

# АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618 (09):614.211

## К 20-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ РОДИЛЬНОГО ДОМА КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №1 Г. СМОЛЕНСКА

*А.Н. Иванян, Л.А. Лелёткина, А.П. Гордиловская,  
Г.Д. Бельская, Т.А. Густоварова, Т.В. Грибко*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Родильный дом городской клинической больницы №1 начал свою работу 1 сентября 1987 года. Первым заместителем главного врача по акушерству и гинекологии была назначена Петрова Вера Николаевна, которая работала в этой должности до октября 1988 года. В последующие годы акушерскую службу в больнице возглавляли Власова Людмила Михайловна, Майорова Ирина Михайловна. С октября 2002 года по настоящее время родильный дом возглавляет Лелёткина Любовь Александровна.

На момент открытия родильный стационар имел в своем составе 120 акушерских коек. В 1989 году было организовано отделение акушерской реанимации на 6 коек, которое до настоящего времени является единственным в акушерских стационарах города Смоленска. Оказание высококвалифицированной круглосуточной реанимационной помощи имеет особое значение, в связи с профилем работы родильного дома, являющегося стационаром высокой степени риска и специализирующегося по оказанию медицинской помощи беременным г. Смоленска и Смоленской области, страдающим тяжелой экстрагенитальной патологией, в том числе заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек, печени, крови, эндокринопатиями.

В 1994 году была проведена реструктуризация коечного фонда родильного дома, связанная с открытием отделения оперативной гинекологии. Первым заведующим отделения стал заслуженный врач РФ, профессор, доктор медицинских наук Александр Николаевич Иванян, который продолжает работать в занимаемой должности.

В настоящее время в стационаре развернуты: в послеродовом отделении – 34 койки, в отделении патологии беременных – 38, в наблюдательном отделении – 28, отделении новорожденных – 50, в отделении оперативной гинекологии – 20 коек.

В роддоме работает высококвалифицированный коллектив сотрудников: 11 врачей акушеров-гинекологов, 9 врачей неонатологов, 5 анестезиологов, из них 12 врачей имеют высшую категорию, 6 – первую. В

составе среднего медицинского персонала трудятся: 38 акушерок, 6 анестезисток, 28 медицинских сестер, из них 35 имеют высшую категорию, 16 – первую.

Как высшее, так и среднее звено медицинских работников постоянно повышают свой профессиональный уровень.

Родильный стационар имеет кабинет пренатальной диагностики, оснащенный современным аппаратом УЗ – диагностики, фетальным монитором. В родильных блоках физиологического и наблюдательного отделения и отделении патологии беременных имеются кардиомониторы для наблюдения за внутриутробным состоянием плода.

Отделение новорожденных оснащено современной дыхательной аппаратурой, кюветами для выхаживания тяжелых и недоношенных детей.

В гинекологическом отделении широко применяются современные хирургические технологии, проводятся эндоскопические оперативные вмешательства – лапароскопия, гистероскопия.

Впервые в области в 1990 году на базе послеродового физиологического отделения было создано отделение совместного пребывания матери и ребенка. С 1998 года как в физиологическом, так и в наблюдательном послеродовом отделениях родильного дома внедрено совместное пребывание матери и ребенка и исключительно грудное вскармливание. Родильному отделению МЛПУ КБ №1 первому в г. Смоленске и Смоленской области в 2001 году было присвоено почетное звание «Больница доброжелательного отношения к ребенку».

Итогом многолетнего труда высококвалифицированного коллектива сотрудников родильного дома является появление на свет 29066 новорожденных.

Родильный дом МЛПУ КБ №1 является базой для кафедры акушерства и гинекологии СГМА и Смоленского медицинского колледжа. С первых дней в роддоме работали ассистенты к.м.н. Юденич Г. В., к.м.н. Семенова В.И., позже к.м.н., доцент Я.М. Брицун.

С 1994 года на базе роддома работает кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС СГМА. С момента организации и по настоящее время заведует кафедрой заслуженный врач РФ, профессор, доктор медицинских наук Иванян Александр Николаевич, который внес огромный вклад в создание материальной базы и работу клиники. На кафедре работает высококвалифицированный профессорско-преподавательский состав, включающий 2 докторов медицинских наук, профессоров; 6 кандидатов медицинских наук, доцентов. Ученые степени имеют 100% преподавателей. На кафедре широко проводится послевузовская подготовка: клиническая интернатура, клиническая ординатура, аспирантура, специализация и тематическое усовершенствование. Ежегодно повышают квалификацию 420 практических врачей из различных областей Юго-Западного региона России.

Большое внимание уделяется учебно-методической работе. Выпущено 33 методических пособия по актуальным проблемам акушерства и

гинекологии. Особое внимание уделяется внедрению современных технологий, активных методов обучения.

На кафедре проводятся циклы тематического усовершенствования врачей: с 1996 года «Планирование семьи», с 2000 г. – «Грудное вскармливание», с 2002 г. – «Реанимация новорожденных», с 2003 г. – «Актуальные вопросы гинекологии детского и подросткового возраста», с 2006 г. – «Акушерство. Фантомный курс».

