Метамизол и метамизол-содержащие препараты /В.С. Шухов, Дж. Харпер //Клиническая фармакология и терапия. — 2000. — № 9(1). — С. 92-96.
8. Энтони, Патриция К. Секреты фармакологии /Патриция К. Энтони /под ред. Д.А. Харкевича. — М., 2004. — С. 263-270.

* * *

И.Ф. Копылова, И.В. Ефимова

Кемеровская государственная медицинская академия,
 ГУЗ Областной клинический противотуберкулезный диспансер,
 г. Кемерово

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В Г. КЕМЕРОВО

Изучены статистические отчетные показатели и состав впервые выявленных с активным ТБ детей в г. Кемерово за 2004 (37 чел.) и 2005 (64 чел.) годы. Заболеваемость выросла в г. Кемерово за 3 года более, чем в 2 раза, в наибольшей степени в раннем возрасте. Основные причины высокой заболеваемости детей: наличие не выявленных больных взрослых, не учет в несемейных контактах с выявленными больными, дефекты вакцинации и туберкулинодиагностики.

Ключевые слова: заболеваемость, туберкулез, дети.

Туберкулез (ТБ) и в третьем тысячелетии остается глобальной проблемой, представляющей угрозу для человечества, отмечает ВОЗ [1]. Если в среднем по России за 2001-2005 годы достигнута некоторая стабилизация эпидемиологической обстановки [2], то в Сибирском Федеральном округе (СФО) сохраняется ситуация эпидемии [3]. Кемеровская область относится к территориям с наиболее высоким уровнем эпидемиологических показателей, продолжающим увеличиваться. Особую тревогу вызывает заболеваемость ТБ детского населения. Это наиболее чувствительный показатель эпидемиологической обстановки по ТБ, имеющий прогностическое значение [2, 4]. Показатель заболеваемости во фтизиатрии включает в себя количество впервые в жизни выявленных больных ТБ в расчете на 100 тысяч населения.

Цель настоящего исследования – изучение заболеваемости туберкулезом детей в г. Кемерово. Проанализированы отчетные статистические данные по области и городу, а также состав впервые выявленных детей (0-14 лет) с активным туберкулезом в г. Кемерово в 2005 г. (64 чел.) и 2004 г. (37 чел.).

Заболеваемость детского населения в Кемеровской области увеличилась более чем в 1,5 раза, с 28,8 в 2003 г. и 31,9 в 2004 г. до 45,3 в 2005 г. на 100 тыс. детского населения. Заболеваемость значительно превышает среднюю по СФО (25,4 в 2004 г.) и почти в 3 раза больше средней по России (15,9 – в 2004 г.). Темпы увеличения детской заболеваемости (57,3 % за 3 года) значительно превысили таковые заболеваемости ТБ в целом (15,4 %).

Из территорий Кемеровской области наиболее высокие уровни показателя и темпов его роста имеет г. Кемерово – 36,0 на 100 тыс. в 2003 г., 47,1 в 2004 г. и 77,0 в 2005 г. Как свидетельствуют данные, приведенные в таблице 1, рост заболеваемости произошел во всех возрастных группах.

Наиболее высокие темп роста и уровень заболеваемости в 2005 г. наблюдались у детей раннего воз-

Таблица 1
Заболеваемость детей ТБ в г. Кемерово по возрастным группам (на 100000 детского населения)

Возраст	Россия		Кемерово	
	2003	2003	2004	2005
0-2 года	13,1	20,6	58,6	140
3-6 лет	23,7	34,0	71,5	113,7
7-14 лет	14,1	41,0	37,9	66,0
Всего	16,0	36,0	47,1	77,0

раста, что крайне неблагоприятно характеризует эпидемиологическую обстановку по ТБ. Традиционно наиболее высокую заболеваемость ТБ имеют дети в возрасте 3-6 лет, что имеет место в мире, в среднем по России [4] и наблюдалось в нашей области, в том числе в г. Кемерово, до 2005 г. В настоящее время в г. Кемерово заболеваемость детей дошкольного возраста (0-6 лет) составила 124 на 100 тыс. детей данного возраста, и превысила заболеваемость школьников почти в 2 раза. Обращает на себя внимание, что уже в 2004 г. наблюдался значительный рост заболеваемости детей дошкольного возраста при стабильном уровне заболеваемости школьников.

Известно, что уровень заболеваемости в значительной степени определяется состоянием работы по выявлению заболевших. ТБ у детей выявляется преимущественно при профилактических обследованиях методом туберкулинодиагностики. Удельный вес выявленных при профобследовании в г. Кемерово в 2005 г. составил 82,8 % (53 ребенка из 64), что не выше показателя предыдущего года – 88,8 % (32 случая из 37). К тому же вырос удельный вес поздно выявленных форм (осложненных), с 8,3 % (3 случая) в 2004 г. до 15,6 % (10 случаев) в 2005 г. Следовательно, рост показателя заболеваемости нельзя объяснить улучшением работы по выявлению заболевших.

Следует отметить, что среди выявленных при профосмотрах в 2005 г. половину составили обследо-

ванные по контакту с заболевшими ТБ взрослыми и лишь у 50 % детей активный туберкулез установлен в результате массовой туберкулинодиагностики.

При высоком охвате детского населения массовой ежегодной туберкулинодиагностикой (99-99,6 %) требует внимание ее качество. От 47 % до 48,4 % туберкулиноположительных детей в г. Кемерово ежегодно дообследуются рентгенологически для исключения активного ТБ. Из 10250 детей, взятых на учет противотуберкулезного диспансера (ПТД) в группы риска, 2/3 составили впервые инфицированные, то есть с виражом туберкулиновой чувствительности. Удельный вес детей с гиперергической реакцией на туберкулин равнялся 15,5 % в 2004 г. и 18 % в 2005 г., с нарастанием туберкулиновой чувствительности – 18,1 % и 16,5 %, соответственно. Данные показатели соответствуют средним по России [4], что свидетельствует об отсутствии грубых дефектов в проведении туберкулинодиагностики в городе.

В то же время, не все выявленные при туберкулинодиагностике с изменением туберкулиновой чувствительности были направлены к фтизиатру. Трое из 10 детей, выявленных с осложненным ТБ, и 7 из 37 с самопроизвольно излеченным процессом в предыдущие годы не были обследованы на ТБ при наличии показаний. Обследование не проведено как по вине ОМС, так и в связи с отказом родителей. Не существует системы четкого контроля за обследованием показанных, ни в ОМС, ни в тубучреждениях.

Как следует из данных, приведенных в таблице 2, источники туберкулезной инфекции выявлены в 62 % случаев заболевания в 2004 г. и в 45,3 % – в 2005 г. Дети инфицированы преимущественно от взрослых больных туберкулезом легких, контакт с которыми был не известен врачам. Большая часть таких больных выявлена одновременно с детьми. В значительной части случаев больные, состоящие на учете ПТД, жили вне семьи ребенка (родственники, соседи) и контакт не учитывался, не проводились необходимые профилактические мероприятия. Заболеваемость в наблюдаемых очагах туберкулезной инфекции объясняется, прежде всего, отсутствием надежной изоляции детей от бактериовыделителей. В г. Кемерово нет противотуберкулезного санатория для детей дошкольного возраста, а санаторные детские сады и госпитализация бактериовыделителей не обеспечивают полную изоляцию.

Наиболее высок удельный вес источников инфекции, оставшихся неизвестными. При этом он значительно увеличился в 2005 г. Родители всех заболевших детей обследованы, туберкулеза у них не найдено. При проведении настоящего анализа сделан запрос о случаях заболеваний взрослых в 6 общежитиях, где выявлены дети с активным туберкулезом без известного источника заражения. Оказалось, что во всех этих общежитиях жили бактериовыделители, состоящие на учете тубдиспансера (по 1-2 и более). Многие не выявленные взрослые больные,

Таблица 2
Источники туберкулезной инфекции у заболевших детей

Больные ТБ - источники инфекции	2004 год		2005 год	
	абс.	%	абс.	%
Из наблюдаемых очагов туб. инфекции	5	13,5	10	15,6
Выявленные одновременно с детьми	11	29,7	14	21,9
Живущие вне семьи ребенка (неучтенный контакт)	7	18,9	5	7,8
Неизвестные	14	37,8	35	54,7

имеющие внесемейный контакт с детьми, остаются неизвестными источниками инфекции.

Из 15 детей раннего возраста, взятых на учет ПТД в 2005 г. с активным ТБ, в большинстве случаев (13 чел.) выявлен контакт с больными, чаще семейный (8 детей), в том числе в половине случаев (4 ребенка) в очагах смерти. Большая часть детей раннего возраста (11 чел.) имели контакт с ранее неизвестными взрослыми больными, и лишь двое заболели из наблюдаемых очагов.

Изучено состояние вакцинации БЦЖ детей, заболевших в 2005 г. (табл. 3). Невакцинированные или вакцинированные некачественно (рубчики менее 4 мм) составили более 1/3 среди всех пациентов и более половины среди детей раннего возраста. Из 4-х детей раннего возраста с осложненным ТБ двое не вакцинированы в связи с противопоказаниями и один ребенок вакцинирован некачественно. Следовательно, отсутствие поствакцинного иммунитета или низкий его уровень – один из факторов, предрасполагающих к заболеванию, в первую очередь, в раннем возрасте.

Таблица 3
Вакцинация БЦЖ заболевших ТБ детей в 2005 г.

Возраст	Заболели всего	Не вакцинированы	Вакцинированы некачественно	Всего с дефектами вакцинации	
				абс.	%
0-2 года	15	2	6	8	53,3
3-6-лет	21	-	4	4	19
7-14 лет	28	-	11	11	39
Всего	64	2	21	23	36

Дети, состоявшие на учете в группах риска ПТД до выявления активного ТБ, составили 21,6 % (8 чел.) от всех впервые выявленных с активным ТБ в 2004 г. и 29,3 % (19 чел.) – в 2005 г. Большая часть из них (5 чел. – 13,5 % и 10 чел. – 15,6 %, соответственно) наблюдалась по контакту с взрослыми больными. В 2005 г. значителен удельный вес заболевших из состоявших на учете по поводу гиперергической чувствительности к туберкулину – 9,3 % от впервые выявленных (6 чел.). В 2004 г. данная группа составила 2,7 % (1 чел.). Количество наблюдавшихся по поводу виража туберкулиновой чувствительности равнялось 5,4 % (2 детей) за-

болевших в 2004 г. и 4,6 % (3 детей) в 2005 г. Неэффективность химиопрофилактики у детей с изменением туберкулиновой чувствительности можно объяснить тем, что при взятии на учет ПТД в группы риска у них уже был активный ТБ, оставшийся не диагностированным.

Выросло количество детей, взятых на учет с самопроизвольно излеченным ТБ, с 11 человек в 2004 г. до 37 человек в 2005 г. Удельный вес их по отношению к впервые выявленному с активным ТБ увеличился с 30 % до 58 %, соответственно. В среднем по РФ данный показатель составляет 30 %. Из 37 детей, выявленных с неактивным ТБ в 2005 г., 1/3 (12 чел.) наблюдались ранее в группах риска ПТД и получили профилактическое лечение. Еще 7 человек подлежали консультации фтизиатра, но на консультацию не явились.

Пропуск патологии при обследовании в ПТД объясняется преимущественно объективными трудностями диагностики туберкулеза внутригрудных лимфоузлов у детей, особенно малых форм его. Для полноценной диагностики этих форм необходима компьютерная томография [5, 6], не являющаяся достаточно доступной в современных условиях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Кемеровской области и, в наибольшей степени, в г. Кемерово за 2005 год резко увеличилась заболеваемость детей ТБ, преимущественно за счет детей дошкольного возраста. Основная причина высокого уровня заболеваемости — контакт детей с не выявленными взрослыми больными туберкулезом, а также неучтенные внесемейные контакты с больными, состоящими на учете. Также имеют значение дефекты в проведении вакцинации БЦЖ, особенно в заболеваемости детей раннего возраста. При высоком

охвате детей массовой туберкулинодиагностикой не все показанные обследуются на туберкулез и получают химиопрофилактику для предупреждения перехода инфицирования в заболевание. При традиционных методах обследования активный туберкулез диагностируется не всегда своевременно. Необходимо использование компьютерной томографии.

Основными направлениями снижения детской заболеваемости туберкулезом являются своевременное выявление взрослых больных туберкулезом, учет внесемейных контактов, надежная изоляция детей от бактериовыделителей, а также проведение качественных противотуберкулезных прививок, химиопрофилактика показанным.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Крофтон, Дж. Клиника туберкулеза /Крофтон Дж., Хорн Н., Миллер Ф. – Бишкек, 2001. – 187 с.
2. Шилова, М.В. Итоги оказания противотуберкулезной помощи населению России в 2003 г. /Шилова М.В. //Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 6. – С. 3-10.
3. Туберкулез в Сибири в начале XXI века /Погожева Л.М., Мурашкина Г.С., Новикова Н.М. и др. //Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2003. – № 5. – С. 51-64.
4. Аксенова, В.А. Инфицированность и заболеваемость туберкулезом как показатель общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России /Аксенова В.А. //Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2002. – № 1. – С. 6-9.
5. Лазарева, Я.В. Значение компьютерной томографии в диагностике и классификации туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у детей /Лазарева Я.В. //Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 12. – С. 14-19.
6. Озере, И. Первичный туберкулез органов дыхания у детей – гипердиагностика или гиподиагностика /Озере И., Озолина А., Бобрикова О. //Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 9. – С. 23-27.



РАЗРАБОТАН ПЕПТИДНЫЙ КОКТЕЙЛЬ, ЗАЖИВЛЯЮЩИЙ СЕРДЦЕ

Исследователи из Северо-западного университета в Эванстоне (Northwestern University, Evanston) в американском штате Иллинойс под руководством доктора Сэмюэла Стаппа (Samuel Stupp) создали смесь пептидов, существенно ускоряющую заживление сердца после сердечного приступа, сообщает Science.

Коктейль состоит из синтезированных пептидов - коротких цепочек аминокислот, которые при введении в организм собираются в длинные белковые волокна, затягивающие рану. Входящий в пептиды блок из 8 аминокислот связывается с белком крови гепарином, который привлекает факторы роста, ускоряющие процесс заживления. Опыты на мышах и кроликах с поврежденным сердцем показали высокие целебные качества пептидного коктейля. В настоящее время исследователи проводят испытание своей разработки на людях. Для ее развития и внедрения в практику доктор Стапп и его коллеги создали коммерческую компанию Nanotore.

Источник: Svobodanews.ru

В.И. Минина, В.Г. Дружинин, А.В. Шабалдин,
В.Р. Ахматьянова, Я.А. Савченко, И.В. Ветрова

Институт экологии человека СО РАН,
Кемеровский государственный университет,
г. Кемерово

СТРУКТУРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ХРОМОСОМ У ЖЕНЩИН КУЗБАССА

Проведено исследование хромосомных aberrаций у женщин, проживающих в городских и сельских районах Кузбасса. Установлено, что темп хромосомного мутагенеза у жительниц промышленного региона ($3,6 \pm 0,3 \%$) значительно опережает базовый европейский контроль. Особенно высока частота хромосомных нарушений у жительниц г. Кемерово, что создает угрозу их репродуктивному здоровью.

Ключевые слова: цитогенетический анализ, хромосомные aberrации, генотоксический эффект.

The research chromosomal aberration at the women living in urban and village areas of Kuzbass is carried out. It is established, that the rate chromosomal mutagenesis at the women of industrial region ($3,6 \pm 0,3 \%$) considerably is outstriped with the base European control. The frequency chromosomal of infringements at the women Kemerovo is especially high, that creates threat them reproduction health.

Key words: cytogenetic analysis, chromosomal aberrations, genotoxic effect.

Человек как биологический вид сформировался в условиях постоянного давления факторов окружающей среды (физических, химических, биологических), которые определяют темп спонтанного мутационного процесса. Относительная стабильность спектра и интенсивности давления природных факторов на протяжении тысячелетий обеспечила определенный темп возникновения и реализации мутаций [1]. Вместе с тем, загрязнение окружающей среды факторами, к которым человек как биологический вид не приспособлен, может реально увеличивать темп мутаций и, следовательно, отрицательно влиять на здоровье как настоящего, так и последующих поколений.

Особую опасность представляет возрастание уровня повреждений хромосом у женщин репродуктивного возраста. Мутации в половых клетках приводят к повышению частоты наследственной патологии. Мутации в клетках эмбриона ведут к снижению приспособленности будущего ребенка, повышению частоты врожденных пороков развития, гибели эмбриона, задержке внутриутробного развития. Мутации в соматических клетках повышают частоту возникновения злокачественных новообразований, нарушают иммунитет, обуславливают преждевременное старение [2].

Принимая во внимание интенсивное техногенное загрязнение окружающей среды в Кузбассе, становится очевидной необходимость регионального генетического мониторинга. Одним из интегральных тестов, рекомендованных ВОЗ для оценки генетических

эффектов в популяциях человека, является цитогенетический анализ частоты и качественного спектра хромосомных aberrаций (ХА) в соматических клетках [3]. В связи с этим, нами был проведен стандартный цитогенетический анализ нарушений хромосом у женщин репродуктивного возраста, проживающих на территории Кузбасса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе генетического мониторинга населения Кузбасса обследованы 82 женщины в возрасте от 18 до 50 лет, которые профессионально не контактировали с производственными генотоксикантами. Средний возраст $30,8 \pm 0,9$ лет. 43 человека проживают в промышленном центре (г. Кемерово), остальные — в сельских районах Кемеровской области — Чебулинском (12 человек), Беловском (17 человек), Яшкинском (10 человек).

Материалом для исследования послужила цельная периферическая кровь, забранная из локтевой вены в асептических условиях. Культивирование клеток крови осуществляли по стандартному полумикрометоду [4]. Питательную смесь готовили из расчета: среда RPMI-1640 (6 мл), сыворотка крупного рогатого скота (1,5 мл) и 0,1 мл фитогемагглютинина (ПанЭко). Смесь помещали в стерильные культуральные флаконы и добавляли 0,5 мл гепаринизированной крови. Культуральные флаконы выдерживали при 37°C в течение 48 часов. За 2 часа до фиксации в

культуры вводили колхицин (0,5 мкг/мл). После гипотонической обработки и фиксации клеток суспензию раскапывали на охлажденные чистые предметные стекла и высушивали над пламенем спиртовки. Препараты окрашивали 1 % красителем Гимза и анализировали под световым микроскопом Axioskop 2 plus.

Для учета хромосомных aberrаций у каждого индивида проанализировано, в среднем, по 100 метафаз. Регистрировали aberrации хромосомного и хроматидного типов в соответствии с общепринятыми требованиями [5]. Пробелы в анализ не включали. Определяли частоту aberrантных метафаз (в процентах от общего числа клеток), а также высчитывали частоты отдельных типов хромосомных нарушений. Уровень хромосомных aberrаций определяли путем подсчета частоты метафаз с aberrациями хромосом (в процентах от изученного числа клеток).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием ППП «STATISTICA for WINDOWS 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного цитогенетического анализа было установлено, что средняя частота метафаз со структурными нарушениями хромосом у женщин Кузбасса составила 3,6 %, что значимо превышает значения, полученные в Медико-генетическом научном центре (МГНЦ) РАМН группой академика Н.П. Бочкова. Согласно их данным, средняя частота aberrантных метафаз в группах европейского базисного контроля составляет 2,6 % [6].

Известно, что подобные различия могут быть связаны как с объективными, так и с субъективными причинами. К субъективным факторам можно отнести вероятность разного подхода к анализу и оценке обнаруживаемых изменений хромосом; статистические флуктуации, обусловленные размером выборки, разные подходы к культивированию. В связи с этим, в исследованиях, проводимых разными группами, можно наблюдать достаточно широкий размах варьирования спонтанного уровня хромосомных aberrаций у человека [4]. В нашем исследовании, благодаря постоянной консультативной помощи сотрудников МГНЦ РАМН, были стандартизированы методические подходы к культивированию лимфоцитов, фиксации и приготовлению препаратов, анализу и оценке хромосомных нарушений. Поэтому вероятность субъективной ошибки была сведена к минимуму.

К объективным факторам, влияющим на темпы хромосомного мутагенеза человека, можно отнести комплексное воздействие многочисленных химических и радиационных загрязнителей окружающей среды. В среде обитания человека появляются факторы с длительным периодом стойкости (диоксины, радиоизотопы). Современное жилище с его полимерной и пластмассовой «начинкой» может быть источником мутагенных, канцерогенных и тератогенных факторов. Мутационный процесс усиливают такие

факторы как стресс, широкое распространение психоактивных веществ (курение, алкоголь, наркотики) [2]. Промышленное освоение территорий, характерное для Кузбасса, многократно усиливает (в результате комплексного воздействия) генотоксическое давление среды на живые организмы и приводит к ускорению темпов хромосомного мутагенеза. В связи с этим, не вызывает удивления факт значительного повышения частоты хромосомных нарушений у женщин Кузбасса по сравнению со среднеевропейскими данными.

