

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. Сарыгина, 29.

**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),  
Коськина 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),  
Школьников М.А. (Москва)

**№4 (23) 2005**

# ОГЛАВЛЕНИЕ:

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

**Р.И. Минкин, А.А. Крюков**

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ . . . 3

**А.В. Мамаева, А.Г. Ящук**

ПРИЧИНЫ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОГО ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ . . . . . 8

**Г.Н. Михайлова, Н.Н. Глебова**

ОБОСНОВАНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ  
У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕРЫВАНИЕ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМ АБОРТОМ . . . . . 12

**А.Ф. Низамова, А.Б. Шахмаева, Н.Н. Глебова, В.Б. Трубин, Т.Б. Трубина**

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, СОСТОЯНИЯ ЛАКТАЦИИ  
У ЖЕНЩИН С НЕДОСТАТОЧНЫМ ФАКТИЧЕСКИМ ПИТАНИЕМ . . . . . 15

**Л.В. Вопилова**

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АБОРТОВ И КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ . . . . . 18

**Ю.Н. Глызина, В.Б. Цхай, А.П. Колесниченко**

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗОВ  
МЕТОДОМ ВОДНО-ИММЕРСИОННОЙ КОМПРЕССИИ . . . . . 21

**И.Б. Майборода, И.Д. Евтушенко, А.А. Перепелкина**

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОДУКТА МАРАЛОВОДСТВА У ПАЦИЕНТОК  
С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ . . . . . 24

**О.В. Кальченко, Е.Б. Рудакова, И.Н. Путалова, Е.В. Наумкина,  
Е.В. Матошченко, Ш.С. Сабитов, Е.П. Красникова, Н.В. Гладышева**

ФАКТОРЫ РИСКА, МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ  
ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ . . . . . 28

**Е.В. Шаталова, Г.А. Михеенко**

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КРАЙНЕ  
ВЫСОКИХ ЧАСТОТ В КОМПЛЕКСЕ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕСТОЗА . . . . . 32

**М.Н. Старцева**

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ  
ОТДЕЛЕНИИ ДОРОЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. КРАСНОЯРСКА . . . . . 35

**Л.С. Омзаар, В.Б. Цхай, А.А. Модестов, Г.М. Маады, С.Э. Чооду**

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ПРИЧИН МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ  
В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА – РЕГИОНЕ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ РОЖДАЕМОСТИ . . . . . 38

**Л.В. Лузина, А.Г. Ящук, О.С. Абулхаирова**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОГЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ . . . . 41

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ «МАТЬ И ДИТЯ В КУЗБАССЕ» ЗА 2005 ГОД . . . . . 43

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ ЖУРНАЛА «МАТЬ И ДИТЯ В КУЗБАССЕ» ЗА 2005 ГОД . . . . . 45

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ В ЖУРНАЛ "МАТЬ И ДИТЯ В КУЗБАССЕ" . . 47

## МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

НОВЫЕ КНИГИ И СТАТЬИ . . . . . 48

# ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**С**индром артериальной гипертензии и гестоз как его разновидности являются актуальными проблемами современного акушерства и занимают ведущее место в структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Частота его составляет 16-18 % и, несмотря на достижения в изучении этиологии, патогенеза и разработке новых методов профилактики и лечения, имеет тенденцию к росту. В связи с ростом числа экстрагенитальных заболеваний, возросло множество сочетанных форм гестоза, имеющих атипичную клиническую картину, часто не соответствующую истинной тяжести заболевания. В настоящее время характерно стертое малосимптомное течение гестоза на начальных этапах [1, 2, 3, 4].

Тяжелые формы гестоза характеризуются наличием отека головного мозга, что, при несоблюдении критериев и правил транспортировки, может привести к критическому ухудшению состояния [3, 5, 6, 7].

В связи с изложенным, особое значение приобретают своевременная диагностика гестоза, оценка диагностических критериев степени его тяжести, выбор оптимальной тактики ведения беременности, в частности, сроков и методов родоразрешения.

Структура оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Башкортостан имеет многоуровневый и многоэтапный характер (I этап – ФАП и СВА, II – СУБ, III – центральные районные и городские больницы, IV – перинатальные центры, и V этап – Акушерско-гинекологический реанимационно-консультативный центр – АГРКЦ). Основными принципами работы АГРКЦ являются постоянное отслеживание событий с помощью дистанционного консультирования и компьютерного мониторинга, при необходимости формирование выездных бригад с оказанием консультативной, лечебно-диагностической и хирургической помощи на местах и транспортировка тяжелых больных в реанимационные отделения РКБ им. Г.Г. Куватова. Однако в такой многоступенчатой системе появляются слабые звенья, которые порождают лечебно-диагностические и тактические ошибки.

**Целью исследования** было изучение течения беременности у женщин с гестозом в зависимости от

степени его тяжести, длительности течения, характера нарушений гемодинамики, вида экстрагенитальной патологии для оптимизации лечебно-диагностического процесса у данного контингента.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находились 646 женщин с гестозом, госпитализированных на родоразрешение в ОПБ РКБ им. Г.Г. Куватова за последние 3 года. По возрасту женщины распределились следующим образом: 15-19 лет – 3,5 %, 20-24 года – 41,6 %, 25-29 лет – 21,2 %, 30-34 года – 12,5 %, 35-39 лет – 17,7 %, 40-44 года – 3,5 %. Первородящих было 44,3 %, повторнородящих – 55,7 %. Во всех случаях имелась сопутствующая экстрагенитальная патология, в среднем каждая беременная имела 1,4 заболевания. Основными нозологическими формами были заболевания почек – 61, 1%, гипертоническая болезнь – 23 %, эндокринные заболевания – 8,9 %, анемия – 8,9 %.

У обследованных I половина беременности осложнилась угрозой прерывания в 10,6 % случаев, анемией – в 14,2 %, ранним токсикозом – в 10,6 %. Во II половине беременности наблюдались следующие осложнения: анемия – 26,6 %, угроза преждевременных родов – 14,2 %, гестационный пиелонефрит – 10,6 %, обострение хронического гломерулонефрита – 8,9 %. Гестоз легкой степени был у 3,5 % женщин, средней степени тяжести – у 31 %, тяжелой степени – у 65,5 %.

Впервые признаки гестоза до 28 недель беременности были выявлены у 35,4 %, с 29 до 32 недель – у 23 %, с 33 до 36 недель – у 31 %, с 37 до 40 недель – у 10,6 %.

Среди обследованных 196 беременных с тяжелыми формами гестоза (преэклампсией и эклампсией) состояли на учете в АГРКЦ. У 44 из них гестоз осложнился острой или хронической отслойкой плаценты. Досрочное родоразрешение, в основном операцией кесарева сечения, было предпринято у 112 беременных в условиях центральных районных или городских больниц, у 84 – после госпитализации в от-

деление патологии беременных РКБ им. Г.Г. Куватова. В течение 1-5 суток после родоразрешения 39 больных были доставлены санитарным авто- и авиатранспортом для продолжения лечения в РКБ, из них 9 женщин — в состоянии постэкламptической комы.

У исследуемой группы, наряду с общеклиническими методами исследования, изучалось состояние центральной и периферической гемодинамики методами эхокардиографии, реовазографии и реоэнцефалографии. Для оценки состояния плода применялись ультразвуковая фетометрия и кардиотокография, определение биофизического профиля плода, маточно-плацентарно-плодовый кровоток определялся с помощью доплерометрии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При анализе выявлено, что большинство ошибок на догоспитальном этапе были обусловлены недооценкой степени тяжести гестоза. Недостаточно четко интерпретировались основные клинические симптомы гестоза — выраженность и распространенность отеков, величина АД, степень протеинурии, а также длительность заболевания. Особенно часто недооценивались симптомы отека головного мозга: головная боль, чувство тяжести, распирающие или сдавливающие головы, нарушения зрения в виде пелены, потемнения, появления темных точек, пятен или полос, звон в ушах, парестезии, чувство онемения, боли в эпигастриальной области, тошнота, рвота, бради- или реж, тахикардия.

Недооценка степени тяжести приводила к тому, что на догоспитальном этапе почти в половине случаев терапия гестоза отсутствовала, в большинстве случаев не вводились необходимые препараты или были недостаточны их дозировки.

Все женщины до поступления в ОПБ получали комплексное лечение в условиях центральных районных или городских больниц, в среднем, в течение  $14,3 \pm 6,8$  дней. Гестоз протекал в основном неблагоприятно — отмечались раннее начало, длительное течение, стойкая гипертензия, тяжелое внутриутробное страдание плода, имелись выраженные нарушения центральной и периферической гемодинамики, микроциркуляции, системы гемостаза, водно-электролитного баланса, белкового обмена — гипо- и диспротеинемия, высокая протеинурия.

При необходимости, наиболее тяжелые больные транспортировались до или после родоразрешения на месте в реанимационные отделения РКБ им. Г.Г. Куватова. Обязательными условиями для этого являлись стабилизация гемодинамики (среднединамическое АД не более 110 мм рт. ст., пульсовое — не менее 30 мм рт. ст.), отсутствие органических поражений центральной нервной системы, выраженного отека головного мозга и продолжающегося кровотечения из половых путей. Больным в прекоматозном и коматозном состояниях при транспортировке оказывалась респираторная поддержка портативным аппаратом ИВЛ. Параметры ИВЛ обычно поддержи-

вались на средних уровнях — дыхательный объем 600-800 мл, минутная вентиляция 12-20 л/мин, содержание кислорода в газовой смеси 70-80 %. Адекватность вентиляции контролировалась динамическим исследованием насыщения крови кислородом, которая составляла 95-98 %.

Оказание неотложной помощи и медицинское обеспечение транспортировки на догоспитальном этапе при тяжелых гестозах включали в себя катетеризацию периферической вены, противосудорожные препараты — седуксен или реланиум 5-10 мг (1-2 мл) в/в или в/м и гипотензивные средства — нитроглицерин по 0,5 мг с интервалом 15-20 минут, клофелин 0,01 % 1 мл в/в или в/м или по 0,075 мг под язык, сульфат магния 25 % 10-20 мл в/в, миотропные спазмолитики в/в или в/м. Дозы препаратов и пути введения выбирались в зависимости от тяжести гестоза. При транспортировке больных продолжалась начатая интенсивная терапия, включавшая нитраты, сульфат магния, антиоксиданты, гипотензивные средства, преимущественно антагонисты кальция.

Осложнений транспортировки и случаев материнской смертности в данной группе больных не было.

При поступлении в ОПБ РКБ им. Г.Г. Куватова, наряду с общеклиническими методами исследования, проводилась комплексная оценка состояния гемодинамики и фето-плацентарной системы.

При изучении состояния центральной гемодинамики методом эхокардиографии отмечены существенные нарушения, заключающиеся, в основном, в повышении артериального давления, в основном диастолического, снижении минутного объема сердца за счет уменьшения ударного объема сердца и резком увеличении общего периферического сосудистого сопротивления. Среднее АД составило 110-115 мм рт. ст. у 24,8 % беременных, 116-120 мм рт. ст. — у 39,8 %, 121-125 мм рт. ст. — у 7,1 %, 126-130 мм рт. ст. — у 8,9 %, 131-135 мм рт. ст. — у 10,6 %, 136-140 мм рт. ст. — у 7,1 %, 141 мм рт. ст. и выше — у 1,7 %.

Нарушения периферической гемодинамики определялись с помощью реовазографии и реоэнцефалографии, в целом носили односторонний характер и выражались в снижении пульсового притока и интенсивности кровообращения, появлении признаков венозного застоя крови. Наиболее резкие изменения реоэнцефалограмм отмечены у беременных с тяжелыми формами гестоза, причем эти изменения появлялись до клинической симптоматики начинающегося отека мозга.

Особое значение для диагностики гестоза имеет появление белка в моче. Протеинурия до 0,132 г/л была у 17,7 % женщин, 0,133-1,0 г/л — у 26,6 %, более 1,0 г/л — у 55,7 %. В ряде случаев сочетанного гестоза на фоне хронического гломерулонефрита протеинурия достигала 10-12 г/л. Отеки наблюдались у всех, в 19,5 % случаев — генерализованные, в 61 % — на нижних конечностях, в 19,5 % — на нижних конечностях и передней брюшной стенке.

На глазном дне выявлены следующие изменения: ангиопатия I-II ст. — у 41,6 %, II-III ст. — у 17,7 %, нейроретинопатия — у 10,6 %, отек сетчатки — у 12,5 %.

Для оценки состояния плода проводились кардиотокография с оценкой по шкале Fisher, ультразвуковая фетометрия, определение биофизического профиля плода и доплерометрия. Соответствие ультразвуковых размеров плода сроку гестации отмечалось в 39,8 % случаев, отставание в росте на 1 неделю — в 23 %, на 2 недели — в 15,9 %, на 3 недели — в 12,4 %, на 4 недели — в 8,9 %. При анализе кардиотокограмм удовлетворительное состояние плода отмечалось в 26,6 % случаев, предпатологический тип — в 48,6 %, внутриутробное страдание плода — в 24,8 % случаев.

При доплерометрии оценивалась тяжесть нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока. При I ст. недостаточности (в 11,5 % случаев) отмечались нарушения преимущественно плодового кровотока. При II ст. (6,2 %) нарушения маточного или плодового кровотока не достигали критических значений. При III ст. (5,3 %) маточно-плацентарно-плодовый кровоток достигал критически низких уровней.

До родоразрешения проводилось лечение, направленное на максимально возможную коррекцию нарушенных систем организма. Оптимальный режим инфузионной терапии определялся в каждом случае индивидуально, ограничиваясь в пределах 600-800 мл. Медикаментозные препараты подбирались индивидуально, в зависимости от фармакологической направленности и характера нарушений системной гемодинамики. Лечение основывалось на применении комбинации 2-3 вазоактивных препаратов с различными точками приложения на регуляцию артериального тонуса, что позволило уменьшить их дозировку и риск развития побочных эффектов.

В комплекс лечения хронической гипоксии плода включались антагонисты кальция. Канальцевые блокаторы транспорта кальция улучшают метаболизм миокарда и трофику тканей. Попутно использовался их гипотензивный эффект. Для улучшения микроциркуляции назначался курантил, для нормализации обменных, окислительно-восстановительных процессов на клеточном уровне использовались препараты метаболического действия (липоевая кислота, токоферол ацетат). В комплекс лечения включались и немедикаментозные методы лечения, такие как гипербарическая оксигенация (у 17,7 % женщин).

Пролонгирование беременности у женщин с гестозом крайне опасно ввиду риска тяжелых нарушений функций жизненно важных органов, поэтому одним из основных компонентов комплексного лечения является рациональный выбор срока и метода родоразрешения. Основными показаниями к досрочному родоразрешению явились нарастание тяжести гестоза на фоне проводимой терапии — у 68,1 %, гипертоническая энцефалопатия — у 34,9 %, отек сетчатки — у 12,4 %, прогрессирующая гипоксия плода и критическое состояние плодово-плацентарного кровообращения — у 18,6 %. До 28 недель беремен-

ности родоразрешены 15,9 % женщин, с 29 до 32 недель — 26,6 %, с 33 до 36 недель — 25,7 %, с 37 до 40 недель — 31,8 %. После поступления в ОПБ длительность лечения гестоза до родоразрешения составила: 1 сутки — 28,4 %, 2-3 дня — 21,2 %, 4-5 дней — 10,6 %, 6-7 дней — 23 %, 8-14 дней — 16,8 %.

При зрелой шейке матки проводилось управляемое родоразрешение с амниотомией, при необходимости родовозбуждением внутривенным введением окситоцина или простагландинов под длительной эпидуральной анестезией — в 12,4 % случаев. У 12,4 % женщин произошли самостоятельные роды. При отсутствии готовности родовых путей, тяжелом течении гестоза, высоком риске осложнений методом выбора было родоразрешение операцией кесарева сечения — в 75,2 % случаев.

Несмотря на определенные достигнутые успехи в проведении индуцированных родов, операция кесарева сечения была и остается основным методом досрочного родоразрешения. Этому способствуют ряд факторов: рост частоты и степени тяжести экстрагенитальных заболеваний, сопровождающихся артериальной гипертензией; увеличение частоты гестозов и преобладание сочетанных форм, характеризующихся ранним началом и тяжестью течения; увеличение частоты осложнений артериальной гипертензии, не позволяющих провести индуцированные роды.

Особую актуальность проблема приобретает для ОПБ РКБ им. Г.Г. Куватова, которое, в силу этапности оказания медицинской помощи в РБ, является коллектором акушерской патологии. За последние 3 года в ОПБ РКБ им. Г.Г. Куватова досрочно родоразрешены операцией кесарева сечения 258 беременных с артериальной гипертензией.

В качестве анестезиологического пособия, в основном, применялся эндотрахеальный наркоз, позволяющий в максимальной степени контролировать жизненно важные функции организма. В премедикацию включались небольшие дозы атарактиков (седуксен, реланиум), иногда наркотические анальгетики (промедол), индукция проводилась тиопенталом натрия, закисью азота с кислородом в соотношении 2 : 1, деполаризующими миорелаксантами. Поддержание анестезии после извлечения плода проводилось добавлением фентанила, иногда дроперидола. Приведенная схема в редуцированных дозах матери дозах на фоне ИВЛ оказывала антиоксидантное действие и обеспечивала достаточную нейровегетативную защиту от операционного стресса, не вызывая патологических изменений у плода и нарушений сократительной активности матки. Анестезиологических осложнений и случаев наркотической депрессии плода не было.

Большинство операций были выполнены корпоральным разрезом — у 176 женщин (68,2 %), кроме того, в 26 случаях (10,1 %) произведена операция малого кесарева сечения. Причинами этого обстоятельства послужили недоношенность — у 136 (52,7 %), наличие корпорального рубца на матке после предшествующей операции кесарева сечения — у 28 (10,9 %), отслойка плаценты — у 14 (5,4 %), на-

личие миомы матки — у 24 (9,3 %), двойни и тройни — у 10 (3,9 %). В 56 случаях (21,7 %) произведена операция в нижнем сегменте. Часть операций выполнена в модификации Stark. В 17 случаях (6,6 %) операция дополнялась консервативной миомэктомией.

Кровопотеря до 600 мл была у 167 больных (64,8 %), 601-800 мл — у 57 (22,1 %), 801-1000 мл — у 23 (8,9 %), более 1000 мл — у 11 (4,2 %). У 2 женщин (0,8 %) с отслойкой плаценты отмечались явления геморрагического шока.

При операции кесарева сечения родились 270 детей (у 9 женщин была двойня, у 1 — тройня). Масса тела от 500 до 1000 г была у 32 новорожденных (11,9 %), 1001-1500 г — у 36 (13,3 %), 1501-2000 г — у 49 (18,2 %), 2001-2500 г — у 59 (21,9 %), 2501-3000 г — у 48 (17,8 %), 3001-3500 г — у 33 (12,2 %), 3501-4000 г — у 9 (3,3 %), более 4000 г — у 4 (1,4 %). Таким образом, 43,4 % детей имели массу тела менее 2000 г, 83,1 % — менее 3000 г.

В 4 случаях (1,4 %) отмечалась антенатальная гибель плода, 3 из них — при сроке беременности до 28 недель с массой тела менее 1000 г. В раннем неонатальном периоде умерли 17 детей, 14 из них также после операции малого кесарева сечения с массой тела менее 1000 г. У новорожденных в раннем неонатальном периоде были диагностированы следующие нозологические формы заболеваний и синдромы: гипоксическое повреждение ЦНС — у 54,9 % новорожденных, первичный ателектаз легкого — у 24,8 %, синдром угнетения ЦНС — у 19,5 %, синдром гипервозбудимости — у 12,4 %, СДР — у 5,3 %, внутрижелудочковые кровоизлияния — у 12,4 %, внутриутробная инфекция — у 15,9 %, признаки задержки внутриутробного развития — у 19,5 %, гипоксия плода — у 14,2 %. Недоношенность I ст. была у 26,6 % детей, II ст. — у 23 %, III ст. — у 14,2 %, IV ст. — у 7,1 %.

Таким образом, мертворождаемость составила 3,7 %, ранняя неонатальная смертность — 11,1 %, перинатальная смертность — 14,8 %. Из 32 детей с экстремально низкой массой тела (500-1000 г) выжили 15 человек (46,9 %).

При анализе перинатальных потерь обнаружено, что неблагоприятные исходы чаще встречались у беременных с тяжелой нефрогенной гипертензией и гипертонической болезнью, что обуславливало необходимость прерывания беременности в ранние сроки. Причинами перинатальной смертности, в основном, были глубокая недоношенность, пневмопатии (болезнь гиалиновых мембран и ателектазы легких), продолжающаяся асфиксия новорожденного, гипоксические кровоизлияния, реже — внутриутробное инфицирование, в одном случае — внутричерепная родовая травма. Среди доношенных детей смертности не было.

Таким образом, операция кесарева сечения является основным методом досрочного родоразрешения при артериальной гипертензии, осложнившей беременность. При соблюдении условий для производства операции, адекватном анестезиологическом обеспечении, правильном выполнении техники операции, интенсивной терапии заболевания, повлекшего дос-

рочное родоразрешение, удается избежать существенных осложнений для матери, несмотря на тяжесть основной патологии. Перинатальные исходы также можно признать удовлетворительными, учитывая, что значительная часть операций была выполнена при глубокой недоношенности плода.

В родах и при операции кесарева сечения отмечались следующие осложнения: гипотоническое кровотечение у 4,4 % женщин, приращение плаценты у 6,1 %, хроническая отслойка плаценты у 3,5 %, задержка частей последа у 1,8 %. Вследствие данных осложнений проводились следующие мероприятия: ампутация матки без придатков (16 %), ручное обследование полости матки (3,5 %).

Интенсивная терапия после родов и в послеоперационном периоде проводилась с учетом исходной фоновой патологии, как ранний этап реабилитации женщин с гестозом. У родильниц имели место полисистемные нарушения, протеинурия, гипертензия. Продолжительность пребывания в родильном доме в послеродовом периоде составила 8-10 дней в 67,3 % случаев. К моменту выписки нормализация уровня артериального давления имела место только у 53,1 % родильниц, показателей мочи — у 32,1 %.

С учетом полученных результатов исследования, рекомендовалась система реабилитации в 4 этапа, предусматривающая комплекс лечебно-диагностических мероприятий под диспансерным наблюдением терапевта, нефролога, уролога, окулиста, контроль АД в динамике, исследование функционального состояния почек, печени, сердечно-сосудистой системы. При сохранении патологических изменений со стороны функции почек, печени, стойкой гипертензии лечение проводилось в условиях нефрологического отделения РКБ с уточнением характера почечной патологии (УЗИ, радиоизотопная ренография, экскреторная урография) и в терапевтических отделениях в зависимости от фонового заболевания.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного анализа мы считаем возможной и оправданной транспортировку больных с тяжелыми формами гестоза для оказания более эффективной помощи в условиях крупных многопрофильных больниц. При этом обязательно проведение ИВЛ, седативной, противосудорожной и гипотензивной терапии.

На основании полученного опыта выработан ряд рекомендаций при этапном оказании медицинской помощи и транспортировке беременных с тяжелым гестозом, позволяющих, по нашему мнению, снизить риск возможных осложнений.

На I и II этапах (ФАП, СВА, СУБ) основными задачами медицинских работников являются установление диагноза и оценка тяжести гестоза, оказание неотложной помощи, информирование ЦРБ или ЦГБ, проведение первоначальных лечебных мероприятий. Решение вопроса о дальнейшей тактике ведения и транспортировке принимается только после прибытия специалистов III этапа.

Основные задачи III этапа: формирование выездной бригады, обязательно включающей акушера-гинеколога и анестезиолога-реаниматолога, при необходимости, других специалистов (невропатолога, офтальмолога). Бригада должна быть оснащена всем необходимым для оказания неотложной помощи и обеспечения транспортировки больной. По прибытии на место уточняется тяжесть состояния, при необходимости проводится коррекция лечения и, при адекватном медицинском обеспечении, осуществляется транспортировка. В ЦРБ или ЦГБ экстренно проводится необходимый объем обследования, продолжается интенсивная терапия и, в течение первого часа после поступления, консилиумом решается вопрос о дальнейшей тактике ведения. В течение 1-2 часов информация о больной должна быть передана в АГРКЦ.

Однако в ряде случаев характер патологического процесса может оказаться таким, что больной потребуются ряд сложных методов обследования и лечения, которые невозможно выполнить в данной больнице. После проведения наиболее неотложных мероприятий встает вопрос о переводе больной в специализированный стационар, в частности, в отделение РКБ.

Показаниями к переводу являются:

- отсутствие в данном лечебном учреждении хорошо организованной службы интенсивной терапии и квалифицированного персонала;
- необходимость в проведении многоплановой инфузионной терапии, парентеральном питании под тщательным метаболическим мониторингом;
- необходимость в длительной респираторной поддержке;
- необходимость в экстракорпоральном очищении крови (гемодиализ, гемофильтрация, плазмаферез, ультрафильтрация и т.д.) и повторных операциях.

Во всех случаях вопрос о необходимости транспортировки больного решается консилиумом — врачами данного лечебного учреждения и привлеченными консультантами АГРКЦ, после установления факта, что все средства лечения, доступные в данной больнице, исчерпаны.

Проведенные исследования показали, что на исход беременности при гестозе влияют степень его тяжести, длительность и характер фоновой патологии. Контроль над эффективностью терапии с помощью динамического наблюдения за состоянием гемодинамики позволяет выбрать рациональную тактику ведения больных. Снижение производительности работы сердца при увеличении периферического сосудистого сопротивления расценивается как неблагоприятный прогностический признак и, в сочетании с данными антенатальной диагностики состояния плода, может служить показанием к досрочному родоразрешению.

Динамическое проведение ультразвуковой фетометрии, кардиотокографии и определение биофизического профиля плода позволяет своевременно ди-

агностировать внутриутробную гипоксию плода, оценить его компенсаторные возможности, эффективность проводимой терапии. Проведение доплерометрии позволяет своевременно оценить состояние маточно-плацентарного кровотока и выявить нарушения, которые не устанавливаются при кардиотокографии.

Таким образом, тактика интенсивного ведения беременных с гестозом, с установкой на подготовку к досрочному родоразрешению и выбором оптимального метода и срока, предотвращает развитие тяжелых осложнений и улучшает прогноз для матери и плода. Комплексный дифференцированный подход к ведению беременных с гестозом и своевременное проведение реабилитационных мероприятий позволяют снизить частоту неблагоприятных отдаленных последствий, выбрать оптимальное время для повторной беременности, сохранить здоровье и трудоспособность женщин.