Основными научными направлениями кафедры являются:

- репродуктивное здоровье женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения и консервативной миомэктомии;
- оптимизация терапии патологии шейки матки;
- течение и тактика ведения послеродового периода, профилактика гнойно-септических осложнений в акушерстве;
- репродуктивная функция и качество жизни женщин после оперативных вмешательств на яичниках.

Врачи родильного дома активно занимаются научно-исследовательской работой. На кафедре акушерства и гинекологии ФПК и ППС выполнены кандидатские диссертации врачами МЛПУ КБ №1 (Никифорович И.И., Кондратенко Н.Н., Буцык Н.И., Болвачевой Е.В.), докторская диссертация (Мелехова Н.Ю.)

Результаты научных исследований активно внедряются в практическую работу сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС и врачами клиники. Благодаря совместной работе, в практику внедрены проведение органосохраняющих операций при массивных акушерских кровотечениях и матке Кювелера, ведение родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения через естественные родовые пути.

Подводя итог 20-летней работы родильного дома, можно отметить, что за этот сравнительно короткий отрезок времени достигнуты большие успехи. Клиника и кафедра продолжают развиваться и совершенствоваться. На сегодняшний день имеется достаточное количество современного оборудования, высококвалифицированный кадровый потенциал для дальнейшего проведения педагогической, научно-исследовательской работы и оказания медицинской помощи по родовспоможению на современном уровне.

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВНУТРИУТРОБНОГО  
ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА И ЛЕЧЕБНО-  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НАПРАВЛЕННЫЕ  
НА УЛУЧШЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ**

*С.Б. Крюковский, А.А. Авраменко, С.С. Томашева,  
Н.И. Овсянникова*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического  
и стоматологического факультетов*

Проблема внутриутробной инфекции является одной из ведущих в акушерской практике в связи с высоким уровнем инфицирования беременных, рожениц и родильниц, опасностью нарушения развития плода и рождения больного ребенка.

Внутриутробное инфицирование как проблема обуславливается полиэтиологичностью патологии; трудностью антенатальной диагностики; многофакторным (специфическим и неспецифическим) воздействием инфекционного агента на плод, отсутствием четких корреляций между тяжестью инфекционно-воспалительного заболевания матери и степенью поражения плода; неоднозначным подходом к проведению лечебно-профилактических мероприятий у беременных и новорожденных [8,9].

Целью исследования явилось изучение функционального состояния фетоплацентарной системы и внутриутробного развития плода у беременных с высоким инфекционным риском развития перинатальных осложнений и изучение влияния различных видов лечебно-профилактических мероприятий, направленных на улучшение перинатальных исходов.

Для достижения намеченной цели на базе МЛПУ «Клинический родильный дом» г. Смоленска было проведено комплексное обследование 79 беременных, которые составили 2 клинические группы. 1-ю группу составили 52 пациентки высокого риска по развитию внутриутробного инфицирования плода, 2-ю группу – 27 беременных с низким инфекционным риском. Пациенты контрольной группы получали комплексную терапию фетоплацентарной недостаточности. 35 беременным основной группы также проводилось лечение плацентарной недостаточности (основная А), а 17 пациенткам основной группы (основная В) наряду с комплексной терапией фетоплацентарной недостаточности назначались антибактериальные препараты.

Изучена прогностическая значимость анамнестического метода, данных ультразвукового исследования (УЗИ), кардиотокографии (КТГ), доплерометрии (ДМ). Анамнестический метод включал изучение данных