Ранее были получены данные о частоте aberrантных метафаз у различных категорий жителей Кузбасса, в том числе у мужчин [7], что позволило провести сравнение частоты aberrантных метафаз в зависимости от пола. У мужчин 18-50 лет, не занятых на промышленных предприятиях, частота aberrантных метафаз составила $3,6 \pm 0,5$ %. Достоверно значимых различий между мужчинами и женщинами не выявлено. Таким образом, в данном случае нельзя говорить о большей чувствительности женского хромосомного аппарата к генотоксическому давлению окружающей среды. Нельзя не отметить, что имеются отдельные сообщения о повышении частоты хромосомных aberrаций у одного из полов, а именно у женщин [8, 9]. Однако предположение о том, что причиной этого является увеличение количества хромосомного материала примерно на 5 % за счет дополнительной X-хромосомы, не выдерживает критики. Чтобы зафиксировать повышение спонтанного уровня хромосомных aberrаций именно за счет дополнительной X-хромосомы у женщин, т.е. на 5 %, необходимо проанализировать на порядок больше метафаз, чем это было сделано в цитируемых выше работах.

Для анализа влияния возрастного фактора на изучаемые показатели все обследованные женщины были разделены на три группы: 18-30 лет, 31-40 лет и 41-50 лет. Достоверных различий между группами не выявлено ни по частоте aberrантных метафаз, ни по частотам отдельных типов хромосомных нарушений.

Качественный спектр хромосомных повреждений в изученной выборке женщин Кузбасса (табл. 1) был представлен aberrациями хроматидного (одиночные фрагменты и хроматидные обмены) и хромосомного (парные фрагменты, хромосомные обмены) типов. Чаще всего встречались aberrации хроматидного типа, а именно — одиночные фрагменты (рис.).

Сопоставление частот хромосомных aberrаций в Кузбасской и Московской базах данных позволило установить, что увеличение общей частоты aberrантных метафаз в Кузбасской выборке достигается за счет разрывных aberrаций как хроматидного (2,8 % и 1,7 % для хроматидных фрагментов), так и хромосомного (0,9 % и 0,7 % для парных фрагментов) типов. Напротив, в отношении хроматидных обменов наблюдается обратная тенденция: их средняя частота в Кузбасской базе женщин определена ниже, чем в когорте сравнения (0,02 % и 0,99 %, соответственно). Известно, что спектр aberrаций позволяет

Таблица 1
Частоты различных типов хромосомных aberrаций в Кузбасской и Московской базах данных

Показатель	Данное исследование	База данных академика Н.П. Бочкова
Проанализировано метафаз	8200	318382
Аберрантные метафазы (%)	3,62	2,56
Хроматидные фрагменты (%)	2,75	1,74
Хроматидные обмены (%)	0,024	0,993
Парные фрагменты (%)	0,923	0,682
Дицентрики с парными фрагментами (%)	0,043	0,056
Дицентрики без фрагментов (%)	0,012	0,029

Рисунок
Микрофотография хромосом человека



Стрелкой указан хроматидный фрагмент

в определенной мере судить о природе ведущего кластогенного фактора. Формирование aberrаций хромосомного типа обычно связывают с лучевой компонентой воздействия, а повышение частоты aberrаций хроматидного типа (как в данном исследовании) характерно для химического и вирусного мутагена [1].

Известно, что городские и сельские жители находятся заведомо в разных экологических условиях. Интенсивность генотоксической нагрузки на горожан определяет темп и спектр хромосомного мутагена у этой группы лиц. В данном исследовании были выявлены четкие различия в формировании структурных нарушений хромосом у жительниц города с развитой химической промышленностью (г. Кемерово) и женщин, проживающих в сельских районах Кемеровской области. Частоты встречаемости различных типов нарушений хромосом представлены в таблице 2. Сопоставление этих частот позволило установить, что у жительниц г. Кемерово зна-

чительно чаще встречаются клетки со структурными нарушениями хромосом ($4,2 \pm 0,5 \%$), чем у жительниц деревень и поселков Кемеровской области (суммарно для разных районов – $3 \pm 0,3 \%$). Все жительницы сельских районов были объединены в общую группу, т.к. при проведении порайонных сравнений достоверных различий не было выявлено. Так, в Чебулинском районе частота aberrантных метафаз составила $2,8 \pm 0,5 \%$, в Беловском – $3,1 \pm 0,4 \%$, в Яшкинском – $3,7 \pm 0,7 \%$ (различия не достоверны на 5 % уровне значимости).

В последние 10-15 лет появилось достаточное количество исследований, посвященных изучению уровня хромосомных aberrаций у проживающих на загрязненных территориях. Причем было установлено, что превышение этого показателя, как правило, коррелировало со степенью выраженности загрязнения окружающей среды [10, 11]. Более того, анализ динамики уровня хромосомных aberrаций на протяжении 10 лет позволил установить его возрастание у представителей населения городов, загрязненных промышленными выбросами [12]. Установлено, что наиболее респираторные фракции частиц, загрязняющих атмосферный воздух в городах, размером менее 10 мкм обладают генотоксической активностью, способствуют повышению уровня ДНК-аддукторов и вызывают хромосомные повреждения [цит. по 13]. Полученные в настоящем исследовании данные подтверждают описанную в литературе тенденцию и свидетельствуют о мощном генотоксическом прессинге окружающей среды на женщин репродуктивного возраста, жительниц города Кемерово.

Хромосомные нарушения, возникающие в соматических клетках, могут служить отражением процессов, идущих в половых клетках человека. По расчетам Н.П. Бочкова [цит. по 13], повышение уровня мутаций у одного человека в два раза увеличивает вероятность рождения у него ребенка с наследственным дефектом на 10 %, что указывает на реальную возможность угрозы генетических последствий за-

Таблица 2
Частоты различных типов хромосомных aberrаций у женщин Кузбасса

Показатель	Жительницы г. Кемерово	Жительницы сельских районов
Проанализировано метафаз	4300	3900
Аберрантные метафазы (%)	$4,18 \pm 0,45^*$	$3,00 \pm 0,30$
Хроматидные фрагменты (%)	$3,19 \pm 0,45$	$2,26 \pm 0,28$
Хроматидные обмены (%)	0	$0,05 \pm 0,03$
Парные фрагменты (%)	$1,02 \pm 0,16$	$0,81 \pm 0,11$
Дицентрики с парными фрагментами (%)	$0,02 \pm 0,01$	$0,06 \pm 0,04$
Дицентрики без фрагментов (%)	0	$0,03 \pm 0,02$

$p < 0,05$ между частотой aberrантных метафаз у городских и сельских жительниц

рязнения окружающей среды мутагенными веществами. В данном исследовании в Кемеровской популяции было выявлено 7 женщин с двукратным превышением регионального спонтанного уровня хромосомных aberrаций (3 %), тогда как среди селян таких было лишь двое. Эти женщины, несомненно, нуждаются в динамическом отслеживании темпов хромосомного мутагенеза (с анализом 500-1000 метафаз) и консультации врача-генетика.

Как уже отмечалось выше, фактор курения относится к одним из объективных факторов модификации спонтанного мутационного процесса у человека. Поэтому нами был проведен сравнительный анализ частоты возникновения структурных хромосомных aberrаций у курящих и некурящих женщин. У курящих кемеровчанок регистрировалось в среднем $5 \pm 0,97$ %, тогда как у некурящих — $4,2 \pm 0,6$ %. Таким образом, курение для женщин, проживающих в промышленном городе, становится серьезным дополнительным фактором риска в плане формирования генетических нарушений.

Таким образом можно заключить, что сочетанное воздействие природных и антропогенных факторов в Кемеровской области способствует формированию значительного количества структурных нарушений хромосом у женщин репродуктивного возраста, что создает непосредственную угрозу не только ныне живущим, но и будущим поколениям. Сложившаяся ситуация требует внедрения комплексной региональной программы генетического мониторинга в практику здравоохранения и организации мер по защите генома населения Кузбасса.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бочков, Н.П. Наследственность человека и мутагены внешней среды /Н.П. Бочков, А.Н. Чеботарев. – М., 1989. – 272 с.
2. Бочков, Н.П. Экологическая генетика человека /Н.П. Бочков //Мед. труда и пром. экология. – 2004. – № 1. – С. 1-6.
3. ВОЗ. Руководство по изучению генетических эффектов в популяции человека /Международная программа по химической безопасности //Гигиенические критерии состояния окружающей среды. – Женева: ВОЗ, 1989. – 121 с.
4. Hungerford, P.A. Leukocytes cultured from smoll inocula of whole blood and the preparation of metaphase chromosomes by treatment with hypotonic KCl /P.A. Hungerford //Stain Techn. – 1965. – V. 40. – P. 333-338.
5. Бочков, Н.П. Зависимость интенсивности химического мутагенеза в клетках человека от возраста и пола /Н.П. Бочков, Н.П. Кулешов //Генетика. – 1971. – Т. 7, № 3. – С. 132-138.
6. База данных для анализа количественных характеристик частоты хромосомных aberrаций в культуре лимфоцитов периферической крови человека /Н.П. Бочков, А.Н. Чеботарев, Л.Д. Катосова, В.И. Платонова //Генетика. – 2001. – Т. 37, № 4. – С. 549-557.
7. База данных для анализа количественных характеристик частоты хромосомных aberrаций в лимфоцитах жителей промышленного района Западной Сибири /В.Г. Дружинин, Н.А. Мокрушина, А.Н. Волков и др. //Генетика человека и патология: сб. науч. тр. /под ред. В.П. Пузырева. – Томск, 2002. – Вып. 6. – С. 58-64.
8. Nordic Study Group on the Health Risk of Chromosome Damage. Nordic data base on somatic chromosome damage in humans //Mutat. Res. – 1990. – V. 241, N 3. – P. 325-337.
9. Cytogenetic Monitoring /S. Gundi, E. Susanszky, J. Major, A. Czeizel //Ed. M. Richardson. – Weinheim; New York; Basel; Cambridge; Tokyo: VCH, 1994. – P. 227-240.
10. Ревич, Б.А. Последствия воздействия стойких органических загрязнений на здоровье населения /Б.А. Ревич. – М., 2000. – 48 с.
11. Ревазова, Ю.А. Генетический мониторинг в гигиене окружающей среды и охране здоровья населения /Ю.А. Ревазова //Матер. раб. совещ. «Мутагены и канцерогены в окружающей среде: новые подходы к оценке риска для здоровья». – СПб., 1998. – С. 23-24.
12. Журков, В.С. Итоги и перспективы научных исследований по проблеме экологии человека и гигиены окружающей среды /В.С. Журков, Ю.А. Ревазова //Сб. под ред. Ю.А. Рахманина. – М., 2001. – С. 15-26.
13. Гичев, Ю.П. Загрязнение окружающей среды и экологическая обусловленность патологии человека /Ю.П. Гичев. – Новосибирск, 2003. – 138 с.



ДЕТИ С НОЧНЫМ АПНОЭ ИСПЫТЫВАЮТ БОЛЬШЕ ЗАТРУДНЕНИЙ С ДЫХАНИЕМ, КОГДА ОНИ СПЯТ НА СПИНЕ, ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ ПОЛОЖЕНИЯМИ ТЕЛА

В недавно проведенном исследовании, автором которого является доктор Кевин Д. Перейра, профессор отоларингологии в военно-медицинской школе Техаса в Хьюстоне, наблюдали за 60 детьми с затрудненным ночным дыханием во время сна; при этом ученые изучали взаимосвязь между положением тела и синдромом обструктивного апноэ. В исследовании проанализировали данные по количеству времени, проведенному в каждом положении, число случаев апноэ, насыщение тканей кислородом и так называемый "индекс нестабильности дыхания" (respiratory disturbance index). В результате ученые сделали вывод, что индекс возрастал более чем на 50%, а в отдельных случаях до 75 %, когда дети спали на спине.

Источник: Солвей Фарма

Ю.Г. Самойлова, Е.Б. Кравец, В.Я. Семке, М.Ф. Белокрылова
ГОУ ВПО Сибирский Государственный медицинский университет,
ГУ НИИ Психического здоровья ТНЦ СО РАМН,
г. Томск

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО- ЭКЗОГЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Проведено комплексное клиничко-психологическое обследование 320 детей и подростков, страдающих ожирением, изучены типы пищевого поведения, качество жизни данной категории пациентов. Анализ сомато-психологических особенностей у детей с давностью ожирения менее 5 лет показал наличие высокого уровня тревожности по сравнению с возрастными нормами, формирование агрессивного психо-социального поведения, комплекса неполноценности, сниженным уровнем социальных контактов, слабую мотивацию к соблюдению диеты и самоконтролю веса. С целью коррекции выявленных нарушений проводилось мотивационное обучение с элементами поведенческой терапии, применение которого в комплексе с диетотерапией ожирения помогает изменить пищевые стратегии, мотивации пациентов как в отношении массы тела, метаболических нарушений, так и динамики комплайнса, приверженности к выполнению врачебных рекомендаций, и способствует повышению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: ожирение, дети и подростки, качество жизни, сомато-психологические особенности.

Complex clinical-psychological inspection of 320 children and the teenagers, suffering is carried out (spent) by adiposity, types of food behaviour, quality of life of the given category of patients are investigated. The analysis of clinical-psychological features at children of the basic group both in 1 and in 2 subgroups with prescription of adiposity less than 5 years has shown presence of a high level of uneasiness in comparison with age norms, formation of aggressive psychosocial behaviour, complex to inferiority which was combined with feeling of loneliness, to the isolability, the reduced level of social contacts, low expressiveness of affective factors influencing on motivation on observance of a diet, self-checking of weight. With the purpose, the revealed infringements motivational training with elements of behavioural therapy which application in a complex with dietoterapi adiposity helps to change food strategy psychological motivations of patients as concerning weight of a body, metabolic infringements, and dynamics (changes) complainz was carried out (spent), to adherence to performance of medical recommendations and promotes improvement of quality of life of patients.

Key words: adiposity, children and the teenagers, quality of life, clinical-psychological features.

Изучение различных аспектов проблемы ожирения обусловлено их большой медико-социальной значимостью, широкой распространенностью и непрерывным ростом числа лиц, имеющих избыточную массу тела. Излишний вес — это своеобразная плата человечества за урбанизацию и прогресс. В экономически развитых странах, включая Россию, в среднем, каждый третий житель имеет массу тела, превосходящую макси-

мально допустимую. Данной патологией страдают от 20 до 50 % активного населения и не менее 15 % составляют дети. Избыточная масса тела — междисциплинарная проблема, которой занимаются не только эндокринологи и педиатры, но и неврологи, психиатры, психологи. Это связано с тем, что в основе повышения массы тела лежат не только эндокринно-метаболические расстройства, но и нейромедиаторная дисфункция ЦНС. Кроме того, жи-

рение всегда сопровождается изменением внешнего облика человека, развитием вторичных психологических и психовегетативных расстройств.

Ожирению, как правило, сопутствуют нарушения пищевого поведения, которым уделяется недостаточное внимание [1, 2]. Между тем, именно недооценка особенностей пищевого поведения у данной категории больных приводит к снижению комплаентности (степень выполнения врачебных рекомендаций пациентом), отказу от лечения, либо к рецидиву после его проведения.

Многочисленные литературные данные свидетельствуют о том, что 95 % пациентов не удерживают достигнутую в результате лечения массу тела в течение 2 лет и более. Большинство отечественных [3, 4] и зарубежных [5, 6] авторов отмечают, что ни при одном другом заболевании фармакотерапия не обладает столь низкой эффективностью, как при ожирении. В связи с этим, необходимо делать акцент на поиске и разработке новых комплексных программ реабилитации больных с данной патологией.

Цель исследования — изучить клиничко-психологические особенности детей, подростков с ожирением конституционально-экзогенного генеза, оценить их влияние на эффективность реабилитационных мероприятий и уровень качества жизни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 320 детей и подростков, страдающих ожирением конституционально-экзогенного генеза (165 девочек и 155 мальчиков), получавших лечение в эндокринологическом отделении Детской больницы № 1 г. Томска и ГУЗ Областным эндокринологическим диспансере г. Томска. Средний возраст пациентов составил $15 \pm 1,3$ лет, длительность ожирения — $6,3 \pm 1,2$ лет. Группу сравнения для оценки психологических особенностей составили дети и подростки, сопоставимые по возрасту, полу, имеющие нормальную массу тела, не имеющие тяжелой хронической патологии, проживающие в городе Томске, учащиеся лицей № 7, гимназий № 55 и № 56 — 150 человек, из них 85 девочек и 65 мальчиков.

Для верификации диагноза ожирения нами использовались: антропометрические методы, измерение индекса массы тела (ИМТ), расчет соответствующих значений массы тела по перцентильным таблицам с вычислением процента избыточной массы тела, общеклинические (ОАК, ОАМ), биохимические методы (ОХ, ТГ, ЛПНП, ЛПОНП, индекс атерогенности). У всех обследованных оценивался гормональный профиль (ЛГ, ФСГ, Прл, тестостерон, эстрадиол, СТГ, ИФР-1, лептин, С-пептид, инсулин), вычислялся индекс инсулинорезистентности (НОМА), проводился стандартный глюкозотолерантный тест (СТТГ).

Типы пищевого поведения определялись по модифицированному для целей настоящего исследования опроснику DEBQ (the Dutch Eating Behavior

Questionnaire, Van Strein T. и соавт., 1986). Опросник позволяет качественно определить тип нарушения пищевого поведения: «эмоциогенный» (стремление к приему пищи в ответ на появление отрицательных эмоций — тревоги, депрессии, скуки, волнения и т.д.); «экстернальный» (прием пищи в ответ на внешние стимулы — рекламу пищевых продуктов, вид и запах готовых блюд и др.); «ограничительный» (сознательный контроль приема пищи с целью снизить массу тела). Степень выраженности вариантов пищевого поведения оценивалась по балльной системе DEBQ («экстернальному», «ограничительному» и «эмоциогенному» соответствует количество баллов, превышающее 2,68, 2,43 и 2,03, соответственно). Особенности пищевых привычек изучали с помощью «дневника питания» и специально разработанной для детей и подростков анкеты, комплаентность (степень выполнения врачебных рекомендаций) оценивали по частоте проведения самоконтроля (измерение веса, заполнение дневника не менее 2 недель до очередного визита к врачу).

В работе были использованы клиничко-психопатологический и экспериментально-психологический методы: личностный опросник Кэттелла (1950) — два варианта HSPQ адаптированный вариант для подростков 12-18 лет в модификации Панасюка А.Ю. (1978) и CPQ для детей 8-12 лет, адаптированный Э.М. Александровской, И.Н. Гильяшевой (1986), тест оценки тревожности Кондаша (1973), опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин, 1984.). Качество жизни оценивали по общему опроснику SF-36, прошедшему все необходимые процедуры валидации в России.

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программ BIOSTAT и Microsoft Exsel, версия 7,0. В случае распределения, близкого к нормальному, данные представлены в виде $M \pm SD$, где M — среднеарифметическое, SD — стандартное отклонение. Если распределение не являлось нормальным, данные представлялись в виде Me — медиана. Качественные показатели представлены в виде абсолютного числа наблюдений и доли (в %) от общего числа больных по выборке в целом или соответствующей группе. В случае распределения, близкого к нормальному, для сравнения двух выборок использовали критерий t-Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. В случае распределения, отличающегося от нормального, для сравнения групп до и после наблюдения использовали критерий Уилкинсона. Корреляционный анализ проводился с использованием ранговой корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данные об обследованных, приведенные в таблице 1, свидетельствуют об отсутствии достоверных различий по возрасту, полу, месту жительства и длительности патологического процесса. Все пациенты были разделены на две основные группы 1 и 2, в зависимости от терапевтической тактики. Пер-

вую группу составили 155 человек, прошедших мотивационное обучение, курс которого составлял 5 занятий по разработанной, адаптированной для детей программе обучения с элементами поведенческой терапии с учетом типов пищевого поведения. Кроме того, всем рекомендовалась диетотерапия и расширение двигательной активности. Больные второй группы (165 человек) не проходили обучения, получая лишь рекомендации по диетотерапии, лечебной физкультуре без элементов поведенческой терапии и психологической коррекции. Динамическое наблюдение осуществлялось в условиях ГУЗ Областного эндокринологического диспансера.