Дальнейшего снижения осложнений при артериальной гипертензии для матери и плода можно, вероятно, добиться при соблюдении следующих условий:

- раннее выявление заболеваний, вызывающих артериальную гипертензию при беременности, тщательное обследование и адекватное лечение, при нарастании тяжести состояния — своевременное родоразрешение;
- организационное совершенствование этапности оказания медицинской помощи беременным с артериальной гипертензией;
- перед родоразрешением — тщательное обследование состояния матери и плода для прогнозирования возможных осложнений;
- совершенствование техники операции кесарева сечения, применение современных методик, синтетического шовного материала;
- совершенствование оказания реанимационно-интенсивной помощи новорожденным, в том числе с экстремально низкой массой тела.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике /Айламазян Э.К. — Н.Новгород, 1995. — 281 с.
2. Дуда, И.В. Клиническое акушерство /Дуда И.В., Дуда В.И. — Минск, 1997. — 604 с.
3. Кулаков, В.И. Экстренное родоразрешение /Кулаков В.И., Прошина И.В. — Н.Новгород, 1996. — 276 с.
4. Шифман, Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром /Шифман Е.М. — Петрозаводск, 2002. — 432 с.
5. Савельева, Г.М. Современные проблемы этиологии, патогенеза, терапии и профилактики гестозов /Савельева Г.М., Шалина Р.И. //Акуш. и гинек. — 1998. — № 5. — С. 3-6.
6. Серов, В.Н. Руководство по практическому акушерству /Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. — М., 1997. — 135 с.
7. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии /Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. и др. — М., 2000. — 384 с.

\* \* \*

# ПРИЧИНЫ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОГО ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

**П**ролапс гениталий является тяжелым заболеванием, частота которого в популяции составляет 28-38,9 % [1]. В отечественной и зарубежной литературе широко освещены вопросы хирургического лечения пролапса гениталий, однако многие авторы отмечают высокие проценты рецидивов опущения и выпадения внутренних половых органов (5-40 %) и высказывают неудовлетворенность функциональными результатами операций. Возникновение пролапса гениталий после влагалищной или абдоминальной гистерэктомии, по данным различных источников, составляет 0,2-5 %.

В последнее время активно ведется дискуссия о генезе пролапса гениталий. Существование индивидуальных различий в предрасположенности к пролапсам, возрасте начала и развития заболевания затрудняют выявление факторов риска возникновения генитальных пролапсов. Однако в мировой литературе отмечается, что существуют семейные случаи заболевания, а также расовые различия в распространенности пролапсов гениталий, а риск возникновения пролапсов достоверно выше у тех женщин, у которых мамы или сестры уже болеют этим заболеванием (относительный риск равен 3,2 и 2,4, соответственно), по сравнению с контролем [2]. Эти данные указывают на существование генетических факторов в возникновении и развитии заболевания.

Этиология пролапсов гениталий имеет многофакторную природу. Численность потомства, вес детей при рождении, высокое внутрибрюшное давление, дефицит эстрогенов и семейная отягощенность заболеванием являются предрасполагающими факторами развития пролапсов. Наряду с этими причинами, дефект соединительной ткани может являться одним из важных факторов в развитии заболевания [1].

Многообразие и сложность морфологии и функций соединительной ткани обеспечивают активное участие основных ее элементов в развитии многих видов патологии. При изучении больных с синдромами Элерса-Данлоса и Марфана у 75 % и 33 % пациентов-женщин, соответственно, обнаружено опущение внутренних половых органов, что дало возможность предположить этиологическую роль забо-

леваний соединительной ткани в развитии пролапса гениталий [3]. Выявлена ассоциация генитального пролапса с гипермобильностью суставов, что также указывает на предрасполагающую роль заболеваний соединительной ткани в развитии пролапса [4]. Авторы рекомендуют использовать симптом гипермобильности суставов в качестве клинического маркера для выявления риска развития пролапса гениталий.

Некоторые авторы предполагают, что патогенез пролапса гениталий связан с дисплазией соединительной ткани (ДСТ), и степень тяжести заболевания и сроки его возникновения находятся в прямой зависимости от выраженности клинических проявлений ДСТ на экстрагенитальном уровне [1].

Нарушение магниевого обмена является существенным фактором многих патологических состояний, включая дисплазию соединительной ткани. Ионы магния входят в состав основного вещества соединительной ткани и участвуют в регуляции ее метаболизма, в условиях магниевой недостаточности нарушается способность фибробластов продуцировать коллаген [5]. Подтвержден дефицит магния при первичном пролапсе митрального клапана [5, 6], на практике показана эффективность препаратов магния при данной патологии.

Патогномоничным для больных с дисплазией соединительной ткани считается уменьшение содержания коллагена типов 2 и 3 и, особенно, типа 1 вследствие нарушения его распределения при сохранном синтезе фибробластами [1]. Коллагены 1 и 3 типа являются интерстициальными коллагенами, формирующими крупные фибриллы. Данные типы коллагена широко распространены в организме и находятся в связках, сухожилиях, сосудах, коже, стромах внутренних органов [7]. Коллаген тазовой фасции, возможно, играет важную роль в патогенезе недержания мочи в сочетании с опущением внутренних половых органов. Предполагается, что стрессовое недержание мочи в климаксе связано, по крайней мере частично, с повреждением метаболизма соединительной ткани [8].

Коллаген 1 типа является основным белком (до 25-30 %) матрикса соединительной ткани. Он придает механическую прочность и выполняет морфо-

генетическую функцию, влияя на рост, миграцию и дифференцировку клеток, определяя их секреторную и синтетическую активность [9]. Повреждения этого типа коллагена найдены при недифференцированных дисплазиях соединительной ткани. Ген  $\alpha 1$ -цепи коллагена 1 типа (Col1A1) расположен на 17 хромосоме в области q21.3-22. Коллаген 3 типа состоит из трех одинаковых  $\alpha 1$ -цепей и кодируется геном  $\alpha 1(I)$ -коллаген (Col3A1), локализованном на хромосоме 2 в области q24.3-q31.

Установлено, что рецептор витамина Д относится к ядерным рецепторам и, подобно другим ядерным рецепторам, регулирует активность многих генов путем связывания со специфическими последовательностями ДНК в их промоторных областях. Вариации в экспрессии и функции гена рецептора витамина Д могут обуславливать существенные различия в функциональной активности тех генов-мишеней, на которые воздействует продукт этого гена. По литературным данным, выявлена связь полиморфизма гена рецептора витамина Д с многими многофакторными заболеваниями [9].

Эстрогены стимулируют синтез коллагеновых и неколлагеновых белков, мукополисахаридов основного вещества соединительной ткани. Изоформы рецепторов эстрогена изменяют экспрессию генов, как в количественном, так и в качественном отношении. Через активацию определенных генов они вмешиваются в клеточный метаболизм и функции, способствуя синтезу специфических, необходимых для воспроизводства веществ [10]. В гене ER- $\alpha$  обнаружено несколько полиморфизмов. Наиболее широко изученными являются полиморфизмы PvuII (T397C), XbaI (C351G) в 1 интроне.

Учитывая многофакторность генитального пролапса, рецидивирование болезни после традиционных оперативных вмешательств, манифестацию пролапса гениталий после гистерэктомии, нами были сформулированы следующие **цели исследования**:

- 1) изучить причины возникновения постгистерэктомического пролапса гениталий;
- 2) определить критерии прогнозирования постгистерэктомического пролапса гениталий;
- 3) определить дифференцированный подход к выбору способа гистерэктомии у женщин с симптомокомплексом дисплазии соединительной ткани;
- 4) изучить причины рецидивов пролапса гениталий после хирургической коррекции;
- 5) определить дифференцированный этиопатогенетический подход к выбору способа хирургического лечения простой, осложненной и рецидивирующей форм генитального пролапса.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За последние 6 лет в Центре реконструктивно-пластической гинекологии Республики Башкортостан хирургической коррекции подверглись 972 женщины с опущением и выпадением стенок влагалища и матки. Частота рецидивов заболевания после при-

менения трансвагинальных методик составила 8 (0,82 %).

В комплексное обследование 210 больных с пролапсом гениталий мы включили:

- балльную оценку степени фенотипической и клинической выраженности дисплазии соединительной ткани: сумма баллов до 9 – легкая (маловыраженная) степень тяжести, от 10 до 16 – средняя (умеренно выраженная), от 17 и более – тяжелая (выраженная) степень по Смольновой Т.Ю. (2003);
- определение суточной экскреции оксипролина для оценки состояния обмена соединительной ткани (в норме в данной возрастной группе  $23,5 \pm 7$  мг/сутки);
- показатели гемостазиограммы для выявления тромбоцитарной и эндотелиальной дисфункции;
- уровень сывороточного магния;
- генотипирование при помощи полимеразной цепной реакции синтеза ДНК (ПЦР) SpsI полиморфизма гена  $\alpha 1$ -цепи коллагена 1 типа (Col1A1), FokI полиморфизма гена рецептора витамина D (VDR), PvuII и XbaI локусов гена рецептора эстрогенов (ER- $\alpha$ ), Alu и VNTR повторов гена коллагена 3 типа (Col3A1).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выделена группа из 37 пациенток (10,8 %), перенесших гистерэктомию, с симптомокомплексом дисплазии соединительной ткани в виде пролапса гениталий. По национальному составу больные распределились следующим образом: 17 татар, 10 русских, 4 башкир и 6 метисов. Начало десценции гениталий и ее прогрессирование наблюдалось уже в репродуктивном периоде, как самостоятельное заболевание – у 15 женщин, после ампутации матки – у 18, после трансабдоминальной экстирпации матки – у 4 женщин.

Опущение и выпадение внутренних половых органов, требующее хирургической коррекции, констатировалось у них в возрасте 45-50 лет. В исследуемой группе не было выявлено нарушений менструального цикла. При сохранении либидо отмечалось снижение сексуальной активности из-за дискомфорта в области гениталий. У 15 пациенток отмечалось невынашивание беременности. Количество срочных родов колебалось от 1 до 3, роды протекали через естественные родовые пути. Стремительные роды отмечались у 1 пациентки. Масса плодов не превышала 3500 граммов. Лишь в 11 случаях имели место нетяжелые травмы мягких родовых путей (заживление первичным натяжением).

Этим больным производились по показаниям традиционные общепризнанные операции: трансвагинальная экстирпация матки (13 случаев), трансвагинальная экстирпация культи шейки матки (18), передняя и задняя кольпоррафия с перинеопластикой (6). Рецидивы пролапса гениталий (всего 8 случаев) в течение 1 года наблюдались у 1 пациентки, через 2-4 года после операции – у 6,

через 15 лет — у 1 женщины. Причины пролапса: после трансвагинальной гистерэктомии — у 3 женщин, после передней кольпоррафии и кольпоперинеолеваторопластики — у 4, после трансвагинальной экстирпации культи шейки матки, передней кольпоррафии и кольпоперинеолеваторопластики — у 1 женщины.

У всех обследованных пациенток имелись различные проявления дисплазии соединительной ткани (в комбинациях от 3 до 10 и более у каждой пациентки): заболевания суставов (артриты, деформирующий остеоартроз, остеохондроз), вальгусная деформация нижних конечностей, изменение осанки (сколиоз, кифоз), плоскостопие, варикозная болезнь и геморрой, повышенная ломкость капилляров и склонность к образованию малых гематом, наличие грыж (паховая грыжа, грыжа межпозвоночного диска), нефроптоз, случаи переломов и вывихов в анамнезе.

При оценке показателей гемостазиограммы, у всех женщин отмечалась тромбоцитопения, у 26 пациенток отмечено снижение коллаген-индуцированной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, у 18 — значительное снижение активности фактора Виллебранда, у 11 женщин — гиперфибриногемия.

Повышенная экскреция оксипролина в суточной пробе мочи в 2 раза и более, по сравнению с нормальными величинами, отмечена у 29 женщин. Сывороточный магний у всех женщин отмечен на уровне нижней границы нормы или ниже.

Полученные результаты генотипирования свидетельствуют о наличии ассоциации полиморфизма изученных нами генов, с развитием пролапса гениталий у больных из Башкортостана. Анализ распределения частот аллелей и генотипов полиморфизма генов между больными с пролапсом гениталий различной этнической принадлежности и контрольной группой позволил выявить этноспецифичные аллели и генотипы риска развития пролапса гениталий. Полученные результаты согласуются с антропологическими и лингвистическими данными об общности этногенеза татар и башкир, принадлежащих к тюркской группе алтайской языковой семьи, и подтверждают необходимость изучения многофакторных заболеваний с учетом этнической принадлежности обследуемых лиц.

## ВЫВОДЫ:

1. Наиболее частой причиной постгистерэктомического пролапса гениталий (после трансвагинальной гистерэктомии, абдоминальной экстирпации и ампутации матки) является дефект соединительной ткани.
2. При выборе способа гистерэктомии необходимо прогнозировать вероятность возникновения постгистерэктомического пролапса гениталий с помощью предложенного нами объема обследования с целью выявления симптомокомплекса дисплазии соединительной ткани.

3. Использование только собственных тканей для репозиции внутренних гениталий у женщин с симптомокомплексом дисплазии соединительной ткани повышает риск рецидива заболевания. Таким образом, при выборе метода лечения опущения и выпадения внутренних половых органов важно принимать во внимание наличие у больных симптомов дисплазии соединительной ткани, и применять у данного контингента больных при хирургической коррекции синтетические материалы, во избежание рецидива энтероцеле.
4. У данной категории больных с тяжелыми формами генитального пролапса при трансвагинальной гистерэктомии, а также во время абдоминальной экстирпации или ампутации матки, для профилактики энтероцеле необходима дополнительная фиксация культи вагины (шейки матки) с помощью синтетических материалов.
5. При абдоминальной гистерэктомии у пациенток с симптомокомплексом дисплазии соединительной ткани, во избежание постгистерэктомического пролапса гениталий, рекомендуется производить сакровагинопексию с применением проленовой сетки. Применение проленовой лоскута из серии GynеMesh при сакровагинопексии позволяет сохранить глубину влагалища и восстановить нормальную ось пролабированного влагалищного купола. Так как сакровагинопексия сопровождается закрытием глубокой тазовой грыжи, применение проленовой сетки для анатомической коррекции оправдано. Данный материал хорошо моделируется, показал себя как нерассасывающийся и ареактивный, прост в применении, имеет много преимуществ перед другими хирургическими методами лечения пролапса гениталий с использованием только собственных тканей.
6. При рецидиве пролапса культи вагины у пациенток с симптомокомплексом дисплазии соединительной ткани показана крестцово-остистая MESH-вагинопексия. Достоинством этого метода является смещение влагалища при его прикреплении к крестцово-остистой связке. По мере того, как нарастает внутрибрюшное давление, влагалище «придавливается» к леваторам, что служит дополнительным укреплением. Более физиологическое расположение культи влагалища, сохранение его достаточных размеров позволяют женщине вести половую жизнь.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий /Смольнова Т.Ю., Буянова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д. //Уролог. — 2001. — № 2. — С. 25-30.
2. Reproductive factors, family history, occupation and risk of urogenital prolapse /Chiaffarino I., Chatenoud L., Dindelli M. et al. //Eur. J. of Obst. & Gynec. and Reprod. Biol. — 1999. — N 82. — P. 63-67.
3. Carley, M.E. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women with Marfan or Ehlers Danlos syndrome /Carley M.E., Schaffer J. //Am. J. Obst. Gynec. — 2000. — V. 182(5). — P. 1021-1030.

4. Genitourinary prolapse and joint hypermobility in women /Norton P.A., Baker J., Howard C. et al. //Obstet. Gynec. – 1995. – N 85. – P. 225-228.
5. Zeana, C.D. Recent data of mitral valve prolapse and magnesium deficit /Zeana C.D. //Magnes Res. – 1988. – N 11(3-4). – P. 203-211.
6. Clinical symptoms of mitral valve prolapse are related to hypomagnesemia and attenuated by magnesium supplementation /Lichodziejewska B., Klos J., Rezler J. et al. //Am. J. Cardiol. – 1997. – N 79(6). – P. 768-772.
7. Kivirikko, K. Collagens and there abnormalities in a wide spectrum of desieses /Kivirikko K. //Ann. of med. – 1993. – N 25. – P. 113-126.
8. Different organization of collagen fibrils in stress-incontinent women of fertile age /Falconer C., Blomgrcn B., Johansson O. et al. //Acta Obst. Gynec. Scand. – 1998. – N 77. – P. 87-94.
9. Биологические технологии в медицинской практике /Москаленко М.В., Асеев М.В., Зазерская И.Е. и др. /Под ред. А.Б. Масленникова. – Новосибирск, 2003. – С. 120-133.
10. Evidence of a linkage disequilibrium between polymorphisms in the human estrogen receptor alpha gene and their relationship to bone mass variation in postmenopausal Italian women /Becherini L., Gennari L., Masi L. et al. //Hum. Mol. Genet. – 2000. – N 9(13). – P. 2043-2050.



#### ПЕДИАТРЫ НЕ СОВЕДУЮТ ЛЕЧИТЬ НОЧНОЙ ЭНУРЕЗ

Согласно новым рекомендациям Канадского Общества Педиатров, ночное недержание мочи не требует специального лечения, если оно не расстраивает ребенка. Эта проблема исчезает самостоятельно по мере взросления.

Педиатр Mark Feldman объясняет: «Не надо считать ночной энурез признаком какого-то заболевания или психическим нарушением. Он становится проблемой только тогда, когда родители, врачи или сами дети начинают беспокоиться по этому поводу».

Ночное недержание можно считать нормальной частью взросления и становления контроля над мочеиспусканием. Примерно 10-15 % 5-летних и 6-8 % 8-летних детей мочатся в постели. Вероятно, это связано с фазой глубокого сна.

«Ночной энурез вовсе не обязательно лечить. Специальные методы надо применять только в случае, если проблема вызывает эмоциональный дискомфорт», – говорит Mark Feldman.

Самым эффективным методом считаются специальные будильники. Однако такие устройства дорого стоят, а их громкий звук часто будит всех членов семьи. Этот способ стоит использовать только у достаточно взрослых детей, тогда, когда более простые методы не действуют.

Десмопрессин – лекарство, которое выпускают в виде таблеток и назального спрея. Препарат действует не на всех детей. Педиатры рекомендуют применять его короткими курсами, например, когда ребенок едет в лагерь или остается ночевать в гостях.

Поведенческая психотерапия может оказать отрицательное действие. Трудно будет убедить ребенка, что ему нечего стыдиться, если вы награждаете его за сухую постель. Важно убедить ребенка, что он ни в чем не виноват и, что вы не считаете его плохим.

Источник: [www.medlinks.ru](http://www.medlinks.ru).

# ОБОСНОВАНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕРЫВАНИЕ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМ АБОРТОМ

**П**роблема охраны репродуктивного здоровья человека в России в настоящее время приобрела особую актуальность. Это обусловлено стечением особых социальных и экономических процессов на рубеже XX-XXI столетия.

Наиболее значительным фактором этих процессов является отрицательный естественный прирост населения. Несмотря на определенную тенденцию к снижению аборт, число их продолжает превышать число родов почти в 2 раза. В то же время, большое число исследований свидетельствует о том, что медицинский аборт таит в себе большую опасность для репродуктивной системы в перспективе [1].

При последующей наступившей желанной беременности и родах возрастает большое число осложнений [2]. У женщин с репродуктивными потерями в анамнезе, кроме различных психических состояний половой системы, имеются психические нарушения: повышенный уровень невротизации, наличие негативных переживаний, тревожность, напряженность, растерянность, депрессия, раздражительность.

В связи с изложенным, остается высокозначимой проблема восстановления репродуктивного здоровья у женщин с отягощенным акушерским анамнезом, имеющих репродуктивные потери (медицинские аборты).

Единого решения проблемы реабилитации женщин с репродуктивными потерями в анамнезе (медицинские аборты), представленного в виде единой дифференцированной системы, определенной сроками применения и индивидуальным подходом, в доступной литературе мы не встретили [3].

Для обоснования, разработки и применения реабилитационных мероприятий нами изучены осложнения беременности и родов у женщин, перенесших операцию искусственного прерывания беременности в первом триместре перед наступлением данной протонгированной желанной беременности.

**Целью настоящего исследования** явилась разработка системы лечебно-реабилитационных меропри-

ятий при прерывании первой беременности медицинским абортм в первом триместре.

Для обоснования выполнения поставленной цели нами изучены особенности течения беременности и родов у 135 женщин с отягощенным акушерским анамнезом.

При обследовании женщин во время желанной протонгированной беременности применялись современные информативные методы соответственно государственным стандартам, как в женской консультации, так и в акушерском стационаре.

Наблюдавшиеся женщины находились в возрасте от 17 до 40 лет. По социальному положению наибольшее число составили служащие (49,6 %). Состояли в браке 66,7 % женщин. В анамнезе имели соматические заболевания 91,9 % женщин, гинекологические заболевания – 84,4 % (фоновые заболевания шейки матки – 48,9 %, вагиниты – 92,1 %, сальпингоофориты – 31,1 %). На момент обследования экстрагенитальные заболевания имели 91,1 % пациенток (наибольшее число составили беременные с нарушением вегетативной нервной системы – 32,6 %, хроническим пиелонефритом – 23 %, миопией – 30,4 %).

Осложнения после медицинского аборта имелись у 35,6 % женщин (воспалительные заболевания матки и придатков, нарушение менструальной функции, бесплодие).

Течение протонгированной беременности осложнилось угрозой прерывания беременности (62,2 %, в том числе до 12 недель беременности в 31,9 %), ранними токсикозами (34,8 %), поздними гестозами (55,6 %), железодефицитной анемией (72,6 %).

Во время беременности перенесли острое респираторное заболевание 57 % пациенток, вагиниты – 81,5 %, обострение хронических экстрагенитальных заболеваний – 14,8 %. Во время родов были следующие осложнения: несвоевременное излитие околоплодных вод (53,3 %), первичная слабость родовой деятельности (7,4 %), разрывы шейки матки (7,9 %), разрывы промежности 1 степени (11,9 %).

Оперативные вмешательства в родах: амниотомия (22,2 %), эпизио- и перинеотомия (26,7 %), ручное отделение и выделение последа (5,2 %), ручное обследование полости матки (2,2 %).

Родоразрешены операцией кесарева сечения 18,5 % беременных. Показания для кесарева сечения были преимущественно сочетанными (11,9 %). Высокий удельный вес среди показаний для кесарева сечения занимают экстрагенитальные заболевания (6,7 % из 18,5 %). В 52 % операция кесарева сечения выполнена в плановом порядке.

Всего родились 135 новорожденных, из них 1,5 % — недоношенными. Выписаны в удовлетворительном состоянии домой с живыми детьми 94,8 % женщин, в 5,2 % случаев новорожденные переведены в отделение патологии новорожденных (недоношенность, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, ВУИ).

Для женщин, прервавших первую беременность медицинским абортom, разработана **система лечебно-реабилитационных мероприятий** с их поэтапным выполнением.

## ПЕРВЫЙ РАЗДЕЛ

В женской консультации проводится комплексное обследование женщины, обратившейся по поводу первого медицинского аборта в первом триместре. В доброжелательной спокойной обстановке с соблюдением строгой конфиденциальности изучается анамнез: социальное, семейное положение, наличие хронических экстрагенитальных заболеваний, психических травм, взаимоотношения с партнером, его реакция на наступившую беременность, причины прерывания беременности.

Используются психотерапевтические воздействия — убеждение в благоприятном прогнозе, даются конкретные индивидуальные рекомендации.

Проводится более углубленное, чем при общепринятых стандартах, обследование: выявление ИППП, взятие мазков на АТК, УЗИ органов малого таза, кольпоскопия, консультация психотерапевта. Проводится этиотропное лечение инфекционных заболеваний, выявленных при обследовании гениталий.

## ВТОРОЙ РАЗДЕЛ

В гинекологическом стационаре операция аборта проводится в день поступления пациентки опытным акушером-гинекологом.

В сроке беременности до 9 недель аборт производится методом вакуум-эксколляции, в сроке 10-12 недель — методом кюретажа. Операция аборта производится под адекватным общим обезболиванием (калипсол, кеталар). За час до аборта назначается трихопол 0,5 г и повторяется через 8 часов после аборта. В послеабортном периоде, по показаниям, назначаются антибактериальные препараты, таблетированная оральная контрацепция, иммуномодуляторы. Через сутки после аборта проводится

контрольное УЗИ. Выписка — на вторые сутки после операции.

При выписке даются рекомендации — применение таблетированных контрацептивов в течение ближайшего месяца после аборта, явка в женскую консультацию после первых очередных месячных. Обследование гениталий, при выявлении патологии — назначение соответствующего лечения. Определение вида контрацепции и сроков наступления следующей желанной пролонгированной беременности.

Учитывая, что пациентка потеряла беременность, у нее имеется психологическая реакция, выраженная в той или иной степени. Поэтому проводится консультация психотерапевта, по показаниям назначается соответствующая терапия.

## ТРЕТИЙ РАЗДЕЛ

Во время наступившей желанной пролонгированной беременности, после ранее перенесенного прерывания беременности медицинским абортom, проводится комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий.

При взятии на учет изучается анамнез по общепринятым стандартам, с акцентом на причину первого аборта, наличие осложнений после его производства, длительность их лечения. Изучается семейное положение при настоящей беременности и психоэмоциональное состояние женщины. По показаниям, назначается консультация психотерапевта. Задачами психотерапевта являются диагностика эмоциональных и личностных нарушений у беременных женщин с репродуктивными потерями в анамнезе и проведение лечебных мероприятий. В комплексном лечении осложнений беременности (невынашивания, гестоза), имеющих связь с эмоциональными и личностными нарушениями, используются психотерапевтические методы.

Для изучения психического состояния женщины, при сроках беременности 12, 20 недель и перед родами (за 1-2 недели) могут быть рекомендованы следующие психологические методики — оценка личностной и реактивной тревожности по Спилбергеру, оценка уровня депрессии по Цунгу.

Учитывая, что наиболее частыми осложнениями беременности, наступившей и пролонгированной после перенесенного первого медицинского аборта, являются угроза прерывания беременности, гестозы, анемия, целесообразна госпитализация пациенток этой группы в сроки беременности 12, 20, 32, 36 недель для проведения более углубленного обследования и назначения (по показаниям) соответствующего лечения.

При угрозе прерывания беременности назначаются дюфастон, иглорефлексотерапия и симптоматическое лечение с индивидуальным подходом.

При гестозах, кроме проведения лечебных мероприятий соответственно современным установкам, целесообразно назначение дезагрегантов (трентал), активатора тканевой биоэнергетики (рибоксин), актовегина для улучшения маточно-плацентарного кро-

вотока. В комплексную терапию входят антиоксиданты и мембраностабилизаторы (витамин Е, эссенциале-форте, липостабил), препараты, нормализующие сосудистую проницаемость (рутин, витамин С), метаболизм (метионин, фолиевая кислота).