анамнеза по историям родов и обменной карте. УЗИ проводили на аппарате SONOACE 8800 «GAIA MT» и Simens G60S с использованием конвексных датчиков мощностью 3,0 и 3,5 МГц. Оно включало фетометрию, определение структуры, расположения и толщины плаценты, оценку количества околоплодных вод. Кардиотокография проводилась на аппаратах «Феталгард-2000» и «Oxfordsonicaid Team S8000», состояние плода оценивали по значениям базальной ЧСС, вариабельности ритма, наличию акцелераций и децелераций. Использовали микробиологические методы диагностики (бактериоскопия, посевы). Материал из влагалища и цервикального канала исследовали методом ПЦР и иммунофлюоресценции. Уровень специфических антител IgG и IgM в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Анализ лабораторных данных показал, что в обеих группах у беременных в разные сроки выявляются такие заболевания, как хламидиоз, микоуреаплазмоз, генитальный герпес, цитомегаловирусная инфекция, урогенитальный кандидоз. В основной группе хламидиоз и микоуреаплазмоз выявляется у 8 (10,1%), в контрольной – не встречается; генитальный герпес в основной у 24 (30,3%) и у 8 (10,1%) в контрольной группе; кандидоз у 15 (29,1%) и у 3 (3,7%) соответственно; цитомегаловирусная инфекция в основной у 23 (29,1%) и у 8 (8,8%) контрольной группы; бактериальный вагиноз у 3 (5,06%) и у 2 (2,5%) соответственно. Из приведенных данных видно, что у беременных с проявлениями внутриутробного инфицирования плода в большей степени выявляются инфекции, передающиеся половым путем. Важно отметить, что 40 (76,92%) беременных основной группы очаги инфекции не санировали, в контрольной группе все женщины провели своевременно лечение этих заболеваний. У большей части женщин с признаками ВУИ плода имеются анамнестические данные, позволяющие прогнозировать инфицирование плода: наличие хронических заболеваний мочевыделительной системы у 7 (13,46%) в основной и у 3 (11,%) в контрольной группе, заболеваний желудочно-кишечного тракта у 6 (11,5%) и ЛОР-заболевания у 2 (3,8%) в основной группе. В контрольной группе заболевания желудочно-кишечного тракта и ЛОР-заболевания не встречались. Отягощенный акушерский анамнез (замершая беременность, выкидыши, аборты), гинекологические заболевания (патология шейки матки, воспалительные процессы матки и придатков) выявлялись у 44 (84,61%) пациенток основной группы и у 5 (18,5%) – контрольной. Приведенные данные подтверждают факт, свидетельствующий об изначальном нарушении иммунокомпетентности организма, что может явиться благоприятным фоном для активации имевшихся инфекций во время «физиологического иммунодефицита» при беременности и негативным влиянием на плод [1].

По данным разных авторов, к ультразвуковым признакам внутриутробной инфекции относятся синдром задержки внутриутробного

развития плода, патологические изменения плаценты (гиперэхогенные включения в паренхиме плаценты, расширение межворсинчатого пространства, отек плаценты), маловодие, многоводие. Причем многоводие выявляется в два раза чаще, чем маловодие [6]. При УЗИ у 11 (21,15%) беременных 1-й группы выявлено маловодие, у 25 (48,07%) – многоводие. Анализируя полученные данные, установлено, что у пациенток 1-й группы при ультразвуковом исследовании выявлялись патология прикрепления плаценты, нарушение созревания плаценты, несоответствие толщины плаценты сроку гестации 36 (69,2%), во 2-й группе у 5 (18,5%) пациенток. На основании данных биофетометрии у 4 (7,6%) беременных 1 группы диагностирована задержка внутриутробного развития (ЗВУР) плода – I степени и у 10 (19,2%) – ЗВУР II степени; у 3,7% (n=1) пациенток 2-й группы – ЗВУР I степени.

При доплерометрии маточно-плацентарно-плодового кровотока нарушения I A и I B степени выявлены у 19 (36,5%) пациенток с высоким риском внутриутробного инфицирования и у практически здоровых беременных не встречалось. Причем в основном отмечались нарушения со стороны плацентарно-плодового кровотока.

КТГ-исследование внутриутробного состояния плода выявило снижение его адаптационных способностей у 33 (63,46%) пациенток первой и у 2 (7,4%) пациенток второй группы. Внутриутробная гипоксия плода выявлена у 12 пациенток первой группы. Особенности кардиотокограммы у пациенток с внутриутробным инфицированием были снижение вариабельности базального ритма, уменьшение количества акцелираций. Следует отметить, что некоторые авторы считают более информативными данные кардиотокографии, чем доплерометрии. Связывают это с тем, что при внутриутробном инфицировании плода реактивность его сердечно-сосудистой системы меняется раньше, чем отражаемое при доплерометрии состояние плацентарного кровотока [4,5,7].

После проведенного курса лечения в группе с включением антибактериальных препаратов отмечалось значимое увеличение количества пациенток с нормальными фетометрическими показателями. Сравнивая показатели основной А и основной В групп, выявлено, что во второй группе показатели лучше, чем в первой. СЗРП I степени в основной А группе установлен у 8,57% пациенток, в основной В группе эти показатели ниже 5,88%. Данные плацентометрии свидетельствуют о том, что после курса лечения в 1 В группе увеличилось количество пациенток с нормальной толщиной плаценты с 6 (35,29%) до 2 (11,76%). Количество пациенток с преждевременным созреванием плаценты в процессе лечения снизилось с 2 (11,76%) до 0% что, возможно, связано с эффективно проведенным лечением фетоплацентарной недостаточности и антибактериальной терапией. При оценке объема околоплодных вод у обследованных женщин мы установили, что число пациенток, у которых имелось выраженное многоводие, уменьшилось больше в основной В