Таблица 1
Распределение обследованных детей и подростков в зависимости от пола, возраста, индекса массы тела, места жительства

Параметры	Основная группа (1)	Основная группа (2)	Контрольная группа
Число детей	155	165	150
Возраст (годы)	14,7 ± 1,4	15,3 ± 1,3	15,1 ± 1,2
Пол (м/ж)	70/85	85/80	65/85
ИМТ кг/м ²	34,3 ± 2,3	32,6 ± 3,1	18,1 ± 1,2
Место жительства (город/село)	115/40	123/42	120/30
Длительность ожирения (годы)	5,9 ± 1,3	6,8 ± 1,1	-

Весь период наблюдения был разделен на 3 основных этапа: 1 этап – инициации снижения массы тела (первые 6 месяцев), 2 этап – стабилизации массы тела (6-12 месяцев), 3 этап – динамическое наблюдение пациентов (12-24 месяца). При завершении каждого этапа проводилась оценка эффективности лечения по антропометрическим, метаболическим показателям, динамике изменения пищевого поведения, психологического статуса, комплаентности и по уровню качества жизни пациентов.

Необходимым условием успеха пожизненной терапии ожирения, как и любого другого хронического заболевания, является высокая и длительно поддерживаемая приверженность пациентов к лечению, иными словами, осознанное, грамотное и неуклонное соблюдение врачебных рекомендаций по изменению образа жизни, в первую очередь стереотипа питания. Хорошей принято считать такую приверженность к лечению, когда рекомендации выполняются не менее чем на 80 %. Приверженность к диетотерапии, по данным отечественных и зарубежных авторов, составляет от 3 до 50 % [2, 7]. Это и служит реальной причиной широко распространенного заблуждения, что диета не является эффективным методом лечения ожирения. На самом деле проблема состоит не в эффективности правил рационального питания, а в степени и длительности их соблюдения, т.е. приверженности пациентов к диетотерапии.

Следованию врачебным рекомендациям способствует высокая информированность больных о своем заболевании. Таким образом, одним из принци-

пов терапии ожирения является образовательный принцип.

Оценка уровня знаний, проведенная по разработанной нами анкете, показала исходно низкую информированность о своем заболевании, методах лечения как детей, страдающих ожирением, так и их родителей. Низкий уровень знаний отмечался по всем разделам предложенной программы обучения, но наибольшие трудности возникали у обследованных по разделу питания и самоконтроля. Родители не планировали повседневный пищевой рацион своих детей, не имели навыков подсчета калорийности и состава пищи. Большинство родителей обследованных детей не оценивали адекватно состояние здоровья своего ребенка, считая его «здоровым», не имея положительной мотивации на снижение массы тела в связи с отсутствием четкого представления о причинах развития ожирения, о дальнейшем прогнозе заболевания, правильном решении данной проблемы.

По данным многочисленных отечественных и зарубежных исследований установлено, что качество обучения больных в «Школе коррекции веса» на 50 % зависит от так называемых когнитивных факторов, относительно устойчивых индивидуальных особенностей личности, определяющих успех познавательной деятельности (внимание, память, мышление и т.д.), на 25 % – от эмоционального отношения к процессу обучения и от мотивов участия в нем [6, 8, 9].

Анализ сомато-психологических особенностей детей основной группы, как в 1-й, так и во 2-й группах, с давностью ожирения менее 5 лет показал наличие высокого уровня тревожности по сравнению с возрастными нормами, формирование агрессивного поведения, комплекса неполноценности, чувства одиночества, изолированности, сниженный уровень социальных контактов, слабую мотивацию по соблюдению диеты и самоконтролю веса. Несмотря на различия характерологических признаков у пациентов с ожирением, можно выделить общие психологические аспекты, выраженность которых коррелирует с периодом начала заболевания и степенью ожирения.

Анализ результатов теста тревожности Кондаша показал, что чем раньше диагностировано ожирение, тем менее выражен уровень тревожности у данной категории пациентов, отмечено преобладание «чрезмерного спокойствия». У девочек данной группы получены достоверно значимые данные ($r = 0,51$) по фактору «О» (+) (по результатам личностного опросника Кэттелла), означающего тревожность и беспокойство. Пациенты, имеющие высокие значения по данному фактору, отличались склонностью к печальным размышлениям, формированию страхов, тяжело переживали жизненные трудности. Но при этом в данной возрастной группе получена обратная корреляционная зависимость ($r = -0,49$) выраженности высоких значений фактора тревожности – «О» и длительности заболевания. Чем больше давность патологического процесса, тем ниже показатели тревожности по фактору «О».

У мальчиков-подростков 15-18 лет были получены достоверно значимые высокие показатели по фактору «Е» (+) ($r = 0,59$), определяющему агрессивность, упрямство и своенравность [5, 7]. Наиболее высокие значения по этому фактору имели дети, воспитывающиеся в условиях «симбиотических» отношений с матерью. Родитель, ощущая себя с ребенком единым целым, стремится удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Постоянная тревога за ребенка, кажушегося «маленьким и беззащитным», усиливается при попытках «автономии» ребенка, так как родители не предоставляют ему самостоятельности. Юноши обеих групп с давностью ожирения более 5 лет тяжело переживали наличие у них заболевания, чувствовали свою неполноценность, неуверенно посещали спортивные секции, отказывались от участия в соревнованиях, не веря в свой успех. Оценка теста родительского отношения показала, что родители большинства пациентов находились в «симбиотических» отношениях со своими детьми.

Гиперопека над ребенком приводила к возникновению синдрома «выученной беспомощности», которая проявлялась в виде психологической незрелости, неготовности к жизни, снижением самостоятельности и ответственности за свои поступки; уменьшением социальной активности детей. При этом родители в таких семьях пытались сглаживать ссоры и налаживать взаимоотношения с детьми, «снимать»

эмоциональную напряженность с помощью вкусной еды, любимых блюд.

Показатели уровня тревожности (тест тревожности Кондаша), представленные в таблице 2, свидетельствуют о высоких значениях всех видов тревожности на начальном периоде наблюдения и через 6 месяцев при формировании «плато» — отсутствие значительного изменения массы тела вследствие перехода организма на «экономный» расход энергетических запасов.

При анализе типов пищевого поведения у детей и подростков было выявлено переедание богатой углеводистой, сладкой пищи, редкие и обильные приемы пищи, чаще в вечернее время. По данным опросника DEBQ, у обследованных с давностью ожирения более 5 лет чаще диагностировался «эмоциогенный» тип пищевого поведения (в 46,3 % случаев), средние значения составляли 2,71 балла (б) ($N = 2,03$). «Экстернальный» тип пищевого поведения зарегистрирован у 27,2 % пациентов, при этом средние значения 3,34(б) не имели достоверной разницы с контрольной группой наблюдения 3,3 ($N = 3,2$). «Ограничительное» пищевое поведение чаще отмечалось у пациентов с небольшим (1-3 года) стажем заболевания (26,5 %), средние показатели 2,88(б) также отличались от нормальных ($N = 2,4$), но не имели достоверной разницы с группой контроля — 2,5(б) (табл. 3.).

Таким образом, вкусовые качества пищи использовались как фактор снятия внутреннего эмоцио-

Таблица 2
Динамика уровня тревожности (по тесту тревожности Кондаша) на этапах эволюции ожирения ($M \pm m$)

Параметры	Период наблюдения	Виды тревожности			
		Школьная	Самооценочная	Межличностная	Общая
1 группа	До начала лечения	26,5 ± 1,34	30,7 ± 0,15	38,4 ± 0,65	95,6 ± 0,78
	Через 6 месяцев	23,4 ± 0,9	32,1 ± 0,23	30,2 ± 0,78	85,7 ± 0,98*
	Через 12 месяцев	19,5 ± 1,31*	29,3 ± 0,16	27,3 ± 0,70*	76,1 ± 1,2*
	Через 24 месяца	19,9 ± 1,71*	26,3 ± 0,35	24,5 ± 1,41*	70,7 ± 0,89*
2 группа	До начала лечения	27,1 ± 1,2	27,9 ± 0,5	37,3 ± 1,51	92,9 ± 1,23
	Через 6 месяцев	26,3 ± 1,5	28,1 ± 0,9	36,9 ± 0,33	91,3 ± 0,97
	Через 12 месяцев	27,2 ± 0,84	26,6 ± 1,2	35,8 ± 0,98	89,6 ± 1,56
	Через 24 месяца	25,9 ± 1,32	26,7 ± 0,8	33,9 ± 0,79	86,5 ± 1,34
Контрольная группа	До начала лечения	17,9 ± 0,98	20,3 ± 1,23	26,3 ± 0,98	64,5 ± 1,56
	Через 6 месяцев	20,2 ± 1,01	21,1 ± 1,89	28,9 ± 27,3	70,2 ± 0,97
	Через 12 месяцев	18,1 ± 0,76	19,9 ± 2,01	27,3 ± 0,35	65,3 ± 1,23
	Через 24 месяца	16,3 ± 0,56	19,8 ± 1,34	26,5 ± 1,23	62,6 ± 0,96

* $p < 0,05$ по сравнению с исходными значениями.

Таблица 3
Динамика изменений пищевого поведения (опросник DEBQ) пациентов основной группы на различных этапах наблюдения ($M \pm m$)

Типы пищевого поведения (ПП)	1 группа				2 группа			
	До лечения	Через 6 мес.	Через 12 мес.	Через 24 мес.	До лечения	Через 6 мес.	Через 12 мес.	Через 24 мес.
Экстернальное	3,34 ± 0,12	3,2 ± 0,78	3,0 ± 0,69	3,1 ± 0,23	3,33 ± 0,36	3,4 ± 0,27	3,3 ± 0,12	3,56 ± 0,15
Эмоциогенное	2,71 ± 0,23	2,5 ± 0,56	1,98 ± 0,35*	2,2 ± 0,46*	2,67 ± 0,25	2,48 ± 0,78	2,7 ± 0,25	2,78 ± 0,19
Ограничительное	2,88 ± 0,35	2,7 ± 0,67	2,4 ± 0,57	2,7 ± 0,13	2,9 ± 0,09	2,8 ± 0,34	2,8 ± 0,47	2,7 ± 0,39

* $p < 0,05$ по сравнению с исходными значениями.

нального напряжения, ухода от реальности у большинства пациентов с ожирением. Гипералиментацию можно оценить как неполноценную форму психоэмоциональной адаптации [2, 10], которая, несомненно, способствует усугублению течения ожирения и выступает как предиктор формирования пищевой аддикции, замыкая патологический «порочный круг».

Обучение больного не должно сводиться к приобретению только теоретических знаний о заболевании. Как правило, знания такого уровня оказываются недостаточными для больного и не помогают ему адаптироваться в жизни. Ожирение относится к числу заболеваний, которые требуют от больного и членов его семьи больших ограничений и меняют весь уклад жизни. В связи с этим, основная цель мотивационного обучения с элементами поведенческой терапии сводилась к тому, чтобы дать больному, его родителям знания, которые помогли бы осознать необходимость изменения образа жизни, выработать такой жизненный уклад, при котором все терапевтические мероприятия будут заранее планироваться, включаться в распорядок дня и восприниматься как обычное явление.

Обязательными условиями, учитывающими и изменяющими психологию пищевого поведения в про-

цессе психотерапевтического воздействия, являлись: выработка мотивации к здоровому питанию, четкая постановка и формирование программы снижения массы тела, визуализация и конкретизация цели, обязательное составление плана, ведение пищевого дневника, быстрое или постепенное изменение пищевых привычек, настрой на успех, выработка уверенности в себе, навыков конструктивного копинг-поведения в ситуациях эмоционального напряжения.

Анкетирование, проведенное в начале исследования, показало, что большинство пациентов не выполняет рекомендации врачей, комплаентность составляла менее 25 %. После проведения обучения данный показатель через 6 месяцев в первой группе составил 78 %, во второй – 44 %; через 12 месяцев – 58 % и 37 %, соответственно; через 24 месяца от начала лечения – 27 % и 16 %. Естественное снижение уровня знаний через 6-12 месяцев в группах свидетельствует о необходимости повторения краткосрочных курсов для поддержания мотивации ранее обученных больных.

Динамику изменений психологических особенностей на этапах эволюции заболевания, по-видимому, можно расценить как реакцию организма ребенка на стрессовый фактор, в данном случае на наличие за-

Рисунок 1
Показатели качества жизни у больных с ожирением и у здоровых лиц (по опроснику SF-36)

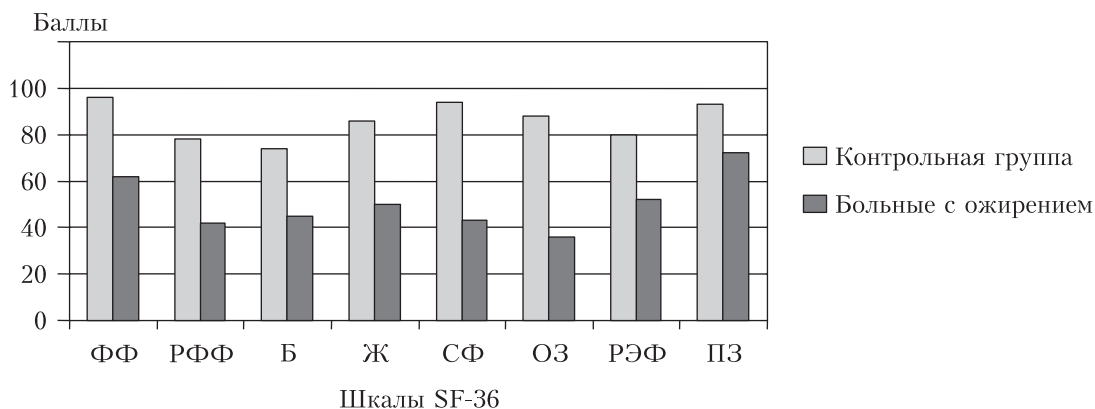
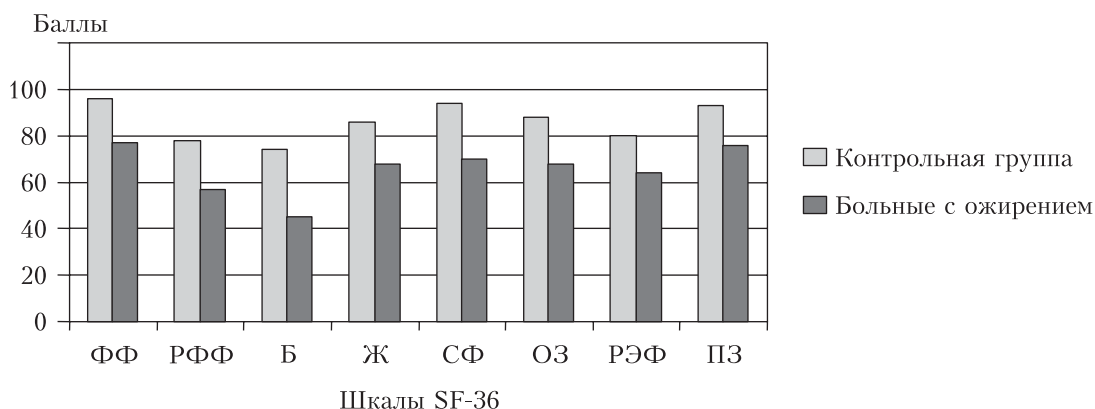


Рисунок 1
Показатели качества жизни у больных с ожирением после обучения в "Школе коррекции веса" (по опроснику SF-36)



болевания, в дальнейшем — как адаптацию к стрессогенному фактору, которая проявляется в виде «чрезмерного спокойствия» — полного безразличия к окружающим.

Психоэмоциональные нарушения у пациентов не могут не отразиться на интегральном показателе здоровья — качестве жизни. Так, по данным опросника SF-36 выявлено значительное снижение показателей по шкале жизненной активности (Vitality VT) ($p = 0,05$). Доказана статистическая достоверность снижения значений по шкалам ролевого физического функционирования ($p < 0,0018$), и социального функционирования ($p < 0,007$) по сравнению с контрольной группой (рис. 1). После проведенной терапии, направленной на изменение пищевых стратегий и коррекцию пищевой аддикции, наметилась положительная динамика показателей качества жизни (рис. 2).

Анализ проведенного исследования показал, что на 1-м этапе лечения отмечалось статистически значимое снижение массы тела у 205 чел. (64,1 %) ($p < 0,001$), в первой группе — в среднем на $9,6 \pm 0,3$ кг, во 2-й — на $10,3 \pm 0,3$ кг. При этом 88 пациентов (41 %) первой группы снизили исходный вес на 12–15 %, во второй группе клинически значимого снижения массы тела достигли 39 больных (38 %).

На 2-м этапе в первой группе статистически значимого изменения массы тела не получено, т.е. 159 пациентов (74 %) смогли удержать достигнутую массу тела в течение 6 месяцев, 120 человек (56 %) — в течение 12 месяцев. При этом во второй группе на 2-м этапе лишь 28 обследованных (26,6 %) смогли стабилизировать вес в течение 6 месяцев и 19 больных (18,1 %) — в течение 12 месяцев.

На этапе динамического наблюдения показатели массы тела, по сравнению со 2-м этапом, не имели статистически значимых отличий ($p = 0,61$), во второй группе наблюдения 40 больных (38 %) набрали массу тела. Средняя масса тела наблюдавшихся больных из 2-й группы существенно превышала показатели 1-й группы ($p < 0,05$).

Динамика изменения антропометрических показателей сопровождалась изменением метаболических показателей, о чем свидетельствовали результаты липидного спектра крови и уменьшение количества пациентов с дислипидемией, которая была диагностирована до лечения в 1 группе у 77 пациентов (36 %) и во 2 группе — у 33 (31 %). После лечения изменения липидного спектра регистрировались у 45 пациентов (21 %) и 26 детей (24,7 %), соответственно. Гиперхолестеринемия, отмечавшаяся у 73 пациентов (34 %) 1 группы и 40 детей (38 %) 2 группы, через 6 месяцев уменьшилась до значений $5,43 \pm 1,23$ ммоль/л у 45 больных (21 %) и 32 человек (30 %), соответственно.

Через 12 и 24 мес. от начала наблюдения статистически значимых изменений показателей липидного спектра у взрослых 1 группы, в сравнении с результатами, достигнутыми после 1 этапа, не отмечалось, при этом во второй группе у 18 пациентов, набрав-

ших вес через 12 месяцев, данные показатели увеличились на $14 \pm 0,13$ % от начальных. Целевых показателей липидного спектра достигли 12 пациентов (5,58 %) 1 группы, у которых коэффициент комплаентности и приверженности к выполнению врачебных рекомендаций достигал 98,4 %.

Таким образом, проведенное комплексное клинико-психологическое обследование показало, что для большинства детей и подростков с конституционально-экзогенным ожирением характерен «эмоциогенный» тип пищевого поведения, слабая мотивация к соблюдению диеты и самоконтролю веса. Выявленный высокий уровень тревожности способствует формированию агрессивного поведения, комплекса неполноценности, снижению уровня социальных контактов, показателей качества жизни по шкалам жизненной активности, ролевого физического и социального функционирования.

Проводимая с целью коррекции выявленных нарушений программа мотивационного обучения способствует, в комплексе с диетотерапией, изменению пищевых стратегий, мотивации пациентов как в отношении уменьшения массы тела, метаболических нарушений, так и динамики комплайенса, приверженности к выполнению врачебных рекомендаций и повышению качества жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Красноперова, Н.Ю. Клинико-динамическая характеристика пищевой аддикции /Н.Ю. Красноперова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 2001. — 24 с.
2. Вознесенская, Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция /Т.Г. Вознесенская //Ожирение и метаболизм. — 2004. — № 2. — С. 2-6.
3. Дедов, И.И. Эффективность мотивационного обучения больных ожирением /И.И. Дедов, С.А. Бутрова, Л.В. Савельева //Ожирение и метаболизм. — 2004. — № 2. — С. 25-29.
4. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты /под ред. И.И. Дедова. Г.А. Мельниченко. — М., 2004. — 456 с.
5. Yanovski, J.A. Treatment of pediatric and adolescents obesity //J.A. Yanovski, S.Z. Yanovski //JAMA. — 2003. — V. 289, N 14. — P. 1851-1853.
6. Чуваков, Г.И. Психологические аспекты обучения детей, больных сахарным диабетом, самоконтролю заболевания /Г.И. Чуваков, О.А. Чувакова //Пробл. эндокрин. — 1992. — № 4. — С. 46.
7. Eisenberg, M.E. Association of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents /M.E. Eisenberg, D. Neumark-Sztainer, M. Story //Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 2003. — V. 157, N 8. — P. 773-778.
8. Хамаганова, Т.С. Особенности психической адаптации детей подростков с хроническими соматическими заболеваниями /Т.С. Хамаганова, О.В. Даниленко, Г.А. Гончарова //Детское здравоохранение России: стратегия развития: Матер. IX съезда педиатров России. — М., 2001. — С. 605.
9. Physical activity but not energy expenditure is reduced in obese adolescents: a case-control study /U. Ekelund, J. Aman, A. Yngve et al. //Am. J. Clin. Nutr. — 2002. — V. 76, N 5. — P. 935-941.
10. Is obesity associated with poor sleep quality in adolescents? /N.K. Gupta, W.H. Mueller, W. Chan, J.C. Meiningner //Am. J. Human Biol. — 2002. — V. 14, N 6. — P. 762-768.