Лечение железодефицитной анемии проводится комплексно в течение всей беременности и продолжается в период кормления грудью под контролем анализа крови и с участием гематолога.

При ведении родов у женщин с отягощенным акушерским анамнезом, кроме акушера-гинеколога, должны участвовать анестезиолог, неонатолог, по показаниям — психолог.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение особенностей течения беременности и родов, наступивших у женщин после прерывания первой беременности медицинским абортом, пока-

ло развитие у них высокого удельного веса осложнений (поздние гестозы, угроза прерывания беременности, анемии, травматизм мягких родовых путей, аномалии родовой деятельности). Полученные данные явились обоснованием для разработки комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, имеющих целью снижение числа осложнений беременности и родов и улучшение репродуктивного здоровья данной группы женщин.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Кулаков, В.И. Руководство по планированию семьи /В.И Кулаков, В.Н. Серов, Н.Н. Ваганова. – М., 1997. – 298 с.
2. Серов, В.Н. Осложнения и материнская смертность при абортах /В.Н. Серов, О.В. Мананикова //Матер. 3-й Росс. конф. по планированию семьи. – М., 1996. – С. 20-22.
3. Медико-консультативная помощь при искусственных абортах /В.И Кулаков, Е.М. Вихляева, И.С. Савельева и др. – М., 2005. – 110 с.



### ИЗ РАЦИОНА ДОШКОЛЬНИКОВ ИСКЛЮЧАТ СОЛЕННЫЕ ОГУРЦЫ

С 1 апреля в дошкольных учреждениях Москвы вводится новое меню, более разнообразное и обогащенное витаминами, сообщает АМИ-ТАСС.

Согласно новым нормам, меню не должно повторяться в течение 20-дневного периода; сейчас же этот срок составляет 10 дней.

Многие продукты заменят на более полезные, в частности, вместо соленых огурцов в винегрет будут добавлять морскую капусту. Питьевую воду будут отныне давать только из бутылок, а рацион разнообразят большим количеством фруктов, свежевыжатыми соками и витаминизированными напитками.

Предполагается, что смена рациона позволит справиться с растущим количеством заболеваний, связанных с неполноценностью пищи – анемией, эндокринными заболеваниями, избыточной массой тела, сообщили в городской администрации.

Утверждению новых норм питания предшествовал эксперимент, который проводился в тридцати дошкольных учреждениях столицы в течение двух месяцев. Результаты эксперимента оказались достаточно обнадеживающими, так как дети стали меньше болеть.

Недавно витаминная «политика» также была введена во всех московских школах.

Источник: Mednovosti.Ru

А.Ф. Низамова, А.Б. Шахмаева, Н.Н. Глебова, В.Б. Трубин, Т.Б. Трубина

*Башкирский государственный медицинский университет,  
г. Уфа*

# ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, СОСТОЯНИЯ ЛАКТАЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕДОСТАТОЧНЫМ ФАКТИЧЕСКИМ ПИТАНИЕМ

Становление здоровья человека начинается в утробе матери и продолжается в процессе грудного вскармливания младенцев. По этому в ВОЗ и ЮНИСЕФ в 1989-1990 гг. были приняты декларации по защите, пропаганде и поддержке грудного вскармливания. По мнению этих международных организаций, обеспечение естественного вскармливания младенцев должно относиться к приоритетам первого порядка национальных систем здравоохранения стран мира.

В последние два десятилетия особое внимание в отечественных и зарубежных исследованиях уделялось изучению влияния материнского молока на здоровье ребенка. В настоящее время достоверно установлено положительное воздействие, которое дает вскармливание материнским молоком. Оптимально женщина должна кормить своего ребенка как минимум до 6-месячного возраста, а затем, по мере необходимости, продолжать грудное вскармливание с введением прикорма.

Значительное уменьшение частоты и продолжительности естественного вскармливания нередко обусловлено нарушением лактационной функции (гипогалактии), что возникает на фоне различных экстрагенитальных заболеваний, осложнений беременности, родов и послеродового периода. Гипогалактия может быть следствием нерационального образа жизни кормящей матери, неправильного кормления новорожденного грудью, наличием повышенных физических нагрузок, эмоциональных переживаний. На становление лактации и ее успешное продолжение существенное влияние оказывают прикладывание новорожденного к груди, совместное пребывание матери и ребенка, свободный режим грудного вскармливания в роддоме.

**Целью исследования** явилось изучение влияния недостаточного питания беременной женщины на течение беременности, родов и лактацию родильницы.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено комплексное обследование 182 женщин с недостаточным рационом фактического питания в возрасте от 20 до 24 лет.

При выполнении работы использовались современные информативные методы: углубленное изучение анамнеза с акцентом на особенности социального статуса, полное клиническое обследование, бактериоскопические методы, бактериологические, цитологические, кольпоскопические, иммунологические, ультразвуковое исследование с доплерометрией, гистологические, морфологические и биохимические методы исследования крови, метод гигиенической оценки питания, анкетно-опросный метод по системе Еврокодов, опросно-весовой, расчетный, метод биохимической оценки. По социальному статусу женщины распределились следующим образом: домохозяйки (33,5 %), учащиеся (24,1 %), рабочие (17 %), служащие (25,4 %).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты анкетирования выявили, что в зарегистрированном браке состояли 64,8 % женщин, в гражданском браке — 32,4 %, матери-одиночки — 2,7 %. Положительно к наступившей беременности отнеслись 93,9 % женщин, у 6 % пациенток беременность была незапланированной. Их отношение к беременности было безразличным. Высокий удельный вес женщин (31,9 %) испытывали страх перед возможными трудностями по воспитанию будущего ребенка. Благоприятный психологический климат в семье был у 75,6 % женщин, плохой — у 8,3 %. Частые стрессовые ситуации в семье имели 6,1 % пациенток. Супруг был готов стать отцом и поддерживал желание родить у 86,8 % женщин. Безразлично супруг относился к будущему ребенку у 9,9 %, отрицательно — у 3,3 % беременных женщин.

Свои жилищно-бытовые условия хорошими считали только 36,8 % опрошенных, удовлетворительными — 42,8 %, плохими — 20,3 % (проживание в коммунальной квартире, общежитии без удобств, в квартире с большой семьей, родственниками). Вредные привычки (курение) имели 29,1 % опрошенных женщин, из них 7,1 % женщин продолжали курить во время беременности. Из 97 работающих женщин выявлено, что психологический климат на работе был доброжелательным у 78,3 %, напряженным —

у 21,7 %, в том числе служебные конфликты были у 2,7 % женщин.

Приносили обед на работу из дома 78,3 % работающих женщин, пользовались столовой – 21,7 %. Четырехразовое питание соблюдали во время беременности только 11,5 % женщин, использовали трехразовый режим питания 71,9 %, питались беспорядочно 16,4 % женщин.

При объективном обследовании женщин при взятии на учет в женской консультации в первом триместре беременности установлено, что 42,3 % пациенток имели недостаточную массу тела (оценка по индексу Кеттела). Обращает внимание выявленный высокий удельный вес железодефицитной анемии – 75,8 %. При бактериоскопическом исследовании мазков из влагалища диагностирован кандидоз в 45,1 % наблюдений, бактериальный вагиноз – у 10,4 % женщин. При кольпоскопическом исследовании фоновые заболевания шейки матки диагностированы у 18,7 % беременных женщин.

Оценка фактического рациона питания беременных женщин проводилась по системе Еврокодов при взятии на учет. Было проведено определение состава пищевого рациона за 7 дней, определен наиболее часто употребляемый набор продуктов. Полученные данные свидетельствовали об однообразии продуктов питания, они содержали пониженное количество творога, сыра, свежей рыбы. Доминирующими в рационе питания были мучные изделия.

На основании исследования химического состава пищевого рациона беременных женщин в первой половине беременности выявлен недостаток белка (среднее количество составило 79,2 г при норме 110 г). С нарастанием срока беременности количество белка не увеличивалось и составило, в среднем, 86,8 г (при норме 120 г), при этом оказалось пониженным преимущественно содержание животных белков (24,6 % при норме 40 %).

Содержание жиров в рационе в течение всей беременности было повышенным (120,4 г при норме 85 г) за счет жиров растительного происхождения. Содержание углеводов на протяжении всей беременности превышало норму (464,7 г при норме 400 г). Основным источником углеводов были хлеб, макароны, кондитерские изделия. Калораж рациона беременных женщин был снижен – 2298 кал вместо 2400 кал и 2561 кал вместо 3000 кал в первой и второй половинах беременности, соответственно.

Расчетным методом было установлено недостаточное содержание витаминов и минеральных веществ (кальция, железа, магния, витаминов В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, С). Во время беременности у всех женщин с пониженным питанием имелись осложнения. Обращает внимание высокий удельный вес поздних гестозов (32,9 %), угрозы прерывания беременности (27,4 %), ХФПН (30,2 %), анемии (75,8 %), СЗРП (12,6 %).

В родах осложнения представлены аномалиями родовой деятельности (13,7 %), несвоевременным излитием околоплодных вод (18,1 %), разрывами мягких тканей родовых путей (17 %). Обращает внимание высокий удельный вес оперативных вме-

шательств: эпизиотомия (26,4 %), ручное обследование полости матки (17,5 %).

Отмечается высокий процент новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии (44,5 %) и с задержкой внутриутробного развития по гипотрофическому типу (12,6 %). У 21,4 % новорожденных диагностирована анемия. Недоношенными родились 7,2 %, в том числе с массой менее 2 кг – 3,3 % детей. Средняя масса новорожденного составила 2700 г. Раннее прикладывание к груди осуществлено в 84,6 % наблюдений. Перинатальных потерь не было. Гипогалактия имела место у 25 женщин, что составило 13,7 %.

Женщины с гипогалактией в возрасте 19-24 лет были представлены преимущественно неработающими и учащимися (68 %). Более половины из них были первородящими (64 %), в том числе не состояли в браке 32 %. В анамнезе женщины с гипогалактией имели экстрагенитальные заболевания (детские инфекции, ОРВИ). При комплексном обследовании во время беременности у 12 % женщин обострились хронические экстрагенитальные заболевания (хронический пиелонефрит, хронический гастрит). Перенесли во время беременности вирусные заболевания 16 % пациенток. Ведущим экстрагенитальным заболеванием во время беременности была железодефицитная анемия (84 %).

Наиболее частыми осложнениями беременности были поздний гестоз (28 %), ХФПН (32 %). Преждевременные роды были у одной женщины, кесарево сечение сделано двум женщинам (8 %) по поводу рубца на матке (1) и тяжелого позднего гестоза (1). Средняя масса новорожденных составила 2650 г.

Раннее прикладывание к груди было у 20 новорожденных. В связи с тяжестью состояния (тяжелая асфиксия, синдром гипервозбудимости) 5 новорожденных приложены к груди на 2-3 сутки. Определенное влияние на развитие гипогалактии оказала психологическая неготовность к материнству (внебрачная беременность, учеба) у 37,9 % женщин, плохой психологический климат в семье (8,3 %), стрессовые состояния (6,1 %), недостаточное питание во время беременности.

При изучении суточного пищевого рациона женщин с гипогалактией были определены снижение содержания белков, витаминов, минеральных веществ и повышение содержания углеводов, по сравнению с установленными стандартами. Количество молока вычислялось как сумма разности веса ребенка до и после кормления за все суточные прикладывания, а так же количество молока, сцеженного из обеих молочных желез. При количественной оценке уровня лактации учитывались масса отделяемого из кишечника новорожденного и вес мокрых пеленок. Определение объема отделяемого молока проводилось на 2-е, 4-е и 6-е сутки послеродового периода, благодаря чему наиболее достоверно изучалось становление лактации родильниц.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение течения беременности и родов у женщин с недостаточным фактическим питанием показало

высокий удельный вес таких осложнений как ЖДА, поздний гестоз, угроза невынашивания, аномалии родовой деятельности, травмы мягких родовых путей, асфиксия новорожденных. Нарушение лактации (гипогалактия) диагностирована у каждой седьмой родильницы. Изучение причин гипогалактии показало их многофакторность: медико-социальные, связанные с осложнениями беременности и родов, обусловленные аффективными и личностными нарушениями.

Проведенное исследование является обоснованием для разработки системы профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий по коррекции рациона фактического питания беременных женщин и родильниц с учетом медико-социальных факторов, что позволит уменьшить число осложнений во время беременности и родов, частоту и тяжесть гипогалактии, улучшить качество жизни кормящих матерей.

\* \* \*

#### НЕДОНОШЕННОСТЬ РЕБЕНКА ВЛИЯЕТ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ

Дети, рожденные задолго до предполагаемой даты родов, во многих случаях вырастают более замкнутыми и чаще склонны к депрессии, чем дети, рожденные в срок, сообщает журнал *Pediatrics*.

В современном акушерстве роды до 37 недель считаются преждевременными, а родившегося ребенка считают недоношенным.

В исследовании, проведенном учеными из лондонского Института психиатрии, принимали участие 18- и 19-летние юноши и девушки, родившиеся в 1979-1981 годах. 108 молодых людей были рождены недоношенными на сроке до 33 недель беременности; 67 их сверстников родились в срок (группа сравнения).

Все участники заполнили личностные опросники, ответив на вопросы об особенностях характера и свойствах личности.

После анализа анкет выяснилось, что дети, рожденные недоношенными, впоследствии имеют повышенный уровень тревожности и более замкнуты, чем сверстники. В частности, у них оказался более низкий уровень экстравертности, что свидетельствует о недостатке инициативности, общительности и социальной адаптированности. Кроме того, у людей, которые были рождены недоношенными, отмечался более высокий уровень невротизма, для которого характерны эмоциональная неустойчивость, тревога и низкая самооценка.

В большей степени недоношенность влияла на формирование личности девушек.

Руководитель исследования Мэтью Эллин (*Matthew Allin*) сообщил, что выявленные при опросе черты личности людей, родившихся недоношенными, свидетельствуют об их предрасположенности к депрессии и высокому уровне тревожности.

Точные причины, по которым недоношенность и преждевременные роды влияют на формирование личности, в настоящее время неизвестны. Тем не менее, исследователи предложили несколько теорий, объясняющих эту закономерность.

Поскольку одной из главных причин преждевременных родов является инфекция, то не исключено влияние инфекционного фактора на мозг ребенка, считает Мэтью Эллин.

Другим возможным фактором служит пребывание в инкубаторе-кювезе и временная изоляция от родителей. Кроме того, не исключена роль генетических факторов, то есть унаследованных от матери особенностей характера.

Исследователи планируют продолжить свою работу и выяснить, какая из теорий является наиболее достоверной.

Источник: [Mednovosti.Ru](http://Mednovosti.Ru)

# АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АБОРТОВ И КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ

Для большинства территорий Сибири характерен, так называемый, суженный тип воспроизводства населения, при котором в полной мере не обеспечивается полноценная смена поколений. Это ведет к старению населения, снижению доли молодых лиц [1, 2, 3, 4]. По данным В.Н. Денисова (2003), показатель детности на всех территориях Сибири ниже необходимого для простого воспроизводства на 40-50 %, и в перспективе будет сокращаться. Однако в ближайшие 20-30 лет существенного изменения характера воспроизводства не предвидится [1].

Негативные демографические процессы в России обусловлены рядом причин, где, наряду с традиционными социально-экономическими, значительную роль играют негативные репродуктивные установки на малодетную семью, начало которых относится к 70-м годам прошлого века. Основные детерминанты репродуктивного поведения современной популяции женщин характеризуются ранним началом половой жизни, определенным временным интервалом между этим эпизодом и вступлением в брак, и преимущественной установкой на рождение одного ребенка в семье [5, 6].

За последние два года в Республике Хакасия (РХ) отмечается некоторое увеличение рождаемости. В 2004 году показатель рождаемости составил 12,0 на 1000 населения и превысил средний российский на 14 %. Увеличение показателя рождаемости было отмечено в 12 территориях Республики из 15. Вместе с тем, эти показатели существенно ниже аналогичных показателей доперестроечного периода, существенно ниже показателя общей смертности (17,8 – в 2003 г. и 16,1 – в 2004 г.) и не обеспечивают простого воспроизводства населения.

У значительной части женщин в России прерывание беременности обусловлено 2-3 причинами, из которых большинство носит социальный характер. По мнению женщин, решившихся на производство аборта, беременность можно было бы сохранить при стабильной экономической ситуации в стране; достаточной социальной, финансовой и правовой поддержке государством семьи, матерей детей; наличии мужа и хорошо оплачиваемой работы; психологической поддержке семьи и близких [5, 7, 8].

К тому же, большинство россиянок, решивших прервать нежеланную беременность, не относятся к плоду как к живому существу. В то же время, в большинстве индустриально развитых стран мира, в силу религиозных, культурных и других традиций, прерывание беременности считается грехом, связанного с лишением жизни не рожденного ребенка [7, 9].

Несмотря на целенаправленно проводимую работу по профилактике абортотворения и пропаганде современных средств контрацепции, абсолютное число абортотворений в РХ увеличилось с 7217 в 2003 г. до 7299 в 2004 г. (табл. 1). За этот период времени показатель абортотворения на 1000 женщин фертильного возраста остался на прежнем уровне – 46,7 (44,9 в 2003 г.), что превышает средний российский показатель – 43,1 (средний по СФО – 47,7). Тревожным фактом является то, что несколько увеличился показатель абортотворения на 100 родов – со 110,8 до 112,3, хотя остается ниже среднего российского показателя – 115,9 и регионального по СФО – 125,5.

Ситуация с динамикой различных показателей, характеризующих состояние проблемы абортотворения в РХ в 2004 году, имела как позитивные, так и негативные тенденции. К позитивным следует отнести следующие тенденции: рост доли мини-абортотворения – с 20,8 % в 1999 г. до 31,1 % в 2004 г. (по РФ – 24,3 %); снижение удельного веса самопроизвольных абортотворений – с 9,8 % до 9,2 % (РФ – 10,2 %); снижение удельного веса криминальных абортотворений – с 0,5 % в 1999 г. до 0,1 % в 2004 г. (по РФ – 0,14 %); уменьшение удельного веса абортотворений у первобеременных женщин – с 14,1 % в 2003 г. до 13,6 % в 2004 г. (по РФ – 11 %); уменьшение в 2 раза числа абортотворений у девушек до 14 лет – с 0,1 % до 0,05 % (по РФ – 0,07 %); уменьшение удельного веса абортотворений, произведенных по социальным показаниям – с 2,6 % до 0,3 % (по РФ – 1,8 %); уменьшение удельного веса не уточненных абортотворений – с 4,6 % до 3,1 % (по РФ – 4,8 %). К негативным тенденциям следует отнести увеличение удельного веса абортотворений у девушек в возрасте 15-19 лет – с 12,3 % до 12,7 %.

Рост абсолютного показателя произведенных абортотворений произошел в шести территориях Республики Хакасия (всего пятнадцать): в г. Абаке на 44 %, в Таштыпском районе на 33,9 %, в Аскизском районе на 22 %, в Бейском районе на 17,7 %, в Алтай-

**Таблица 1**  
**Динамика показателей аборт в Республике Хакасия за период 1999–2004 гг.**

| Показатели  | Годы  |       |       |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|   | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  |
| Аборт в всего   | 8602  | 8927  | 8186  | 7704  | 7217  | 7299  |
| В возрасте до 15 лет                                    | 4     | 9     | 3     | 8     | 8     | 4     |
| Аборт у женщин до 30 лет                                | 5872  | 6013  | 5489  | 5186  | 4811  | 4863  |
| Удельный вес аборт в до 30 лет в %                      | 68,3  | 67,4  | 67,1  | 67,3  | 66,7  | 66,6  |
| - в т.ч. мини-аборт                                     | 1785  | 1726  | 1922  | 2019  | 1992  | 2269  |
| Частота аборт на 1000 женщин фертильного возраста       | 52,5  | 53,2  | 53,2  | 50,8  | 44,9  | 46,7  |
| - в т.ч. мини-аборт на 1000 женщин фертильного возраста | 10,9  | 10,3  | 10,3  | 11,9  | 12,4  | 14,5  |
| Удельный вес аборт у первобеременных                    | 10,2  | 13,0  | 12,3  | 13,5  | 14,1  | 13,6  |
| Удельный вес легальных аборт                            | 79,1  | 80,2  | 80,5  | 80,5  | 80,7  | 84,6  |
| Удельный вес аборт до 12 недель, %                      | 91,6  | 92,0  | 91,0  | 91,6  | 90,8  | 93,6  |
| Удельный вес поздних аборт                              | 2,3   | 1,6   | 2,0   | 2,0   | 1,8   | 1,5   |
| Удельный вес криминальных аборт                         | 0,5   | 0,4   | 0,2   | 0,2   | 0,1   | 0,1   |
| Удельный вес мини - аборт                               | 20,8  | 19,3  | 23,5  | 34,5  | 30,6  | 31,1  |
| Соотношение аборт на 1 роды                             | 1,6   | 1,6   | 1,4   | 1,2   | 1,1   | 1,1   |
| Число аборт на 100 родившихся                           | 158,0 | 154,9 | 146,9 | 110,8 | 110,8 | 112,3 |

ском районе на 10,7 %, в г. Сорске на 7,8 %. Также в шести территориях РХ увеличился показатель аборт на 1000 женщин фертильного возраста: в Аскизском районе с 48,0 до 68,9; в г. Абакане с 61,9 до 64,7; в Бейском районе с 50,5 до 62,8; в г. Сорске с 43,1 до 56,8; в Таштыпском районе с 32,5 до 49,9; в г. Саяногорске с 48,6 до 50,1.

Использование женщинами современных средств и методов контрацепции позволяет планировать только желанные беременности, способствует снижению распространенности аборт, оказывающих выраженное негативное влияние на репродуктивное и общее соматическое здоровье женского организма.

В 2004 году, на фоне не снижающегося абсолютного числа произведенных аборт, произошло снижение по сравнению с 2003 годом показателя использования женщинами методов контрацепции на 13 % – с 24,9 до 21,7 на 100 женщин фертильного возраста (средний показатель по РФ – 24,6). Снижение этого показателя, в основном, связано с тем, что на 9,3 % уменьшилось число введенных внутриматочных контрацептивов (ВМК) – с 2495 до 2282. В соответствии с этим, уменьшился показатель использования женщинами ВМК на 19 % – с 20,3 до 16,6 на 100 женщин фертильного возраста, который соответствует среднему российскому показателю – 16,6 (табл. 2).

Показатель использования женщинами современных методов контрацепции, в частности, гормональной, остался практически на прежнем уровне (5,1 на 100 женщин фертильного возраста в 2004 г., 4,8 в 2003 г.) и до сих пор значительно ниже среднего российского показателя (8,6 %).

Такие злободневные проблемы, как аборт, планирование семьи, контрацепция и рождаемость, являются не только проблемами акушерской службы и системы здравоохранения.

В силу того, что генез этих проблем носит многофакторный характер (медицинские, социально-гигиенические, экономические, религиозно-нравственные, национальные, культурно-воспитательные, семейные и др. факторы), их решение возможно только на общегосударственном уровне, с привлечением соответствующих служб и структур.

В связи с вышеизложенным, в Республике Хакасия разработана и начала реализовываться комплексная региональная межведомственная программа по улучшению репродуктивного здоровья населения, снижению распространенности аборт, повышению рождаемости и планированию семьи. В рамках этой программы, совместно акушерско-гинекологической службой и педагогической общественностью, в 2004 году проведена общереспубликанская акция по профилактике аборт и пропаганде современных средств контрацепции «Новое поколение против аборт».

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Денисов, В.Н. Стратегия управления охраной здоровья населения Сибири /В.Н. Денисов //Пробл. упр. здравоохран. – 2003 – № 4(11). – С. 5-10.
2. Захарова, Т.Г. Медицинские и социальные проблемы репродуктивного здоровья женщин /Т.Г. Захарова – Красноярск, 2004. – 187 с.
3. Савкова, В.М. Проблемы рационального ресурсопотребления в здравоохранении региона /В.М. Савкова, Л.В. Писарева, В.Н. Ко-

**Таблица 2**  
**Динамика распространенности контрацепции среди женщин в РХ за период 1997–2004 гг. (в % на 100 женщин фертильного возраста)**

|                                  | Годы |      |      |      |      | По РФ<br>2003 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|---------------|
|                                  | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |               |
| Охват ВМК                        | 28,8 | 28,6 | 29,6 | 20,3 | 16,6 | 16,0          |
| Охват гормональной контрацепцией | 4,9  | 4,8  | 4,7  | 4,8  | 5,1  | 8,6           |
| Итого:                           | 33,9 | 33,5 | 34,3 | 24,9 | 21,7 | 24,6          |

- раблев //Здравоохран. Дальн. Вост. (Хабаровск). – 2002. – № 1. – С. 51-55.
4. Ушакова, Г.А. Состояние, основные тенденции, проблемы и пути сохранения репродуктивного здоровья женского населения Кузбасса /Г.А. Ушакова //Пути развития современной гинекологии: Науч.-практ. конф. – М., 1995. – С.43.
  5. Уварова, Е.В. Основные проблемы контрацепции у сексуально активных подростков /Е.В. Уварова //РМЖ. – 2001. – Т. 9, № 6. – С. 222.
  6. Фишер, Т.Э. Аборт как социально-демографическая проблема репродуктивного здоровья женщин промышленного района /Т.Э. Фишер, В.С. Горин, Л.В. Марцияш и др. //Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. – Красноярск, 2004. – Вып. 11. – С. 493-498.
  7. Низамеева, Г.З. Искусственное прерывание беременности как метод регуляции репродуктивной функции в г. Красноярске /Г.З. Низамеева, В.Б. Цхай, А.А. Модестов и др. //Вестн. перинат., акуш. и гинек. – Красноярск, 2002. – Вып. 9. – С. 364-370.
  8. Николаева, Е.И. Клинико-экономические матрицы в акушерстве /Е.И. Николаева, Л.М. Комисарова, Ю.Д. Ляндяховский, З.З. Токова //Мать и дитя: Матер. VII Рос. форума. – М., 2005. – С. 634-636.
  9. Кеттинг, Э. Контрацепция в Нидерландах: низкий уровень аборт-ов объясним /Э. Кеттинг, А.П. Виссер //Планир. семьи. – 1996. – № 4. – С. 31-37.



---

#### ФЕВРАЛЬСКИЕ ДЕТИ – ТАЛАНТЛИВЫЕ, А ВЕСЕННИЕ – ЗДОРОВЫЕ

Замечено, что дети, появившиеся на свет весной, чуть-чуть здоровее и одареннее своих сверстников. Но «пик рождаемости» знаменитых людей падает на февраль. День зачатия этих младенцев приходится на медовое лето. Охотники знают, почему волчицы приносят приплод только весной.