группе и составило 8 (47,05%) до лечения и 4 (23,52%) после лечения. Показатели в основной А группе практически не изменились, с 23 (65,71%) до 21 (60%). Из приведенных данных следует, что своевременно и качественно проведенное лечение ФПН и специфическое лечение внутриутробной инфекции позволяют улучшить основные показатели состояния ФПС, оцениваемые при УЗИ. Анализируя состояние гемодинамики фетоплацентарной системы у пациенток в процессе проводимого лечения, нами установлено, что имело место достоверное улучшение показателей доплерометрии. Так, отмечено достоверное увеличение числа пациенток с нормальными показателями кровотока, уменьшение случаев выявления нарушений кровотока IV стадии с 3 (17,64%) до 1 (5,8%). Гемодинамические нарушения в системе мать-плацента-плод, имеющие основное значение в формировании фетоплацентарной недостаточности, сопровождаются повышением периферической сосудистой резистентности во всех звеньях этой системы. Комплексное исследование гемодинамики у беременных позволяет своевременно провести лечение фетоплацентарной недостаточности и тем самым улучшить перинатальные исходы. При изучении динамики показателей кардиотокографии в процессе лечения обследованных пациенток было выявлено, что улучшение состояния плода, по данным КТГ, было зарегистрировано у большинства пациенток основной В группы. Так, до лечения нормограмма имела место у 1 (5,8%) беременных, после лечения – у 5 (29,41%). При оценке показателей КТГ нами было отмечено, что улучшалась вариабельность базального ритма, увеличивалось количество акцелераций (от 5 и более) [2].

Наиболее часто из осложнений беременности у обследованных родильниц наблюдались анемия, угроза невынашивания беременности, гестоз. Анемии беременных наблюдались у 20 (57,14%) женщин основной А, у 12 (70,5%) – основной В и у 9 (33,3%) родильниц контрольной группы, угроза невынашивания – у 12 (34,5%) основной А, у 4 (23,5%) – основной В и у 10 (37,03%) – контрольной группы. Частота гестозов была больше в основной В группе и выявлялась у 15 (42,85%) пациенток. В основной А группе гестоз выявлялся у 12 (70,5%) пациенток, в контрольной у – 12 (44,4%).

Нами были проанализированы исходы родов в обследуемых группах беременных. У 25 (92%) пациенток основной группы А беременность закончилась своевременными родами, преждевременными – у 1 (4%), роды запоздалые – у 1 (4%), в основной группе В – все роды своевременные. В контрольной группе у всех пациенток роды были своевременные. У пациенток основной А группы роды осложнились: аномалией родовой деятельности – у 6 (17,14%), несвоевременным излитием околоплодных вод – у 9 (25,71%); в основной В – у 3 (17,64%) и у 4 (23,5%) соответственно; в контрольной группе – у 4 (14,81%) и 8 (29,64%) соответственно. Из данных следует, что частота осложнений в родах выше у пациенток основной А группы. Абдоминальным путем родоразрешены в

основной группе А – 14 (40%), основной В – 9 (52,9%), в контрольной группе оперативное родоразрешение у 9 (33,3%) пациенток. Патологическое течение 3-го периода родов было отмечено у 7 (20%) пациенток основной А группы, у 5 (29,41%) основной В группы и у 1 (3,7%) контрольной.

При оценке по шкале Апгар новорожденные основной В (матери которых получили лечение ФПН и антибактериальную терапию) и контрольной группы имели более высокую оценку ( $7,8 \pm 0,12$ ), чем новорожденные, матери которых не получили специфического лечения ( $7,4 \pm 0,2$ ). В асфиксии родилось 3 (8,5%) новорожденных матерей основной А группы. Признаки морфофункциональной незрелости (низкий тургор кожи, пастозность мягких тканей, снижение сосательного рефлекса, срыгивание и др.), гипотрофия, хроническая гипоксия в основной группе А выявлены у 11 (31,42%) новорожденных, пороки развития – у 1 новорожденного (2,8%), в основной группе В – у 3 (17,6%); патологических изменений в контрольной группе со стороны новорожденного не выявлено [3].

Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что характерными признаками внутриутробной инфекции плода при ультразвуковом исследовании являются многоводие, отек и гиперэхогенные включения плаценты, синдром задержки внутриутробного развития плода. При кардиотокографии – снижение акцелираций, увеличение базальной частоты. Методом доплерометрии выявляется нарушение плодово-плацентарного кровотока, при сохраненном маточно-плацентарном кровотоке. Новорожденные матерей, которые санировали своевременно очаги инфекции, получали антибиотикотерапию, имели меньше патологических симптомов, считались здоровыми.

В заключение следует отметить следующее: наличие хронической инфекции у матери является фактором высокого риска инфицирования плода. До беременности и по триместрам в качестве скрининга необходимо проводить обследование женщин для оценки характера микрофлоры и выявления патогенных микроорганизмов. В динамике необходимо контролировать состояние плода, используя ультразвуковое исследование, кардиотокографию, доплерометрию. Имея показания, необходимо назначать антибактериальную терапию, что позволит снизить частоту и тяжесть внутриутробной инфекции, улучшить перинатальные исходы.

## Литература

1. Абакарова П.Р. Урогенитальный хламидиоз: принципы диагностики и лечения //Гинекология. – 2006. – Т.8. – №2. – С. 21-23.