* * *

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Значительная частота кесарева сечения, составляющая в последние годы 15-30 % и более, приводит к актуальной проблеме – увеличению числа женщин репродуктивного возраста, имеющих рубец на матке [10].

Постулат «однажды кесарево сечение – всегда кесарево сечение», являющийся доминирующим в ведении данного контингента женщин, должен уйти в прошлое [2, 3]. По данным авторов, частота консервативного родоразрешения женщин с рубцом на матке после кесарева сечения колеблется от 30 до 70 % [3]. Выбор тактики ведения родов у таких женщин, в основном, зависит от состояния рубца на матке.

Трудности в оценке состояния рубца на матке во время беременности обусловлены невыраженностью клинической симптоматики и ограничениями для использования объективных методов исследования. По данным авторов, такой клинически значимый симптом, как локальная болезненность при пальпации в нижних отделах живота, при несостоятельности рубца выявляется только в 18,3 % случаев [5].

Методы исследования состояния рубца на матке во время беременности весьма ограничены, и практически единственным является ультразвуковое сканирование (УЗИ) [1, 2, 4, 8, 9].

При нормально протекающей беременности УЗИ у женщин с рубцом на матке необходимо проводить, как минимум, три раза (при взятии на учет, в сроке 20-24 недели беременности и в 30-32 недели). Эхографию рубца на матке целесообразно проводить в сроке беременности 34-36 недель при сформированном нижнем маточном сегменте, именно тогда ультразвуковое исследование обладает наибольшей информативностью и практической значимостью [1, 2, 4, 5, 7, 8, 9].

При наличии несостоятельности рубца на матке беременные должны находиться в стационаре до родоразрешения. Ультразвуковой контроль за состоянием рубца необходимо проводить каждые 5-7 дней [2, 3, 8].

При УЗИ следует обращать внимание на соответствие размеров плода данному гестационному возрасту, предлежащей части плода. Важное значение имеет определение локализации плаценты с помощью УЗИ, так как расположение плаценты на передней стенке в области рубца делает его потенциально неполноценным [5, 6, 8, 9].

Полученные при эхографии дополнительные сведения могут значительно помочь врачу акушеру-гинекологу в выборе дальнейшей тактики. Несмотря на достаточно большое количество разработок критериев состоятельности и практических рекомендаций в оценке рубца на матке во время беременности, эта проблема весьма далека от окончательного решения.

До настоящего времени остаются дискуссионными вопросы эхографической оценки рубца на матке и сроков родоразрешения. По данным одних авторов, основным в оценке состоятельности рубца является его толщина, причем, одни считают состоятельным рубец толщиной 5-7 мм, другие – 3-3,5 мм [5, 9]. Другие авторы считают, что даже при анатомической полноценности рубцов (общая толщина 7-9 мм) рубцы могут быть несостоятельными, так как в них преобладают элементы соединительной ткани, имеет место, так называемая, морфологическая неполноценность рубца [2].

Цель исследования – определить критерии эхографической оценки рубца на матке у беременных после кесарева сечения и оценить эффективность ультразвукового исследования в диагностике несостоятельности рубца.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

УЗИ проведено 39 беременным женщинам с рубцом на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте. Средний возраст женщин составил 26-27 лет, срок беременности – от 36 до 40 недель. Давность предыдущей операции кесарева сечения варьировала от 3 до 9 лет.

Исследование проводилось на ультразвуковом аппарате Aloka SSD-630, оснащенный конвексным датчиком 3,5 Мгц при наполненном мочевом пузыре для лучшей визуализации передней поверхности стенки нижнего сегмента матки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показания к первой операции кесарева сечения распределились следующим образом: не поддающиеся медикаментозной коррекции аномалии родовой деятельности – 15 женщин (38,5 %), клинически узкий таз – 8 (20,5 %), тазовое предлежание плода – 8 (20,5 %), нарастание степени тяжести хронической гипоксии плода – 3 (7,7 %), преждевременная отслойка плаценты – 2 (5,1 %), крупный плод – 2 (5,1 %), тяжелая форма гестоза – 1 женщина (2,6 %).

Клинические признаки несостоятельности рубца в виде неприятных ощущений, боли в области нижнего сегмента матки, локальной болезненности в нижних отделах живота определялись у 6 беременных (15,3 %). В этих случаях клинические данные совпали с эхографической картиной несостоятельности рубца.

При ультразвуковом исследовании миометрия в области нижнего сегмента матки рубец тщательно оценивался по следующим признакам: измерение общей толщины, равномерность рубца, наличие участков истончения, структура рубца, наличие акустически плотных областей, которые свидетельствуют о соединительно-тканном перерождении области рубца, контуры рубца и его экзогенность.

Состоятельным при ультразвуковом исследовании считали однородный рубец толщиной 4-5 мм, равномерный по толщине на всем протяжении, с четкими ровными контурами, без истонченных участков, акустических уплотнений, с нормальной экзогенностью нижнего сегмента, подобной таковой в других отделах матки.

Состоятельный рубец был диагностирован у 25 беременных (64,2 %). Из этой группы 3 беременных (12 %) были родоразрешены через естественные родовые пути, 22 беременные были повторно прооперированы в плановом порядке по различным акушерским показаниям. Из них, 9 женщин (40,9 %) имели клинически узкий таз, 3 (13,6 %) – тазовое предлежание плода, 5 (22,7 %) – крупный плод, 4 (18,2 %) – тяжелую форму гестоза, 1 беременная (4,6 %) – расположение плаценты в области рубца.

Следует отметить, что в группе беременных

(25 чел.) с эхографически состоятельным рубцом на матке, в 4-х случаях (16 %) имели место ложноотрицательные результаты: несостоятельность рубца на матке не диагностирована эхографическими данными, а определена на операции.

Состоятельность рубца на матке считали сомнительной, если при УЗИ выявляли рубец толщиной 3-4 мм, равномерный по толщине на всем протяжении, с уплотненными участками фрагментарно или по всей толще.

Сомнительный рубец при УЗИ был диагностирован у 4 пациенток (10,2 %). Из них, во время повторной операции кесарева сечения у 2 беременных был определен несостоятельный рубец на матке, у 2 женщин имели место ложноположительные результаты (при эхографии данные были более неблагоприятные, чем во время операции, которая не подтвердила несостоятельность рубца).

Несостоятельным при УЗИ считали тонкий рубец толщиной до 2-3 мм, либо рубец нормальной толщины с участками локального истончения до 2-3 мм. Выявлялся неровный контур, имелась выраженная гетерогенность рубца с множеством гиперэхогенных акустических уплотнений, иногда выявлялся симптом «ниши».

Несостоятельный рубец диагностирован при УЗИ у 10 беременных (25,6 %), из них 9 женщин были прооперированы в экстренном порядке и одна – в плановом порядке. Во время повторной плановой операции кесарева сечения, у 7 беременных рубец на матке был несостоятелен, у 3-х женщин имели место ложноположительные результаты, несостоятельность рубца во время операции не подтверждена.

Таким образом, в результате исследования области рубца во время операции у 14 женщин с сомнительным или несостоятельным рубцом при УЗИ выяснилось, что совпадение эхографической оценки и фактического состояния рубца на матке было подтверждено во время операции у 9 беременных из 14 (64,3 %). В 4-х случаях из 25 (16 %) имел место ложноотрицательный результат. Ложноположительный результат определен в 5 случаях из 14 (35,7 %).

Совпадение эхографических и интраоперационных результатов, по нашим данным, составило 64,3 % (ложноположительный результат – 35,7 %, ложноотрицательный – 16 %). В таблице приведены результаты сравнения эхографической картины и фактического состояния рубца на матке во время операции. Авторы по-разному оценивают информативность ульт-

Таблица
Результаты сравнения эхографической картины и фактического состояния рубца на матке во время операции

	Совпадение эхографических и интраоперационных данных	Ложноположительные результаты	Ложноотрицательные результаты
Наши данные	57,1 %	35,7 %	16 %
Краснопольский В.И. [3]	57,5 %	21,3 %	11,3 %
Титченко Л.М. [9]	69 %	7 %	19 %
Стрижаков А.Н. [7]	75,7 %	-	-
Стрижова Н.В. [8]	76 %	16 %	8 %

развучкового метода исследования рубца на матке. Авторы, использующие трансвагинальные датчики и сочетание УЗИ в В-режиме с цветным доплеровским картированием (ЦДК) для оценки состояния рубца на матке, имеют более высокий процент совпадений (от 57,5 % до 76 %) и более низкий процент ложноположительных результатов (от 21,3 % до 7 %) [7, 8].

ВЫВОДЫ

Достаточно высокая достоверность данных ультразвукового исследования позволяет расценивать его как информативный метод оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Диагностика состояния рубца на матке после операции кесарева сечения: Метод. реком. /Гладун Е.В., Байрак В.Г., Королькова Н.М., Темлер М.Я. – Кишинев, 1981.
 2. Кесарево сечение /Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Логутова Л.С. и др. – М., 1997. – С. 242-245.
 3. Краснопольский, В.И. Самопроизвольные роды у беременных с рубцом на матке как альтернативный и безопасный метод родораз-
4. Стрижаков, А.Н. Кесарево сечение в современном акушерстве /Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. – М., 1998. – 303 с.
 5. Стрижаков А.Н., Кузьмина Т.Е. Беременность после кесарева сечения: течение, осложнения, исходы. // Вопросы гинекологии, акушерства, перинатологии. – 2002. – Т.1. - №2. – С. 40-46.
 6. Стрижаков, А.Н. Клиническое значение эхографии и цветного доплеровского картирования в оценке рубца на матке после кесарева сечения и зрелости плода для улучшения перинатальных исходов /Стрижаков А.Н., Кузьмина Т.Е., Тимохина Т.Ф. //Акт. вопр. акуш. и гинек. – 2001-2002. – Т. 1, № 1. – С. 112.
 7. Стрижаков, А.Н. Клиническое значение факторов, влияющих на течение беременности и состояние новорожденного у женщин с рубцом на матке /Стрижаков А.Н., Лебедев В.Н. //Акуш. и гинек. – 1991. – № 4. – С. 13-18.
 8. Стрижова, Н.В. Определение состояния рубца на матке с помощью ультразвука /Стрижова Н.В., Разумникова О.Г. //Акуш. и гинек. – 1981. – № 12. – С. 45-47.
 9. Титченко, Л.М. Оценка состояния рубца на матке после кесарева сечения с помощью эхографии /Титченко Л.М., Белоусов М.А., Жиленко М.И. //Акуш. и гинек. – 1990. – № 11. – С. 69-70.
 10. Farine, D. What is the optimal c/s rate? /Farine D. //2nd World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility. – Paris, 2001.



КОРТИКОСТЕРОИДНЫЕ ИНГАЛЯТОРЫ НЕ ПРЕДОТВРАЩАЮТ АСТМУ

Применение кортикостероидных ингаляторов для облегчения симптомов бронхиальной астмы у детей в возрасте до 2 лет не влияет на течение заболевания в будущем и не может быть рекомендовано в качестве профилактической меры. К таким выводам приходят авторы двух работ, опубликованных в *New England Journal of Medicine*.

Кортикостероидные ингаляторы применяются для снятия отеков и воспаления дыхательных путей при бронхиальной астме. Длительное применение этих препаратов приводит к снижению частоты и силы астматических приступов. Некоторые медики в США прописывают кортикостероидные ингаляторы детям, находящимся в группе риска, в качестве профилактического средства, способного предотвратить развитие заболевания. Данная практика вызывает опасения в связи с возможностью побочных эффектов при длительном применении кортикостероидных ингаляторов. В частности, некоторые ученые полагают, что их использование может привести к задержке физического развития ребенка.

В одном из исследований были задействованы более 285 детей в возрасте 2-3 лет с симптомами астмы, в течение 2 лет получавших кортикостероидные ингаляторы, либо плацебо. У детей, получавших кортикостероиды, симптомы заболевания проявлялись в значительно меньшей степени, однако в течение года после прекращения приема лекарств они чувствовали себя не лучше, чем дети, которые никогда не принимали их.

В ходе второго исследования, проведенного в Дании, было установлено, что применение кортикостероидных ингаляторов не влияет на вероятность развития бронхиальной астмы у детей, отнесенных к группе риска в возрасте до 1 месяца.

"Кортикостероидные ингаляторы не оказывают влияния на естественное развитие болезни. - отмечают авторы редакционного предисловия к публикациям Даяна Голд и Энн Фулбригг. - Учитывая потенциальный риск, связанный с этой терапией в раннем возрасте, ее длительное применение для лечения детей младше 2 лет должно быть высокоселективным".

По материалам <http://www.mercana.ru/>

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МАГНЕ В6 С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ АКУШЕРСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Комплексное состояние здоровья беременной женщины детерминировано множеством факторов, как биологических, так и социально-психологических. К настоящему времени накоплены данные, убедительно свидетельствующие о влиянии психофизиологического состояния матери во время беременности, ее эмоциональных реакций, на течение беременности, родов, на нарушения физического и нервно-психического развития плода [1, 2, 3, 4].

Данные популяционных исследований свидетельствуют о том, что 70 % населения России живут в условиях хронического психоэмоционального стресса. Повышенная и длительно испытываемая психоэмоциональная напряженность способствует формированию психологического дискомфорта, характеризующегося состоянием внутренней напряженности, неуверенности, страха, снижением настроения и пессимистической оценкой перспективы [1, 5]. Таким образом, основу психовегетативного синдрома составляют различные формы дезинтеграции неспецифических интегративных систем мозга, результатом чего является нарушение адаптивного целенаправленного поведения беременных женщин, что может способствовать возникновению осложнений беременности, родов [6, 7].

При рассмотрении психологических параметров женщины, влияющих на репродукцию, тревожность представляет чрезвычайный интерес из-за своей тесной связи с физиологическими процессами. Личностная тревожность (ЛТ) характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Высокий уровень ЛТ прямо коррелирует с эмоциональными и невротическими срывами, психосоматическими заболеваниями [8]. При коррекции эмоционального фона беременных с помощью лекарственных препаратов следует помнить,

что не существует абсолютно безопасных для плода психотропных средств.

При стрессах, эмоциональных нагрузках резко возрастает потребность организма в магнезии [9]. Если взять во внимание, что беременность относится к физиологическим состояниям повышенной потребности в магнезии, то становится очевидным, что у беременных женщин с повышенным уровнем личностной тревожности применение препаратов магнезии крайне необходимо.

В акушерской практике препараты магнезии давно и успешно применяются в связи со спазмолитическим, седативным, слабым антиагрегантным и диуретическим действием. Однако, внутримышечное применение препаратов магнезии, сопровождающееся болезненными ощущениями, способствует повышению внутренней психоэмоциональной напряженности, тревоги, формированию психологического дискомфорта. Пероральные формы, удобные в применении, приемлемые для длительного приема, лишены отрицательного психоэмоционального компонента. В свете сказанного чрезвычайно важным является изучение профилактики акушерской и перинатальной патологии у женщин с высоким уровнем тревожности легко доступным и абсолютно безопасным препаратом Магне В6.

Целью исследования является определение эффективности применения препарата Магне В6 с целью профилактики осложнений беременности, родов и улучшения перинатальных исходов у беременных женщин с высоким уровнем ЛТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 99 беременных женщин, наблюдающихся в условиях женской консультации МУЗ «ГБ № 1 им. М.Н. Горбуновой» г. Кемерово.

Для оценки уровня ЛТ использовалась шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По результатам психодиагностического тестирования, 68 женщин имели высокий уровень ЛТ, 35 беременных — средний уровень ЛТ. Основную группу (1 группа) составили 35 женщин с высоким уровнем ЛТ, получавшие препарат Магне В6 с профилактической целью, курсами, с 5-6 недель беременности. Во вторую группу вошли 33 беременных с высоким уровнем тревожности, которым профилактика осложнений беременности на протяжении всего гестационного срока проводилась без применения препарата Магне В6. Третью группу составили 31 женщина со средним уровнем личностной тревожности, так же не получавшие препарат Магне В6.

Большинство женщин всех групп находились в расцвете детородного возраста (88,5 % в 1 группе, 84,5 % во 2 группе, 87,1 % в 3 группе). По уровню образования во всех трех группах преобладали женщины с высшим образованием (по 40 % в первой и третьей группах, 42,4 % во второй). Заслуживают внимания беременные-учащиеся, которые на протяжении гестационного срока продолжали посещать занятия, а значит, испытывали постоянную нервноэмоциональную напряженность. Они составили 5,7 % в 1 группе, 6,1 % во 2 группе, 6,5 % в 3 группе. При анализе социального положения во всех трех группах беременных было выявлено преобладание группы служащих (57,1 % в первой группе, 57,6 % во второй, 54,8 % в 3 группе).

При анализе экстрагенитальной патологии было выявлено, что заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных всех трех групп регистрировались в 85,7 %, 84,8 % и 83,8 % случаев, соответственно. Заболевания ЖКТ отмечались у 54,3 % женщин первой группы, у 54,5 % женщин второй группы и у 54,8 % беременных третьей группы. Заболевания мочевыделительной системы были выявлены у 28,6 % беременных 1 группы, у 27,3 % женщин 2 группы и у 25,8 % женщин 3 группы. Заболевания щитовидной железы чаще регистрировались у беременных 1 и 3 групп (в 22,9 % и 22,6 % случаев, соответственно), во 2 группе данная патология встречалась у 21,2 % женщин. Ожирение I-II степени чаще отмечалось у женщин 3 группы (9,7 %) и 2 группы (9,1 %). У беременных 1 группы данная патология была зарегистрирована в 8,6 % случаев.

Первобеременными являлись 48,6 % женщин 1 группы, 45,5 % беременных 2 группы и 45,2 % женщин 3 группы. Самопроизвольное прерывание беременности в анамнезе встречалось в 28,6 % случаев в первой группе, в 27,3 % случаев во второй группе и в 29 % случаев в третьей группе. Частота зарегистрированных воспалительных заболеваний гениталий в основной группе составила 51,5 %, во вто-

рой и третьей группах — 48,5 % и 48,4 %, соответственно. Признаки генитального инфантилизма отмечались у женщин трех групп в 14,3 %, 15,2 % и 16,1 % случаев, соответственно. Частота зарегистрированных до беременности заболеваний, передаваемых половым путем, у женщин 1 группы составила 31,4 %, во 2 группе — 30,3 %, в 3 группе — 32,3 %.

При анализе осложнений беременности вырисовывалась несколько иная картина: у женщин с высоким уровнем ЛТ, не получающих препараты Магне В6 с профилактической целью, патология во время беременности встречалась значительно чаще, чем у женщин со средним уровнем ЛТ. Тогда как у беременных, имеющих высокий уровень ЛТ и получающих профилактические курсы данного препарата, частота регистрируемой патологии во время беременности приближается к таковой женщин со средним уровнем ЛТ.

Таблица
Частота зарегистрированной патологии во время беременности

	1 группа	2 группа	3 группа
Угроза прерывания беременности	60 %	78,9 %	54,8 %
Гестоз первой половины беременности	20 %	24,2 %	16,1 %
Гестоз второй половины беременности	48,6 %	66,7 %	48,4 %
Гипоксия плода	77,1 %	81,8 %	74,2 %
Фетоплацентарная недостаточность	25,7 %	30,3 %	25,8 %
ЗВУРП	8,6 %	15,2 %	6,5 %
Анемия беременной	42,9 %	45,5 %	41,9 %

В родах у женщин 2 группы чаще встречалось родовое и раннее излитие околоплодных вод (в 1,5 раза — по сравнению с 1 группой и в 1,6 раза — по сравнению с 3 группой); чаще регистрировались быстрые роды (в 5,7 % случаев в первой группе, в 12,1 % случаев во второй группе и в 3,2 % случаев в третьей группе); чаще отмечалась дискоординация родовых сил (2,9 % случаев — в первой группе, 6,1 % случаев — во второй группе, в третьей группе данная патология не зарегистрирована). Оперативное родоразрешение имело место у женщин трех групп с одинаковой частотой (22,8 %, 24,2 % и 22,6 % случаев, соответственно).