Детеныши должны окрепнуть до наступления зимы. Миллионы лет назад и женщины рожали по календарю природы. Цивилизация разрушила все границы, установленные природой на воспроизводство. Нам напоминают о них христианские посты да название первого месяца супружеской жизни. Тем не менее, чем дальше день зачатия от медового лета, тем выше штраф природы к человеку, рожденному вопреки ее планам. Астрологи выявили закономерности характера людей в зависимости от времени появления на свет.

Родившиеся весной люди словно бы уверены в том, что счастье не обойдет их стороной. Они несуетливо становятся лидерами или с таким же величием исполняют роль ведомых. У них прекрасная память и работоспособность. Они правильно мыслят, умеют взвешивать слова и поступки, внимательны к окружающим и получают взаимность. Но трудно переносят перемены в жизни, поскольку упрямы и консервативны. Обожают смотреть на себя в зеркало. Да и есть на кого. Из зимних младенцев вырастают талантливые актеры, поэты, математики, юристы. Летние натуры – душа нараспашку, часто обманываются, но со временем приобретают необходимую мудрость. Эмоциональны, горды, вспыльчивы, импульсивны, но не злопамятны, хотя и очень чувствительны. Они прекрасно сложены физически, отважны и настойчивы. Природа наградила их физической и душевной выносливостью, чтобы добиваться успеха в любой профессиональной деятельности. Только если бы не лень, тоже им свойственная.

Источник: Medicus.ru

Ю.Н. Глызина, В.Б. Цхай, А.П. Колесниченко  
Красноярская государственная медицинская академия,  
Дорожная клиническая больница,  
г. Красноярск

## МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗОВ МЕТОДОМ ВОДНО- ИММЕРСИОННОЙ КОМПРЕССИИ

**Ф**армэкономический анализ результатов проводимой терапии предполагает изучение ее стоимости, позволяя оценить эффективность использования финансовых и медикаментозных средств. Фармэкономика необходима не для того, чтобы тратить меньше, а для того, чтобы расходовать рациональнее [1].

Термин «фармэкономика» появился в отечественной литературе только в 1998 году. На Западе же фармэкономические исследования ведутся уже давно. От классических клинических испытаний такие исследования отличаются одно важное обстоятельство — помимо оценки эффективности и безопасности лекарственных средств, проводится оценка всех расходов, связанных с лечением пациента. При этом следует отметить, что для выбора оптимального режима терапии все анализируемые показатели рассматриваются в неразрывной связи друг с другом. Фармэкономика — направление экономики здравоохранения, анализирующая стоимость (затраты) и последствия (результаты) применения лекарственных средств [1].

Технологическая революция, определяющая содержание второй половины 20-го столетия, создала предпосылки для внедрения в медицинскую практику принципиально новых лечебно-диагностических методик и лекарственных средств. Обладая несомненными преимуществами, они, вместе с тем, весьма заметно повысили стоимость оказания медицинской помощи. В связи с неуклонным ростом финансовых затрат на лечение, государства всего мира, пытаясь обеспечить высококачественную охрану здоровья населения, столкнулись с нарастающими трудностями контроля над расходами на медицинскую помощь.

Стоимость медицинского обслуживания населения во всем мире — одна из ключевых проблем глобальной экономики. Становится очевидным, что использование новых клинических методов совсем не обязательно сопровождается соответствующими изменениями клинических исходов и, следовательно, для большого полезны далеко не все общепринятые или дорогостоящие виды лечения. В итоге сформировалась единая позиция, что медицинская помощь и принятие организационных решений должны основываться на самых строгих научных исследова-

ниях и оцениваться по их результатам с учетом финансовых затрат, которые общество может себе позволить.

Избыточная «медикаментозная агрессия» увеличивает возможность ошибок и осложнений, затрудняет принятие принципиальных тактических решений. Синтез информации из нескольких электронных баз данных (Medline, Experta Medica и др.) за период 1966-1996 гг. выполненный в США, показывает, что общая частота серьезных побочных реакций составила 6,7 %, смертельных — 0,32 % от числа госпитализированных пациентов, что ставит эти реакции на пятое место среди ведущих причин смерти.

В свете выше изложенного, **целью нашего исследования** явилось проведение фармэкономического анализа двух методов лечения гестоза — медикаментозного и водно-иммерсионной компрессии (ВИК).

По последним данным ведущих отечественных специалистов, частота гестозов в Российской Федерации не имеет тенденции к снижению, несмотря на широкий арсенал рекомендуемых медикаментозных средств и схем лечения. Согласно данным официальной статистики (2004), средняя частота гестозов в РФ составляет 22,2 %, в Сибирском Федеральном Округе — 24,9 %, в Красноярском крае — 16,3 % [2, 3].

В последние годы опубликовано значительное количество работ, посвященных вопросам лечения гестоза. Предложены методы коррекции иммунологических, гемореологических, метаболических расстройств, лежащих в основе этого осложнения беременности. Многофакторность патогенеза гестоза предусматривает назначение обширного арсенала медикаментозных препаратов, оказывающих как положительное, так и отрицательное действие на плод.

По данным В.И. Кулакова с соавт. (1998), 15-25 % беременных остаются резистентными к проводимой терапии, у них нередко происходит прогрессирование гестоза и возникает необходимость экстренного родоразрешения. Кроме того, многие используемые лекарственные вещества с низкой молекулярной массой легко проникают через плаценту и нередко оказывают отрицательное воздействие на плод, являясь причиной перинатальной заболеваемости. В связи с этим, актуальными вопросами современного акушерс-

тва являются разумное ограничение фармакологической нагрузки на беременную женщину, страдающую гестозом, и ее плод, и поиск новых более эффективных и физиологичных немедикаментозных методов лечения.

Метод водно-иммерсионной компрессии (ВИК) был предложен сотрудниками Петрозаводского медицинского университета в 1996 году [4, 5]. Суть метода состоит в погружении беременной женщины в ванну с водопроводной водой комфортной температуры (34-35°C) на 1,5-2 часа на уровень до 6 шейного позвонка и столбом воды над голенями не менее 20 см, ежедневно в течение 7-10 дней.

Механизм действия ВИК заключается в перераспределении крови и увеличении венозного возврата к сердцу при погружении в воду. Происходит перераспределение жидкости из интерстициального пространства в сосудистое русло. Перераспределение крови при погружении в воду связано, видимо, с внешним давлением на ткани, которое оказывает столб жидкости. Одним из основных эффектов ВИК является повышение диуреза. Это является ответом на увеличение ОЦК и венозного возврата к сердцу. В механизме увеличения диуреза большое внимание уделяется роли барорецепторов низкого давления. Погружение в воду комфортной температуры сопровождается расширением сосудов почек, что также способствует диуретическому эффекту.

Физиологический механизм действия ВИК заключается в ряде последовательных изменений, приводящих к стимуляции диуреза (под влиянием физического, температурного и гормонального факторов). Погружение в водную среду создает условия пониженной гравитации, при которой происходит расширение стенок сосудов. Изменение соотношения сил фильтрации и абсорбции на уровне капиллярного русла и создание отрицательного транскапиллярного градиента способствуют переходу жидкости из тканей в сосудистое русло.

Гормональный фон в условиях ВИК характеризуется постоянными изменениями, главными из которых являются угнетение ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, снижение концентрации антидиуретического гормона и увеличение выработки натрийдиуретического пептида. В итоге увеличивается диурез. Примечательно, что немедикаментозная стимуляция диуреза сочетается с повышением экскреции электролитов.

Процедура ВИК представляет собой аутотрансфузию, которая, во-первых, не вызовет аллергических реакций, во-вторых, снижается опасность развития гидремии и прогрессирования отеочного синдрома, в-третьих, способствует перераспределению жидкости из внесосудистого сектора в сосудистое русло, в-четвертых, отпадает необходимость в специальном оборудовании и инфузионных средах.

По данным результатов нашего ранее проведенного исследования [6, 7], метод ВИК оказался эффективным у 87,5 % беременных с гестозом, что позволило пролонгировать беременность до 38-39 недель гестации. У 12,5 % беременных желаемый ре-

зультат не был достигнут и потребовалась дополнительная медикаментозная терапия. Мы связываем эту малую эффективность лечения с наличием существующей ранее гипертензии, осложнившей течение беременности. Перинатальных потерь в исследуемой группе не было. Положительный эффект ВИК подтверждался уменьшением отеков. Количество экскретируемой жидкости превышало количество выпитой на 300-400 мл. Отмечались улучшение микроциркуляции, регрессия неврологической симптоматики, стабилизация массы тела. Проводимый биометрический контроль при использовании ВИК во всех случаях выявил улучшение внутриутробного состояния плода.

Согласно традиционным принципам фармакоэкономики, выделяют два критерия, которым должно соответствовать фармакоэкономическое исследование: сравнительный дизайн, то есть включение в анализ как минимум двух методов лечения, и анализ стоимости и результата (клиническая эффективность и безопасность) каждого включенного в исследование метода лечения.

Стоимость принято разделять на три группы: прямую, косвенную и нематериальную. Прямая стоимость включает расходы, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (стоимость лекарственных препаратов, стоимость койко-дня). Косвенная стоимость не связана прямо с оказанием медицинской помощи (утрата трудоспособности, расходы самого пациента, его семьи). Нематериальная стоимость – стоимость, которую нельзя оценить в денежном выражении (боль, беспокойство, отсутствие интереса к окружающему миру вследствие заболевания и т.д.).

Для реализации цели данной работы нами проведен сравнительный дизайн исследования, а также анализ стоимости и результата лечения гестоза методом ВИК и традиционным медикаментозным методом.

В ходе исследования установлено, что при лечении гестоза методом водно-иммерсионной компрессии у беременных женщин достигается безвредный и более быстрый эффект, чем при лечении медикаментозным методом. Затраты на лечение данным методом минимальны, сокращаются сроки пребывания больных в стационаре и, самое главное, полностью устраняется фармакотерапевтическое влияние на плод и беременную женщину. Сроки лечения методом ВИК сокращаются с 10-14 дней до 7 дней. Стоимость лечения методом ВИК составляет 371,96 рублей (коммунальные расходы 185,95 рублей, текущие расходы 185,85 рублей), что в 7,5 раз дешевле медикаментозного метода лечения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведя сравнительный фармакоэкономический анализ двух методов лечения гестоза, мы пришли к выводу, что лечение гестозов у женщин методом водно-иммерсионной компрессии оказывает безвредный и более быстрый эффект, чем лечение медикаментоз-

**Таблица 1**  
**Прямая стоимость лечения гестоза медикаментозным методом**

| Препараты и расходные материалы | Количество на курс лечения          | Стоимость (руб.) |
|---------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| Кислота ацетилсалициловая       | 1 т. × 1 р/день 10 дней = 10 т.     | 1,52             |
| Кислота аскорбиновая            | 2 амп. 10 дней = 20 амп.            | 38,42            |
| Глюкоза 5 % 200 мл              | 1 фл. 5 дней = 5 фл.                | 114,60           |
| Допегит                         | 1 т. × 3 р/д 10 дней = 30 т.        | 93,78            |
| Коринфарм                       | 1 т. × 1 р/день 10 дней = 10 т.     | 9,62             |
| Кокорбаксилаза                  | 1 амп. 10 дней = 10 амп.            | 54,60            |
| Пентоксифиллин                  | 1 амп. 5 дней = 5 амп.              | 122,33           |
| Реополиглюкин                   | 1 фл. × 2 р/д = 2 фл.               | 222,90           |
| Физ. р-р 0,9 % 200 мл           | 1 фл. 15 дней = 15 фл.              | 311,10           |
| Физ. р-р 0,9 % 10 мл            | 1 амп. 10 дней = 10 амп.            | 27,41            |
| Сульфат магния                  | 2 амп. × 2 р/день 10 дней = 20 амп. | 57,60            |
| Глюкоза 40 % 10 мл              | 1 амп. 10 дней = 10 амп.            | 21,83            |
| Шприц 20 мл                     | 30 шт.                              | 156,90           |
| Шприц 5 мл                      | 5 шт.                               | 14,50            |
| Система для в/в инфузий         | 10 шт.                              | 82,10            |
| Вата                            | 100 г                               | 17,60            |
| Лейкопластырь                   | 10 шт.                              | 11,30            |
| Спирт 70 % для ампул            | 0,8 × 10 = 8 мл                     | 23,62            |
| - для рук м/с                   | 17 мл × 10 = 170 мл                 |                  |
| - для инъекций                  | 17 мл × 10 = 170 мл                 |                  |
| Перчатки м/с                    | 10 шт.                              | 54,85            |
| Маска                           | 10 шт.                              | 54,85            |
| Работа м/с                      | № 10                                | 700,00           |
| Работа санитарки                | № 10                                | 400,00           |
| Дезинфицирующий р-р             | 1 фл.                               | 300,00           |

Итого: 2860,85 руб.

ным методом. Затраты на лечение данным методом, по сравнению с традиционным, минимальны, сокращаются сроки пребывания больных в стационаре и, самое главное, полностью устраняется фармакологическое влияние на плод и организм беременной жен-

щины. Сроки лечения методом ВИК сокращаются с 10-14 дней до 7 дней. Стоимость лечения методом ВИК в 7,5 раз дешевле медикаментозного метода лечения.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Руднов, В.А. Научно обоснованная медицинская практика и фармэкономика в интенсивной терапии /Руднов В.А. //Вест. интенс. тер. в неонатол. – 2004. – № 8.
2. Состояние здоровья матери и ребенка в Красноярском крае в 2004 году: Информ. письмо /Слепнева Г.З., Елизарьева Т.Ю., Щукина О.В. и др. – Красноярск, 2005. – 16 с.
3. Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2004 году //МЗиСР РФ. – М., 2005. – 19 с.
4. Влияние водно-иммерсионной компрессии на систему дыхания у беременных женщин с преэклампсией /Зильбер А.П., Шифман Е.М., Тукаленко С.В., Зятев И.В. //Вест. интенс. тер. в акуш. – 1997. – № 4.
5. Водно-иммерсионная компрессия – реальная альтернатива инфузионной терапии преэклампсии /Зильбер А.П., Шифман Е.М., Куликов Л.Г., Гакуть Л.Н. //Вест. интенс. тер. в акуш. – 1996. – № 2-3.
6. Глызина, Ю.Н. Эффективность лечения гестоза с помощью метода водно-иммерсионной компрессии /Глызина Ю.Н., Цхай В.Б., Колесниченко А.П. //Мать и дитя: Матер. VI Росс. Форума. – М., 2004. – С. 52-53.
7. Глызина, Ю.Н. Метод водно-иммерсионной компрессии – альтернатива медикаментозной терапии лечения гестозов беременных /Глызина Ю.Н., Цхай В.Б., Колесниченко А.П. //Здоровье семьи XXI век: Матер. IX Междунар. науч. конф. – Пермь, 2005. – С. 83-84.

**Таблица 2**  
**Нематериальная стоимость лечения гестоза**

| Критерии  | Медикаментозным методом | Методом водно-иммерсионной компрессии   |
|---|-------------------------|---|
| Пребывание в стационаре   | 10-14 дней              | 7-8   |
| Возможные побочные реакции беременной женщины   | Возможны                | Отсутствуют   |
| Фармакологическое влияние на плод   | Имеется                 | Отсутствует   |
| Боль и дискомфорт во время в/в и в/м введений препаратов  | Имеется                 | Отсутствует   |
| Психологический дискомфорт в связи с длительным пребыванием в условиях стационара и медленным исчезновением симптомов заболевания | Имеется                 | Отсутствует, быстрое исчезновение симптомов (уменьшение отеков, увеличение диуреза, снижение протеинурии и цифр АД) |

\* \* \*

И.Б. Майборода, И.Д. Евтушенко, А.А. Перепелкина  
Сибирский государственный медицинский университет,  
г. Томск

# ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОДУКТА МАРАЛОВОДСТВА У ПАЦИЕНТОК С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**С**имптомы, связанные с дефицитом эстрогенов, развивающиеся в перименопаузальном периоде, а также после оперативных вмешательств на матке и/или придатках матки, значительно снижают качество жизни женщин [1, 2, 3]. Для успешного лечения, возникающие нейро-вегетативные и психоэмоциональные расстройства требуют коррекции в самые ранние сроки.

В настоящее время на больших популяциях показано, что терапия с помощью гормонов является эффективным средством облегчения и устранения данных симптомов [1, 4, 5]. Однако применение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) ограничено у женщин, имеющих противопоказания или не желающих принимать гормоны. Свой отказ женщины связывают с боязнью увеличения массы тела, развития рака молочной железы, отрицательным отношением к возможному возникновению побочных эффектов ЗГТ. Немаловажное значение пациентки придают высокой стоимости гормонотерапии [4, 5, 6]. В связи с этим, актуальным является поиск возможности использования негормональных препаратов для купирования симптомов дефицита эстрогенов, особенно в ранние сроки их развития [1, 7, 8].

Одним из негормональных средств является продукт мараловодства пантогематоген F (гемафемин). В течение нескольких лет на базе НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН и НИИ курортологии МЗ РФ г. Томска изучались свойства этого препарата. Было показано, что пантогематоген F обладает адаптогенными, ноотропными, вегетостабилизирующими эффектами, что позволило использовать этот препарат при различных терапевтических, хирургических, онкологических заболеваниях [9, 10]. В гинекологической практике пантогематоген F показал положительный терапевтический эффект при острых и хронических заболеваниях органов малого таза, а также при нарушениях менструального цикла у женщин детородного возраста [10].

**Целью исследования** стал анализ динамики развития ранневременных климактерических расстройств у женщин перименопаузального возраста на фоне лечения пантогематогеном F.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включили 55 женщин с климактерическими расстройствами, развившимися на фоне естественного угасания функции яичников (30 человек) или после гистерэктомии без придатков матки (25 человек). Показанием к оперативному лечению была миома матки в сочетании с маточными кровотечениями, анемией, быстрым ростом миоматозного узла, неэффективностью консервативной терапии.

У всех женщин диагностировали климактерический или постгистерэктомический синдром с помощью шкалы менопаузальных расстройств Курретман в модификации Уваровой (1983) с подсчетом индекса (ММИ). При подсчете ММИ диагностировали слабую (до 34 баллов), среднюю (от 35 до 58 баллов) и тяжелую (свыше 58 баллов) степени тяжести климактерического синдрома. Проводили общий и гинекологический осмотр, измерение массы тела с подсчетом индекса массы тела, измерение артериального давления.

Сравнение двух зависимых групп по качественным признакам проводили с использованием критерия Мак-Нимара. Для сравнения количественных показателей двух зависимых групп использовали t-критерий.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

После предварительного обследования всех женщин в случайном порядке разделили на две группы. Первая группа состояла из 30 пациенток, которым была назначена терапия пантогематогеном F в дозировке 50 мг в сутки ежедневно на три месяца. Во вторую группу вошли 25 женщин, которые в течение трех месяцев принимали плацебо-препарат, содержащий глюкозу по 50 мг в сутки. Динамику развития симптомов оценивали с помощью ММИ. На протяжении всего курса лечения регистрировали неблагоприятные побочные эффекты.

При опросе обследованных женщин установлено, что наиболее частыми жалобами были головные

боли (100 %), нарушения сна (87,2 %), приливы жара (80 %), утомляемость (83,6 %), снижение памяти (85,5 %), потливость (81,8 %), угнетение либидо (78,2 %). Достаточно часто отмечались слезливость (74,5 %), мышечные и суставные боли (74,5 %), повышенная возбудимость (65,5 %), лабильность артериального давления в сторону снижения или увеличения (63,6 %), ощущения сухость кожи (60 %), расстройство настроения (58,2 %), сердцебиения в покое (58,2 %), сонливость (56,4 %), судороги или онемение в конечностях (54,5 %), вестибулопатии (47,3 %), непереносимость высокой температуры (47,3 %), выраженный дермографизм (45,5 %). Реже наблюдались увеличение массы тела (47,3 %), жажда (43,6 %), снижение или потеря аппетита (30,9 %), беспричинное возникновение «гусиной кожи» (27,3 %), отечность лица и век (27,3 %).

По степени тяжести климактерических расстройств распределение пациенток в исследуемых группах было следующее: легкая степень тяжести выявлена у 18 женщин (60 %) первой группы (от 12 до 33 баллов по ММИ) и у 13 пациенток (52 %) второй группы (от 14 до 33 баллов); средняя – у 12 женщин (40 %) первой группы (от 35 до 46 баллов) и у 12 больных (48 %) второй группы (от 35 до 41 баллов); тяжелая степень тяжести климактерических нарушений не диагностирована ни у одной пациентки.

Модифицированный менопаузальный индекс до лечения в первой группе составил, в среднем,  $29,1 \pm 7,9$  баллов, во второй группе –  $28,6 \pm 6,2$  баллов.

На фоне приема пантогаматогена F, через три месяца у обследованных пациенток отмечалось уменьшение числа жалоб на головные боли, вплоть до полного прекращения. После лечения частые боли не наблюдали ни у одной больной, имелось снижение числа пациенток с периодическими головными болями. В итоге, после приема пантогаматогена F исчезновение головных болей зарегистрировано в 33,3 % случаев ( $p = 0,004$ ).

Изменение данной жалобы в группе больных, получавших плацебо-препарат, отмечено в 3 случаях. У двух женщин частота головных болей уменьшилась с периодических до редких; у одной пациентки отмечено их полное исчезновение. Таким образом, с помощью плацебо-препарата нам удалось купировать головные боли только в 4 % случаев ( $p = 1,0$ ).

После терапии пантогаматогеном F в течение трех месяцев обнаруживали снижение частоты и интенсивности приливов жара. У всех пациенток, которым до лечения была диагностирована средняя (от 10 до 20 раз в сутки) и тяжелая (более 20 раз в сутки) степень тяжести климактерических расстройств, количество приливов уменьшилось до 1-10 раз в сутки. В группе женщин с легкой степенью тяжести (до 10 приливов в сутки) этот симптом полностью перестал беспокоить. Таким образом, через три месяца лечения пантогаматогеном F у всех пациенток наблюдалось обратное развитие приливов жара, общее число пациенток с жалобами на приливы сократилось на 64,3 % ( $p = 0,0003$ ).

В группе пациенток, принимавших плацебо-препарат в течение 3 месяцев, мы наблюдали снижение числа приливов в трех случаях: у двух женщин произошло прекращение приливов, у одной пациентки они уменьшились по частоте с 15 до 10 раз в сутки. Таким образом, в 18,8 % случаев наблюдается положительный плацебо-эффект в отношении уменьшения частоты приливов жара ( $p = 0,663$ ).

Также обнаружили выраженное влияние пантогаматогена F на потливость. Число пациенток с данной жалобой сократилось на 34,6 % ( $p = 0,052$ ). Выраженная потливость после лечения пантогаматогеном F не выявлена ни у кого из пациенток, у остальных больных степень выраженности данного симптома уменьшилась, вплоть до исчезновения.

В группе женщин, получавших плацебо-препарат, степень выраженности потливости уменьшилась до слабой у 2 пациенток, однако ни у одной больной данный симптом полностью не был купирован ( $p = 1,0$ ).

Выраженное тонизирующее действие пантогаматогена F оказал на пациенток с жалобами на утомляемость. Все женщины с данным симптомом при лечении предложенным препаратом обнаружили «прилив сил», повышение работоспособности. Полное исчезновение этого симптома наблюдалось у 46,4 % пациенток ( $p = 0,004$ ).

Во второй группе больных снижение утомляемости от выраженной до слабой степени выявлено в 4 случаях из 25, однако ни у одной женщины данный симптом полностью не был купирован ( $p = 1,0$ ).

Пантогаматоген F оказал благоприятное воздействие на выраженность повышенной возбудимости, раздражительности и слезливости у исследуемых пациенток. На фоне приема препарата 40 % женщин отметили, что стали спокойнее ( $p = 0,067$ ), у всех больных наблюдали уменьшение раздражительности и слезливости.

У женщин, получавших три месяца плацебо-препарат, изменений относительно данных психоэмоциональных симптомов не обнаружено ( $p = 1,0$ ).

На фоне терапии пантогаматогеном F обнаружено обратное развитие таких симптомов, как нарушение сна и сопутствующая ему сонливость. После трехмесячного курса лечения препаратом, в 33,3 % случаев сон полностью нормализовался ( $p = 0,039$ ). Кроме того, бессонница прекратилась у 2 женщин (28,6 %), жалобы на прерывистый сон перестали предъявлять 4 пациентки (28,6 %), проблемы с засыпанием исчезли у 3 больных (50 %). Благоприятное воздействие пантогаматогена F обнаружено у пациенток с жалобами на сонливость: 88,9 % женщин после лечения препаратом перестали ощущать в течение дня сонливость ( $p = 0,018$ ).

Обнаружен положительный плацебо-эффект в отношении нормализации нарушенного сна у пациенток, подвергшихся терапии с помощью плацебо-препарата. Некоторая часть женщин отметила прекращение бессонницы и прерывистого сна, полное купирование данных симптомов после предложенного лечения произошло в 14,3 % случаев ( $p = 0,545$ ).

Какого-либо влияния на ощущение сонливости у женщин, получавших плацебо-препарат, мы не отметили ( $p = 1,0$ ).

На фоне лечения пантогематогеном F у пациенток первой группы не обнаружено кризового повышения артериального давления. Наоборот, нормализация изначально высокого АД наблюдалась в 25 % случаев ( $p = 0,164$ ), а у женщин с артериальной гипотонией до лечения после приема пантогематогена F в течение трех месяцев АД приблизилось к нормальным величинам в 80 % случаев ( $p = 0,312$ ). При этом, у пациенток отмечался «прилив сил», снижалась утомляемость, повышалась умственная и физическая трудоспособность.

У пациенток, получавших плацебо-препарат, в течение всего курса лечения мы не обнаружили каких-либо изменений артериального давления ( $p = 1,0$ ).

После трехмесячного курса терапии пантогематогеном F 55,6 % женщин перестали отмечать ощущения неустойчивости, потери равновесия, головокружения ( $p = 0,123$ ), у 37,5 % пациенток прекратилось сердцебиение в покое ( $p = 0,391$ ). В 92,6 % случаев женщины перестали наблюдать у себя появление на коже белых и красных пятен во время приливов жара или при волнении (белый и красный дермографизм) ( $p = 0,074$ ), а 83,3 % больных перестали отмечать появление «гусиной кожи» днем или ночью ( $p = 0,583$ ).

У женщин, которым был назначен плацебо-препарат, после курса лечения не отмечалось прекращения проявлений вестибулопатии, сердцебиения в покое и признаков дермографизма, «гусиной кожи» ( $p = 1,0$ ).

Улучшение настроения, аппетита и повышение памяти обнаружили у пациенток первой группы после терапии пантогематогеном F. В 35,7 % случаев у женщин не отмечалось субъективное ощущение меланхолии, депрессии, лабильного настроения ( $p = 0,511$ ), в 41,7 % случаев улучшался сниженный до лечения аппетит ( $p = 0,473$ ), 22,2 % пациенток считали, что к концу курса терапии у них улучшилась память ( $p = 0,149$ ).