2. Агаркова Л.А., Дикке Г.Б. и др. Урогенитальный хламидиоз и беременность: проблемы, возможности и перспективы. Опыт применения Азитрокса в комплексной терапии урогенитального хламидиоза во время беременности //Рус. Мед. жур. – 2006. – Т.14. – №1. – С. 42-45.
3. Антонов О.В., Антонова И.В., Добаш О.В. Внутриутробные инфекции и врожденные пороки развития у плода и новорожденных детей //Детские инфекции. – 2005. – №2. – С. 64-66.
4. Боровикова Е.И., Сидорова И.С., Воробьев А.А. Факторы и условия, влияющие на процесс инфицирования плода на разных сроках беременности // Вестн. Рос. Ассоциации акушеров-гинекологов. – 2004. – №1. – С. 48-50.
5. Боровикова Е.И. Взаимодействие возбудителей инфекции с организмом беременной, как фактор риска внутриутробного инфицирования плода // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2005. – №5. – С. 50-54.
6. Заплатников А.Л., Коровина Н.А. и др. Внутриутробные инфекции: диагностика, лечение, профилактика // Лечащий врач. – 2005.- №8.– С.54-62.
7. Краснопольский В.И., Титченко Л.И., Туманова В.А. и др. Возможности использования трехмерной доплерометрии для исследования внутриплацентарного кровотока у беременных с высоким риском развития перинатальной патологии //Рос. вестник акушера-гинеколога.– 2003.–№3.– С.5–9.
8. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е. Преждевременные роды. – М.: Медицина, 2002. – 176 с.
9. Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция: Руководство для врачей. – М., 2004. – С. 494.

УДК 618.11- 089.87

## **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСЛЕДСТВИЙ ОВАРИОЭКТОМИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

***Р.Р. Абузяров, О.И. Будник, М.Г. Хлевнова***

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Овариоэктомии являются второй по частоте операцией (после гистерэктомий) в оперативной гинекологии. Частота овариоэктомий не имеет тенденции к снижению и увеличивается с возрастом.

Цель исследования: определение основных направлений реабилитации женщин после овариоэктомии.

Материалы и методы исследования. Проведено клинико-лабораторное обследование 46 женщин детородного возраста после односторонней овариоэктомии (1-я группа) и 24 женщин после двухсторонней овариоэктомии (2-я группа). Клинические особенности оценивались по характеру жалоб, ММИ, ИМТ; лабораторные характеристики включали в себя оценку уровня ФСГ, ЛГ, пролактина.

После односторонней овариоэктомии у женщин 1-й группы развился комплекс вегето-сосудистых и эмоционально-психических нарушений. У 4 (20%) женщин симптомокомплекс развился через 10-12 дней после операции. 35% пациенток отметили дебют патологических симптомов через 4-5 недель. Отсроченное на 2-3 месяца появление симптомов зарегистрировано у 9 (45%) женщин. Послеоперационный период без комплекса патологических симптомов протекал только у 2 (10%) женщин. Доминирующими жалобами были: приливы, потливость, особенно по ночам, сердцебиение. Эмоционально-психические расстройства (эмоциональную лабильность, утомляемость, плаксивость, ухудшение сна, астению, рассеянность) отмечали у себя 10 (50%) пациенток.

При оценке индекса Куппермана у 1 (5%) женщины был выявлен синдром постовариоэктомии тяжёлой степени, у 6 (30%) – средней и у 8 (40%) лёгкой степени. То есть только 1 из 4 прооперированных женщин в целом не отмечала ухудшения самочувствия. Данная симптоматика у женщин 1-й группы сохранялась на протяжении 6 месяцев у 70% больных, а к 1 году 45% больных отмечали сохранение патологического симптомокомплекса.

У всех женщин 2-й группы после операции развился синдром постовариоэктомии. В соответствии с индексом Куппермана у 9 (75%) – тяжёлой и у 3 (25%) средней степени тяжести. В 83% (10) случаев симптомокомплекс развился на 8-10 сутки послеоперационного периода, в 17% (2) – в течение 3-4 недель после операции. Доминирующими жалобами больных в этой группе -10 (83%)- были приливы, повышенная потливость, головокружения и головные боли, парестезии. Эмоционально-психические нарушения в той или иной степени отмечали все пациентки этой группы. Наиболее частыми были жалобы на раздражительность, плаксивость, депрессию, рассеянность.

65 (92%) наблюдаемых женщин обеих групп отметили нарушения жирового обмена, которое проявлялось нарастанием массы тела. В каждой группе степень увеличения была различной. В 1-й группе женщин средняя прибавка массы тела составила  $7,3 \pm 1,3$  кг в год. На увеличение более 10 кг указали 4 женщины (15%), 17 (65%) – отметили прибавку массы на 6-7 кг. Во 2-й группе средняя прибавка веса в год составила  $9,6 \pm 1,4$  кг: у 2 (16,6%) – 10 и выше кг, у 8 (66,6%) – от 5 до 8 кг.