У женщин с высоким уровнем ЛТ, не получающих с профилактической целью препараты Магне В6, рождение детей с низкой массой тела регистрировалось в 30,3 % случаев, тогда как у женщин с высоким уровнем ЛТ, получающих профилактические курсы препарата Магне В6, данный показатель составил 11,4 %, а у женщин со средним уровнем ЛТ — 9,7 %. Патология ЦНС у детей, рожденных от матерей 2 группы, отмечалась в 84,8 % случаев, в первой группе данная патология была зарегистрирована в 65,7 %, а в 3 группе — в 64,5 % случаев. Средний вес детей в первой группе составил 3303 ± 67 г, во второй — 3288 ± 74 г, в третьей группе — 3444 ± 173 г. Средний рост новорожденных в первой группе — 52,5 ± 0,4 см, во 2 группе — 52 ± 0,3 см, в 3 группе — 52,2 ± 0,4 см. Здоровыми бы-

ли признаны 11,4 % детей, рожденных от матерей основной группы наблюдения, 3 % детей, рожденных от матерей 2 группы, 12,9 % детей, рожденных от матерей со средним уровнем ЛТ.

ВЫВОДЫ

Таким образом, полученные данные подтверждают влияние личностно-типологических характеристик беременных женщин на репродуктивную сферу и эффективность применения препарата Магне В₆ у женщин с высоким уровнем ЛТ.

Расцвет детородного возраста приходится на тот период жизни женщины, когда испытываются максимальные нервно-эмоциональные нагрузки, связанные с процессом образования, профессиональной деятельностью. Женщины, имеющие высшее образование, являющиеся служащими, по роду трудовой деятельности чаще испытывают психоэмоциональное напряжение. Все вышеперечисленные факторы в сочетании с повышенным уровнем личностной тревожности способствуют формированию психологического дискомфорта, увеличивая риск патологического течения беременности, родов, влияя на перинатальные исходы.

Применение препарата Магне В₆ у женщин, имеющих высокий уровень личностной тревожности, позволяет снизить частоту и тяжесть акушерских и перинатальных осложнений.



ЛИТЕРАТУРА:

1. Павлов, А.С. Психофизиологические механизмы и последствия аутогенного стресса /Павлов А.С. //Физиол. чел. – 2002. – 28, № 4. – С. 45-53.
2. Взаимосвязь между маточно-плацентарным кровотоком и показателями гормональной и метаболической активности у беременных с угрозой прерывания беременности /Бурлев В.В., Волобуев А.И., Сидельникова В.М., Оганесян А.Ж. //Вестник АМН СССР. – 1990. – № 5. – С. 10-20.
3. Guillot, G. Le stress dans notre société /Guillot G. //Ann. card. et ang. – 2002. – V. 51, N 2. – P. 104-108.
4. Herbert, J. Stress and reproduction: The role of peptides and other chemical messengers in the brain /Herbert J. //Curr. Sci. (India). – 1996. – V. 68, N 4. – P. 391-400.
5. Задиракин, А.Н. Система психологической реабилитации /Задиракин А.Н. //Ж. прикл. психол. – 2000. – № 1. – С. 27-28.
6. Голубев, М.В. Депрессия без депрессии /Голубев М.В. //Ж. прикл. психол. – 2000. – № 2. – С. 33-36.
7. Прохоров, В.Н. Зависимость состояния новорожденных от психологической характеристики беременных пред родами /Прохоров В.Н. //Актуальные вопросы перинатологии: науч.-практ. конф. – Екатеринбург, 1996. – С. 154-156.
8. Альманах психологических тестов. – М., 1995. – С. 156-158.
9. Гирфанова, Г.М. Профилактика гестоза у беременных с применением магне-В₆ и диафрагмально-релаксационного дыхания в условиях поликлиники /Г.М. Гирфанова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 2002. – 18 с.

РЕАНИМАЦИЯ: В ОБЕСКРОВЛЕННОЕ ТЕЛО ВКАЧАЮТ ПОДОГРЕТУЮ КРОВЬ

Американские специалисты разработали методику полного выкачивания крови, ее подогрева, а затем вливания обратно в организм пациента. Пока что такие эксперименты прошли удачные испытания на свиньях, но в скором будущем смогут спасти жизнь многим людям.

Эта методика будет применяться для больных, находящихся на волоске от смерти. Эти пациенты могут быть искусственно помещены в состояние "suspended animation", то есть временной приостановки жизнедеятельности с прекращением всех жизненных функций, пишет журнал New Scientist. Новая методика, разработанная американскими учеными, дает шанс на спасение жертвам тяжелых автоаварий, огнестрельных и других ранений, перенесших серьезные кровопотери. Для достижения состояния "suspended animation" из пациента будут полностью выкачивать кровь, тем самым выключая работу жизненно важных органов, в том числе сердца и мозга, сообщил хирург-травматолог из Массачусетского госпиталя (Бостон) Хасан Алам (Hasan Alam). Чтобы избежать гибели тканей от недостатка кислорода, больного будут искусственно охлаждать. После искусственного достижения пограничного состояния пациенту будет проведено необходимое хирургическое вмешательство. Ученые считают, что в запасе у врачей появятся как минимум несколько часов.

По завершении операции пациента будут вновь "возвращать к жизни", закачивая ему собственную подогретую кровь и запуская сердце. Хирурги из массачусетского госпиталя уже опробовали методику "suspended animation" на свиньях. Поскольку эксперимент на животных оказался достаточно успешным, медики предполагают, что в скором времени станет возможным проведение клинических испытаний.

По мнению независимых специалистов, результаты исхода такой тяжелой операции пока что определению не подлежат. Специалисты не могут исключить вероятность атрофирования структур мозга и образования всевозможных неврологических патологий.

Источник: Medafarm.ru

ГЕНИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Вопрос о взаимосвязи между микрофлорой влагалища и состоянием эпителия шейки матки в настоящее время приобретает все больший интерес. В последние годы отмечается рост роли генитальной инфекции в возникновении патологии шейки матки 1, 2.

Особенностью современного течения патологии шейки матки является то, что возникновение ее часто отмечается на фоне изменения биоценоза влагалища и местного иммунитета. Влагалище с присущей ему микрофлорой образует единую экосистему, в которой вагинальная среда контролирует микрофлору, а микрофлора, в свою очередь, оказывает воздействие на вагинальную среду 1, 3.

Нормальная микрофлора влагалища подразделяется на облигатную, факультативную и транзиторную. К облигатной микрофлоре относятся микроорганизмы, постоянно входящие в состав нормальной микрофлоры влагалища (непатогенные, условнопатогенные). Участвуя в метаболизме организма хозяйина, они препятствуют проникновению во влагалищный биотоп патогенных бактерий.

Представители факультативной микрофлоры достаточно часто, но не всегда, встречаются у здоровых женщин. К транзиторной микрофлоре относятся случайно занесенные в генитальный тракт из окружающей среды непатогенные, условнопатогенные и патогенные микроорганизмы.

При нормальном состоянии микроэкологии вагинального тракта эти микроорганизмы, как правило, не способны к длительному пребыванию в нем и не вызывают развитие патологического процесса. В случае нарушения микроэкологии генитального тракта, которое может происходить при воздействии на организм женщины разнообразных неблагоприятных внешних воздействий (в экстремальных условиях, стрессовых ситуациях, в случаях снижения иммунного статуса, при гормональных нарушениях, лечебных мероприятиях) создаются и поддерживаются условия, приводящие к снижению колонизационной резистентности во влагалище по отношению к заселению его патогенными и условнопатогенными микроорганизмами. В результате этого может произойти внедрение транзиторной микрофлоры или дополнительное внедрение условно-патогенных микроорганизмов, пред-

ставителей нормальной микрофлоры влагалища, в слизистую оболочку его стенки с последующей транслокацией в мочевыводящие пути, цервикальный канал и другие органы и ткани 1, 3, 4.

Анализ результатов хирургического лечения патологии шейки матки показывает, что период эпителизации послеоперационных ран может увеличиваться в случае нарушения равновесия между нормальной и условно-патогенной флорой влагалища и вследствие присоединения инфекции. Коррекция биоценоза влагалища, местного иммунитета с целью восстановления нормального соотношения микробной флоры способствует повышению факторов специфической и неспецифической защиты организма, позволяет сократить сроки заживления послеоперационных ран, уменьшить число рецидивов 1, 5, 6.

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 496 женщин с патологией шейки матки в возрасте от 16 до 40 лет. Средний возраст составил $25,1 \pm 1$ лет. Анализ анамнестических данных показал, что 420 женщин (84,6 %) имели в анамнезе воспалительные заболевания влагалища и шейки матки. Из них, неспецифический кольпит и цервицит перенесли 168 пациенток (40 %), хламидиоз – 100 (23,8 %), бактериальный вагиноз – 88 (21 %), трихомонадный кольпит – 28 (6,7 %), микоплазмоз – 20 (4,7 %), острую гонорею – 16 (3,8 %). Хронические воспалительные заболевания придатков и матки отмечались у 132 женщин (26,6 %).

Большинство обследованных жалоб не предъявляли. В ряде случаев отмечались выделения из половых путей, боли в пояснице во время месячных. При кольпоскопическом исследовании у 136 пациенток (27,4 %) выявлена эктопия цилиндрического эпителия с признаками воспаления. У 116 больных (23,4 %) обнаружены признаки цервицита. Оригинальный многослойный плоский эпителий определялся у 104 пациенток (21 %), у 84 больных (16,9 %) выявлена доброкачественная зона трансформации, у 32 (6,5 %) – лейкоплакия шейки матки, у 16 (3,2 %) – эктропион шейки матки, у 8 (1,6 %) – атипическая зона трансформации.

При цитологическом исследовании мазки 1 типа встречались у 104 обследованных (21 %), у 380 пациенток (76,6 %) выявлены цитограммы 2 и 3 ти-

пов: дистрофические изменения клеток, вакуолизация цитоплазмы, многоядерность. Признаки дискарриоза обнаружены у 12 женщин (2,4 %), что было подтверждено при морфологическом исследовании биоптатов шейки матки. По результатам бактериоскопического и микробиологического методов исследования, у 426 пациенток (85,9 %) выявлены признаки нарушения микробиоценоза влагалища.

Микробиологическое исследование показало резкое снижение частоты выделения представителей нормального микробиоценоза. У 336 больных (67,7 %) обнаружены ассоциации условно-патогенных и патогенных микроорганизмов, представленных сочетаниями эпидермального, золотистого стафилококков, фекального стрептококка с энтеробактериями, хламидиями, гарднереллами, микоплазмами, трихомонадами. Выявлена высокая обсемененность стафилококками — у 324 больных (65,3 %). Энтеробактерии выделены у 192 женщин (38,7 %), стрептококки — у 138 (27,8 %), грибы рода *Candida* — у 74 (14,9 %), хламидии — у 104 (20,7 %), микоплазмы — у 84 (16,9 %), трихомонады — у 20 (4 %), гарднереллы — у 28 (5,6 %).

Учитывая вышесказанное, была разработана комплексная поэтапная терапия воспалительных процессов при патологии шейки матки: коррекция микробиоценоза влагалища и местного иммунитета с помощью биологических препаратов с последующей криодеструкцией или радиохирургическим лечением очага поражения.

Ввиду высокого обсеменения условно-патогенными микроорганизмами, на 1 этапе с антибактериальной целью для лечения использовался поливалентный пубактериофаг, активный в отношении клинических штаммов *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*. Контрольные исследования проводились через 3, 6, 12 месяцев после лечения, в последующем — 2 раза в год.

У пациенток с положительным результатом лечения наблюдалась нормальная кольпоскопическая

и цитологическая картина. С целью профилактики реинфекции через месяц после радикального лечения назначались повторные курсы эубиотиков. Эффективность лечения составила 97 %. В среднем, полная эпителизация раны наблюдалась через 4,5 + 0,3 недель. В контрольной группе, где предоперационная коррекция микробиоценоза и местного иммунитета не проводилась, эффективность лечения составила 90 %, средние сроки эпителизации — 8,1 + 0,5 недель.

ВЫВОДЫ:

Проведенные комплексные исследования показали, что в этиопатогенезе фоновых и предраковых заболеваний шейки матки на одно из первых мест выходят факторы, связанные с генитальной инфекцией и изменением биоценоза влагалища. Указанные особенности обследованного контингента больных следует учитывать при выборе комплексной, патогенетически обоснованной терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (Клинические лекции) /Под ред. В.Н. Прилепской. — М., 2003. — 432 с.
2. Каунов, Л.А. Криохирургическое лечение патологических состояний шейки матки: Метод. реком. /Каунов Л.А., Сотникова Л.Г. — Иваново, 1992. — 18 с.
3. Коптелова, Н.В. Оптимизация лечебной тактики у больных с фоновыми заболеваниями шейки матки /Н.В. Коптелова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1994. — 25 с.
4. Казаченко, В.П. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки /Казаченко В.П., Бычков В.И., Киселева Е.В. — Воронеж, 1994. — 88 с.
5. Кустаров, В.Н. Патология шейки матки /Кустаров В.Н. — СПб., 2002. — 144 с.
6. Barman, A. Treatment of cervical ectropion by cryosurgery: Effect of cervical mucus characteristics /Barman A., Paz G.F., Pegser M.R. //Fertil. Steril. — 1985. — V. 43. — N 1. — P. 86-89.

* * *

ВИНОГРАД - КОСМЕТОЛОГ И ЛЕКАРЬ

В Центре винотерапии "Источники Кодалы" (Франция) ни одна процедура не обходится без препаратов, основу которых составляют виноградные листья, косточки и оболочки винограда.

К примеру, одна из популярных процедур по уходу за телом - это гоммаж с виноградными косточками, медом и растительными маслами. А коже лица возвращают тонус и свежесть при помощи сыворотки на основе винограда. Снять напряжение и расслабиться помогает гидромассаж в ванне с вытяжкой из виноградной лозы.

Почему именно виноград? Он обладает уникальной способностью связывать свободные радикалы. Поэтому отлично действует против раннего старения, является хорошей профилактикой развития сердечно-сосудистых, злокачественных заболеваний.

Источник: Посольство Медицины

ОПЫТ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЕЙ ГИСТЕРОСКОПОВ

В современной гинекологии диагностическая и лечебная эндоскопия полости матки — гистероскопия — прочно занимает одно из ведущих мест в комплексе инструментальных методов диагностики. Многочисленные составляющие гистероскопии, как микрогистероскопия, хромогистероскопия, офисная гистероскопия, панорамная и резектоскопия, комбинированная с УЗИ, сальпингоскопией и лапароскопией, позволяют решать конкретные задачи диагностики и лечения, но требуют солидных материальных затрат на приобретение оборудования. Вместе с тем, сегодня перед многими специализированными отделениями встает вопрос целесообразности приобретения конкретного оборудования.

Цель работы — сравнить эффективность использования различных моделей гистероскопов в рутинной работе отделения гинекологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализированы результаты медицинских карт женщин, находившихся на стационарном лечении в отделении гинекологии и подвергшихся амбулаторным исследованиям с 2002 по 2005 гг. Возраст от 20 до 68 лет. Гистероскопию выполняли в 1 фазу цикла. Использовали фиброгистероскопию эндоскопом НУГ-1Т10 и ригидную гистероскопию диагностическим гистероскопом и резектоскопом. В качестве дистензионной среды для диагностических исследований использовали 0,9 % раствор натрия хлорида.

Гистероскопию выполняли без обезболивания, под местным обезболиванием раствором лидокаина 2 % 10-12 мл, внутривенным обезболиванием и эндотрахеальным наркозом. Использовали окулярную методику, видеокамеры OTV-F3 для фиброскопа и Endocam (Storz) для ригидных эндоскопов. Оценивали длительность исследования, объем жидкости, необходимость расширения цервикального канала, частоту полных и неудачных исследований и их причины, осложнения, удобство работы врача.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего анализированы результаты 416 гистероскопий — 398 фибро- и 18 ригидных исследований.

Время исследования для фибро- и гистероскопии составило $11 \pm 1,1$ мин и $16 \pm 1,3$ мин, соответственно ($p < 0,5$). Исследование включало бимануальную пальпацию, обработку влагилица, введение зеркал, подготовку гистероскопа, попытку введения гистероскопа, расширение цервикального канала, собственно осмотр, манипуляции. Временные факторы зависели от конституции женщины — при избыточном весе женщин среднее время исследования в 1,5 раза превышало среднюю длительность исследования — на $8 \pm 0,8$ мин при фиброскопии и $12,3 \pm 1,5$ мин при ригидной гистероскопии ($p < 0,5$). Как видно, временные затраты не имеют существенной разницы при оценке средних показателей, хотя тенденция к удлинению времени исследования при ригидной гистероскопии имеет место. Вполне возможно, что при накоплении опыта эта разница станет ничтожной. Вместе с тем, при появлении технических трудностей в выполнении любого вида гистероскопии, соответственно, достоверно возрастало время исследования.

Объем дистензионной среды при фиброскопии составил $560 \pm 100,7$ мл, при ригидной гистероскопии — $780 \pm 90,0$ мл ($p < 0,2$). Основной расход и увеличение объема жидкости были связаны с необходимостью расширения цервикального канала или внутреннего зева, с миомой матки или избыточным весом женщины. Избыточное расширение цервикального канала также приводило к повышению расхода дистензионной среды. Как видно, конституция женщин и технические трудности создают условия для возникновения осложнений.

Без обезболивания фиброскопия выполнена 32 женщинам (8 %) без расширения цервикального канала, с минимальным расходом дистензионной среды и хорошим субъективным самочувствием. У 22 женщин (5,5 %) пришлось использовать местное обезболивание раствором лидокаина из-за неприятных и болевых ощущений при продвижении гистероскопа или необходимости расширения цервикального канала. 344 фиброгистероскопии (86,5 %) выполнены под внутривенным обезболиванием. Ригидная гистероскопия без обезболивания выполнена 4 женщинам (22 %) ($p < 0,05$), местная анестезия потребовалась в 2 случаях (11 %) ($p < 0,05$), внутривенное обезболивание — у 12 женщин (67 %) ($p < 0,5$). Достоверно большему числу удачных ригидных гистероско-

пий, выполненных без обезболивания, способствовал малый диаметр оболочки диагностического гистероскопа и его жесткость. Несколько больший диаметр операционного фиброгистероскопа зачастую требовал расширения. Вероятно, что использование диагностического фиброгистероскопа существенно изменило бы ситуацию.

Расширение цервикального канала при фиброскопии потребовалось у 376 женщин (94,5 %) против 10 (60 %) при ригидной гистероскопии ($p < 0,02$). Без расширения проведено, соответственно, 22 (5,5 %) и 8 (40 %) исследований. Использование для диагностических исследований операционного фиброскопа изменило возможную потребность в расширении цервикального канала, чем при использовании диагностического фиброгистероскопа.

Полный осмотр при фиброгистероскопии был выполнен у 395 женщин (99,2 %), в 3 случаях осмотр был неполным из-за рака эндометрия в переходной зоне и синехий. При ригидной гистероскопии полный осмотр был выполнен у 16 женщин (89 %), в 2 случаях полностью осмотреть полость матки не удалось из-за положения матки и миомы.

Фиброгистероскоп в абсолютном большинстве случаев позволил решить диагностические задачи при любых деформациях матки и любых соотношениях осей цервикального канала и полости матки. Возможность изгиба фиброскопа и ретроградный осмотр, вкупе с поворотами по оси, позволили не оставить без осмотра никакой участок эндометрия. При ригидной эндоскопии в нескольких случаях риск осложнений превысил ожидаемую диагностическую ценность, а

в 2 случаях пришлось дополнительно использовать фиброгистероскоп.

При оценке удобства работы впечатление менялось в зависимости от использования видеосистем. Комплексно учитывались положение врача, удобство введения и контроля за положением эндоскопа, комфорт и защита от дистензионной среды, качество изображения и доступность всех отделов для осмотра. Так, работа фиброскопом была более удобной и щадящей, комфортной при работе без видеосистемы, осмотру были доступны все области. Работа ригидным гистероскопом была значительно менее комфортной и удобной при работе без видеосистемы. При работе с видеосистемами комфорт и качество осмотра ригидной гистероскопией превосходили таковые при фиброэндоскопии.

Осложнения при фиброскопии отмечены в 1 случае (0,3 %) — обострение метроэндометрита, при ригидной гистероскопии осложнений не отмечено. Возможно, это связано как с малым количеством наблюдений, позволивших создать первичное впечатление, так и с более строгими показаниями для ригидной гистероскопии.

Таким образом, фиброгистероскопия и ригидная гистероскопия не могут быть противопоставлены друг другу, а должны дополнять друг друга. Отделения гинекологии должны располагать обоими типами гистероскопов, что позволит повысить частоту успешной диагностики и существенно сократить число неудачных исследований. Качество осмотра при ригидной гистероскопии существенно повышается при использовании видеосистемы.