Во второй группе больных, принимавших плацебо-препарат, не наблюдалось изменений со стороны настроения, аппетита и памяти ( $p = 1,0$ ).

В обеих группах пациенток нами не выявлено динамики обратного развития таких жалоб и клинических симптомов, как непереносимость высокой температуры, судороги и онемение в конечностях, сухость кожи, отечность, либидо, ожирение, мышечные и суставные боли, жажда и атрофия гениталий ( $p = 1,0$ ).

После трехмесячного курса лечения наблюдалось снижение модифицированного менопаузального индекса в первой группе пациенток с  $29,1 \pm 7,9$  до  $14,9 \pm 6$  баллов ( $p < 0,05$ ), в то время как во второй группе женщин этот показатель не изменился: от  $28,6 \pm 6,2$  до  $27,2 \pm 6,4$  баллов ( $p > 0,05$ ).

На фоне лечения пантогематогеном F, через три месяца мы отметили снижение индекса массы тела у пациенток: от  $27,8 \pm 5$  до  $27,5 \pm 5$  ( $p = 0,030$ ),

что субъективно женщинами воспринималось благоприятно. После приема плацебо-препарата изменение ИМТ не обнаруживалось: от  $28,8 \pm 5,9$  до  $28,9 \pm 5,7$  ( $p = 0,456$ ).

Среди побочных эффектов, связанных с приемом Пантогематогена F, отмечены следующие явления: транзиторное повышение артериального давления (3,3 %), более обильные менструации (3,3 %), учащенное мочеиспускание в течение 1 месяца приема препарата (3,3 %), запор (3,3 %).

Среди отрицательных плацебо-эффектов в 1 случае (4 %) отмечено кровотечение из половых путей у женщины в постменопаузе, что явилось показанием для прекращения лечения. При гистологическом исследовании аспирата из полости матки этой пациентки обнаружена простая типичная гиперплазия эндометрия. Кроме того, в 1 случае (4 %) у больной наблюдалось ухудшение состояния в результате учащения приливов и появления головных болей, в результате чего пациентка самостоятельно прекратила прием плацебо-препарата.

Также при лечении плацебо-препаратом выявлялись смешанные плацебо-эффекты. При общем улучшении самочувствия, снижении утомляемости, потливости и выраженности приливов, у пациенток возникли следующие отрицательные побочные реакции: в 1 случае (4 %) — мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 1 дня, в 1 случае (4 %) — судороги в икроножных мышцах (прекратились после отмены плацебо), в 1 случае (4 %) появилась бессонница, в 3 случаях (12 %) выявлены расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта.

Резюмировав полученные данные, установлено, что негормональный препарат, продукт мараловодства пантогематоген F обладает благоприятными терапевтическими эффектами при нейро-вегетативных и психоэмоциональных расстройствах у женщин с дефицитом эстрогенов, развившегося на фоне естественного угасания яичников и после гистерэктомии без придатков матки. После трехмесячного курса лечения пантогематогеном F в дозировке 50 мг в сутки у большинства пациенток выявлено уменьшение частоты и интенсивности приливов жара, потливости, головных болей, произошла нормализация артериального давления, восстановление нарушенного сна, улучшение памяти, настроения, аппетита, купированы сонливость, утомляемость, раздражительность, сердцебиения в покое и проявления вестибулопатии. В целом, переносимость препарата была удовлетворительной, наблюдаемые нетяжелые побочные эффекты купированы самостоятельно. Кроме того, пациентками отмечен такой благоприятный эффект пантогематогена F, как отсутствие увеличения массы тела, а у некоторых женщин произошло даже небольшое снижение веса.

Положительный плацебо-эффект при лечении климактерических нарушений наблюдался в среднем в 20 % случаев.

Таким образом, пантогематоген F можно рекомендовать пациенткам с нейро-вегетативными и пси-

хоэмоциональными расстройствами как альтернативное средство лечения климактерического синдрома.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Руководство по климактерию: Руков. для врачей /Под ред. В.П. Сметник, В.И. Кулакова. – М., 2001. – 685 с.
2. Поворова, В.В. Прогнозирование развития климактерического синдрома после гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста /В.В. Поворова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 24 с.
3. Runnebaum, B. Gynecological Endocrinology /Runnebaum B., Rabe T. //Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 1997. – V. 1. – P. 455-510.
4. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women //JAMA. – 2002. – V. 288. – P. 321-33.
5. Women's Health Initiative Investigators. Estrogen plus progestin and risk of venous thrombosis /Cushman M., Kuller L.H., Prentice R. et al. //JAMA. – 2004. – V. 292(13). – P. 1573-1580.
6. Utian, W.U. Hormone therapy and risk of gynecologic cancers /Utian W.U. //JAMA. – 2004. – V. 291. – P. 42-43.
7. Margery, L. Alternatives for women through menopause /Margery L., Gass S., Taylor M.B. //Am. J. Obst. Gyn. – 2001. – V. 185, Iss. 2. – P. 47-56.
8. Phytoestrogens for Treatment of Menopausal Symptoms: A Systematic Review /Krebs E.E., Ensprud K.E., MacDonald R., Timothy J.W. //Obst. & Gyn. – 2004. – V. 104. – P. 824-836.
9. Грибов, С.А. Механизмы действия пантогематогена при вегето-сосудистых нарушениях /С.А. Грибов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2000. – 21 с.
10. Суслов, Н.И. Продукция на основе пантогематогена. Механизмы действия и особенности применения /Суслов Н.И., Гурьянов Ю.Г. – Новосибирск, 2004. – 144 с.



### КАК ПОМОЧЬ МАЛЫШУ УСНУТЬ?

Уложить спать маленького ребенка или новорожденного – одна из самых нелегких задач для любого родителя. Вот некоторые советы, которые помогут молодым родителям сократить количество бессонных ночей:

- Ограничивайте дневной сон малыша. Важно, чтобы маленький ребенок не спал слишком много в дневное время, иначе ему будет трудно уснуть ночью
- Создайте в комнате темноту. При лишнем освещении ребенку труднее расслабиться
- Покормите ребенка перед сном. Это старый и проверенный способ – на сытый желудок легче уснуть
- Спойте колыбельную. Может оказаться, что традиционная успокаивающая песенка и звук вашего голоса – это именно то, что нужно ребенку
- Положите в кроватку плюшевого медвежонка. Малыш быстрее заснет рядом с игрушечным другом
- Попробуйте спать рядом с ребенком. Малыш чувствует себя более защищенным, когда вы рядом. Возможно, спать вместе будет удобнее и для вас, и для ребенка
- Теплая ванна поможет отлично успокоить малыша перед сном. Специальные детские сидения для ванны помогут и вам не волноваться во время этой процедуры
- Укачивать ребенка, сидя в кресле-качалке – это кажется старомодным, зато работает
- Соблюдайте режим. С раннего возраста ребенок должен знать, чего ему ждать в ближайшее время. Это поможет ему лучше засыпать.

По материалам «Maternity Insurance».  
Подготовила Анастасия Мальцева.  
Источник: Medlinks.ru

О.В. Кальченко, Е.Б. Рудакова, И.Н. Путалова, Е.В. Наумкина,  
Е.В. Матощенко, Ш.С. Сабитов, Е.П. Красникова, Н.В. Гладышева

Омская государственная медицинская академия,  
МУЗ Медсанчасть № 9,  
г. Омск

# ФАКТОРЫ РИСКА, МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

**В**оспалительные заболевания женских половых органов являются важной проблемой, они составляют 60-65 % всех гинекологических больных. Особое значение имеют воспалительные процессы внутренних половых органов, отличающиеся длительным или малосимптомным течением, которые с трудом поддаются лечению, приводя к нарушению репродуктивной и гормональной функции организма [1, 2]. Всемирная организация здравоохранения разработала алгоритм, который рекомендует изучение «групп риска». При исследовании групп риска учитывается наличие факторов, способствующих развитию воспалительных заболеваний внутренних половых органов [3].

Предрасполагающими факторами развития воспалительных заболеваний половых органов являются:

1. Социальные: возрастающая миграция населения, урбанизация, изменение полового поведения молодежи, влияние религии, средств массовой информации, развитие культуры, образования, медицинского обслуживания, курение, алкоголизм, наркомания, низкий уровень жизни, стрессовые ситуации [1, 3].
2. Физиологические: возраст женщины, начало половой жизни, количество половых партнеров, наличие или отсутствие методов контрацепции, характер менструальной функции, промежуток времени от последнего полового акта до возникновения заболевания, восприимчивость и особенность иммунной системы организма, иммунодефицит, гормональная патология, аномалии развития половых органов, наличие у партнера симптомов заболевания [3, 4].
3. Биологические: роль микроорганизмов в развитии воспалительных заболеваний половых органов, как основная причина. Однако, для воспалительных заболеваний внутренних половых органов больше характерна полимикробная этиоло-

гия 60 % аэробной и в 25 % анаэробной флорой [4].

Факторы, способствующие инфицированию верхних отделов половых органов и возникновению воспалительных заболеваний:

1. Внутриматочные процедуры: прерывание беременности, зондирование, гистеросальпингография, гистероскопия, пертубация, гидротубация, операции на половых органах, внутриматочные контрацептивы [1].
2. Особенности гигиены во время менструации: по данным G. Monif (1982), применение влагалищных тампонов во время менструации снижает доступ кислорода. Это может приводить к увеличению числа анаэробных бактерий и, тем самым, провоцировать воспалительный процесс внутренних половых органов.

Все перечисленные факторы создают фон, на котором в последующем возникает воспалительный процесс.

**Цель настоящей работы** – выявить частоту осложненных форм воспалительных заболеваний на территории г. Омска, изучить влияние факторов риска в группе больных с тяжелыми формами воспалительного заболевания придатков матки, изучить клинические и микробиологические особенности у больных этой группы.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На территории г. Омска за 5 лет (2000-2004 гг.) из всех жительниц репродуктивного периода группу риска с воспалительными заболеваниями придатков матки составили 44772 женщины. Изучение факторов риска (с помощью анкетирования), исследование микробиологического пейзажа влагалища, цервикального канала, тубоовариального абсцесса, перитонеальной жидкости выполнили у 35 оперированных больных.

Комплексное обследование включало микроскопию мазка по общепринятой методике и комбинированный посев на расширенный набор питательных сред, предусматривающий выделение широкого круга аэробных, микроаэрофильных, облигатно-анаэробных микроорганизмов, а так же микоплазм и уреаплазм. Посевы инкубировали аэробно при температуре 37°C в эксикаторе со свечой, а так же анаэробно с использованием Cenbox anaerob до 5 суток. Определение ДНК к хламидиям определяли набором МПФ с эндотелия цервикального канала и с эпителия маточной трубы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В течение 5 лет ежегодно на территории г. Омска группу риска с осложненными формами воспалительного заболевания придатков матки составляют 8,7 тыс. женщин, что отражено на рисунке 1. Эту группу составили все женщины с воспалительными заболеваниями придатков матки, находившиеся на стационарном или амбулаторном лечении (данные государственных ЛПУ).

Как видно на рисунке, в течение пятилетнего наблюдения зарегистрирована тенденция к снижению числа случаев воспалительных заболеваний внутренних половых органов, что, в свою очередь, привело к снижению числа тяжелых форм заболевания.

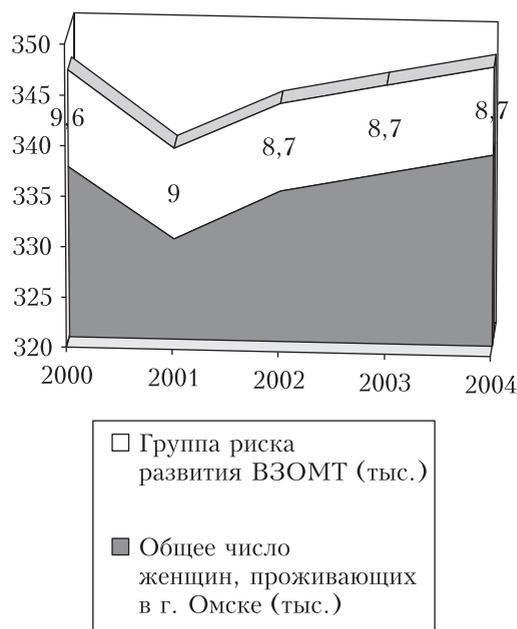
Все больные с воспалительными заболеваниями половых органов концентрируются, преимущественно, в первом гинекологическом отделении МУЗ МСЧ № 9. По данным первого гинекологического отделения МУЗ МСЧ № 9 г. Омска, зарегистрировано снижение числа больных с воспалительными заболеваниями половых органов, требующих стационарного лечения, и так же снижение числа тяжелых форм воспалительных заболеваний придатков матки, что отражено на рисунке 2.

По данным гинекологического отделения МУЗ МСЧ № 9, зарегистрировано снижение числа тяжелых форм воспалительных заболеваний придатков матки, требующих оперативного лечения.

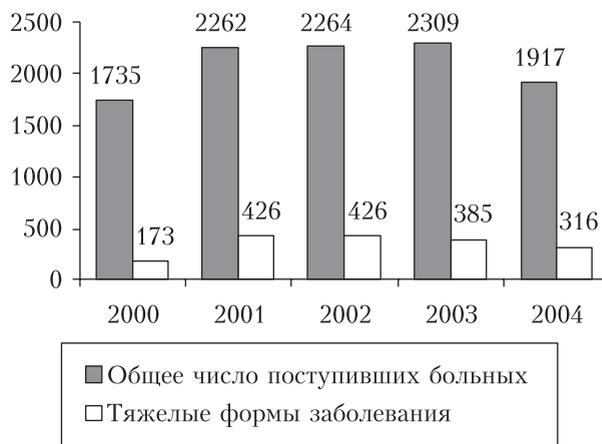
Из общего числа женщин, проживающих в г. Омске и составляющих группу риска, осложнения в виде гинекологического пельвиоперитонита, перитонита возникли у 945, что составляет 2,1 % от общего числа всех воспалительных заболеваний половых органов. Число больных с тазовым перитонитом составило 767 (81,1 %). В 532 случаях (69,4 %) тазовый перитонит являлся осложнением tuboovarриального абсцесса, и в 235 случаях (30,6 %) — осложнением гнойного или катарального сальпингита. Число больных с абсцессами связок матки, тазовой флегмоной составило 97 человек (10,3 %), с разлитым гнойным перитонитом — 81 (8,6 %). Летальность при гинекологическом перитоните достигла 0,6 %, возникновение инфекционно-токсического шока обнаружено у 15 больных (1,6 %).

При изучении группы оперированных пациенток (35 женщин) с осложненными формами воспалительных заболеваний придатков матки, средний воз-

**Рисунок 1**  
Численность женщин группы риска с осложненными формами воспалительных заболеваний придатков матки



**Рисунок 2**  
Отношение общего числа больных с воспалительными заболеваниями половых органов, поступивших на стационарное лечение, к числу оперированных больных



раст составил 18-40 лет. При опросе с помощью анкет выявлено:

- у женщин этой группы имеется большое количество половых партнеров: у 12 (34,3 %) число половых партнеров на момент поступления в стационар колебалось от 2 до 5; у 10 (28,6 %) — один половой партнер, 13 женщин (37,1 %) отказались ответить на этот вопрос в анкете;
- нарушение менструального цикла отмечали 18 пациенток (51,4 %), первичное бесплодие — 5 (14,3 %);

- применение контрацепции: 15 женщин (42,9 %) применяли ВМК, средняя продолжительность использования составила  $8 \pm 0,6$  лет, на отсутствие контрацепции указывали 13 женщин (37,1 %), барьерную контрацепцию применяли 6 женщин (17,4 %), использование гормональной контрацепции отмечено у 1 женщины (2,9 %);
- число медицинских аборт — 59, в 21 случае (60 %) после прерывания беременности проводилось лечение воспалительного процесса внутренних половых органов, в остальных — нет;
- все женщины, участвующие в исследовании, отрицали терапевтические заболевания и ранее не обследовались на инфекции, передаваемые половым путем, длительно не посещали женскую консультацию, от 1 года до 14 лет;
- длительность течения воспалительного заболевания до момента поступления в стационар колебалось от 6 месяцев до 3-5 дней.

На момент поступления у всех больных состояние расценивалось как средней степени тяжести, обусловленное длительной интоксикацией в результате гнойного очага в брюшной полости, требующего оперативного вмешательства. Во время оперативного вмешательства у 13 больных обнаруживались гнойные tuboovarianialные образования с выраженным спаечным процессом и вовлечением в воспалительный процесс стенки сигмовидной кишки или стенки мочевого пузыря, процесс был ограничен от других органов брюшной полости большим сальником. У 20 больных гнойные tuboovarianialные образования придатков матки осложнились пельвиоперитонитом, у 2 больных — распространенным перитонитом. Трех больным выполнена диагностическая лапароскопия с последующей оперативной лапароскопией и сальпингоовариолизисом, в остальных случаях (32 больных) выполнена полостная операция, в одном случае потребовалось выполнение аппендэктомии.

Основная проблема микробиологической диагностики ВЗОМТ связана с трудностями получения материала из очага воспаления. Микрофлора цервикального канала и гнойного очага различна [5].

По микроскопии влагалищного мазка (19 больных) диагностировано: наличие неспецифического вагинита — у 10 женщин (53 %), хламидиоза — у 1 (5,2 %), кандидоза — у 1 (5,2 %), бактериального вагиноза — у 1 (5,2 %), уреаплазмоза и микоплазмоза — у 2 (10,4 %), промежуточный тип мазка — у 4 (21 %).

При расширенном посеве микрофлоры влагалища у этих больных выявлено: в 11 случаях (57,9 %) уменьшение лактобактерий на фоне увеличения условно патогенной флоры: *G. vaginalis*, *E. coli*, *Peptostreptococcus spp.*, *S. saprophyticus*, *S. epidermidis*, *E. faecalis*.

У 10 больных (53 %) микрофлора из полости абсцесса представлена преимущественно анаэробной флорой (*Peptostreptococcus spp.*, *Fusobacterium*, *Bacteroides*, анаэробные коринеформные бактерии). Аэ-

робная флора установлена у 4 больных (21 %): *E. coli*, *Str. agalactiae*, *Str. viridans*, *S. epidermidis*. У 5 больных (26 % случаев) результаты посевов из полости абсцесса были отрицательные. Микробиологические посевы из цервикального канала и полости абсцесса на наличие трихомонад и гонококков были отрицательные. При исследовании перитонеальной жидкости только у одной больной выявлен возбудитель — *E. coli*.

Для выявления хламидий забор материала выполняли из цервикального канала и с эпителия маточной трубы. Хламидии выявлены у 4 больных (21 %): в одном случае из цервикального канала и с эпителия маточной трубы (5,2 %), в двух случаях из цервикального канала (10,5 %), в одном случае только с эпителия маточной трубы (5,2 %).

Клинические проявления воспаления внутренних половых органов в большей степени зависят от фазы менструального цикла и от особенности иннервации брюшины. Брюшина полости малого таза и средней части передней стенки живота имеет ограниченную цереброспинальную иннервацию, и в случае раздражения или воспаления реагирует минимально. Это способствует длительному течению воспалительного процесса придатков матки с выраженными нарушениями в органах [6, 7].

Воспалительный процесс придатков матки, возникший сразу после менструации, проявляется высокой температурой тела, острым болевым синдромом с резко выраженными симптомами раздражения брюшины. Это наблюдалось у 19 больных (54,3 %). Воспалительный процесс придатков матки, проявившийся после предполагаемой овуляции, имел плавное начало, с невыраженным болевым синдромом, постепенным нарастанием значений эндогенной интоксикации и наблюдался у 16 больных (45,7 %).

У больных с хламидиозом при поступлении отмечены невыраженный болевой синдром, невысокие показатели эндогенной интоксикации (ЛИИ 3-4), субфебрилитет, нарушение менструального цикла, выраженный отек связочного аппарата матки и спаечный процесс органов малого таза, обнаруженный во время оперативного лечения. В послеоперационном периоде длительно сохранялись субфебрилитет и явления метрита культуры.

Больные, у которых причиной воспалительного заболевания стала анаэробная флора, выявленная из полости абсцесса, на момент поступления отмечали выраженный болевой синдром, регистрировались высокие показатели эндогенной интоксикации (ЛИИ до 8,0 и выше), анемия, чаще тяжелой степени, гипопротейнемия. В послеоперационном периоде у них обнаруживали анемию, показатели эндогенной интоксикации ЛИИ до 4-5, стойкую гипопротейнемию.

Больные с выявленной аэробной микрофлорой на момент поступления отмечали невыраженный болевой синдром, показатели эндогенной интоксикации составили ЛИИ до 5-6, регистрировалась анемия легкой степени. В послеоперационном периоде сохранялись такие же показатели эндогенной инток-

сикации, проведение второго курса антибактериальной терапии потребовалось 2 больным.

## ВЫВОДЫ:

В возникновении воспалительных заболеваний придатков матки определенную роль играют изменение полового поведения (28,6 % женщин имеют несколько половых партнеров), в 37,1 % случаев отсутствуют методы контрацепции, в 42,9 % длительно применялись внутриматочные контрацептивы. В 60 % случаев воспалительные заболевания придатков матки возникают после прерывания беременности.

В этиологии ведущую роль играет условно-патогенная флора, в 21 % случаев причиной воспалительного заболевания придатков матки является хламидиоз. Однако, даже при отрицательном результате исследования со слизистой цервикального канала, в 5,2 % случаев возбудитель можно обнаружить в эпителии маточной трубы. Особенность течения послеоперационного периода так же зависит и от возбудителя. Так, у всех больных с хламидиозом длительно сохранялся субфебрилитет, явления метрита культи, больным с подтвержденной условно-патогенной аэробной в половине случаев требуется проведение второго курса антибактериальной терапии.

Клинические проявления заболевания зависят от возбудителя и от состояния организма женщины. Частота встречаемости разлитого гнойного перитонита, как осложнения тубоовариального образования, составляет 8,6 %, летальность при гинекологическом перитоните достигает 0,6 %, возникновение инфекционно-токсического шока обнаружено у 1,6 % больных.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Сметник, В.П. Неоперативная гинекология: Рук. для врачей /В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – СПб., 1995. – С. 9-30.
2. Яглов, В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза /В.В. Яглов //Журн. для практ. врачей. – 2001. – Т. 1, № 3.
3. Newkirk, G.R. Pelvic Inflammatory Disease: Pearls for Diagnosis and Treatment /G.R. Newkirk //Mod. Med. – 1999. – V. 67, N 8. – P. 60-64.
4. Тихомиров, А.Л. Современные подходы к лечению воспалительных заболеваний женских половых органов: Метод. реком. /А.Л. Тихомиров, С.И. Сарсания. – М., 2005. – С. 32.
5. Краснополяский, В.И. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки /В.И. Краснополяский, С.А. Буянова, Н.А. Щукина. – М., 1999. – С. 233.
6. Маломан, Е.М. Диагностика и лечение разлитого перитонита /Маломан Е.М. – Кишинев, 1985. – 200 с.
7. Шалимов, Н.Н. Острый перитонит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение /Н.Н. Шалимов, В.И. Шапошников, В.И. Пинчук. – Киев, 1981. – С. 288.



### СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ – НАДЕЖДА ДЛЯ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Результаты исследования, проведенного специалистами Йельской медицинской школы, свидетельствуют о том, что мезенхимальные стволовые клетки костного мозга могут дифференцироваться в полноценные клетки эпителия желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей. В экспериментах использовались мыши, в клетках которых блокирован ген трансмембранного регулятора проводимости (transmembrane conductance regulator, CFTR) – белка, образующего в оболочках клеток хлоридные каналы, необходимые для регуляции баланса жидкости в слизистых оболочках. Результатом нарушения функционирования этих каналов является муковисцидоз – одно из наиболее распространенных наследственных заболеваний, при котором из-за повышенной вязкости секрета легочного эпителия происходит разрушение дыхательного аппарата. Трансплантация стволовых клеток, выделенных из костного мозга нормальных мышей, привела к частичному восстановлению активности хлоридных каналов у мышей-реципиентов. Полученные результаты пока не могут быть использованы для лечения муковисцидоза из-за незначительного количества формирующихся эпителиальных клеток. Однако, дальнейшие исследования приведут к разработке эффективных методов лечения этого заболевания. Статья E. Bruscia et al. «Assessment of cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) activity in CFTR-null mice after bone marrow transplantation» опубликована в Proceedings of the National Academy of Sciences от 21 февраля 2006 года.

Интернет-журнал «Коммерческая биотехнология» <http://www.cbio.ru/>

# ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КРАЙНЕ ВЫСОКИХ ЧАСТОТ В КОМПЛЕКСЕ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕСТОЗА

**В** настоящее время в акушерстве по-прежнему актуальными остаются вопросы, связанные с терапией гестационных осложнений [1]. Гестоз на протяжении многих лет признается одним из самых тяжелых акушерских осложнений и в течение нескольких десятилетий занимает 2-3 место в структуре материнской смертности [2]. В последнее время отмечается рост частоты атипичного течения и тяжелых форм гестоза.

Дети, чье внутриутробное развитие сопровождалось гестозом, в первые 6-10 лет жизни образуют группу риска по развитию артериальной гипертензии и инфекционной патологии [3].

Эффективная профилактика гестоза и его последствий определяет начало превентивных мероприятий в ранние гестационные сроки и требует одновременного назначения большого количества лекарственных препаратов. Однако интенсивная медикаментозная терапия может стать небезопасной для плода и новорожденного [4].

С этой позиции перспективной является разработка новых методов профилактики и терапии гестационной патологии, сочетающих прием фармакологических препаратов с использованием преформированных физических факторов, хорошо переносящихся пациентами, доступных для самого широкого круга медицинских учреждений и не уступающих в эффективности традиционным, проверенным временем схемам лечения.

**Целью исследования** было выбрано изучение влияния нового метода профилактики гестоза у беременных группы высокого риска развития гестоза на основе использования электромагнитного излучения крайне высоких частот.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Группу наблюдения составили 100 женщин, у которых высокий риск развития гестоза прогнозировался в первом триместре беременности, после чего в первую половину гестации начиналась комплексная профилактика этого осложнения.

Для прогноза риска развития гестоза была использована собственная оценочная шкала [5], разработанная в Сибирском государственном медицинском университете. В данной оценочной шкале использовались следующие факторы риска: возраст старше 30 лет, экстрагенитальная патология, хронический пиелонефрит, вегето-сосудистая дистония, эндокринная патология, анемия, изменения лейкоцитарной формулы, наличие гестоза в анамнезе пациентки, а также положительная проба с дозированной физической нагрузкой. Чувствительность данной диагностической шкалы составила 76 %, специфичность — 92 % и общая точность — 84 % [5].