Характер менструальной функции изменился у 18 (90%) обследуемых женщин 1-й группы. Нормализация менструального цикла отмечена у 20% пациенток: у 2 (10%) менструальный цикл стал регулярным, у 2 (10%)

женщин уменьшился болевой синдром во время менструации. У остальных наблюдались следующие нарушения: альгоменорея – у 5 (20%), опсоменорея – у 6 (30%), олигоменорея – у 6 (30%), гиперменорея – у 3 (15%), аменорея – у 1 (5%), у 3 (15%) женщин возникли явления предменструального синдрома. В течение 1 года только у 3 (15%) женщин этой группы наступила беременность.

Учитывая нейрогуморальную регуляцию функции яичников, неоднозначность данных специальной литературы, мы провели исследование гонадотропной функции гипофиза.

С целью изучения гонадотропной функции гипофиза определяли содержание фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ) и пролактина, соотношение ЛГ/ФСГ.

До оперативного лечения концентрация ФСГ, ЛГ и пролактина во всех группах была практически одинаковой.

У больных 2-й группы через 2-3 месяца уровень ФСГ составил  $73,12 \pm 15,21$  МЕ/мл, что в 9,2 раза больше, чем до операции, в 1,5 раза выше, чем концентрация ФСГ в пик овуляции и в 11 раз выше базального уровня. Максимальная концентрация ФСГ отмечена через 6 месяцев –  $81,27 \pm 21,56$  МЕ/мл, это в 1,65 раз выше, чем в пик овуляции и в 12,3 раза выше базального уровня.

Уровень ФСГ у женщин 1-й группы через 2-3 месяца увеличился в 3,2 раза по сравнению с дооперационным и составил  $23,88 \pm 6,15$  МЕ/мл. Максимальная концентрация ФСГ в крови достигла через год и составила  $26,87 \pm 4,67$  МЕ/мл, что в 3,6 раза больше, чем до операции и в 4 раза выше базального уровня.

Концентрация ФСГ в 1-й группе через 3, 6 месяцев и 1 год после операции была достоверно выше, чем в 4-й группе – в 3,3, 4,3 и 6,3 раза соответственно ( $p < 0,0005$ ).

Уровень ЛГ был также повышен у больных 1 и 2-й групп. Во 2-й группе он был максимальным и составил через 6 месяцев  $43,41 \pm 6,72$  МЕ/мл, что в 3,6 раза выше базального уровня этого гормона у здоровых овулирующих женщин и в 5 раз выше, чем у женщин этой же группы до операции.

У женщин 1-й группы уровень ЛГ также достоверно повышался и через 2-3 месяца составлял  $21,00 \pm 4,74$  МЕ/мл, это в 1,9 раза выше, чем базальный уровень и в 2,3 раза больше, чем дооперационный уровень. При сравнительном анализе степени увеличения уровней ФСГ и ЛГ обращало на себя внимание, что ФСГ возрастал намного больше, чем ЛГ, что объясняется отсутствием избирательного действия ингибина на секрецию ФСГ, которое после удаления яичников прекращается.

Соотношение ЛГ/ФСГ в 1-й группе составило в среднем 0,84, что характерно для женщин с умеренным дефицитом эстрогенов. Коэффициент ЛГ/ФСГ во 2-й группе составил в среднем 0,55, что свидетельствует о выраженном эстрогенном дефиците.

Наряду с определением уровней ФСГ и ЛГ, изучалось также содержание пролактина в сыворотке крови.

Литературные данные о характере изменений уровня пролактина после двухсторонней овариоэктомии противоречивы. В ходе исследования установлено, что достоверно изменялся уровень пролактина только в 1 группе и через 6 месяцев после операции максимально составил  $642,65 \pm 176,69$  МЕ/л, что в 1,9 раз выше, чем до операции.

Во 2-й группе концентрация пролактина снизилась к 1 году после операции до  $195,25 \pm 58,20$  МЕ/л на 47,33% ( $0,005 > p > 0,0005$ ).

Перечисленные выше клинические, лабораторные и морфологические изменения в организме женщины после операции на придатках матки свидетельствуют о синдроме постовариоэктомии, который наблюдается как после тотальной, так и после субтотальной овариоэктомии.

После субтотальной овариоэктомии наблюдается субклиническое течение СПОЭ с редуцированной симптоматикой, которое у 45 % больных носит транзиторный характер и преимущественно легкое течение.

После тотальной овариоэктомии отмечается клинически выраженное течение СПОЭ, носящее стойкий характер и преимущественно тяжелое течение.

Выявленные клинико-лабораторные особенности позволяют определить основные направления реабилитации пациенток после овариоэктомии.

## Литература

1. Адамян Л.В., Фролова О.Г., Аскольская С.И. Использование критерия «Качество жизни» для оценки эффективности медицинской помощи населению. //Вестн. акуш. и гинек. –1998.-№1. – С. 30-33
2. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: медицинское информационное агентство, 1997. – С.-175-194.