* * *

КАЖДЫЙ ДЕСЯТЫЙ БРИТАНЕЦ ЗАРАЖЕН ХЛАМИДИОЗОМ

13% мужчин в возрасте 20-24 лет и 12% женщин в возрасте 16-19 лет, проживающих в Великобритании, инфицированы хламидиозом. В целом, носителями этой инфекции является каждый десятый британец и каждая десятая британка, сообщает ВВС.

Такие данные, полученные по результатам скрининга 180000 человек, были представлены на ежегодной конференции британского Агентства по охране здоровья (Health Protection Agency). Скрининговое обследование на половые инфекции лиц моложе 25 лет проводится с 2003 года во многих медицинских и немедицинских учреждениях Британии - молодежных клубах, университетах, колледжах и даже тюрьмах.

MEDЭнциклопедия: Хламидиоз - одно из немногих венерических заболеваний, которое может передаваться бытовым путем... "Хламидия - самая распространенная в Англии инфекция, передающаяся половым путем. В 2005 году в гинекологических и урологических клиниках такой диагноз был выставлен 96204 раза", - сообщила руководитель программы скрининга Мэри Макинтош (Mary Macintosh). В большинстве случаев хламидиоз протекает бессимптомно. Невыявленная и нелеченная хламидийная инфекция у женщин может вызывать воспаление органов малого таза. Кроме того, она может стать причиной бесплодия либо привести к внематочной беременности. У мужчин в результате хламидиоза может возникнуть эпидидимит (воспаление придатка яичка) и синдром Рейтера, характеризующийся сочетанным поражением мочеполовых органов, суставов и глаз.

Источник: www.medportal.ru

СТРУКТУРА ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ И ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ГОРМОНОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Изучена структура эндокринного бесплодия и с помощью эхографии установлена частота гормонозависимых заболеваний и их сочетаний. Представленные данные по УЗИ проиллюстрировали наличие разнообразных гормонозависимых заболеваний у всех женщин, страдающих эндокринным бесплодием. Причем, у каждой третьей из них отмечено то или иное их сочетание, что отягощает ситуацию, снижает эффективность лечения, способствует увеличению оперативных вмешательств и влияет на прогноз. В структуре эндокринного бесплодия доминировала клинко-патогенетическая форма – гипогонадотропный гипогонадизм (27–54 %). Характер выявленных эндокринных нарушений определяет дифференцированный подход в ведении больных, прогноз репродуктивного и общего здоровья женщин.

Бесплодие в браке — это не только межличностная, но и сложная медико-социальная, демографическая проблема. Снижение фертильности и бесплодие в браке связаны со многими причинами, поэтому бесплодие является определенным индикатором физического и психосексуального здоровья населения. По данным отечественной и зарубежной литературы, в структуре бесплодного брака частота эндокринных нарушений составляет 32–40 % [1].

Эндокринные формы бесплодия различны и определяются уровнем поражения различных звеньев репродуктивной системы, которые ведут к нарушению фолликулогенеза, овуляции, гипофункции желтого тела. Клинические проявления многообразны. Ведущим симптомом является ановуляция, гиполутеинизм, где ановуляция является единственным патогномичным признаком эндокринных форм бесплодия у женщин [2].

Основным механизмом нарушения реализации связей в гипоталамо-гопофизарно-яичниковой системе. Нормальная работа репродуктивной системы зависит от состояния здоровья у женщины и нормального функционирования ее эндокринной системы [3].

Цель исследования — изучить структуру эндокринного бесплодия и определить возможности ультразвукового метода в его диагностике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 50 женщин, обратившихся с проблемой бесплодного брака в возрасте 19–36 лет. Первичным бесплодием страдали 33 женщины (66 %), вторичным — 17 женщин (34 %). Длительность бесплодия составляла от 3 до 12 лет. У половины обследованных первая беременность прервана медицинским абортom, у 50 % — самопроизвольным выкидышем.

Проводилось общеклиническое обследование, измерение базальной температуры, определение цервикального числа, ультразвукография половых органов с использованием конвексного мультисекторного внутривлагалищного датчика 5–7,5 МГц на аппарате «Honda HS-2000». Для оценки фолликулогенеза проводился ультразвуковой мониторинг на 8-й, 10-й, 12-й, 14-й, 16-й, 18-й, 20-й, 22-й дни менструального цикла. Определение содержания в сыворотке крови эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина проводилось на 5–6-й день, прогестерона —

на 21-22-й день менструального цикла методом ИФА с использованием стандартных наборов DSL.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Комплексное обследование пациенток позволило выявить различные клиничко-патогенетические формы эндокринных нарушений: гипогонадотропный гипогонадизм — у 27 женщин (57 %); нормогонадотропный гипогонадизм — у 8 (16 %); гипоталамо-гипофизарная дисфункция — у 10 (20 %); гипергонадотропный гипогонадизм — у 1 пациентки (2 %).

Гиперпролактинемия в отдельную форму не выделена, так как является не самостоятельной нозологической формой, а всего лишь симптомом той или иной патологии [4]. Все 5 случаев (10 %) носили функциональный характер и зарегистрированы при гипогонадотропном гонодизме.

Наиболее распространенной формой овариальной недостаточности является гипоталамо-гипофизарная недостаточность. Все случаи имели легкую степень и носили функциональный характер расстройств гипоталамо-гипофизарной области. Функциональные гипоталамические нарушения были обусловлены несколькими факторами. Одной из самых распространенных причин явился стресс.

Из анамнеза было установлено, что все женщины испытывали значительные психо-эмоциональные перегрузки. Длительное пребывание в состоянии стресса, экологическое неблагополучие в Кузбассе, социально-экономическая нестабильность в стране способствовали снижению социально-биологической адаптации. В настоящее время известно, что извращенная реакция на стресс становится особенностью функционирования репродуктивной системы. Совместное влияние генетических и средовых факторов может приводить к срыву адаптации, выражающемуся в различных нарушениях центрального гена [5].

Другими причинами функциональных гипоталамических нарушений явились чрезмерные физические нагрузки и дефицит массы тела. Так, среди обследуемых женщин патологическое изменение массы тела отмечено у 13 (26 %), из них ожирением страдали 8 пациенток (16 %), дефицитом массы тела — 5 женщин (10 %).

В силу перечисленных причин на фоне сниженной гипоталамо-гипофизарной активности отмечено нарушение стероидогенеза, дефицит эстрогенов, монофазность базальной температуры, а по УЗИ — отсутствие роста фолликулов с формированием мультифолликулярных яичников (МФЯ) и ановуляция. МФЯ при данной эндокринной форме зарегистрированы у 13 женщин (26 %).

Достаточно сложной формой эндокринной патологии является гипоталамо-гипофизарная дисфункция. Характерным для данной формы эндокринных нарушений является асинхронная дисрегулируемая деятельность гипоталамических структур. При этом отмечаются хаотичные, высокоамплитудные выбро-

сы гонадотропинов [3], что нарушает процесс фолликулогенеза. У основной массы пациенток с гипоталамо-гипофизарной дисфункцией в яичниках образуется большое количество фолликулов с разной степенью зрелости и формированием поликистозных яичников (7 случаев — 14 %).

Нормогонадотропная гипофункция выявлена в 12 случаях (24 %). Отмечено, что у пациенток с данной формой уровень гонадотропинов колебался, приближаясь к гипогонадотропному уровню. Чаще всего у обследованных женщин отсутствовал овуляторный пик ЛГ при наличии доминантного фолликула, что свидетельствует о нарушении механизма положительной обратной связи между яичниками и гипофизом. В свою очередь, известно, что ЛГ за счет активизации протеолитических ферментов (плазмин), нарушающих базальную мембрану фолликула, способствует его разрыву (Тихомиров А.Л., 2000). Отсутствие овуляторного пика ЛГ ведет к ановуляции.

У женщин при сочетанном трубно-перитонеально-эндокринном бесплодии была отмечена первичная овариальная недостаточность, которая характеризовалась дефицитом уровня эстрогенов, нарушением процесса фолликулогенеза. При отсутствии овуляторного пика эстрадиола блокировалась «ЛГ-волна», т.е. отсутствовал быстрый выброс гипофизом большого количества ЛГ (овуляторный пик ЛГ) и процесс овуляции нарушался.

Гипергонадотропный гипогонадизм — редко встречаемая патология, выявлена в одном случае (2 %) и характеризуется первичной яичниковой недостаточностью, при которой нет адекватного ответа со стороны яичников на стимуляцию гонадотропинами. Уровень последних возрастает при сохраняющемся низком уровне эстрадиола (< 30 пг/мл), это приводит к выраженной атрофии полового аппарата женщины и определяет ее неперспективность в наступлении беременности.

В настоящее время во многих странах эхография стала одним из ведущих методов исследования [6]. Данный метод отличается от других совокупностью важных моментов: неинвазивен, безопасен, доступен, не требует подготовки к исследованию, отличается высокой степенью достоверности результатов. Чувствительность УЗИ-метода позволяет облегчить проведение дифференциальной диагностики, быстро поставить диагноз и своевременно оказать квалифицированную помощь. Так, точность УЗИ внутреннего эндометриоза достигает 91 %, миомы матки — 80-88 %, патологии эндометрия — 87,9 %, эндометриодных кист — 70 % [7].

После эхографического исследования половых органов выявлены различные гинекологические заболевания (таблица).

Из полученных данных обращает внимание частота аномалий развития внутренних половых органов в виде седловидной матки, как проявление врожденного нарушения анатомического строения — 9 случаев (18 %).

Гипоплазия матки зарегистрирована в 12 случаях (24 %), что может быть связано с задержкой в

Таблица

Частота гинекологических заболеваний по данным ультразвукографии половых органов у пациенток с бесплодием

Выявленное заболевание	Число случаев	Частота (%)	Частота (%), данные литературы	
			%	Авторы
Аномалии развития внутренних половых органов (седловидная матка)	9	18	8-12	Bowerman R., 1985
Гипоплазия матки	12	24		
Аденомиоз	9	18	17-80	Кулаков В.И., 2005
Миома матки	4	8	20	Демидов В.Н., 1990
Гиперплазия эндометрия:	10	20	10	
а) диффузная;	6	12		Кулаков В.И., 2005
б) очаговая	4	8	13	
Мультифолликулярные яичники (МФЯ)	19	38	50-56	Кулаков В.И., 2005
СПКЯ	7	14		
Ретенционные кисты яичников	2	4		
Кисты яичников,	5	10	17	Демидов В.Н., 1990;
из них эндометриоидные	3	6	15-20	Hill M., 1992
Киста яичника	1	2		
Воспалительные заболевания внутренних половых органов:				
а) гидросальпинкс;	3	6		
б) хр.эндометрит;	20	40		
в) периаднексит	40	80		
Мастопатия	10	20		

пубертатном периоде, т.к. известно, что репродуктивная система высоко чувствительна к воздействию неблагоприятных факторов, особенно в период полового созревания.

Аденомиоз наблюдался в 9 случаях (18 %), эндометриодные кисты – в 3 (6 %). По данным В.И. Кулакова (2005), эндометроз обнаруживается у женщин детородного возраста и колеблется с частотой в широких пределах – 17-80 %.

У обследуемой группы женщин, имеющих стойкую ановуляцию, гиполутеинизм, отмечается однотипный характер нарушений в эндометрии по типу гиперпластического процесса, который очень часто встречается при эндокринной патологии (10 случаев – 20 %).

С внедрением в практику трансвагинальной эхографии, с высокой разрешающей способностью аппаратов УЗИ, диагностика синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) значительно улучшилась, приближаясь к морфологической, и, с учетом МФЯ, составила 26 случаев (52 %).

Миома матки представляет одно из доброкачественных заболеваний и по статистике встречается у каждой пятой женщины (20 %), достигшей 40 лет [6]. В данном исследовании эта патология отмечена лишь в 4 случаях (8 %), что связано, видимо, с относительно молодым репродуктивным возрастом обследуемых женщин (средний возраст женщин – 27,4 года).

Воспалительные заболевания внутренних половых органов встречаются достаточно часто и представлены воспалительными процессами матки (20 случаев – 40 %) и придатков (40 случаев – 80 %), гидросальпинксами (3 случая – 6 %). Это можно объяснить высоким процентом инфицированности женщин детородного возраста, для которых характерна высокая возрастная сексуальная активность,

раннее начало интимных отношений, поздняя обращаемость, несвоевременное обследование по инфекционному фактору и лечение.

Распространение инфекций, передаваемых половым путем, среди обследуемых женщин, способствует нарушению важных звеньев репродуктивной системы и возникновению трубно-перитонеально-эндокринного бесплодия, что снижает эффективность лечения и ухудшает прогноз на будущее.

Таким образом, при проведенном анализе отмечается высокая частота воспалительных и гормонозависимых заболеваний внутренних половых органов у женщин с эндокринным бесплодием. Гормонозависимые заболевания матки и придатков выявлены в 57 случаях, в 10 случаях – мастопатия, что свидетельствует о сочетанности поражения половых органов при эндокринной патологии.

При анализе полученных данных установлено, что у каждой 3-й женщины отмечается сочетанная гормонозависимая патология. Наиболее часто встречается мастопатия в сочетании с другими гормонозависимыми заболеваниями (10-20%).

В последние годы наблюдается тенденция к росту числа доброкачественных заболеваний молочных желез, которые диагностируются у каждой 4-й женщины в возрасте до 30 лет. Известно, что на развитие молочных желез и митотическую активность эпителия оказывают влияние эстрогены, при этом решающая роль в развитии доброкачественных заболеваний молочных желез отводится прогестерондефицитным состояниям, при которых избыток эстрогенов вызывает пролиферацию тканей молочных желез.

Следует подчеркнуть, что среди органов-мишеней, которые наиболее подвержены эстрогензависимым гиперпластическим процессам, молочные железы поражаются наиболее часто и, как правило, первыми свидетельствуют об этих расстройствах, что связа-

но с анатомо-физиологическими особенностями их строения, характеризующимися преобладанием в их структуре железистого компонента. С этой позиции патологические изменения молочных желез следует рассматривать как маркер формирующихся общих гормональных нарушений [8].

Таким образом, результаты исследования показали, что в структуре эндокринного бесплодия преобладает гипогонадотропный гипогонадизм. Ультрасонография играет важную роль у данной категории больных в диагностике, прежде всего, сопутствующих гормональнозависимых заболеваний матки и молочных желез.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Диагностика и медикаментозная терапия эндокринного бесплодия у женщин /Корнеева И.Е. и др. //Акуш. и гинекол. – 1997. – № 3. – С. 53.
2. Назаренко, Т.А. Здоровье женщин с нарушением овуляции /Назаренко Т.А. //Пробл. репрод. – 1999. – № 2. – С. 48.
3. Назаренко, Т.А. Принципы и схемы стимуляции овуляции при бесплодии, обусловленном нарушением функции гипоталамо-гипофизарной системы /Назаренко Т.А. //Акуш. и гинекол. – 1995. – № 5. – С. 46.
4. Бесплодие при так называемой функциональной гиперпролактинемии /Овсянникова Т.В. и др. //Акуш. и гинекол. – 1997. – № 3. – С. 17.
5. Кузнецов, В.И. Роль гипоталамического синдрома периода полового созревания в патогенезе поликистозных яичников /Кузнецов В.И., Стрижаков А.Н. //Акуш. и гинекол. – 1996. – № 6. – С. 8.
6. Демидов, В.Н. Ультразвуковая диагностика в гинекологии /Демидов В.Н., Зыкин Б.И. – М., 1990. – 120 с.
7. Тумилович, Л.Г. Международный конгресс по эндометриозу (обзор) /Тумилович Л.Г. //Пробл. репрод. – 1996. – № 4. – С. 27.
8. Тагиева, Т.Т. Доброкачественные заболевания молочных желез у женщин позднего репродуктивного возраста /Тагиева Т.Т. //Гинекология. – 2001. – Т. 3, № 3. – С. 107-108.



ПОЗДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ МОЖЕТ УДЛИНИТЬ ЖИЗНЬ ЖЕНЩИНЫ ДО 100 ЛЕТ?

Как считается, все, что связано с деторождением (ранняя беременность, короткие интервалы между беременностями, большое число детей и бездетность) негативно сказывается на продолжительности жизни женщины. Однако исследователи из Лондонской школы гигиены и тропической медицины установили, что женщины, решившие родить ребенка после 40 лет, обладают более крепким здоровьем и живут дольше.

Во время изучения данных большого количества жительниц Англии и Америки было установлено, что женщины, рожавшие детей с интервалом менее 18 месяцев, после 50 лет были на 20% чаще предрасположены к тяжелым заболеваниям и ранней смерти, по сравнению с теми женщинами, что рожали с более длительными интервалами. Также оказалось, что здоровье матерей, имевших более четырех детей, было ослаблено значительно сильнее, чем у сверстниц, имевших не более двух детей.

Ученые считают, что причинами подобной закономерности могут быть либо стресс, вызываемый воспитанием большого числа детей, либо невнимание к собственному здоровью, которым часто страдают многодетные матери.

По словам профессора Эмили Грюнди, ранняя беременность тоже не лучшим образом сказывается на здоровье в зрелом возрасте. Проблемы в этом случае вызываются неготовностью организма будущей матери к беременности и стрессом от преодоления трудностей, связанных с ранним материнством.

В случае же с бездетными женщинами наблюдается та же картина: живут они не так долго из-за слабого здоровья, помешавшего им завести семью и детей в молодости. Также вносит свою лепту стресс и депрессии из-за чувства одиночества и отсутствие социальной коммуникации с семьей в старости.

Женщины же, решившиеся забеременеть после 40 лет, оказались более здоровыми и жили дольше, чем их сверстницы. Однако, по мнению Грюнди, это можно объяснить тем, что на такие поздние роды решаются, как правило, женщины с более крепким здоровьем.

Таким образом, статистика подтвердила то, о чем давно говорят медики, утверждающие, что поздняя беременность приносит пользу женщине, даже несмотря на некоторое ослабление здоровья с возрастом.

При родах после 40 лет в женском организме задействуются скрытые ранее резервы, что, как считают английские исследователи, может помочь зрелым матерям дожить аж до 100 лет, потому что им еще нужно успеть вырастить своего ребенка.

Источник: Rol.ru

А.П. Сергеев, А.С. Латыпов, Н.Н. Глебова, В.Б. Трубин, Т.Б. Трубина
Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПРЕРВАВШЕЙСЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (СКОРАЯ ПОМОЩЬ)

Внематочная беременность является многоликим заболеванием и остается одной из наиболее сложных патологий в плане диагностики [1, 2, 3]. Наличие нарастающей внутрибрюшной кровопотери, вплоть до развития геморрагического шока с летальным исходом, определяет высокую актуальность вопроса своевременной диагностики прервавшейся трубной беременности [4]. К сожалению, на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи диагностика внематочной беременности остается на низком уровне, что требует оптимизации диагностических мероприятий [1, 3, 4, 5, 6]. Прежде всего, это касается «скорой помощи», не имеющей специальной диагностической аппаратуры [5].

Цель исследования — изучить особенности и результаты диагностики неотложных состояний, связанных с прервавшейся внематочной беременностью в условиях «скорой медицинской помощи» (СМП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За медицинской помощью обратились на «скорую» 88 пациенток с прервавшейся внематочной беременностью (ПВБ). Из них, 84 пациентки были госпитализированы при первичном обращении, 4 женщины от госпитализации отказались и в дальнейшем были госпитализированы в связи с ухудшением состояния по повторному вызову в тот же день. Бригадой СМП выставлены следующие диагнозы: подозрение на внематочную беременность (35 чел.), самопроизвольный аборт (11 чел.), острый живот (6 чел.), острый аднексит с нарушением менструального цикла (14 чел.), острый аппендицит (10 чел.), ДМК (9 чел.), апоплексия яичника (2 чел.), миома матки с метроррагией (1 чел.). При обследовании женщин применялись клинические методы исследования.

В 53 случаях врач «скорой» не заподозрил внематочную беременность. При этом были установлены другие диагнозы, в том числе гинекологическая

патология предполагалась у 37 женщин, хирургическая — у 16 женщин.

ОБСУЖДЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Шесть пациенток, доставленных в стационар бригадой СМП с диагнозом «острый живот», обратились за медицинской помощью в первые сутки (от 0,5 до 16 часов) от начала заболевания. Они находились в возрасте 27 лет (2 чел.), 28 (1 чел.), 32 (2 чел.), 40 лет (1 чел.). В анамнезе роды имела 1 женщина, выкидыши — 1, роды и аборт — 4 женщины. Перенесли гинекологические заболевания все 6 больных (вагиниты — 6, эктопия шейки матки — 2, апоплексия яичника с резекцией яичника — 1). Две пациентки ранее перенесли аппендэктомию. Контрацепцию (презерватив) использовала только одна женщина. Нарушения менструальной функции отмечали 5 пациенток (задержку — 3, необычный характер последней менструации — 2). Жалобы на боли в нижнем отделе живота предъявляли все 6 женщин, у 5 из них боли отдавали в прямую кишку.