Наблюдаемые были разделены на 2 группы: получавшие только медикаменты (контрольная группа) и прошедшие на фоне медикаментозной профилактики гестоза курс электромагнитного воздействия миллиметрового диапазона (КВЧ-терапию) (основная группа).

Выбор данного метода был обусловлен тем, что КВЧ-воздействие оказывает ряд положительных эффектов, включающих: улучшение микроциркуляции, нормализацию реологических свойств крови, снижение агрегации форменных элементов, сосудорасширяющее действие, седативный эффект, иммуномодулирующее действие, активизацию биосинтеза нуклеиновых кислот, белков и других соединений [6, 7].

При проведении КВЧ-терапии использовались следующие параметры: длина волны 7,1 мм, частота колебаний 57 ГГц, продолжительность воздействия по 20 минут на каждую точку (всего 40 минут), количество сеансов 10 на курс, проводимых ежедневно или через день, применяемый диапазон плотности потока мощности излучения равный 10 мкВт/см. Воздействие осуществлялось после 12 недель беременности на биологически активные точки: МС 6, С 7, Е 36, R 3, R 7, RP 6 (табл. 1).

Данные точки в классической акупунктуре применяют при артериальной гипертензии, диффузных отеках, головной боли, неврозах, бессоннице, заболеваниях почек [8, 9]. При этом все указанные биологически активные точки имеют четкие топографические ориентиры, что делает доступным определение их проекции пальпаторным методом.

**Таблица 1**  
**Локализация используемых биологически активных точек**

| Точка       | Обозначение | Локализация   |
|-------------|-------------|---|
| Ней -гуань  | МС 6        | За кистью, на 2 поперечных пальца выше запястья, между двумя сухожилиями                                      |
| Цзу-сань-ли | Е 36        | На расстоянии 3 поперечных пальцев ниже колена, на мышечном выступе снаружи от большеберцовой окольной связки |
| Шень-мень   | С 7         | За кистью, в выемке на конце гороховидной кости   |
| Да-чжуй     | VG 14       | В углублении над 1 грудным позвонком (под остистым отростком 7 шейного позвонка)                              |
| Тай-си      | Р 3         | Между вершиной медиальной лодыжки и внутренним краем пяточного сухожилия                                      |
| Фу-лю       | Р 7         | На 2 поперечных пальца выше медиальной лодыжки  |

Терапия электромагнитными излучениями миллиметрового диапазона проводилась аппаратом «Стелла-1». Так как лечебный эффект любого физиорефлекторного воздействия сохраняется не более 2 месяцев, а гестоз проявляется наиболее интенсивно во второй половине беременности, курсы КВЧ-терапии и адаптивной профилактики гестоза при необходимости можно повторить дважды (интервал 2-3 месяца). При наличии признаков прегестоза, повторные курсы КВЧ-терапии проводят на фоне традиционной медикаментозной терапии указанного состояния (антиагреганты, спазмолитики, витамины, фитосборы и т.д.). Сочетание физического и фармакологического воздействия повышает интенсивность и эффективность терапии прегестоза.

Профилактические мероприятия по предупреждению гестоза в контрольной группе начинались с 12 недель. До 16 недель гестации применялись различные фитосборы, далее были использованы медикаментозные препараты (дезагреганты, антиоксиданты, седативные средства, спазмолитики, мембраностабилизаторы) в традиционных схемах [2].

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Все беременные легко перенесли воздействие электромагнитными излучениями миллиметрового диапазона. При проведении курса КВЧ-терапии патологической физиобальнеореакции не наблюдалось. Также за весь период наблюдения не было отмечено общих и очаговых реакций, возникших вследствие физического воздействия. Все беременные основной группы прошли 1 курс КВЧ-воздействия.

Клиническое наблюдение показало, что в основной группе гестоз развился у 26 человек (52%): у 21 женщины (42%) была диагностирована легкая стадия, у 5 (10%) – средняя, тяжелой степени гестоза за время наблюдения не отмечалось. Первые клинические проявления гестоза появились в 34,1 ± 0,6 недели.

В контрольной группе гестоз диагностирован у 36 человек (72%),  $P < 0,05$ . Структура тяжести гестоза представлена следующим образом: легкая степень – у 19 человек (38%), средняя степень – у 17

(34%),  $P < 0,001$ . Симптомы гестоза появились в пределах  $31,3 \pm 0,7$  недели,  $P < 0,001$ .

Следовательно, современные методы многофакторной профилактики гестоза надежно снижают удельный вес тяжелых форм данного акушерского осложнения в группе высокого риска. Но существенно медикаментозная профилактика в 72% случаев не устраняет развитие клинически выраженных форм гестоза, поэтому существует настоятельная необходимость в расширении спектра методов профилактики этой патологии.

КВЧ-профилактика гестоза значительно уменьшает степень выраженности и замедляет появление симптомов этого осложнения, что проявляется снижением частоты гестоза и отдалением сроков его появления, в среднем, на 3 недели.

При оценке полученных результатов также было выявлено, что воздействие электромагнитными излучениями миллиметрового диапазона позволяет скорректировать нарушенные при гестозе процессы адаптации к беременности. Оценка адаптационной реакции проводилась в группах наблюдения до и через 4-5 недель после окончания курса профилактики гестоза. Сложные нейроэндокринные изменения были отслежены по морфологическому составу крови (лейкоцитарная формула) [10].

Исходное распределение адаптационных реакций в контрольной группе представлено следующим образом: реакция тренировки отсутствовала, реакция спокойной активации – 18%, повышенной активации – 38%, 16% случаев – острый стресс и 28% случаев – хронический стресс. После лечения результаты были следующими: реакция активации наблюдалась в 28% случаев, из них 16% – реакция спокойной активации, 12% – повышенной активации, в 34% регистрировался хронический стресс и в 38% – острый стресс.

В основной группе до проведения комбинированной профилактики гестоза реакция спокойной активации определялась у 20% обследованных, реакция повышенной активации – у 34%, острого стресса – у 18%, хронического стресса – у 26% беременных. В результате применения сочетанной профилактики гестоза реакция спокойной активации регистрировалась у 22% пациенток, повышенной активации – в 46% наблюдений, реакция острого стресса – в 12% случаев и хронического стресса – в 20% ( $P < 0,05$ ).

Из представленных в таблицах 2 и 3 данных следует, что исходное распределение адаптационных реакций в обеих группах высокого риска развития гестоза было идентичным. Характер адаптационных реакций свидетельствует о том, что при высоком риске гестоза вторая половина беременности в 42% случаев протекает на фоне стрессового состояния – острого и хронического.

Оба способа профилактики гестоза изменяют состояние системы адаптации беременных женщин. Тем не менее, эти изменения протекают разнонаправле-

**Таблица 2**  
**Распределение адаптационных реакций**  
**после медикаментозной профилактики гестоза (в %)**

| Тип адаптационной реакции    | До лечения | После лечения | P       |
|------------------------------|------------|---------------|---------|
| Реакция тренировки           | 0          | 0             | > 0,05  |
| Реакция спокойной активации  | 18         | 16            | > 0,05  |
| Реакция повышенной активации | 38         | 12            | < 0,001 |
| Острый стресс                | 16         | 38            | < 0,01  |
| Хронический стресс           | 28         | 34            | > 0,05  |

**Таблица 3**  
**Распределение адаптационных реакций**  
**после комплексной профилактики гестоза (в %)**

| Тип адаптационной реакции    | До лечения | После лечения | P      |
|------------------------------|------------|---------------|--------|
| Реакция тренировки           | 0          | 0             | > 0,05 |
| Реакция спокойной активации  | 20         | 22            | > 0,05 |
| Реакция повышенной активации | 34         | 46            | < 0,05 |
| Острый стресс                | 18         | 12            | < 0,05 |
| Хронический стресс           | 26         | 20            | > 0,05 |

но. Прием только медикаментов более чем в 2 раза повышает в группе частоту острого стресса ( $P < 0,01$ ), что не может быть признано положительным эффектом терапии. Присоединение КВЧ-воздействия позволяет не только более успешно справиться с фармакологической нагрузкой, но и, в определенной степени, оптимизировать выраженность компенсаторно-приспособительных механизмов. Указанные изменения объясняют резкие различия ( $P < 0,001$ ) в распределении адаптационных реакций у беременных группы высокого риска развития гестоза после сугубо медикаментозного и сочетанного метода профилактики этого осложнения.

Таким образом, проведенное исследование подтверждает определение гестоза как болезни адаптации беременных. Недостаточная эффективность медикаментозной профилактики легкой и среднетяжелой форм данного осложнения (28 %) объясняется усугублением состояния дизадаптации на фоне приема медикаментов ( $P < 0,001$ ).

Новый способ профилактики гестоза на основе КВЧ-воздействия, в отличие от медикаментозного, позволяет скорректировать нарушенные при гестозе процессы адаптации к беременности ( $P < 0,001$ ). Устранение дизадаптации беременной увеличивает эффективность терапии гестоза. Так, использование физического фактора на 20 % уменьшает общую частоту гестоза ( $P < 0,001$ ) и в 3,4 раза снижает развитие его средней степени тяжести. КВЧ-терапия отдалает появление его симптомов, в среднем, на 3,7 недель ( $P < 0,05$ ).

Анализ исхода беременности у пациенток групп наблюдения показал следующие результаты. В основной группе в срок через естественные родовые пути были родоразрешены 44 женщины (88 %), абдоми-

нальное родоразрешение составило 6 случаев (12 %). В основной группе родоразрешение оперативным путем проводилось, в основном, по поводу аномалий родовой деятельности (34 %), наличия рубца на матке после предыдущего оперативного родоразрешения (50 %). Родоразрешение путем кесарева сечения в основной группе по поводу утяжеления гестоза не наблюдалось. Средняя оценка доношенных новорожденных по шкале Апгар составила  $7,78 \pm 0,065$ .

В контрольной группе частота родоразрешения через естественные родовые пути составила 86 % (43 женщины) ( $P > 0,05$ ), абдоминальное родоразрешение – 14 % (7 человек) ( $P > 0,05$ ). При этом, в 43 % случаев операция выполнялась на фоне отсутствия эффекта от проводимой терапии гестоза ( $P < 0,05$ ). Средний балл оценки доношенных новорожденных по Апгар составил  $7,18 \pm 0,08$ .

Тяжелая степень гестоза и перинатальные потери в обеих сравниваемых группах отсутствовали.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, новый метод профилактики гестоза на основе применения электромагнитного излучения миллиметрового диапазона имеет существенные преимущества перед сугубо медикаментозным методом, так как обладает мощным регуляторным влиянием и длительным последствием. Курсовой прием поливитаминов, дезагрегантов, стабилизаторов клеточных мембран, спазмолитиков на фоне КВЧ-воздействия на биологически активные точки повышает компенсаторно-приспособительные резервы организма, определяет более благоприятное течение беременности и родов.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Гестозы: Руков. для врачей. /Вейнцковский Б.М., Запорожан В.Н., Сенчук А.Я., Скачко Б.Г. – М., 2005. – 310 с.
2. Сидорова, И.С. Гестоз: Уч. пособие. /Сидорова И.С. – М., 2003. – 416 с.
3. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности /Под ред. В.Е. Радзинского и А.П. Милованова. – М., 2004. – 393 с.
4. Серов, В.Н. Гестоз – болезнь адаптации /Серов В.Н., Пасман Н.М., Бородин Ю.И., Бурухина А.Н. – Новосибирск, 2001. – 208 с.
5. Михеенко, Г.А. Профилактика и лечение акушерской патологии низкочастотными механическими колебаниями /Г.А. Михеенко: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Томск, 2000. – 36 с.
6. Киричук, В.Ф. КВЧ-терапия /Киричук В.Ф., Головачева Т.В. – Саратов, 1999. – 234 с.
7. Голант, М.Б. Почему невозможно создание универсально действующих лечебных средств и что принципиально нового в эту проблему вносит развитие информационной биологии /Голант М.Б. //Мм волны в медицине и биологии: 10-й Рос. симп. – М., 1995. – С. 158-162.
8. Гаавва, Лувсан Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии /Гаавва Лувсан. – М., 1986. – 567 с.
9. Жаркин, А.Ф. Рефлексотерапия в акушерстве и гинекологии /Жаркин А.Ф., Жаркин Н.А. – Л., 1988. – 158 с.
10. Гаркави, Л.Х. Адаптационные реакции и резистентность организма /Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. – Ростов, 1977. – 120 с.

\* \* \*

# ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ДОРОЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. КРАСНОЯРСКА

Двадцатый век для хирургических дисциплин ознаменован открытием и внедрением в практику лапароскопических операций. Первая диагностическая лапароскопия датируется 1901 годом, ее произвел знаменитый российский акушер-гинеколог, профессор из Санкт-Петербурга Дмитрий Оскарович Отт. До 1930 года лапароскопия в основном использовалась как диагностический метод, до тех пор, когда немецкий врач-хирург и инженер К. Земм разработал более совершенные лапароскопические инструменты, освоил лигатурную методику. В 1980 году началось широкое внедрение эндоскопических операций в клиническую практику, что было связано с появлением волоконистой оптики и усовершенствованием специальных инструментов.

Эпоха бурного развития эндоскопической хирургии в нашей стране началась в середине восьмидесятых годов, когда впервые в России была выполнена экстирпация матки лапароскопическим методом. С середины 90-х годов тотальную и субтотальную гистерэктомию стали выполнять во многих ведущих клиниках России [1].

В настоящее время лапароскопические операции являются операциями выбора при внематочной беременности, доброкачественной опухоли яичника, миоме матки, эндометриозе, трубно-перитонеальном бесплодии, врожденных аномалиях половых органов [1, 2, 3, 4].

Лапароскопические операции имеют несомненные преимущества перед традиционными лапаротомическими: малую травматичность; снижение послеоперационного койко-дня в 2-3 раза; значительное уменьшение интенсивности болевого синдрома, вплоть до его отсутствия; раннее вставание с постели в день операции; снижение общей стоимости лечения в 1,5 раза; профилактику послеоперационных осложнений; косметический эффект (что особенно важно для молодых пациенток); снижение сроков утраты трудоспособности в 3-6 раз [1, 3, 5].

В гинекологическом отделении Дорожной клинической больницы на станции Красноярск проведе-

ние гинекологических операций лапароскопическим методом начали осуществлять с 1997 года. В то время доля лапароскопических операций составляла 20 % от всех оперативных вмешательств. На первом этапе эндоскопические вмешательства мы начинали с относительно легких операций: стерилизация маточных труб, сальпинголизис, коагуляция эндометриодных очагов при эндометриозе 1-й степени. На втором этапе, по мере накопления технических навыков и клинического опыта, от относительно простых лапароскопических мы перешли к более сложным: пластические операции на маточных трубах по поводу бесплодия, сальпинготомия при эктопической беременности, тубэктомия, цистэктомия, аднексэктомия. Сегодняшний день можно характеризовать как третий этап развития лапароскопии в гинекологической практике. В нашей клинике освоены и проводятся гинекологические операции высокой степени сложности: консервативная миомэктомия, субтотальная и тотальная гистерэктомия, операции при распространенном эндометриозе 3-й и 4-й степени.

В настоящее время в отделении доля лапароскопических операций по отношению к традиционным лапаротомическим существенно возросла и составляет 75 %. Предоперационная подготовка к лапароскопическим операциям проводится почти так же, как и к лапаротомическим. В то же время, необходимо строго подходить к выбору метода оперативного вмешательства с учетом общепринятых показаний и противопоказаний. Так как газ, введенный в брюшную полость, оказывает давление на диафрагму, положение Трендельбурга, которое необходимо для работы на органах малого таза, может вызвать осложнение деятельности жизненно важных органов (легкие, сердце). Поэтому вопрос о выборе метода операции решают совместно три врача: гинеколог, анестезиолог, терапевт (кардиолог, эндокринолог).

За неполные десять лет лапароскопическим методом произведено более 800 операций различной степени сложности. Накопленный клинический опыт

позволяет нам разделять точку зрения многих специалистов о том, что гинекология — это хирургическая дисциплина, в которой возможно выполнение практически всех операций лапароскопическим методом, от малого до большого объема, в отличие от общей хирургии, онкологии, урологии и других хирургических дисциплин.

В настоящее время не подлежит сомнению, что лапароскопия играет ведущую роль в диагностике, лечении и реабилитации женщин с органическим трубно-перитонеальным бесплодием [2, 5, 6, 7]. Патология маточных труб — одна из самых частых (35-75 %) причин бесплодия. Основные причины, вызывающие нарушения проходимости одной или обеих маточных труб, особенно в сочетании со спаечным процессом, включают заболевания, передающимся половым путем (ЗППП), осложненные аборт, самопроизвольные выкидыши, роды, многочисленные лечебно-диагностические гидротубации, оперативные вмешательства на органы малого таза.

По данным Т.А. Назаренко (2004), эффективность восстановления репродуктивной функции после эндоскопических операций достаточно высока и составляет 25-45 % [3]. Примерно такие же результаты были получены А.И. Будаевым с соавт. (2004). В представленных авторами результатах общая частота наступления беременности составляла 34,5 %, при этом у 28,2 % женщин наступила маточная беременность, а у 6,3 % — внематочная беременность [8].

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении воспалительных заболеваний женских половых органов, тенденции к уменьшению непроходимости маточных труб в структуре женского бесплодия не отмечено. С трубно-перитонеальной формой бесплодия пролечены 124 пациентки, которым проводились эндоскопические операции: сальпингоовариолизис, сальпингостомия, сальпингонеостомия (когда невозможно выделить или идентифицировать фимбрилярный отдел трубы).

По нашим данным (что согласуется с данными других специалистов), при наличии спаечного процесса 3-й и 4-й степени процент наступления беременности крайне низкий — 2-3 %. Это объясняется тем, что функция трубы при гидросальпинксе потеряна, содержимое трубы способно вымыть оплодотворенную яйцеклетку из полости матки. Поэтому в таких случаях показано удаление маточной трубы, как первый этап подготовки пациентки к ЭКО. Из числа 124 прооперированных нами больных пластика трубы проведена у 100 пациенток (81 %), тубэктомия — у 24 пациенток (19 %). Средняя продолжительность стационарного лечения составляла 3-4 койко-дня, временная нетрудоспособность — 10-12 дней. Из 100 больных, которым была проведена пластика труб, беременность наступила у 38 больных, что составило 38 % и сопоставимо с результатами лечения в ведущих отечественных клиниках.

Более высокие результаты лечения отмечены нами при хирургическом лечении эндокринного бесплодия, обусловленного синдромом Штейна-Ливенталя. Таким пациенткам во время лапароскопических опе-

раций мы проводим декортикацию яичников, что в большинстве случаев приводит к овуляции и наступлению беременности. По нашим данным, у 80-85 % пациенток с бесплодием, обусловленным синдромом Штейна-Ливенталя, в результате проведения лапароскопической операции наступила беременность.

В структуре женского бесплодия частота эндометриоза составляет до 50 % случаев [9]. Наиболее частой локализацией эндометриoidных очагов является область широких и крестцово-маточных связок, позадматочное пространство и яичники. Проведение эндоскопической коагуляции очагов эндометриоза и/или эндометриoidных кист яичников совместно с проведением гормонотерапии (даназол, золадекс, гестринон, буссерилин и др.) позволило нам повысить восстановление репродуктивной функции у данной категории пациенток с бесплодием до 45-50 %.

Оперативное лечение осложненных форм воспалительных заболеваний придатков матки до недавнего времени в большинстве отечественных клиник, в том числе и в нашем отделении, осуществлялось преимущественно при помощи традиционных лапаротомических операций. В течение последних двух лет мы начали широкое внедрение лапароскопических вмешательств при воспалительных заболеваниях придатков матки. Основными показаниями для проведения лапароскопических операций у таких пациенток являются:

- отсутствие положительного эффекта от проводимой антибактериальной терапии в течение 24 часов;
- необходимость дифференциальной диагностики между острой хирургической и гинекологической патологией;
- необходимость проведения органосохраняющего оперативного вмешательства, сохранение репродуктивной и менструальной функции, восстановления анатомических особенностей придатков матки.

При проведении лапароскопии у пациенток с осложненными формами воспалительных заболеваний придатков матки мы проводим санацию и дренирование активным вакуум-дренажем. При гнойном сальпингите с рыхлыми формирующимися спайками, которые разделяются тупым путем, мы используем различные манипуляторы, более грубые спайки иссекаются ножницами. После взятия на бактериологическое исследование содержимого из пораженного яичника и полости малого таза, в брюшную полость заливается до 3-5 литров стерильной жидкости (физ. раствор, фурациллин), затем создается лекарственный гидроперитонеум, в состав которого входят: антибиотики (канамицин 2,0), кортикостероиды (гидрокортизон 124 ед.), антигистаминные препараты (фибrolан) — на 100-200 мл физиологического раствора или реополиглюкина.

При пиосальпинксе и необходимости сохранения маточной трубы вскрываем фимбрилярный отдел трубы, отсосом проводим ретроградное промывание трубы физиологическим раствором. При отсутствии необходимости сохранения трубы проводится тубэк-

томия. При абсцессе яичника показано удаление придатков матки со стороны поражения.

За последние два года в нашем отделении среди всех больных, прооперированных по поводу воспалительных заболеваний придатков матки (70 пациенток), лапароскопическим методом были прооперированы 60 пациенток, что составило 85,7 %. Следует особо отметить высокую экономическую эффективность лапароскопических операций среди этого контингента больных, средний койко-день уменьшился с 15 до 7.

Таким образом, в настоящее время лапароскопические операции в гинекологической практике занимают ведущие позиции и в большинстве случаев вытесняют традиционные лапаротомические. Преимущества эндоскопических операций очевидны: меньшая инвазивность и травматичность, возможность выполнения органосохраняющих операций, косметическая привлекательность, снижение медикаментозной нагрузки, более высокая экономичность, уменьшение пребывания пациентки в стационаре, ускоренное восстановление трудоспособности после операций.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Адамян, Л.В. Тотальная лапароскопическая гистерэктомия. Опыт более 1000 вмешательств /Адамян Л.В., Кулаков В.И., Киселев С.И. //Мать и дитя: Матер. IV науч. форума. – М., 2002. – С. 15-18.
2. Жабина, Е.С. Реабилитация репродуктивной функции женщин после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах /Е.С. Жабина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2002. – 19 с.
3. Диагностика и лечение женского бесплодия. Практическая гинекология (клинические лекции) /Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской. – М., 2001. – С. 298-317.
4. Тумарев, А.В. Диагностическая и оперативная лапароскопия при острых заболеваниях у гинекологических больных /А.В. Тумарев: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 14 с.
5. A randomized, prospective comparison of pain after gasless laparoscopy and traditional laparoscopy /Guido R.S., Brooks K., McKenzie R. et al. //J. Am. Ass. Gynec. Laparosc. – 1998. – V. 5, N 2. – P. 149-153.
6. Балакшина, Н.Г. Лапароскопия в лечении трубно-перитонеального бесплодия /Балакшина Н.Г., Кох Л.И. //Охрана здоровья матери и ребенка: 4-й Рос. науч. форум. – М., 2002. – С. 39-40.
7. Лапароскопия в гинекологии /Под ред. Г.М. Савельевой. – М., 2000. – 328 с.
8. Применение различных эндохирургических методик в лечении трубной окклюзии у женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза /Будаев А.И., Горин В.С., Рыбников С.В. и др. //Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Науч.-практ. конф. – М., 2004. – С. 155-157.
9. Адамян, Л.В. Эндометриозы: Рук. для врачей /Адамян Л.В., Кулаков В.И. – М., 1998. – 320 с.



## ЧТО ПРОИСХОДИТ С НАМИ ПРИ НЕДОСЫПАНИИ?

Современное общество бодрствует почти круглосуточно: интернет, виртуальное общение, ночные передачи по телевизору. Но только сейчас мы стали осознавать, какой вред наносит здоровью такой ритм жизни. Оказывается, недостаток сна повышает риск огромного количества заболеваний, включая рак, ИБС, сахарный диабет и ожирение.

При недосыпании нарушаются все функции организма. В силу своего биологического строения, наш организм не в состоянии приспособиться к дефициту сна. Каждому человеку требуется свое количество сна. Одному достаточно вздремнуть несколько часов. Другой, если не поспит десять часов, чувствует себя ужасно. Все же большинству людей необходимо спать ежедневно 7-9 часов. Если человек спит меньше 6-7 часов, у него резко возрастает риск заболеваний.

Вероятно, при недосыпании выделяется большое количество гормонов стресса и поднимается артериальное давление, а это важнейший фактор риска инфаркта и инсульта. Кроме того, у людей, лишенных сна, в крови содержится повышенное количество медиаторов воспаления. А это также фактор риска.

Исследования людей, работающих ночью, показали, что они особенно подвержены раку груди и кишечника. Это, возможно, связано с тем, что искусственное освещение приводит к понижению секреции мелатонина. А, как известно, гормон мелатонин способен подавлять рост опухолевых клеток.

В других исследованиях обнаружено, что даже умеренное недосыпание быстро нарушает обмен гормонов грелина и лептина, отвечающих за аппетит. Генетически человеческий организм запрограммирован на то, чтобы бодрствовать ночью только в двух случаях: когда нужно искать пищу или защищаться от опасности. Чтобы запастись энергией в этих случаях, нужно много есть. Вот поэтому недосыпающий современный человек часто оказывается ночью у холодильника.

Источник: Pharmindex.ru

Л.С. Омзаар, В.Б. Цхай, А.А. Модестов, Г.М. Маады, С.Э. Чооду

г. Кызыл,

Красноярская государственная медицинская академия,

г. Красноярск

# АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ПРИЧИН МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА – РЕГИОНЕ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ РОЖДАЕМОСТИ

Среди ключевых индикаторов, характеризующих деятельность служб охраны здоровья женщин, бесспорный приоритет принадлежит материнской смертности (МС) – одному из важнейших критериев состояния «здоровья» общества, населения и здравоохранения [1, 2]. Профилактика и снижение МС относятся к числу первоочередных региональных и глобальных проблем [3, 4].

В качестве задачи для решения этой проблемы Руководящий комитет ВОЗ предложил национальным службам здравоохранения изучить частоту, структуру и причины смертности беременных, рожениц и родильниц, а также разработать стандарты ведения беременности и родов на различных этапах оказания медицинской помощи.

Существует тесная связь между уровнем и структурой причин МС. Так, в экономически развитых странах ведущее место среди причин смерти матерей занимают осложнения, связанные с нарастающей частотой оперативных родов, широким оказанием анестезиологических пособий, анестезии и легочная эмболия, аборт, разрыв матки [5, 6, 7, 8]. По уровню МС Россия занимает промежуточное место между развитыми и развивающимися странами, а Республика Тыва в составе России относится к числу регионов с высоким уровнем МС [9, 10].