УДК 618.36:616.441

## ЙОДОДЕФИЦИТНЫЕ ТИРЕОПАТИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

***В.Н. Петрова, Н.В. Болтаева, С.В. Петрова,  
Е.И. Виноградова, Л.Г. Перегонцева***

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом  
пренатальной диагностики*

Обширные исследования, проведенные на протяжении последних 20 лет, показали, что проблема йододефицита актуальна для 130 стран, в которых более 2 млрд. человек подвергаются риску возникновения

йододефицитных заболеваний. Дефицит йода выражается в образовании зоба и церебральных нарушениях, наблюдаемых в любом возрасте, начиная с периода внутриутробного развития [1, 2, 3, 9]. Проблема влияния зоба на течение беременности остается открытой, несмотря на интенсивные поиски в этом направлении. У женщин, проживающих в условиях природного йодного дефицита, беременность усугубляет дефицит йода в организме из-за его дополнительных затрат и включения физиологических механизмов адаптации тиреоидной системы [4, 5, 6, 7, 8].

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи тиреоидной и фетоплацентарной систем у беременных, проживающих в условиях природного йодного дефицита.

#### *Материал и методы исследования*

Были обследованы 208 беременных с эутиреоидным зобом, которые составили основную группу. Контрольная группа – 200 беременных с нормальным объемом, структурой и функцией щитовидной железы.

Всем беременным осуществляли клиничко-лабораторное, акушерское обследование. Состояние фетоплацентарной системы оценивали на основании результатов ультразвукового исследования, которое проводили в 10-14, 22-24 и 34-40 недель беременности, и с 24-й недели дополняли доплерометрией маточно-плацентарно-плодового кровотока, после 32-й недели – кардиотокографией плода (КТГ). Состояние тиреоидной системы оценивали в каждом триместре беременности на основании осмотра, пальпации и ультразвукового исследования щитовидной железы с определением ее размеров в соответствии с классификацией ВОЗ (2001). Методом иммуноферментного анализа определяли уровни тиреотропного гормона (ТТГ, норма 0,25-4,0 мМЕ/мл) и свободного тироксина (св. Т4, норма 9,0-28,0 пмоль/л). Полученные при исследовании результаты подвергались обработке с помощью пакета статистических программ с использованием параметрических и непараметрических критериев. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

#### *Результаты исследования*

Возраст пациенток основной и контрольной групп варьировал от 18 до 36 лет, медиана возраста составляла 24 года. По социальному составу группы были практически идентичными. Два и более соматических заболевания в анамнезе имела каждая вторая женщина основной группы – 65 (49,6%), и каждая третья женщина в контрольной группе – 23 (31,3%). В структуре гинекологической заболеваемости нарушения менструального цикла имели в анамнезе 67 (32,2%) женщин с зобом, что было в 2,5 раза чаще, чем в контрольной группе. Позднее менархе, олигоменорея и первичное бесплодие отмечены только у женщин с зобом (3,9, 7,2 и 4,3% соответственно). Полученные данные свидетельствуют, что у женщин репродуктивного возраста с зобом, проживающих в условиях йодного дефицита, имеется неблагоприятный прегравидарный фон вследствие высокой частоты соматических заболеваний и нарушений в репродуктивной системе.

В основной группе диффузный зоб I степени был диагностирован у 165 (79,3%) беременных, II степени – у 43 (20,7%). По результатам лабораторного исследования у 71 (34,1%) из 208 женщин с зобом и у 13 (6,5%) без зоба во второй половине беременности был выявлен сниженный уровень св.Т4 (менее 9 пмоль/л) при нормальных значениях ТТГ. Таким образом, в условиях йодного дефицита частота гипотироксинемии во время беременности выше у женщин с эутиреоидным зобом.

Анализ течения беременности показал, что неосложненное течение беременности имели только 14 (6,7%) женщин с зобом. У остальных 194 (93,3%) женщин были сочетания различных акушерских осложнений. В контрольной группе физиологическое течение беременности наблюдалось в 4 раза чаще – у 49 из 200 (24,5%). Наиболее распространенными осложнениями беременности были угроза прерывания беременности (65,8%) и гестоз (30,8%). Обращало на себя внимание частое развитие анемии у беременных основной группы (57,2%). Частота аналогичных показателей в контрольной группе составила 24,0, 16,5 и 35,5% соответственно ( $p < 0,05$ ). У женщин с эутиреоидным зобом был проведен анализ частоты осложнений беременности в зависимости от уровня св.Т4. Оказалось, что при низких значениях св. Т4 достоверно чаще наблюдались угроза прерывания беременности – у 55 (77,5%), анемия – у 54 (76,1%), гестоз – у 29 (40,8%) женщин.

Ультразвуковое исследование состояния фетоплацентарной системы показало, что у 143 (68,7%) беременных с эутиреоидным зобом наблюдалось нарушение одного и более сонографических показателей, что достоверно чаще, чем в контрольной группе – у 83 (41,5%). Так, у 41 (19,7%) беременной с зобом имела место задержка развития плода, у 46 (22,2%) – маловодие, у 34 (16,4%) – «тонкая» плацента, в контрольной группе 8,5, 12,0 и 7,5% соответственно ( $p < 0,05$ ).