При объективном исследовании отмечались тахикардия (6), снижение АД (4), симптомы раздражения брюшины (5). Таким образом, данные анамнеза, развития заболевания и объективные данные (характерная локализация болей, нарушение менструальной функции, симптомы раздражения брюшины, нарушение гемодинамики — тахикардия, снижение АД) свидетельствовали о наличии внутрибрюшного кровотечения. Врачом скорой помощи не был установлен конкретный диагноз, но была дана оценка состояния 6 пациенток, как имеющих клинику «острого живота», что определило показание к срочной госпитализации и оказанию неотложной помощи.

Изложенное позволяет данный диагноз, определенный СМП, считать не ошибочным, а неуточненным, учитывая, что врач «скорой помощи» не имеет возможность использовать дополнительные методы диагностики.

В стационаре у описанных 6 больных был установлен диагноз ПВБ сразу при поступлении. Оценка их состояния: удовлетворительное – 4, средней тяжести – 2. Операция сделана в первые 2 часа после поступления. Интраоперационно установлено: разрыв трубы – 4 случая, трубный аборт – 2, кровопотеря до 500 мл – 3, 500 мл и более – 3. В одном наблюдении до операции был установлен диагноз геморрагического шока 1 степени. Объем операции: односторонняя тубэктомия – 5 (из них с вылучиванием миоматозных узлов – 1), двусторонняя тубэктомия – 1.

Хирургический диагноз «Острый аппендицит» был установлен врачом скорой помощи 10 женщинам в возрасте от 19 до 36 лет, которые обратились за медицинской помощью в сроки от 0,8 до 168 часов от начала заболевания. Пять пациенток имели в анамнезе роды и аборт, у 2 анамнез был отягощен самопроизвольными абортами (у них не было родов), 2 не имели в анамнезе беременностей, у 1 ранее были только роды. Гинекологическая патология имела в анамнезе у всех 10 женщин (вагиниты – 10, сальпингоофорит – 4, эктопия шейки матки – 3). Контрацепцию применяли 3 женщины: презерватив (1), КОК (1) и свечи (1). Нарушения менструальной функции имели 7 больных (задержка очередной менструации – 6, ранний приход – 1). Абдоминальных операций у женщин ранее не было. Жалобы на боли в нижнем отделе живота предъявляли все 10 женщин (8 из них указывали на иррадиацию боли в задний проход), слабость и тошноту – трое. Необычный характер очередной менструации отмечали 2 пациентки, задержку месячных – 6. При объективном обследовании установлены тахикардия (6), снижение АД (4), симптомы раздражения брюшины (4).

Таким образом, представленные данные анамнеза и объективного исследования в значительной степени свидетельствуют о патологии гениталий, и в меньшей степени о хирургическом заболевании (аппендиците), в связи с чем установленный диагноз аппендицита у описанных женщин явился ошибочным. Они были доставлены в приемный покой хирургического отделения, осмотрены хирургом. В связи с нетипичной клиникой хирургического заболевания, в 9 случаях был вызван дежурный гинеколог, который диагностировал прервавшуюся внематочную беременность. Эти пациентки были прооперированы гинекологами в течение первых 2 часов. Десятая женщина, без осмотра гинеколога, была прооперирована хирургами по прошествии 5 часов от момента поступления:

Больная А., 34 лет (в анамнезе 2 родов, 3 мед. аборта, вагинит), направленная СМП с диагнозом «аппендицит» в состоянии средней тяжести, доставляется в хирургическое отделение многопрофильной больницы, где указанный диагноз не снимается, но и не утверждается окончательно. Принимается решение о динамическом наблюдении, консультация гинеколога не осуществляется. В связи с ухудшением состояния больная через 5 часов от момента пос-

тупления оперируется хирургом. Интраоперационно устанавливается диагноз внематочной беременности (разрыв трубы) с внутрибрюшным кровотечением 1000 мл. Объем операции – удаление трубы. Диагностическая ошибка произошла в хирургическом стационаре, где был дублирован ошибочный диагноз СМП и не была осуществлена консультация гинеколога, не проведено УЗИ ОМТ.

При поступлении состояние пациенток оценивалось как удовлетворительное у 4 женщин, средней тяжести – у 6. У одной из больных в приемном покое был диагностирован геморрагический шок 2 степени. Интраоперационно (нижнесрединной лапаротомией – 1, по Пфанненштилю – 3, лапароскопическим доступом – 6) установлен трубный аборт (9, из них у 1 – вторичный катаральный аппендицит) и разрыв трубы (1). Кровопотеря составила до 500 мл включительно – у 8 женщин, 800 мл – у 1, 900 мл – у 1 женщины. Объем операции: односторонняя тубэктомия – 9, лапароскопическая резекция трубы – 1. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Диагноз «самопроизвольный аборт» выставлен врачом скорой помощи у 11 женщин в возрасте 22–40 лет, обратившихся за скорой медицинской помощью в сроки от 1 часа до 18 суток от начала заболевания. В анамнезе у 8 пациенток были соматические заболевания. Три женщины имели в прошлом лапаротомию: аппендэктомия (1), кесарево сечение (1) и аднексэктомия (1). Из перенесенных гинекологических заболеваний отмечены следующие: вагиниты (11), сальпингоофорит (7), эктопия шейки матки (4). В анамнезе только аборт имели 2 женщины, роды и аборт – 5 (одна из них перенесла внематочную беременность с тубэктомией), не имели беременностей – 4 женщины. Контрацепцию (презерватив) использовали две больные, КОК – одна. Все пациентки имели задержку месячных и считали себя беременными, но на учете в ЖК не состояли.

Жалобы на кровянистые выделения из половых путей, боли в нижних отделах живота, слабость и головокружение предъявляли все женщины. При объективном исследовании констатированы тахикардия (5), снижение АД (5), симптомы раздражения брюшины (3). Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о возможной нарушенной маточной беременности. Следует подчеркнуть трудность дифференциальной диагностики ранних сроков маточной беременности, текущей с угрозой прерывания, и стертой клиникой прервавшейся внематочной беременности по типу трубного аборта. Практически дифференциальная диагностика не может быть осуществлена без использования дополнительных информативных методов (УЗИ, в-ХГ). Поэтому ошибки скорой помощи у данной группы женщин нельзя расценивать как грубые. Тем более что действия бригады СМП были правильными, больные были срочно госпитализированы в гинекологический стационар.

В гинекологическом стационаре у данной группы женщин в первые часы после поступления был

выставлен диагноз ПВБ и проведено оперативное лечение. Состояние больных было оценено как удовлетворительное (6), средней тяжести (4), тяжелое (1). Интраоперационно был установлен трубный аборт (9) и разрыв трубы (2) с кровопотерей до 500 мл включительно (8), 600 мл (1), 700 мл (1) и 1500 мл (1). Объем операции: односторонняя тубэктомия — 8 (из них 3 — лапароскопических), лапароскопическое трубное кесарево сечение — 1, лапароскопический «милкинг» с энуклеацией плодного яйца — 1, односторонняя аднексэктомия — 1. Лишь у 1 пациентки в послеоперационном периоде было обострение хронического бронхита, у остальных 10 он протекал без осложнений. Таким образом, ошибочный диагноз, установленный врачом скорой помощи у данной группы женщин, не привел к промедлению в плане оказания им медицинской помощи.

В 14 наблюдениях у женщин в возрасте 21-37 лет, обратившихся в скорую медицинскую помощь в сроки от 1,5 часов до 30 суток от начала заболевания, врачом СМП был установлен диагноз «аднексит с нарушением менструальной функции». Двенадцать пациенток имели в анамнезе беременности: роды и аборт (6), только аборт (4), только роды (2). У двух женщин беременностей раньше не было, внематочная беременность стала для них первой. Все 14 пациенток ранее перенесли гинекологические заболевания: вагиниты (14), аднексит (9), эктопия шейки матки (5), киста яичника (2), трубно-перитонеальное бесплодие (1). Контрацептивными средствами пользовались 4 пациентки (презерватив — 2, КОК — 1, ВМК — 1, удалена в ЖК за месяц до заболевания).

Жалобы на боли внизу живота отмечали все 14 пациенток (из них 8 — с иррадиацией в задний проход), задержку менструации — 13 (из них с кровянистыми выделениями из половых путей — 10), головокружение и слабость — 7. Нарушения менструальной функции не было у одной больной. Объективные данные: тахикардия (10), симптомы раздражения брюшины (9), снижение АД (3). Общее состояние как удовлетворительное было оценено у 7 женщин, средней тяжести — у 5, тяжелое — у 2. Таким образом, описанные данные, как анамнестические, так и объективный статус, могут иметь место как при «стертой» клинике ПВБ, так и при сальпингоофорите. Врач скорой помощи, не имеющий возможности использовать дополнительные методы исследования, поставил ошибочный диагноз, который не оказал отрицательного влияния на выполненные в последующем лечебные мероприятия.

В гинекологическом стационаре у данной группы женщин диагностика ПВБ и оперативное лечение были осуществлены в первые 3 часа от момента поступления. Интраоперационно у 13 женщин имел место трубный аборт (с кровопотерей до 500 мл — у 12, 800 мл — у 1), у одной — разрыв трубы. Тринадцать пациенткам была проведена односторонняя тубэктомия (из них у 8 — с лапароскопическим доступом), в одном наблюдении был осуществлен лапароскопический «милкинг» с энуклеацией плодного яйца. Послеоперационный период протекал без осложнений.

При обращении за скорой медицинской помощью в сроки от 2 до 22 суток от начала заболевания у 9 женщин в возрасте 19-33 лет был установлен диагноз «дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте». Шесть женщин имели в анамнезе хронические соматические заболевания. Гинекологические заболевания (вагинит — 9, эктопия шейки матки — 5, сальпингоофорит — 4) имели в анамнезе все пациентки. Семь женщин ранее имели беременности: роды и аборт — 3, только аборт — 3, только роды — 1. У двух пациенток ранее беременностей не было. Контрацепцию (КОК — 1; ВМК, удалена за месяц до начала заболевания — 1) использовали 2 пациентки. Жалобы на боли внизу живота и умеренные длительные кровянистые выделения из половых путей на фоне нарушения менструального цикла предъявляли все женщины, 3-х из них беспокоила слабость.

При объективном обследовании общее состояние было оценено как удовлетворительное у 6, средней тяжести — у 2, тяжелое — у 1 пациентки. Тахикардия и снижение систолического АД имело место у 7 женщин, симптомы раздражения брюшины — у 3-х. Таким образом, описанная клиническая картина не имеет четких симптомов, свидетельствующих о ПВБ. Ошибка скорой помощи в диагностике не оказала отрицательного влияния на дальнейшую лечебную тактику у данных больных.

В стационаре им был установлен диагноз ПВБ в сочетании с геморрагическим шоком 1 степени (1) и 2 степени (1), и в первые часы от момента поступления оказана хирургическая помощь. Интраоперационно: трубный аборт (6), разрыв трубы (3). Кровопотеря составила: до 500 мл включительно — 8 случаев, более 500 мл (950) — один. У 8 пациенток объем операции заключался в односторонней тубэктомии (из них 3 с резекцией яичника), у одной — в двусторонней тубэктомии. В послеоперационном периоде у одной женщины с геморрагическим шоком 1 степени наблюдалась острая пневмония.

В одном наблюдении пациентка 43 лет через 48 часов от начала заболевания обратилась в «скорую помощь» с жалобами на боли внизу живота с иррадиацией в задний проход, кровянистые выделения из половых путей на фоне задержки менструации, головокружение и слабость. В анамнезе пациентка отмечала как хронические соматические, так и гинекологические (миома матки, хронический аднексит, эктопия шейки матки, вагинит) заболевания. Перенесла две лапаротомии: аппендэктомию и одностороннюю тубэктомию по поводу внематочной беременности. Кроме внематочной беременности, женщина отмечала в анамнезе роды (4), медицинские аборт (3) и самопроизвольные (2). Контрацепцию пациентка не использовала.

При объективном исследовании имели место тахикардия, снижение артериального давления, наличие симптомов раздражения брюшины. Состояние пациентки оценено как среднетяжелое, выставлен диагноз «миома матки, метроррагия», пациентка доставлена в гинекологический стационар, где

была диагностирована ПVB. Интраоперационно обнаружен разрыв трубы с кровопотерей 150 мл. Произведено удаление единственной маточной трубы. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Таким образом, врачами «скорой медицинской помощи» предположительный диагноз внутрибрюшного кровотечения был установлен у 36 женщин (41 %) из 88 обратившихся (34 — «внематочная беременность», 2 — «апоплексия яичника»). Диагноз апоплексии яичника (2 чел.) мы не трактовали как ошибочный, так как даже при использовании УЗИ и в-ХГ возможны ошибки при дифференциальной диагностике с ПVB. Точный диагноз устанавливается до 100 % только при лапароскопии или интраоперационно [2, 3, 5, 7].

Следует обратить внимание, что у врача «скорой медицинской помощи» возможности установления диагноза внематочной беременности при стертой клинической картине и удовлетворительном состоянии пациентки более ограничены, чем у врача ЖК [5]. Это связано с отсутствием времени для углубленного изучения анамнеза и невозможностью использования дополнительных методов исследования [4, 6]. Между тем, следует подчеркнуть, что во всех случаях обращения пациенток в «скорую помощь» была осуществлена их госпитализация в стационар, что позволило своевременно установить точный диагноз и, следовательно, своевременно оказать неотложную помощь — хирургическое лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в отношении пациенток репродуктивного возраста с болевым синдромом на фоне

нарушений менструального цикла должна быть принята единая установка обязательной госпитализации в гинекологическое отделение многопрофильной больницы, где имеются все возможности для углубленного обследования, дифференцированного подхода к установлению точного диагноза и своевременного оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдрахманова, А.М. Острый живот в гинекологии /Абдрахманова А.М., Кулаковский Е.В., Сагадеева Н.А. //Здрав. Башкорт.: Спец. вып. № 4. — 2002. — С. 142-143.
2. Кулаков, В.И. Экстренная хирургическая помощь в гинекологии /Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Косаченко А.Г. /Поликлиническая гинекология: Клин. лекции /Под ред. В.Н. Прилепской. — М., 2005. — С. 587-606.
3. Дифференцированный подход к диагностике и лечению внематочной беременности /Хамадьянов У.Р., Щепанская С.Г., Плечев В.В. и др. //Рос. вест. акуш.-гинеко. — 2001. — Т. 1, № 4. — С. 49-51.
4. Клинико-диагностические аспекты и тактика ведения внематочной беременности /Шустрова К.С., Чирков А.А., Нешатаева Т.И., Ким М.Р. /Дальневост. мед. журн. — 2002. — № 1. — С. 74-76.
5. Васильевская, Т.М. Оптимизация процесса клинической диагностики острых гинекологических заболеваний в условиях многопрофильной больницы скорой медицинской помощи /Т.М. Васильевская: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Рязань, 2001.
6. Ткаченко, В.Н. Материнская смертность в Республике Башкортостан /Ткаченко В.Н., Афанасьев А.А. //Здрав. Башкорт.: Спец. вып. № 4. — 2002. — С. 178-180.
7. Комличенко, Э.В. Внематочная беременность — современные аспекты диагностики и лечения. Клинико-экономический эффект использования современных медицинских технологий в лечении трубной беременности /Комличенко Э.В., Цивьян Б.Л., Уракова Р.В. //Ж. акуш. и жен. бол. — 2003. — Т. LII, вып. 3. — С. 28-33.

* * *

ВЗВЕСИМ ДЕТСКИЕ ИГРУШКИ...

Исследователи из университета Индианы провели эксперимент: группе детей в возрасте от 6 до 8 лет предложили в течение 10 мин выполнять несложные задания, связанные с перемещением картонных блоков весом чуть больше 1 кг. Выяснилось: во время игры с тяжелыми предметами сердечный ритм детей был выше и сжигалось больше калорий. Однако есть опасения, что такие игрушки могут навредить ребятам. На что авторы исследования отвечают: "Включение силовых упражнений в ежедневный режим поможет увеличить уровень физической активности детей и избавить их от нездоровых килограммов".

Источник: Посольство Медицины

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РОДИЛЬНИЦ

Несмотря на развитие современных технологий в акушерстве, гнойно-воспалительные осложнения сохраняют свою актуальность в послеродовом, послеоперационном периоде [1, 2, 3].

По данным Серова В.Н., частота послеродовых инфекционных заболеваний достигает 26 %. Высокой частоте послеродовых заболеваний способствуют увеличение числа инфицированных пациенток, иммунодефицитных состояний, аутоиммунных и эндокринных нарушений, рост заболеваний, передающихся половым путем [4], увеличение числа женщин с экстрагенитальной патологией, индуцированной беременностью, гормональной и хирургической коррекцией невынашивания беременности, увеличением числа оперативных вмешательств во время беременности и в родах [2, 3, 5].

Повышение числа оперативных родоразрешений ведет к увеличению послеоперационных, инфекционных осложнений. Так, увеличение частоты кесарева сечения на 1 % приводит к двукратному повышению уровня инфекционных осложнений [2].

Гнойно-воспалительные заболевания после оперативных родоразрешений являются одной из наиболее актуальных проблем в современном акушерстве, так как риск для здоровья родильниц после операции кесарево сечение повышается в 10 раз [3].

В настоящее время, вследствие изменения иммунного статуса беременных, видового состава микробной флоры, течение послеродовых осложнений имеет стертую, «ареактивную» клиническую форму [6, 7, 8].

Целью настоящего исследования явился анализ гнойно-септической заболеваемости по данным родильного дома № 1 г. Кемерово за 2001-2005 гг.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы исходы 12321 родов за период с 2001 по 2005 гг. по родильному дому № 1 г. Кемерово. Использован метод сплошной выборки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Количество родов и средний койко-день представлены в таблице 1.

За последние 5 лет в акушерской клинике отмечается рост осложненных родов — с 70,7 % (2001 г.)

Таблица 1
Показатели работы акушерской клиники

	2001	2002	2003	2004	2005
Всего родов	2017	2576	2637	2587	2504
Среднее пребывание - всего, в т.ч.:	6,8	6,0	6,2	6,2	6,5
- после родов	6,9	6,0	6,3	6,1	6,5
- после операции к/с	6,6	6,1	6,1	6,3	6,3

до 97,8 % (2005 г.); рост числа абдоминального родоразрешения — с 16,5 % до 22 %, соответственно. Не отмечается снижения уровня травматизма родильниц (травм шейки матки, влагалища, промежности). На этом фоне гнойно-воспалительные осложнения родильниц выглядят следующим образом (табл. 2).

Уровень гнойно-септической заболеваемости по родильному дому колеблется весьма незначительно и не имеет выраженной тенденции к росту. Анализ показал, что в 2005 году гнойно-воспалительных осложнений послеродового периода у родильниц зарегистрировано на 20 случаев меньше. Но, по сравнению с показателями 2004 года, возросло число гнойно-воспалительных осложнений у родильниц после абдоминального родоразрешения — в 2 раза. Показатели гнойно-воспалительных осложнений в послеродовом, послеоперационном периоде у родильниц по Российской Федерации достигают 26 % и более.