Целью настоящей работы явились изучение и анализ медико-организационных аспектов причин материнской смертности в Республике Тыва – регионе с высокой рождаемостью.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ причин МС в Республике Тыва за 1998-2004 гг. Анализ осуществлен на основании изучения первичной медицинской документации: материнских карт амбулаторных больных, индивидуальных карт беременных и рожениц, медицинских карт стационарных больных, историй родов, медицинских карт прерывания беременности, протоколов патологоанатомических исследований, протоколов экспертных оценок ме-

дицинской документации. Экспертный анализ случаев смерти осуществляли с позиций ее предотвратимости в данной конкретной ситуации.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Республика Тыва до сих пор остается одной из немногих территорий в Российской Федерации, где ежегодно уровень рождаемости почти в два раза превышает среднероссийский показатель, а естественный прирост населения обеспечивает его воспроизводство. Республика занимает второе место по рождаемости в Российской Федерации, после Республики Ингушетия. Вместе с тем, за последние 10 лет показатели рождаемости, общей смертности и естественного прироста населения в Республике Тыва характеризовались разнонаправленной и неоднозначной динамикой. В последние два года, при увеличении показателя рождаемости до 20,2-20,0 на 1000 населения, увеличился показатель общей смертности населения до 14,9-16,0 на 1000 населения, при этом существенно вырос показатель естественного прироста населения – до 6,7 в 2004 году (табл. 1).

Следует отметить, что динамика показателей материнской смертности в целом по РФ имеет устойчивый характер снижения, а в Красноярском крае ситуация

Таблица 1  
Динамика основных демографических показателей в Республике Тыва

| Годы | Рождаемость | Смертность | Естественный прирост |                   |       |
|------|-------------|------------|----------------------|-------------------|-------|
|      |             |            | Р. Тыва              | Красноярский край | РФ    |
| 1998 | 17,0        | 11,7       | + 5,3                | - 3,8             | - 4,8 |
| 1999 | 15,7        | 13,3       | + 2,4                | - 5,2             | - 6,3 |
| 2000 | 15,7        | 13,4       | + 2,3                | - 5,5             | - 6,6 |
| 2001 | 16,0        | 13,4       | + 2,6                | - 4,6             | - 6,5 |
| 2002 | 18,0        | 14,5       | + 3,5                | - 4,6             | - 5,8 |
| 2003 | 20,2        | 14,9       | + 5,3                | - 4,5             | - 4,9 |
| 2004 | 20,0        | 16,0       | + 6,7                | - 4,7             | - 5,6 |

Примечание: показатели рождаемости и смертности рассчитаны на 1000 населения.

существенным образом изменилась с 2001 года, когда впервые показатели материнской смертности стали ниже общероссийских (табл. 2).

**Таблица 2**  
**Динамика материнской смертности**  
**в Республике Тыва, Красноярском крае и РФ (в ‰)**

| Годы | Р. Тыва | Красноярский край | РФ   |
|------|---------|-------------------|------|
| 1998 | 227,8   | 79,2              | 49,9 |
| 1999 | 121,1   | 80,9              | 44,2 |
| 2000 | 123,5   | 64,0              | 39,7 |
| 2001 | 79,9    | 13,5              | 36,5 |
| 2002 | 69,8    | 25,3              | 33,5 |
| 2003 | 127,5   | 27,5              | 32,8 |
| 2004 | 32,2    | 36,6              | 23,4 |
| 2005 | 16,5    | -                 | -    |

Динамика показателя материнской смертности в Республике Тыва до 2003 года носила хаотичный, волнообразный характер, что свидетельствовало о его малой управляемости со стороны службы родовспоможения и системы здравоохранения в целом. С 2002 года, в результате серьезных медико-организационных и структурных преобразований в родовспомогательной службе Республики, связанных, прежде всего, с работой Перинатального центра и оказанием экстренной лечебно-консультативной помощи на уровне кожных родовспомогательных учреждений, произошло существенное снижение показателя материнской смертности. В 2005 году, впервые за все время существования акушерско-гинекологической службы Республики Тыва, показатель материнской смертности зарегистрирован на уровне ниже среднероссийского – 16,5 ‰.

Проведенный анализ показал, что преобладающее большинство умерших женщин составили жительницы сельской местности – 83 %. Среди них домохозяйки – 24,3 %, работники сельского хозяйства – 32,4 %, рабочие и служащие – 23,3 %, студентки – 20 %. Более половины женщин погибли в городских лечебных учреждениях – 53,7 %, в центральных кожных больницах – 43,9 %, вне лечебного учреждения – 2,4 %. Из 47 умерших, в одном случае (2,4 %) имелся малый срок беременности, до 28 недель. Остальные 46 женщин (97,6 %) погибли при сроке беременности 28 недель и более. Из числа всех умерших, 24 женщины (58,5 %) умерли вследствие прямых акушерских причин, 4 (9,8 %) – вследствие косвенных причин, 13 (31,7 %) – вследствие прочих причин.

Анализ первичной медицинской документации показал, что из общего числа умерших не наблюдалась в женской консультации каждая четвертая женщина. Из женщин, состоящих на учете, менее половины беременных (47 %) были взяты под наблюдение врача в ранние сроки беременности, а 30 % из них перестали посещать врача за 1,5-2 месяца до родов. При обследовании женщин, у каждой пятой умершей не установлена имеющаяся патология. Правильный диагноз был установлен только в 53,7 % случаев.

Гестоз сопутствовал данной беременности у 13 умерших (31,7 %), в последующем у трех женщин развилась эклампсия, что свидетельствует о неэффективности проведенной терапии и неверной акушерской тактике.

Индекс здоровья умерших оказался крайне низким. Экстрагенитальные заболевания имели 38 женщин (92,7 %), из их числа 33 беременные (86,8 %) имели концентрацию гемоглобина ниже 90 г/л. Из 33 женщин (86,8 %) с анемией, у 5 (15,2 %) отмечалась тяжелая степень анемии, в том числе у 16 повторнородящих (48,5 %) и 10 многорожавших (30,3 %) женщин. Приведенные факты требуют разработки научно обоснованных лечебно-профилактических мероприятий по снижению частоты этой патологии в нашем регионе.

Острые и хронические заболевания почек перенесла каждая четвертая умершая женщина, заболевания сердца и сердечно-сосудистой системы – каждая пятая, венозные осложнения – каждая десятая. Обращает на себя внимание поздняя явка в женскую консультацию беременных с экстрагенитальными заболеваниями, что можно объяснить как их настойчивым желанием иметь ребенка, так и низкой степенью информированности будущих матерей о состоянии своего здоровья. Тревожным является тот факт, что 17 женщин (41,5 %) из числа умерших имели противопоказания к вынашиванию данной беременности (у первородящих это были, в основном, хронические заболевания почек, а у многорожавших – тяжелые сердечно-сосудистые заболевания).

В структуре причин смертности беременных, рожениц и родильниц в Республике Тыва акушерские осложнения составляли более половины (24 чел. или 58,5 %) всех причин материнской смертности, при этом ведущее место занимали гестозы и кровотечения (табл. 3).

Особо следует отметить, что за последние два года материнская смертность в 100 % случаев обусловлена тяжелыми гестозами и связанными с ними осложнениями. Смерть всех трех женщин произошла в кожных больницах (Кызылский и Пий-Хемский кожные).

Проведенные исследования показали, что в 72,5 % случаев смерть женщин была предотвратима. Анализ МС показал важное значение своевременной госпитализации беременных женщин в специализированный стационар. Так, каждая вторая умершая женщина была доставлена в стационар в тяжелом или критическом состоянии. Факторами, способствующими МС, в основном были репродуктивные (возраст, число родов в анамнезе, нежелательная беременность) и сопутствующие осложнения гестации. Более четверти случаев (28,5 %) МС пришлось на возраст старше 35 лет и многорожавших женщин, среди которых 97,9 % были больны тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями.

Важное значение в исходе беременности и родов имеют качество лечебно-диагностических мероприятий и квалификация медицинского персонала. Так, экспертная оценка качества ведения родов у женщин, умерших от кровотечений и гестозов, в большинстве

Таблица 3  
Структура причин материнской смертности (абс/%)

| Причины                         | 1998   | 1999   | 2000   | 2001 | 2002 | 2003   | 2004  | 2005  |
|---------------------------------|--------|--------|--------|------|------|--------|-------|-------|
| Кровотечение                    | 4/33,3 | 2/33,3 | 1/16,7 | 1/25 | 2/50 | 1/14,3 | 0     | 0     |
| Гестоз                          | 3/25   | 1/16,7 | 3/50   | 2/50 | 1/25 | 1/14,3 | 2/100 | 1/100 |
| Сепсис                          | 1/8,3  | 0      | 0      | 0    | 0    | 0      | 0     | 0     |
| Анестезиологические осложнения  | 2/16,7 | 0      | 0      | 1/25 | 0    | 2/28,5 | 0     | 0     |
| Эмболия околоплодными водами    | 0      | 0      | 0      | 0    | 0    | 1/14,3 | 0     | 0     |
| Тромбоземболия легочной артерии | 0      | 0      | 0      | 0    | 0    | 1/14,3 | 0     | 0     |
| Прочие акушерские осложнения    | 0      | 0      | 1/16,7 | 0    | 0    | 0      | 0     | 0     |
| Экстрагенитальные заболевания   | 2/16,7 | 3/50   | 1/16,7 | 0    | 1/25 | 1/14,3 | 0     | 0     |

случаев свидетельствовала о неадекватности терапии: необоснованно длительная консервативная терапия при неостановленном кровотечении, несвоевременно восполненная кровопотеря, запоздалое оперативное вмешательство, поздний перевод в Перинатальный Центр и др. Установлено, что больше всего врачебных ошибок наблюдалось при ведении родов у первородящих женщин. В некоторых случаях недостатки при ведении родов были связаны не только с квалификацией врача, но и с недостаточной материально-технической базой лечебных учреждений и организацией экстренной врачебной помощи.

МС была в четыре раза выше у сельских женщин, что, как нам представляется, связано не только с медицинскими, но и с социально-бытовыми факторами (в селе проживает основная масса многодетных матерей, рождаемость значительно превышает средний республиканский показатель, низкий материальный уровень, высокая доля безработных, существенно ниже индекс здоровья).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, за последние три года первые три места в структуре причин МС занимали гестозы, кровотечения и экстрагенитальные заболевания, последние два года в 100 % случаев МС была обусловлена осложнениями, связанными с гестозом. В целом причины МС носили мультифакториальный характер и зависели от состояния репродуктивного здоровья женщин, наличия гестационных и экстрагенитальных осложнений, а также от организации и качества оказания специализированной медицинской помощи. Факторы МС социального и медико-организационного характера наиболее актуальны для жительниц сельской местности.

Смерть 72,5 % женщин была предотвратима при своевременной диагностике, адекватном лечении, рациональной акушерской тактике. Высокий удельный вес предотвратимых исходов отмечался при гестозах (75 %) и кровотечениях (70 %), низкий (15,6 %) – среди умерших от экстрагенитальных заболеваний (в 41,5 % случаев беременность и роды погибших женщинам были абсолютно противопоказаны).

В последнее десятилетие в Российской Федерации, в том числе и в Республике Тыва, активно проводи-

лась национальная программа «Безопасное материнство» по снижению материнской заболеваемости и смертности, что позволило за последние 5 лет достигнуть некоторых положительных результатов (за исключением 2003 года). Материнская смертность в Республике Тыва, регионе с высокой рождаемостью (в 2005 г. – 20,0 на 1000 населения), наметилась положительная тенденция к снижению МС, а, по сравнению с показателями 1998 года, она снизилась более чем в 10 раз, с 227,8 ‰ до 16,5 ‰ в 2005 году, и впервые зарегистрирована на уровне ниже среднероссийского.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Радзинский, В.Е. Материнская смертность: статистика, проблемы перспективы /В.Е. Радзинский //Журн. практ. врача акуш.-гинеколог. (Волгоград) – 2005. – № 1. – С. 3-6.
2. Прогнозирование материнских и перинатальных потерь на региональном уровне /К.Г. Серебренникова, Н.А. Харина, Э.И. Тыцкая и др. //Актуал. вопр. акуш. и гинеколог. – 2001-2002. – Т. 1. – № 1. – С. 264-265.
3. Обоскалова, Т.А. Оптимизация акушерско-гинекологической помощи для предотвращения репродуктивных потерь в крупном промышленном городе /Т.А. Обоскалова: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Челябинск, 2005. – 50 с.
4. Слепнева, Г.З. Оптимизация управления службой акушерства и гинекологии для снижения материнской смертности в регионе /Г.Н. Слепнева, А.П. Колесниченко, А.И. Грицан //Критические состояния в акушерстве и перинатологии: Науч.-практ. конф. – Петрозаводск, 2003. – С. 230-233.
5. Callaghan, W.M. Pregnancy-related mortality among women aged 35 years and older, United States, 1991-1997 /W.M. Callaghan, C.J. Berg //Obst. Gynec. – 2003. – V. 102. – P. 1015-1021.
6. Methods for identifying pregnancy-associated deaths: population-based data from Finland 1987-2000 /M. Gissler, C. Berg, M.H. Bouvier-Colle, P. Bukens //Paediat. Perinat. Epidemiol. – 2004. – V. 18, N 6. – P. 448-455.
7. Risk Factors for legal induced abortion-related mortality in the United States /A. Bartlett, C.J. Berg, H.B. Shulman et al. //Obst. and Gyn. – 2004. – V. 103. – P. 729-737.
8. DeAngelis, C.D. Women's Health: A Call for Papers /C.D. DeAngelis, R.M. Glass //JAMA. – 2005. – V. 293, N 21. – P. 2662-2668.
9. Материнская смертность в республике Тыва. Пути ее снижения /В.Н. Кустаров, Е.А. Конычева, Г.М. Маады, О.В. Шиганова //Мать и дитя: Матер. VII Рос. форума. – М., 2005. – С. 626.
10. Токова, З.З. Материнская смертность в РФ (динамика, причины) /З.З. Токова, Ю.В. Мекша //Мать и дитя: Матер. VII Рос. форума. – М., 2005. – С. 257-258.

\* \* \*

Л.В. Лузина, А.Г. Ящук, О.С. Абулхайрова  
Башкирский государственный медицинский университет,  
Городская клиническая больница № 18,  
г. Уфа

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОГЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ

Опущение и выпадение внутренних половых органов является одной из актуальных проблем оперативной гинекологии. Частота заболевания достигает 28 %. В последние годы отмечается тенденция к «омоложению» и возникновению осложненных и тяжелых рецидивных форм генитального пролапса. Поэтому проблема десценции тазового дна продолжает оставаться в центре внимания врачей смежных специальностей, проктологов и урологов.

В структуре оперативных вмешательств на долю гинекологических операций по поводу пролапса гениталий приходится 15-18 %.

На сегодня отсутствует единая точка зрения на причины развития тазовой десценции. Признание родовой травмы, как главного фактора генитального пролапса, не объясняет патогенеза заболевания у молодых и нерожавших женщин. Определенную роль в генезе опущения и выпадения стенок влагалища и матки играют возрастная гипоэстрогемия, длительное повышение внутрибрюшного давления вследствие тяжелой физической работы, хронической экстрагенитальной патологии (запоры, продолжительный кашель), перенесенные операции на гениталиях и др.

Буянова С.Н. [1] предложила гипотезу о влиянии на патологический процесс системной недостаточности соединительной ткани в виде сочетанного поражения других органов (грыжи, опущения, варикозная болезнь, геморрагические диатезы и др.). Таким образом, в основе опущения и выпадения стенок влагалища и матки у женщин лежит дефект соединительной ткани, приводящий к несостоятельности связочного аппарата матки и стенок влагалища.

Цистоцеле, как правило, возникает в результате отделения внутренней тазовой фасции от сухожильной дуги таза.

Известно более 300 способов хирургического лечения этой патологии, однако частота рецидивов тазовой десценции колеблется от 4 до 40 %. По нашим данным, «иссечение» излишков тканей влагалища не останавливает процесс «старения», атрофических и дистрофических изменений тканей, которые способствуют рецидиву заболевания. Эти обстоятельства требуют новых подходов к выбору хирургической

тактики, оптимизации оперативных вмешательств и противорецидивных технологий.

**Цель исследования** — разработка и изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения пролапса гениталий с использованием биогенных материалов.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В связи с высокой частотой рецидивов тазовой десценции после хирургического лечения опущения и выпадения внутренних половых органов, высок интерес к использованию имплантируемых материалов для восстановления фасциальных дефектов. Известно, что использование нерассасывающихся синтетических материалов приводит к постоянному восстановлению тканевого дефекта, но их применение может вызвать хроническую воспалительную реакцию у реципиента и возникновение ряда побочных осложнений.

По данным J. Depsert, F. Cjaerhout (2005), биологические материалы имеют меньшее число местных побочных эффектов. Рядом авторов было установлено, что консервированные трансплантаты нежизнеспособны и после пересадки подвергаются постепенному лизису и замещению новообразованной тканью реципиента (Seifert К.Е., 1967; Коваленко П.П., 1975). Во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии разработана оригинальная технология получения аллогенных биоматериалов «Аллоплант» [2]. Основной эффект заключается в селективной стимуляции регенерации различных видов тканей за счет комбинации гликозаминогликанов с дифференциацией клеточных элементов, приводящей к формированию структурно полноценного регенерата без признаков рубцевания [3].

Подбирая для трансплантации ткани с различной фиброархитектоникой, физико-механическими свойствами и гистохимическим составом, можно прогнозировать свойства регенерата, замещающего пересаженный материал [2]. Результаты морфологических исследований, проведенных в последние годы, позволили разработать новый аспект использования биоматериалов, направленный не на замещение физи-

ческих дефектов тканей, а на стимуляцию регенерации в патологически измененных органах и трофическое обеспечение регенеративного процесса.

В поиске оптимальных технологий лечения пролапса гениталий и с целью дальнейшей профилактики развития рецидива заболевания мы внедрили биогенные материалы «Аллоплант» в хирургию тазового дна. Для хирургической коррекции пролапса гениталий, в частности для укрепления стенок влагалища, использовали биоматериал в виде диспергированной твердой мозговой оболочки (ТМО).

Биоматериал «Аллоплант», приготовленный из твердой мозговой оболочки головного мозга, имеет структуру, свойственную плотной оформленной соединительной ткани, но лишённую клеток. После имплантации биоматериал подвергается медленному лизису макрофагами реципиента и фрагментации.

Одновременно с деградацией, биоматериал постепенно замещается плотной оформленной соединительной тканью (Шангина О.Р., 1999).

Технология ликвидации цистоуретроцеле, создание и укрепление влагалищной стенки заключается в следующем: из передней стенки влагалища выкраивается продольный лоскут различных размеров, в зависимости от той или иной формы дефекта, иногда проводится продольный разрез слизистой без иссечения тканей слизистой оболочки влагалища. Затем слизистая оболочка отсепаровывается в обе стороны, формируется тоннель между слизистой влагалища и тазовой фасцией, куда помещается готовый биоматериал ТМО, далее слизистая оболочка сшивается непрерывным викриловым швом. При наличии ректоцеле аналогичным способом ликвидируется дефект задней стенки влагалища, целостность промежности также восстанавливается непрерывным викриловым швом. В послеоперационном периоде осуществляется ранняя активизация больных, разрешается садиться на вторые третьи сутки.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 150 женщин, страдающих опущением внутренних половых органов, вплоть до их полного выпадения. Ощущение «тяжести» внизу живота, в поясничной области отмечено у 149 (88 %), ощущение инородного тела в области промежности – у 105 (60 %), появление опухолевидного выпячивания из половых путей при натуживании, физической нагрузке, после длительной ходьбы – у 113 (66,6 %). Частое мочеиспускание отмечено у 107 женщин (63,3 %), снижение сексуальной функции – у 97 (57 %), стрессовое недержание мочи – у 15 (8,9 %), диспареуния – у 45 (26,6 %).

При объективном осмотре выявлено: зияние половой щели без натуживания; расхождение лобко-

во-копчиковых мышц в области прикрепления их к стенкам прямой кишки и наружному сфинктеру, наличие кольпоцистоцеле, кольпоуретрального пролапса, гипермобильность матки наблюдались у 68 женщин (40 %), в 70 % случаев на стенках влагалища и шейки матки выявлены декубитальные язвы.

С использованием биоматериала ТМО прооперированы 38 пациенток в возрасте 30-65 лет (средний возраст  $36 \pm 4$  года). После комплексного обследования больные были разделены на три группы. Первую группу составили 12 пациенток с опущением стенок влагалища и формированием цисто- и ректоцеле, 2-ю группу – 18 женщин с неполным выпадением матки, 3-ю группу – 8 больных с полным выпадением матки.

Осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде не отмечено. При изучении отдаленных результатов через 6, 12, 48 месяцев у всех пациенток наблюдалось формирование стойкого рубца с сохранением эластичности и растяжимости влагалища, отсутствие дизурических явлений. Все женщины отмечали значительное улучшение качества жизни.

## ВЫВОДЫ:

1. Применение биоматериала ТМО значительно улучшает результаты оперативного лечения пролапса гениталий в связи с формированием полноценного анатомо-морфофункционального рубца и отсутствием рецидива заболевания.
2. Реконструкция тазового дна применением биогенного материала ММО по своему качеству не уступает пластическим операциям с использованием проленовой сетки.
3. Аллотрансплантация создает широкую возможность забора тканей (трупный материал); биогенные материалы просты в использовании и дешевы, по сравнению с синтетическими аналогами.
4. Применение ТМО является клинически и экономически оправданным способом коррекции пролапса гениталий, открывает новое направление в регенеративной хирургии в гинекологической практике.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Буянова, С.Н. Выбор метода хирургической коррекции пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста: Метод. реком. /Буянова С.Н. – Тбилиси, 1998.
2. Мулдашев, Э.Р. Теоретические и прикладные аспекты создания аллотрансплантатов серии "Аллоплант" для пластической хирургии лица /Э.Р. Мулдашев: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 1994.
3. Муслимов, С.А. Морфологические аспекты регенеративной хирургии /Муслимов С.А. – Уфа, 2000.

\* \* \*

# УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ «МАТЬ И ДИТЯ В КУЗБАССЕ» ЗА 2005 ГОД

## ЛЕКЦИИ

ЦИСТИТЫ У ДЕТЕЙ /Митрофанов К.В. . . . . 1 (3)

## ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

**ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ПУТИ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ  
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ** /Игишева Л.Н., Казакова Л.М. . . . . 3 (3)  
**ПУРИНОЗ (НЕРВНО-АРТРИТИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ) И НЕКОТОРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ** (уратная нефропатия, подагра, артериальная гипертензия,  
ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет 2-го типа) /Ровда Ю.И., Казакова Л.М. . . . . 1 (10), 2 (3)

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

**АЛКОГОЛИЗМ РОДИТЕЛЕЙ И УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ ИХ ДЕТЕЙ**  
/Корнилов А.А., Селедцов А.М., Максименко А.В., Летунова В.С., Крысюк М.В., Новосельцев А.Л. . . . . 1 (24)  
**АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АБОРТОВ И КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ** /Вопилова Л.В. . . . 4 (18)  
**АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ПРИЧИН МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА – РЕГИОНЕ  
С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ РОЖДАЕМОСТИ** /Омзаар Л.С., Цхай В.Б., Модестов А.А., Маады Г.М., Чооду С.Э. . . . . 4 (38)  
**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КЛЕБСИЕЛЛ С КОММЕРЧЕСКИМ БАКТЕРИОФАГОМ В КИШЕЧНИКЕ  
ДЕТЕЙ** /Зинин-Бермес Н.Н., Кочемасова О.И., Муратова Р.Н., Ильина Н.А., Вязьмина Г.И. . . . . 3 (30)  
**ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО  
РИНИТА У ДЕТЕЙ** /Лютина Е.И., Манеров Ф.К., Курилова Т.Н., Чиркова И.В., Федосова И.А. . . . . 2 (12)  
**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОДА РАННЕЙ ПОСТНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ  
НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ** /Чистякова Г.Н. . . 3 (17)  
**КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЭНДОКАРДИТОВ**  
/Яковлев Я.Я., Ковригина Н.А., Манеров Ф.К. . . . . 2 (25)  
**МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗОВ МЕТОДОМ  
ВОДНО-ИММЕРСИОННОЙ КОМПРЕССИИ** /Глызина Ю.Н., Цхай В.Б., Колесниченко А.П. . . . . 4 (21)  
**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ  
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ** /Сарычева Е.Г., Чернов О.М. . . . . 2 (33)  
**ОБОСНОВАНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ  
ПРЕРЫВАНИЕ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМ АБОРТОМ** /Михайлова Г.Н., Глебова Н.Н. . . . . 4 (12)  
**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ  
ВНУТРИПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ** /Колпинский Г.И., Камаева Т.А. . . . . 1 (31)  
**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОДУКТА МАРАЛОВОДСТВА У ПАЦИЕНТОК  
С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ** /Майборода И.Б., Евтушенко И.Д., Перепелкина А.А. . . . . 4 (24)  
**ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ  
ОТДЕЛЕНИИ ДОРОЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. КРАСНОЯРСКА** /Старцева М.Н. . . . . 4 (35)  
**ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
БЕРЕМЕННЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ** /Минкин Р.И., Крюков А.А. . . . . 4 (3)  
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, СОСТОЯНИЯ ЛАКТАЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕДОСТАТОЧНЫМ  
ФАКТИЧЕСКИМ ПИТАНИЕМ** /Низамова А.Ф., Шахмаева А.Б., Глебова Н.Н., Трубин В.Б., Трубина Т.Б. . . . . 4 (15)  
**ОЦЕНКА ОБЪЕМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ  
В ТОМСКЕ И ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ** /Давыдова Т.В., Кравец Е.Б., Врублевская М.Л. . . . . 3 (9)  
**ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКИХ ДОЗ МЕТОТРЕКСАТА В ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНЫХ ФОРМ  
РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ** /Матвеева Н.В., Манеров Ф.К., Котович М.М. . . . . 1 (16)  
**ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КРАЙНЕ ВЫСОКИХ ЧАСТОТ В КОМПЛЕКСЕ  
ПРОФИЛАКТИКИ ГЕСТОЗА** /Шаталова Е.В., Михеенко Г.А. . . . . 4 (32)  
**ПРИЧИНЫ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОГО ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ** /Мамаева А.В., Ящук А.Г. . . . . 4 (8)  
**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПРОМИЕЛОЦИТАРНЫМ ЛЕЙКОЗОМ ПО ПРОТОКОЛУ  
APL-93** /Землянский А.В., Дудкин С.А., Глушков Д.В., Горошкова М.Ю., Шабашкевич Е.П., Манеров Ф.К. . . . . 1 (22)

|   |        |
|---|--------|
| <b>РЕФЛЮКС-НЕФРОПАТИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЦИСТИТОМ: ФАКТОРЫ РИСКА, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ</b> /Митрофанов К.В., Кривцова Л.А. . . . .   | 2 (19) |
| <b>РОЛЬ НЕНАСЛЕДУЕМЫХ РОДИТЕЛЬСКИХ HLA DR В ФОРМИРОВАНИИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА К ВАКЦИННЫМ АНТИГЕНАМ ДИФТЕРИИ И КОРИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</b> /Шабалдин А.В., Гордеева Л.А. . . . .   | 3 (22) |
| <b>СОСТОЯНИЕ ВАГИНАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ БЕРЕМЕННЫХ К СРОКУ РОДОВ</b> /Громова В.А., Осипова Л.П., Филиппова И.Е., Колесникова Н.Б. . . . .  | 1 (20) |
| <b>СОЦИАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ И АГРЕССИВНЫМИ СИМПТОМАМИ</b> /Соенко С.В., Басалаева М.С., Чернова О.В. . . . .   | 3 (26) |
| <b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ГЕНЕЗА</b> /Евтушенко И.Д., Рыбников С.В., Артамонов В.А. . . . .  | 1 (34) |
| <b>СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СРЕДНЕГО ПРИОБЬЯ</b> /Гирш Я.В. . . . .   | 2 (40) |
| <b>СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ NUVARING У ЖЕНЩИН И ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ</b> /Зернюк А.Д. . . . .   | 2 (28) |
| <b>ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ NUVARING У ЖЕНЩИН И ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ</b> /Зернюк А.Д. . . . .  | 3 (12) |
| <b>ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В НАЧАЛЕ ТРЕТЬЕГО ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ</b> /Копылова И.Ф., Илясов В.Н. . . . .   | 2 (8)  |
| <b>ФАКТОРЫ РИСКА, МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ</b> /Кальченко О.В., Рудакова Е.Б., Путалова И.Н., Наумкина Е.В., Матощенко Е.В., Сабитов Ш.С., Красникова Е.П., Гладышева Н.В. . . . . | 4 (28) |
| <b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОГЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ</b> /Лузина Л.В., Ящук А.Г., Абулхаирова О.С. . . . .   | 4 (41) |
| <b>ЭКСПРЕССНЫЕ МЕТОДЫ МИКРОРЕАКЦИЙ В АУТОСЕРОЛОГИИ</b> /Зинин-Бермес Н.Н., Чернобай Н.А., Осипова Л.П., Громова В.А., Мещерикова О.П., Сафронова Р.Г., Антипова Н.Д. . . . .  | 2 (37) |
| <b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АПЛАСТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ</b> /Дудкин С.А., Глушков Д.В., Горошкова М.Ю., Землянский А.В., Шабашкевич Е.П., Манеров Ф.К. . . . .   | 1 (28) |

## ОБМЕН ОПЫТОМ

|  |        |
|--|--------|
| <b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАМЕРНОГО ВВЕДЕНИЯ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА ПО МЕТОДИКЕ СКВОРЦОВА-ОСИПЕНКО ПРИ ТЯЖЕЛЫХ НЕВРОПАТИЯХ ЛИЦЕВОГО НЕРВА</b> /Дорофеева Л.К., Едомский А.К. . . . . | 1 (37) |
| <b>ПРОПАГАНДА, ПООЩРЕНИЕ И ПОДДЕРЖКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ</b> /Черных Н.С., Вакулова Т.М., Саблина И.А., Капелина Л.Л. . . . .                 | 3 (32) |
| <b>ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА</b> /Алексеева А.Д. . . . .    | 3 (35) |

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

|   |        |
|---|--------|
| <b>ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ И ГЕМОРАГИЧЕСКАЯ ФОРМЫ ТЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ</b> /Кожевина Г.И., Воронина Е.Н., Краснов А.В., Арыжаков В.П., Шестопалова А.С. . . . .                     | 1 (39) |
| <b>ГЕПАТОНЕКРОЗЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПУПОЧНОЙ ВЕНЫ</b> /Сутулина И.М., Черных А.А., Арыжаков В.П., Антонов А.А., Кравец Е.М. . . . .                        | 2 (43) |
| <b>МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТЫ, ВЫЗВАННЫЕ ВИРУСАМИ ГЕРПЕСА И КРАСНУХИ У ДЕТЕЙ</b> /Манеров Ф.К., Борщикова Т.И., Кардаш С.В., Каличкина И.Ю., Хамин И.Г., Шмакова Т.Г., Андриянова О.И. . . . . | 3 (39) |
| <b>РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДРЕНИРОВАНИЯ ГНОЙНИКА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЧЕРЕЗ МАТОЧНУЮ ТРУБУ</b> /Коношенко И.П., Артымук Н.В., Орлова Н.Г., Суслов Б.Ю. . . . .                                       | 3 (37) |
| <b>РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ИНТОКСИКАЦИИ ДЕТЕРГЕНТАМИ</b> /Манеров Ф.К., Сурков А.М., Борщикова Т.И., Кардаш С.В., Каличкина И.Ю., Жуланов А.И. . . . .  | 3 (43) |
| <b>СЛУЧАЙ ЭМФИЗЕМЫ СРЕДОСТЕНИЯ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ В РОДАХ</b> /Чернова Л.И., Колесникова Н.Б., Кошелев Г.П., Моисеев И.М., Шуйкина Е.П. . . . .                                    | 3 (41) |

## ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

|   |        |
|---|--------|
| <b>НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС И ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ. ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ</b> /Филипп Стинхаут . . . . . | 1 (42) |
|---|--------|

## ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

|  |        |
|--|--------|
| <b>ГОМЕОПАТИЯ ГАНЕМАНА И СОВРЕМЕННАЯ ГОМЕОПАТИЯ</b> /Перевощикова Н.К. . . . . | 2 (46) |
|--|--------|

\* \* \*

# ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ ЖУРНАЛА «МАТЬ И ДИТЯ В КУЗБАССЕ» ЗА 2005 ГОД

| <b>А</b>              |                |
|-----------------------|----------------|
| Абулхаирова О.С. .... | 4 (41)         |
| Алексеева А.Д. ....   | 3 (35)         |
| Андрянова О.И. ....   | 3 (39)         |
| Антипова Н.Д. ....    | 2 (37)         |
| Антонов А.А. ....     | 2 (43)         |
| Артамонов В.А. ....   | 1 (34)         |
| Артымук Н.В. ....     | 3 (37)         |
| Арыжаков В.П. ....    | 1 (39), 2 (43) |

| <b>Б</b>            |                |
|---------------------|----------------|
| Басалаева М.С. .... | 3 (26)         |
| Борщикова Т.И. .... | 3 (39), 3 (43) |

| <b>В</b>              |        |
|-----------------------|--------|
| Вакулова Т.М. ....    | 3 (32) |
| Вопилова Л.В. ....    | 4 (18) |
| Воронина Е.Н. ....    | 1 (39) |
| Врублевская М.Л. .... | 3 (9)  |
| Вязьмина Г.И. ....    | 3 (30) |

| <b>Г</b>            |                |
|---------------------|----------------|
| Гирш Я.В. ....      | 2 (40)         |
| Гладышева Н.В. .... | 4 (28)         |
| Глебова Н.Н. ....   | 4 (12), 4 (15) |
| Глушков Д.В. ....   | 1 (22), 1 (28) |
| Глызина Ю.Н. ....   | 4 (21)         |
| Гордеева Л.А. ....  | 3 (22)         |
| Горошкова М.Ю. .... | 1 (22), 1 (28) |
| Громова В.А. ....   | 1 (20), 2 (37) |

| <b>Д</b>            |                |
|---------------------|----------------|
| Давыдова Т.В. ....  | 3 (9)          |
| Дорофеева Л.К. .... | 1 (37)         |
| Дудкин С.А. ....    | 1 (22), 1 (28) |

| <b>Е</b>            |                |
|---------------------|----------------|
| Евтушенко И.Д. .... | 1 (34), 4 (24) |
| Едомский А.К. ....  | 1 (37)         |

| <b>Ж</b>          |        |
|-------------------|--------|
| Жуланов А.И. .... | 3 (43) |

| <b>З</b>               |                |
|------------------------|----------------|
| Землянский А.В. ....   | 1 (22), 1 (28) |
| Зернюк А.Д. ....       | 2 (28), 3 (12) |
| Зинин-Бермес Н.Н. .... | 2 (37), 3 (30) |

| <b>И</b>          |        |
|-------------------|--------|
| Игишева Л.Н. .... | 3 (3)  |
| Ильина Н.А. ....  | 3 (30) |
| Илясов В.Н. ....  | 2 (8)  |

| <b>К</b>               |                      |
|------------------------|----------------------|
| Казакова Л.М. ....     | 1 (10), 2 (3), 3 (3) |
| Каличкина И.Ю. ....    | 3 (39), 3 (43)       |
| Кальченко О.В. ....    | 4 (28)               |
| Камаева Т.А. ....      | 1 (31)               |
| Капелина Л.Л. ....     | 3 (32)               |
| Кардаш С.В. ....       | 3 (39), 3 (43)       |
| Ковригина Н.А. ....    | 2 (25)               |
| Кожевина Г.И. ....     | 1 (39)               |
| Колесникова Н.Б. ....  | 1 (20), 3 (41)       |
| Колесниченко А.П. .... | 4 (21)               |
| Колпинский Г.И. ....   | 1 (31)               |
| Коношенко И.П. ....    | 3 (37)               |
| Копылова И.Ф. ....     | 2 (8)                |
| Корнилов А.А. ....     | 1 (24)               |
| Котович М.М. ....      | 1 (16)               |
| Кочемасова О.И. ....   | 3 (30)               |
| Кошелев Г.П. ....      | 3 (41)               |
| Кравец Е.Б. ....       | 3 (9)                |
| Кравец Е.М. ....       | 2 (43)               |
| Красникова Е.П. ....   | 4 (28)               |
| Краснов А.В. ....      | 1 (39)               |
| Кривцова Л.А. ....     | 2 (19)               |
| Крысюк М.В. ....       | 1 (24)               |
| Крюков А.А. ....       | 4 (3)                |
| Курилова Т.Н. ....     | 2 (12)               |

| <b>Л</b>           |        |
|--------------------|--------|
| Летунова В.С. .... | 1 (24) |
| Лузина Л.В. ....   | 4 (41) |
| Лютин Е.И. ....    | 2 (12) |

| <b>М</b>             |   |
|----------------------|---|
| Маады Г.М. ....      | 4 (38)  |
| Майборода И.Б. ....  | 4 (24)  |
| Максименко А.В. .... | 1 (24)  |
| Мамаева А.В. ....    | 4 (8)   |
| Манеров Ф.К. ....    | 1 (16), 1 (22), 1 (28), 2 (12),<br>2 (25), 3 (39), 3 (43) |
| Матвеева Н.В. ....   | 1 (16)  |
| Матоценко Е.В. ....  | 4 (28)  |
| Мещерикова О.П. .... | 2 (37)  |
| Минкин Р.И. ....     | 4 (3)   |
| Митрофанов К.В. .... | 1 (3), 2 (19)   |
| Михайлова Г.Н. ....  | 4 (12)  |
| Михеенко Г.А. ....   | 4 (32)  |
| Модестов А.А. ....   | 4 (38)  |
| Моисеев И.М. ....    | 3 (41)  |
| Муратова Р.Н. ....   | 3 (30)  |

| <b>Н</b>           |        |
|--------------------|--------|
| Наумкина Е.В. .... | 4 (28) |

|                        |                |          |                       |                |
|------------------------|----------------|----------|-----------------------|----------------|
| Низамова А.Ф. ....     | 4 (15)         | <b>Ф</b> | Федосова И.А. ....    | 2 (12)         |
| Новосельцев А.Л. ....  | 1 (24)         |          | Филиппова И.Е. ....   | 1 (20)         |
| <b>О</b>               |                | <b>Х</b> |                       |                |
| Омзаар Л.С. ....       | 4 (38)         |          | Хамин И.Г. ....       | 3 (39)         |
| Орлова Н.Г. ....       | 3 (37)         | <b>Ц</b> |                       |                |
| Осипова Л.П. ....      | 1 (20), 2 (37) |          | Цхай В.Б. ....        | 4 (21), 4 (38) |
| <b>П</b>               |                | <b>Ч</b> |                       |                |
| Перевощикова Н.К. .... | 2 (46)         |          | Чернобай Н.А. ....    | 2 (37)         |
| Перепелкина А.А. ....  | 4 (24)         |          | Чернов О.М. ....      | 2 (33)         |
| Путалова И.Н. ....     | 4 (28)         |          | Чернова Л.И. ....     | 3 (41)         |
| <b>Р</b>               |                |          | Чернова О.В. ....     | 3 (26)         |
| Ровда Ю.И. ....        | 1 (10), 2 (3)  |          | Черных А.А. ....      | 2 (43)         |
| Рудакова Е.Б. ....     | 4 (28)         |          | Черных Н.С. ....      | 3 (32)         |
| Рыбников С.В. ....     | 1 (34)         |          | Чиркова И.В. ....     | 2 (12)         |
| <b>С</b>               |                |          | Чистякова Г.Н. ....   | 3 (17)         |
| Сабитов Ш.С. ....      | 4 (28)         |          | Чооду С.Э. ....       | 4 (38)         |
| Саблина И.А. ....      | 3 (32)         | <b>Ш</b> |                       |                |
| Сарычева Е.Г. ....     | 2 (33)         |          | Шабалдин А.В. ....    | 3 (22)         |
| Сафронова Р.Г. ....    | 2 (37)         |          | Шабашкевич Е.П. ....  | 1 (22), 1 (28) |
| Селедцов А.М. ....     | 1 (24)         |          | Шаталова Е.В. ....    | 4 (32)         |
| Соенко С.В. ....       | 3 (26)         |          | Шахмаева А.Б. ....    | 4 (15)         |
| Старцева М.Н. ....     | 4 (35)         |          | Шестопалова А.С. .... | 1 (39)         |
| Стинхаут Ф. ....       | 1 (42)         |          | Шмакова Т.Г. ....     | 3 (39)         |
| Сурков А.М. ....       | 3 (43)         |          | Шуйкина Е.П. ....     | 3 (41)         |
| Суслов Б.Ю. ....       | 3 (37)         | <b>Я</b> |                       |                |
| Сутулина И.М. ....     | 2 (43)         |          | Яковлев Я.Я. ....     | 2 (25)         |
| <b>Т</b>               |                |          | Ящук А.Г. ....        | 4 (8), 4 (41)  |
| Трубин В.Б. ....       | 4 (15)         |          |                       |                |
| Трубина Т.Б. ....      | 4 (15)         |          |                       |                |



#### ДО ПАНДЕМИИ «ПТИЧЬЕГО ГРИППА» СРЕДИ ЛЮДЕЙ НЕ ХВАТАЕТ «ОДНОЙ АМИНОКИСЛОТНОЙ ЗАМЕНЫ»

До пандемии «птичьего гриппа» остался один шаг, считает директор научно-исследовательского института (НИИ) вирусологии им. Ивановского РАМН Дмитрий Львов.

«Не хватает одной аминокислотной замены в геноме, чтобы вирус стал передаваться от человека к человеку. И тогда начнется пожар», – сказал академик на пресс-конференции в центральном офисе «Интерфакса» в Москве.

По его словам, пандемический вирус может появиться в любой момент. «С моей точки зрения, скорее всего, он придет из Китая», – сказал Львов. При этом Львов полагает, что средств от пандемии «птичьего гриппа» нет, сообщает РИА «Новости». «Все те, кто говорит, что можно бороться с распространением этого вируса, вероятно, могут предотвратить и землетрясение, цунами, ураган. Это природный катаклизм, и никто не может бороться с этим», – сказал академик.

По его оценке, пандемия «птичьего гриппа» может поразить за короткое время до одной трети населения Земли, и человеческие потери в случае пандемии будут исчисляться десятками миллионов жизней.

Источник: News.Battery.Ru

# ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ В ЖУРНАЛ "МАТЬ И ДИТЯ В КУЗБАССЕ"

## ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Журнал "Мать и дитя в Кузбассе" является рецензируемым, периодическим (выходит 4 раза в год) печатным изданием, публикующим наиболее важные научные и научно-практические достижения, краткие научные сообщения, дискуссии, письма читателей, нормативно-правовую и рекламную информацию в области медицины, медицинского образования и здравоохранения (разделы охраны здоровья женщины и ребенка).

Представляемые в редакцию материалы должны отличаться четкой и ясной формой изложения, доступной для широкого круга специалистов медицинского профиля.

Принятые к рассмотрению рукописи направляются на рецензирование внешним рецензентам. Окончательное решение о публикации статьи принимается редакционной коллегией на основании мнения рецензентов. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать материалы статьи.

Статьи, опубликованные ранее или направленные в другие журналы, присылать нельзя.

Научные статьи, оформленные не в соответствии с правилами, не рассматриваются и не рецензируются.

## ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСИ:

1. Статья должна быть напечатана на одной стороне белой бумаги формата А4 (212×297 мм), объемом не более 8-10 страниц. Поля – 2,5 см со всех сторон. Шрифт Times New Roman, кегль 14, весь текст через один интервал, редактор Word 7,0. В редакцию необходимо представить бумажный вариант в двух экземплярах и абсолютно идентичную электронную версию статьи на диске 3,5 (А) в контейнере.
2. В начале пишутся фамилии и инициалы авторов, название учреждения, из которого она вышла, название статьи. Статья должна быть подписана всеми авторами, содержать фамилию, имя и отчество, почтовый или электронный адрес, телефон автора (соавтора), с которым редакция сможет вести переписку.
3. Таблицы, графики, рисунки, схемы должны быть выполнены в Excel 7,0, фотографии – в формате "TIFF", на отдельных страницах (отдельными файлами), с указанием номера, фамилии, пометки "верх" и "низ" на обороте каждой иллюстрации. Подписи к иллюстрациям (фотографии, графики, рисунки, схемы) даются на отдельном листе с указанием номера иллюстрации и к какой странице рукописи каждая из них относится. В тексте необходимо указать место иллюстрации. Число рисунков, графиков, диаграмм должно быть безусловно необходимым (не более 5-6).
4. Таблицы должны быть наглядными, иметь название, порядковый номер, содержание графа должно точно соответствовать заголовкам. В тексте необходимо указать место таблицы и ее порядковый номер.
5. Сокращения слов не допускаются, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин и терминов.
6. К статье необходимо приложить аннотацию на русском и английском языке (английский текст должен быть идентичен русскому тексту), объемом не более 0,5 страницы машинописи. В начале резюме полностью повторить фамилии и инициалы авторов, название статьи, учреждения, из которого она вышла. В конце резюме необходимо написать 3-5 ключевых слов статьи.
7. Список литературы печатается на отдельном листе, через один интервал. В обзорах литературы список составляется и нумеруется в алфавитном порядке, в оригинальных статьях и лекциях – в порядке упоминания в тексте. В тексте статьи в квадратных скобках дается ссылка на порядковый номер упомянутой работы. Журнальные статьи в списке приводятся в следующем виде: фамилия и инициалы автора (авторов), полное название статьи, журнала (сборника), год, том, номер, страницы "от-до". Ссылки на монографии включают фамилию и инициалы автора (авторов), полное название книги, город, издательство, год, полное количество страниц. За правильность данных, приведенных в списке литературы, ответственность несут авторы.

\* \* \*



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

**КНИГИ**

1. Безнощенко, Г.Б. Желтухи у беременных: уч.-метод. пособие для врачей, интернов и студентов /Г.Б. Безнощенко, А.Д. Сафонов, А.Н. Янков. - М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2004. - 76 с. (Шифр 616.36-008.5 Б-399)
2. Васюнин, А.В. Антимикробная терапия инфекций у детей: уч. пособие /А.В. Васюнин, Е.И. Краснова. - Новосибирск: Сибмедииздат, 2005. - 104 с. (Шифр 615.28 В-202)
3. Долгушина, Н.В. Вирусные инфекции у беременных: руков. для врачей /Н.В. Долгушина, А.Д. Макацария. - М.: Триада-Х, 2004. - 144 с. (Шифр 618.3 Д-642)
4. Макацария, А.Д. Ведение беременности и родов у больных с мезенхимальными дисплазиями (синдромами Марфана, Элерса-Данло, Рендю-Ослера) /А.Д. Макацария, Л.С. Юдаева. - М.: Триада-Х, 2005. - 128 с. (Шифр 618.3-06 М-154)
5. Методы коррекции дисбиотических нарушений кишечника у детей с атопическим дерматитом: уч. пособие /Под ред. проф. Л.Ф. Казначеевой. - Новосибирск: Сибмедииздат, 2004. - 72 с. (Шифр 616.34-008.87 М-545)
6. Неотложные состояния в педиатрии: уч. пособие /Под ред. А.В. Прахова. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2005. - 340 с.
7. Норвиц, Э.Р.. Наглядные акушерство и гинекология: пер. с англ. /Э.Р. Норвиц, Д.О. Шордж. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 144 с. - (Экзамен на отлично). (Шифр 618.1/2(075,8) Н-821)
8. Препараты для акушерства и гинекологии: справочник. - Б.г.: Б.и., 2005. - 119 с. (Шифр 615.25(035) П-726)
9. Ратнер, А.Ю. Неврология новорожденных: острый период и поздние осложнения /А.Ю. Ратнер. - М.: БИНОМ, 2005. - 368 с.: ил. (Шифр 616.8-053.2 Р-253)
10. Стрептококковая инфекция у детей: уч.-метод. пособие /Под ред. В.А. Воробьевой. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2005. - 80 с. (Шифр 616.98(075) С-846)
11. Халецкая, О.В. Расстройства поведения и развития в детском возрасте: уч. пособие /О.В. Халецкая. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2005. - 156 с. (Шифр 616.8-053.2(075) Х-171)
12. Шарыкин, А.С. Врожденные пороки сердца: руков. для педиатров, кардиологов, неонатологов /А.С. Шарыкин. - М.: Теремок, 2005. - 384 с.: ил. (Шифр 616.12 Ш-269)
13. Этапы развития здорового ребенка: уч.-метод. пособие /В.П. Смирнов, И.А. Мельгунова, В.П. Гайнова, А.К. Краснова. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2004. - 416 с. (Шифр 616-053.2 Э-893)

**СТАТЬИ ИЗ ЖУРНАЛОВ**

1. Актуальные проблемы паспортизации здоровья детского населения /В.К. Овчаров, Л.П. Чичерин, Е.П. Жилиева, Е.В. Михальская //Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2005. - № 6. - С. 28-33.
2. Ахмина, Н.И. Значение витаминов и микроэлементов при беременности /Н.И. Ахмина, К.А. Охлопкова //Лечащий врач. - 2005. - № 10. - С. 12-17.
3. Балаболкин, И.И. Аллергические заболевания у детей и профилактические прививки /И.И. Балаболкин //Лечащий врач. - 2005. - № 9. - С. 18-21.
4. Волосникова, Т.В. Связь микроэлементов и физического состояния дошкольников /Т.В. Волосникова //Адаптив. физ. культура. - 2005. - № 4. - С. 4-5.
5. Воспалительные заболевания в детской андрологической практике /М.Г. Омаров, Д.И. Тарусин, А.Г. Румянцев, С.А. Горкин //Лечащий врач. - 2005. - № 10. - С. 70-73.
6. Гигиенические требования и гигиеническая экспертиза продуктов детского питания для детей раннего возраста /И.Я. Конь, Л.С. Коновалова, О.В. Георгиева и др. //Вопр. дет. диетологии. - 2005. - № 5. - С. 33-37.
7. Игнатова, М.С. Профилактика нефропатий и предупреждение прогрессирования болезней почек у детей /М.С. Игнатова //Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. - 2005. - № 6. - С. 3-8.
8. Ильин, А.Г. Состояние здоровья детей в современных условиях: проблемы и пути преодоления кризисной ситуации /А.Г. Ильин //Terра medica. - 2005. - № 4. - С. 3-5.
9. Инфузионно-трансфузионная терапия кровопотери в акушерской практике /В.Н. Серов, Ю.Ю. Соколова, Т.А. Федерова и др. //Акушерство и гинекология. - 2005. - № 6. - С. 14-17.
10. Йодная недостаточность: диагностика и коррекция /В.И. Широкова, В.И. Голоденко, В.Ф. Демин и др. //Педиатрия. - 2005. - № 6. - С. 68-72.
11. К вопросу о дифференцированном лечении серозных менингитов у детей /Н.В. Скрипченко, К.И. Конев, Ю.А. Росин и др. //Педиатрия. - 2005. - № 6. - С. 37-44.
12. Карташева, В.И. Современная терапия при ревматических заболеваниях у детей /В.И. Карташева, Г.И. Донов, Т.М. Фоменко //Педиатрия. - 2005. - № 6. - С. 65-68.
13. Мачарадзе, Д.Ш. Тяжелое упорное течение атопического дерматита: особенности лечения у детей /Д.Ш. Мачарадзе //Лечащий врач. - 2005. - № 9. - С. 74-78.
14. Милованова, О.А. Болевые синдромы у детей, лечение /О.А. Милованова //Дет. хирургия. - 2005. - № 6. - С. 50-53.
15. Мирзоев, Т.Х. Профилактика вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку /Т.Х. Мирзоев //Лечащий врач. - 2005. - № 10. - С. 20-26.
16. Нетребенко, О.К. Питание и развитие иммунитета у детей на разных видах вскармливания /О.К. Нетребенко //Педиатрия. - 2005. - № 6. - С. 50-56.
17. Орджоникидзе, Н.В. Современные аспекты железодефицитной анемии у беременных (обзор литературы) /Н.В. Орджоникидзе, М.Ю. Соколова, И.Г. Сулейманова //Пробл. репродукции. - 2006. - № 6. - С. 86-90. - Библиогр.: 16 назв.
18. Радзинский, В.Е. Генетические и иммунологические аспекты привычного невынашивания беременности /В.Е. Радзинский, Е.Ю. Запертова, В.В. Мисник //Акушерство и гинекология. - 2005. - № 6. - С. 24-29.
19. Сидорова, И.С. Особенности течения беременности и родов при артериальной гипотензии /И.С. Сидорова, И.О. Макаров, Я.В. Мусаева //Рос. вестн. акушера-гинеколога. - 2005. - № 6. - С. 35-39.
20. Сорвачева, Т.Н. Современные методы ранней профилактики пищевой аллергии у детей /Т.Н. Сорвачева, Е.А. Пырьева, Е.С. Киселева //Вопр. дет. диетологии. - 2005. - № 5. - С. 22-25.
21. Ямпольская, Ю.А. Региональное разнообразие и стандартизованная оценка физического развития детей и подростков /Ю.А. Ямпольская //Педиатрия. - 2005. - № 6. - С. 73-76.

## 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.