ВЫВОДЫ:

Удерживать невысокий уровень гнойно-септических заболеваний среди родильниц удастся благодаря следующим факторам:

- в течение ряда последних лет — благополучие санитарно-эпидемиологического состояния в подразделениях родильного дома;
- рациональное использование коечного фонда, особенно в отделении патологии беременных;
- стремление к росту профессионального уровня врачей всех специальностей (акушеров-гинекологов, анестезиологов, неонатологов, терапевтов, эндокринологов и т.д.);
- проведение обязательной периоперационной антибактериальной терапии при экстренном оперативном родоразрешении;
- активное ведение послеродового и послеоперационного периода у родильниц;

Таблица 2
Гнойно-воспалительные осложнения родильниц

	2001		2002		2003		2004		2005	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
ГСЗ всего	39	1,9	52	2,0	66	2,5	72	2,7	52	2,1
- родоразрешенных через естественные родовые пути	34	2,0	42	2,0	58	2,7	64	3,0	35	1,9
- родоразрешенных операцией кесарево сечение, в т.ч.:	5	1,5	10	2,4	8	1,8	8	1,6	17	3,2
- по экстренным показаниям	4	1,6	8	2,7	6	2,0	7	2,1	11	3,0
- в плановом порядке	1	1,1	2	1,8	2	1,4	1	0,6	6	3,6
Нозологические формы										
- гнойный лактационный мастит	-	-	2	0,1	-	-	-	-	-	-
- несостоятельность швов промежности	27	1,6	20	0,9	28	1,3	31	1,5	20	1,1
- несостоятельность швов на шейке матки	1	0,05	4	0,2	2	0,1	6	0,3	7	0,4
- несостоятельность швов влагалища	6	0,3	15	0,7	28	1,3	27	1,3	9	0,5
- нагноение швов передней брюшной стенки	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,2
- частичное вторичное заживление швов передней брюшной стенки	3	0,9	9	2,2	7	1,6	3	0,6	12	2,2
- частичное расхождение швов передней брюшной стенки	3	0,9	9	2,2	7	1,6	4	0,8	-	-
- флебит вен любой локализации	2	0,1	2	0,1	1	0,04	-	-	2	0,08
- постинъекционный абсцесс ягодиц	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- эндометрит	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- метроэндометрит	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- послеродовая язва	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- острый гнойный гайморит	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,04

- обеспечение акушерского стационара в 100 % синтетическим шовным материалом для оперативного родоразрешения;
- 100 % ультразвуковой скрининг на третьи сутки послеоперационного периода;
- использование гистероскопии с целью диагностики эндометритов, состоятельности швов на матке;
- использование методов экстракорпоральной гемокоррекции в лечении беременных и родильниц в группах высокого инфекционного риска и своевременное их начало в комплексе терапии возникших осложнений;
- применение методов вакуум-экскохлеации и длительного промывного дренирования полости матки при нарушении ее инволюции;
- использование методов физиотерапевтического воздействия для улучшения сократительной деятельности матки, уменьшения отека травмированных тканей, повышения защитных сил организма.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Серов, В.Н. Руководство по практическому акушерству /Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. – М., 1997. – 440 с.
2. Гнойно-септические осложнения в акушерстве и гинекологии: Матер. науч.-практ. конф. – Томск, 2004. – 106 с.
3. Гуртовой, Б.Л. Гнойно-воспалительные заболевания в акушерстве /Гуртовой Б.Л. //Вестн. ассоц. акуш.-гинеколог. – 1994. – № 1. – С. 16-20.
4. Инфекции, передаваемые половым путем: Руков. /Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. – М., 1999. – 364 с.
5. Немедикаментозный метод в профилактике и терапии гнойно-септических осложнений в акушерстве, гинекологии и неонатологии: Федеральная целевая программа «Безопасное материнство» МЗ РФ, НЦ АГиП РАМН: Пособ. для врачей. – М., 2002. – 15 с.
6. Гуртовой, Б.Л. Гнойно-септические заболевания в акушерстве /Гуртовой Б.Л., Серов В.Н., Макацария А.Д. – М., 1981. – 256 с.
7. Кулаков, В.И. Послеродовые инфекционные заболевания /Кулаков В.И., Зак И.Р., Куликова Н.Н. – М., 1984. – 160 с.
8. Анаэробная инфекция в акушерско-гинекологической практике /Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф., Кочеровец В.И., Баскаков В.П. – СПб., 1995. – 320 с.

* * *

А.А. Каменев, К.Н. Сиворонов, Д.В. Афанасьев, Е.А. Каменева, Н.Ф. Иванников

МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,

Кемеровская государственная медицинская академия,

г. Кемерово

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ МЕДНЫМ КУПОРОСОМ

Для современного человека стало привычно жить в обстановке токсикологической напряженности, обусловленной экологическими и технологическими катастрофами, профессиональными вредностями и несчастными случаями в быту. Отравления медным купоросом относятся к группе отравлений соединениями тяжелых металлов, и преобладают в районах садоводства, где данное соединение для борьбы с вредителями используется. Смертельная доза для взрослого человека составляет 10 г при его пероральном использовании. Летальность при отравлениях тяжелыми металлами при современных методах лечения равна 15-19 % [1, 2].

Основными сферами избирательной токсичности медного купороса являются поражение эритроцитов, эпителия почечных канальцев, печени, кишечника и нервных клеток. Внутрисосудистый гемолиз, нефропатия (гемоглинурийный нефроз и острый некроз эпителия почечных канальцев), токсическая дистрофия печени и неврологическая симптоматика преобладают в клинической картине отравления [1, 2, 3]. Особенности отравления у детей являются объективные трудности в проведении активных методов детоксикации, в частности, гемодиализа, так как необходимо достижение малого контура экстракорпорального кровообращения [4, 5]. В связи с этим, приводим случай успешной интенсивной терапии ребенка с острым пероральным отравлением медным купоросом.

Больной М., возраст 2 года 6 месяцев, история болезни № 29349, поступил 04.10.03 г. в Центральную районную больницу г. Тайга с диагнозом: Отравление медным купоросом, тяжелое, случайное. У больного выявлен массивный внутрисосудистый гемолиз, гемоглинурийный нефроз, острая почечная недостаточность. 06.10.03 г., в связи с невозможностью консервативного разрешения острой почечно-печеночной недостаточности (расценено как проявление токсикогенной стадии острого отравления), больного переводится в Областной центр по лечению острых отравлений г. Кемерово (Городская клиническая больница № 3).

Состояние больного оценивается как крайне тяжелое, тяжесть состояния обусловлена острым от-

равлением медным купоросом (соматогенная стадия), острым внутрисосудистым гемолизом, острой почечно-печеночной недостаточностью. Больной в сознании, заторможен, зрачки одинаковые, реакция зрачков на свет сохранена, оценка уровня угнетения сознания по шкале ком Глазго 13 баллов. Кожные покровы желтушные, отеков нет. Дыхание спонтанное, частота дыхания 39 в минуту. Гемодинамика стабильная, АД 80/40 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 136 в минуту. Живот при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах. Обращает на себя внимание гепатомегалия: границы печени при ее пальпации выступают на 5 см из-под края реберной дуги. Анурия. Стул жидкий, черного цвета (мелена).

Лабораторные показатели: содержание меди в крови при поступлении подтверждает острое отравление медьсодержащим веществом — 54 мкмоль/л (норма 14,1-29,8 мкмоль/л), анемия (количество эритроцитов 2×10^{12} /л, концентрация гемоглобина 55 г/л, гематокритное число 0,2). Количество лейкоцитов до $25,4 \times 10^9$ /л с палочкоядерным сдвигом до 38 %. В ионограмме обращает на себя внимание гиперкалиемия (уровень плазматического калия 6,5 ммоль/л с подтверждением по показателям ЭКГ). Имеет место острый внутрисосудистый гемолиз (свободный гемоглобин крови 7,5 г/л). Азотемическая интоксикация подтверждается уровнем креатининемии — 0,38 ммоль/л и показателем мочевины крови — 34 ммоль/л. По данным фиброгастроудоденоскопии — клиника состоявшегося кровотечения из острых геморрагических эрозий желудка. В плевральной и брюшной полостях по УЗИ умеренное количество жидкости (полисерозит).

С учетом острой почечно-печеночной недостаточности и острого внутрисосудистого гемолиза проведена комплексная интенсивная терапия.

В день поступления проведено заменное переливание крови в объеме 75 % ОЦК и высокообъемный плазмаферез в объеме 330 мл (замещение СЗП в объеме 350 мл из расчета 150 % ОЦК). Консервативная терапия острой почечно-печеночной недостаточности включала: ощелачивание плазмы путем инфузии бикарбоната натрия 4 % под контролем ВЕ, антидотная терапия (унитиол по 1,5 мл 5 % раство-

Таблица

Динамика клинико-диагностических показателей пациента

Показатель	1 сутки	3 сутки	5 сутки	7 сутки	9 сутки	11 сутки	13 сутки
АД, мм рт. ст.	80/40	120/70	120/70	120/80	110/70	100/60	110/70
Диурез, мл/сутки	Анурия	Анурия	Анурия	100	210	460	900
Калий плазмы, ммоль/л	6,5	4,4	4,6	3,7	3,9	3,6	3,3
Гематокрит	0,2	0,22	0,28	0,3	0,2	0,26	0,26
Свободный Hb крови	7,5	2,75	0	0	0	0	0
Свободный Hb мочи	Анурия	Анурия	Анурия	1,57	0	0	0
Мочевина, ммоль/л	Гемолиз	55,3	59,7	42,8	21	23,6	11,6
Креатинин, ммоль/л	0,38	0,4	0,65	0,5	0,34	0,34	0,22
Билирубин, мкмоль/л	Гемолиз	Гемолиз	45	23	21	14	14
АСТ, МЕ	Гемолиз	Гемолиз	0,95	0,8	0,35	0,48	0,35
АЛТ, МЕ	Гемолиз	Гемолиз	0,75	0,3	0,1	0,1	0,1
ПТИ, %	Гемолиз	Гемолиз	100	98	61	85	98
МСМ, е.о.п.	Гемолиз	Гемолиз	0,62	0,9	0,82	0,5	0,3

Примечание: АСТ - аспартаттрансфераза, АЛТ - аланинтрансфераза, ПТИ - протромбиновый индекс, МСМ - молекулы средней массы.

ра), спазмолитическая (эуфиллин и папаверин по схеме Джонсона с учетом возраста), антибактериальная (ампициллин по 250 тыс. ед. 6 раз в сутки). С учетом острого внутрисосудистого гемолиза больному проведена трансфузия перфторана из расчета 6 мл/кг массы тела однократно. Назначены антациды и адсорбенты, смешанное парентеральное питание.

Состояние ребенка в динамике оставалось крайне тяжелым, положительной динамики не зафиксировано: прогрессировала токсическая энцефалопатия, почечно-печеночная недостаточность, реактивный панкреатит, что расценено как синдром полиорганной недостаточности. Динамика лабораторных показателей представлена в таблице (время фиксации лабораторных показателей — с момента поступления в ЦЛО).

10.10.03 г. (на 4 сутки ведения больного в ЦЛО) принято решение о проведении заместительной почечной терапии. Показанием для этого явились признаки азотемической интоксикации, токсической энцефалопатии, неэффективность консервативной терапии ОППН. С этой целью для обеспечения венозного доступа произведена венесекция на правом бедре и катетеризация правой подключичной вены по методу Сельдингера. За время нахождения пациента в отделении реанимации проведено 4 сеанса гемодиализа с использованием аппарата Gambro AK-10. Контуры на первом гемодиализе заполнялся донорской кровью после проведения проб на биологическую и индивидуальную совместимость, в последующем — 10 % раствором альбумина и реополиглюкином. Использовали диализатор Fresenius — F3, гепаринизация составляла 1000 МЕ фракционированного гепарина за один сеанс, скорость кровотока 50-75 мл/мин, средняя продолжительность диализа составила 125 мин. Проведение экстракорпоральной перфузии осуществляли по минимальному контуру заполнения.

На фоне проведения активных методов детоксикации получена положительная динамика, как в состоянии пациента, так и по лабораторным показателям. 27.10.03 г. ребенок выписан с выздоровлением.

Таким образом, острое отравление медным купоросом является серьезной экзогенной интоксикацией с возможными фатальными осложнениями. Зна-

чимым в терапии острого отравления является раннее начало интенсивной терапии острой почечно-печеночной недостаточности, острого гемоглобинурийного нефроза (чрезвычайно желательно это делать с момента поступления больного в любой стационар интенсивной терапии). Серьезную проблему в соматогенной стадии острого отравления представляет вопрос о проведении заместительной почечной терапии (выбор диализатора, контура кровенаполнения и выбор раствора для наполнения, сосудистый доступ). Серьезным организационным фактором является нерешенность вопросов о проведении заместительной почечной терапии у детей до 10 лет. Оптимизировать данную процедуру можно путем использования комплекса эфферентной терапии (комбинация с плазмаферезом) и выбором минимального по объему контура экстракорпорального кровообращения и гемодиализатора.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лужников, Е.А. Клиническая токсикология /Е.А. Лужников. — М., 1999. — С. 350-360.
2. Маркова, И.В. Клиническая токсикология детей и подростков /И.В. Маркова, В.В. Афанасьев, Э.К. Цыбулькин. — СПб., 1999. — С. 138-193.
3. Шиманко, И.И. Острая печеночно-почечная недостаточность /И.И. Шиманко, С.Г. Мусселиус. — М., 1993. — 288 с.
4. Букин, В.Е. Дифференцированный подход к гемодиализу, гемосорбции и изолированной ультрафильтрации при острой печеночно-почечной недостаточности /В.Е. Букин, Г.А. Шифрин, П.П. Олейник //Анестезиол. и реаниматол. — 1985. — № 2. — С. 68-70.
5. Лопаткин, Н.А. Эфферентные методы в медицине (теоретические и клинические аспекты экстракорпоральных методов лечения) /Н.А. Лопаткин, Ю.М. Лопухин. — М., 1989. — 352 с.

* * *



**Кемеровская областная научная медицинская библиотека
представляет новые книги и статьи,
поступившие в фонд библиотеки, по теме:
"АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ. ПЕДИАТРИЯ"**

КНИГИ

1. Акушерство и гинекология: клин. рекомендации /под ред. В.И. Кулакова. - М.: "ГОЭТАР-Медиа", 2005. - 512 с. (Шифр 616.1/2(083.13) А-44)
2. Кузьмин, В.Н. Вирусные инфекции и беременность /В.Н. Кузьмин, Л.В. Адамян. - М.: Дипак, 2005. - 176 с. (Шифр 618.3-008.6-06 К-89)
3. Руководство по гинекологии детей и подростков /под ред. В.И. Кулакова, Е.А. Богдановой. - М.: Триада-Х, 2005. - 336 с. (Шифр 618.1-053.2 Р-85)
4. Селбст, С.М. Секреты неотложной педиатрии /С.М. Селбст, К. Кронэн. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 480 с. (Шифр 616-053.2-083.98 С-29)
5. Сидорова, И.С. Методы исследования при беременности и в родах: учеб. пособие /И.С. Сидорова, И.О. Макаров. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 128 с. (Шифр 618.2-07(075) С-34)
6. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии /под ред. Г.М. Савельевой. - М.: Мед. информ. агенство, 2006. - 720 с. (Шифр 618.2(035) С-74)
7. Стругацкий, В.М. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога: клин. аспекты и рецептура /В.М. Стругацкий, Т.Б. Маланова, К.Н. Арсланян. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 208 с. (Шифр 615.8:618.1/2 С-87)
8. Трушин, П.В. Гематогенный остеомиелит у детей: учеб. пособие /П.В. Трушин, В.Т. Марченко. - Новосибирск: Сибмедиздат НГМА, 2005. - 81 с. (Шифр 616.71-002 Т-80)

СТАТЬИ ИЗ ЖУРНАЛОВ

1. Арутюнян, З.В. Массаж у детей первого года жизни /З.В. Арутюнян //Мед. сестра. - 2006. - № 5. - С. 36-37.
2. Балаболкин, И.И. Клинико-патологические варианты лекарственной аллергии у детей и ее диагностика /И.И. Балаболкин, Е.С. Тюменцева, Л.В. Павловская //Педиатрия. - 2006. - № 3. - С. 76-81.
3. Бапаева, Г. Б. Биохимические маркеры преждевременных родов /Г.Б. Бапаева //Журн. акушерства и женских болезней. - 2006. - № 3. - С. 38-41.
4. Барсук, А.Л. Представления поликлинических врачей-педиатров по вопросам диагностики, профилактики и лечения дисбактериоза /А.Л. Барсук //Клин. микробиология и антимикроб. химиотерапия. - 2006. - № 2. - С. 145-150.
5. Буштырев, В.А. Балльная оценка состояния здоровья недоношенных новорожденных с перинатальными инфекциями /В.А. Буштырев, Н.Б. Лавра, Н.И. Захарова //Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. - 2006. - № 3. - С. 11-14.
6. Волынец, Г.В. Этиологические факторы хронических гастритов у детей /Г.В. Волынец //Вопр. соврем. педиатрии. - 2006. - № 3. - С. 15-21.
7. Геппе, Н.А. Современная стратегия лечения детей с бронхиальной астмой /Н.А. Геппе, Н.Г. Колосова //Пулмонология. - 2006. - № 3. - С. 113-118.
8. Горюнова, А.В. Современная классификация, эпидемиология и патогенез головной боли у детей /А.В. Горюнова, Л.А. Пак //Рос. педиатр. журн. - 2006. - № 4. - С. 21-27.
9. Диагностическая ценность различных методов при гнойно-воспалительных заболеваниях легких и плевры у детей /А.Ю. Разумовский, К.О. Аллаберганов, В.Е. Рачков, М.Б. Алхасов //Вестн. РГМУ. - 2006. - № 3. - С. 37-39.
10. Колтунов, Д.Е. Синдром Апера: клинические проявления и этиология /Д. Е. Колтунов //Лечащий врач. - 2006. - № 5. - С. 16-20.
11. Комиссаров, И.А. Хронические боли в животе у детей. Возможные причины и лечение /И.А. Комиссаров, А.М. Игнашов, К.М. Комаров //Дет. хирургия. - 2006. - № 3. - С. 19-23.
12. Комплексные подходы к лечению и реабилитации детей с дисфункциями желудочно-кишечного тракта /И.А. Беляева, Г.В. Яцук, Т.Э. Боровик, В.А. Скворцова //Вопр. соврем. педиатрии. - 2006. - № 3. - С. 78-82.
13. Литвицкий, П.Ф. Воспаление /П.Ф. Литвицкий //Вопр. соврем. педиатрии. - 2006. - № 3. - С. 46-51.
14. Любимова, А.В. Проблемы рационального применения антимикробных препаратов в акушерской практике /А.В. Любимова, С.Р. Еремин, Е.Н. Квеквескири //Амбулатор. хирургия. - 2006. - № 1. - С. 39-41.
15. Мираков, К.К. Тактика лечения узловых образований щитовидной железы у детей /К.К. Мираков, А.Б. Окулов, И.Г. Коломина //Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. - 2006. - № 4. - С. 56-60.
16. Никонов, А.П. Цитомегаловирусная инфекция и беременность /А.П. Никонов, О.Р. Асцатурова //Герпес. - 2006. - № 2. - С. 20-25.
17. Радзинский, В.Е. Профилактика послеродовых инфекций у женщин с бактериальным вагинозом /В.Е. Радзинский, И.М. Ординец //Гинекология. - 2006. - № 1. - С. 14-16.
18. Репина, М.А. Сепсис: размышления в связи с материнской смертностью /М. А. Репина //Журн. акушерства и жен. болезней. - 2006. - № 3. - С. 74-82.
19. Скрининг для выявления детей и подростков с избыточной массой тела и медицинские вмешательства: рекомендации американской рабочей группы по профилактическим мероприятиям //Междунар. журн. мед. практики. - 2006. - № 4. - С. 31-35.
20. Тихомиров, А.Л. Терапия угрозы прерывания беременности /А.Л. Тихомиров //Фарматека. - 2006. - № 10. - С. 29-31.
21. Факторы риска артериальной гипертензии у детей и подростков и возможности их коррекции /Л.А. Балыкова, О.М. Солдатов, Т.И. Корнилова и др. //Дет. болезни сердца и сосудов. - 2006. - № 2. - С. 23-27.
22. Чухловина, М.Л. Особенности патогенеза, клиники и диагностики миастении в детском возрасте /М.Л. Чухловина, Н.П. Шабалов, Н.В. Цинзерлинг //Педиатрия. - 2006. - № 3. - С. 90-94.
23. Шарова, А.А. Низкорослость у детей: причины, дифференциальная диагностика и возможности лечения /А.А. Шарова, Н.Н. Волеводз, В.А. Петеркова //Репродуктив. здоровье детей и подростков. - 2006. - № 3. - С. 53-63.
24. Шилин, Д.Е. Акушерские аспекты йодного дефицита и его коррекции: что нового? /Д.Е. Шилин //Гинекология. - 2005. - № 5-6. - С. 325-332.
25. Юдина, Е.В. Внутриутробные инфекции: как поставить диагноз плоду? Часть I /Е.В. Юдина //Пренат. диагностика. - 2006. - № 2. - С. 90-99.
26. Яфясов, Р.Я. Особенности диагностики и лечения хронических запоров у детей /Р.Я. Яфясов, А.А. Ахунзянов //Казан. мед. журн. - 2006. - № 4. - С. 286-288.

КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

☒ 650061 г. Кемерово, пр. Октябрьский, 22;
☎ (8-3842) 52-19-91 (директор), 52-89-59 (абонент),
52-71-91 (информ.-библиогр. отд); Факс (8-3842) 52-19-91

e-mail: medibibl@kuzdrav.ru
http://www.kuzdrav.ru/medlib
☎ с 8-18; суббота - 9-17; выходной день - воскресенье.