В основной группе беременных уменьшение размеров плода сопровождалось гипотироксинемией в 26 (63,4%) из 41 наблюдений. При этом средний уровень св.Т4 составил  $9,8 \pm 2,5$  пмоль/л, что достоверно ниже, чем в наблюдениях с нормальными размерами плода ( $12,1 \pm 2,5$  пмоль/л) ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе беременных при уменьшении размеров плода не было выявлено случаев гипотироксинемии. Однако у женщин основной и контрольной групп с гипотрофией плода уровень св.Т4 был достоверно ниже ( $12,9 \pm 1,1$  пмоль/л), чем при соответствии размеров плода сроку беременности ( $13,9 \pm 1,1$  пмоль/л). Почти у половины беременных с эутиреоидным зобом и низкой плацентацией была диагностирована гипотироксинемия – у 10 (41,7%) из 24, в контрольной группе – только у 2 (9,5%). Уровень св.Т4 при нормальной локализации плаценты был достоверно выше, чем при низкой плацентации: в основной группе –  $12,4 \pm 1,4$  и  $10,6 \pm 1,4$  пмоль/л; в контрольной –  $13,9 \pm 1,2$  и  $10,8 \pm 1,3$  пмоль/л соответственно. Гипотироксинемия при маловодии отмечалась у половины беременных основной группы – 26 (56,5%) из 46, что значительно чаще, чем в контрольной группе – в 3 (12,5%) из 24

наблюдений. Средние значения св. Т4 при маловодии у беременных с зобом были ниже ( $11,01 \pm 0,8$  пмоль/л), чем при нормальном объеме околоплодных вод ( $12,35 \pm 1,1$  пмоль/л). При исследовании маточно-плацентарного и плодового кровотока нарушения параметров доплерометрии различной степени выраженности были выявлены в 2,5 раза чаще у беременных основной группы – 45 (21,6%) и 17 (8,5%). Столь выраженные различия позволяют с высокой долей вероятности прогнозировать развитие гипоксии плода у беременных с эутиреоидным зобом. У беременных с зобом нарушение кровотока IA степени было выявлено в 25 (12,0%) случаях, IB степени – в 14 (6,7%), II степени – в 6 (2,9%) наблюдениях, в контрольной группе 5,0, 2,0 и 1,5% соответственно. Из 84 беременных с гипотироксинемией у каждой второй – 38 (45,2%) были выявлены нарушения кровотока. Гипотироксинемия была диагностирована при нарушении показателей доплерометрии у 30 (66,6%) из 45 беременных основной группы и у 8 (47,0%) из 17 контрольной группы. При этом в обеих группах средние значения св. Т4 были достоверно снижены. Следовательно, гипотироксинемия во время беременности может рассматриваться как фактор риска развития гемодинамических нарушений в системе мать-плацента-плод.

У беременных с зобом базальная частота сердечных сокращений плода составила в среднем  $139,3 \pm 5,4$  уд/мин, в контрольной группе –  $140,1 \pm 5,1$  уд/мин. Нарушения частоты сердечных сокращений плода в обеих группах регистрировали редко. В основной группе тахикардия плода имела место в 2 наблюдениях, брадикардия зарегистрирована в 2 (0,9%) случаях, в контрольной в 3 (1,5%) и 2 (1,0%) наблюдениях соответственно. Вариабельность сердечного ритма плода колебалась от 5,2 до 28,2 уд/мин, у беременных с зобом в среднем –  $15,7 \pm 1,2$  уд/мин, что ниже, чем в контрольной группе –  $16,4 \pm 1,3$  уд/мин ( $p < 0,05$ ).

У беременных с эутиреоидным зобом нормальное состояние плода (оценка КТГ 8-10 баллов) отмечалось реже – 86 (41,4%), чем в контрольной группе – 139 (69,5%) наблюдениях ( $p < 0,05$ ). Снижение адаптации плода (оценка КТГ 6-7 баллов) зарегистрировано у каждой второй беременной основной группы – 119 (57,2%), в то время как в контрольной группе у каждой третьей – 61 (30,5%). Хроническая гипоксия плода (оценка КТГ 5 баллов и менее) была только у беременных с зобом – в 3 (1,4%) наблюдениях. Средний уровень св.Т4 при снижении адаптации плода был достоверно ниже, чем при его удовлетворительном состоянии: в основной группе –  $8,94 \pm 0,3$  и  $13,21 \pm 0,4$  пмоль/л; в контрольной –  $13,54 \pm 0,5$  и  $15,01 \pm 0,5$  пмоль/л соответственно ( $p < 0,05$ ). В основной группе беременных гипотироксинемия была выявлена в 12 (14,0%) из 86 наблюдений с нормальным состоянием плода. Однако при нарушении его состояния она имела место в 59 (48,4%) из 122 наблюдений. В контрольной группе в 3 (2,3%) из 129 и в 10 (16,4%) из 61 наблюдениях соответственно ( $p < 0,05$ ). У 69 (82,1%) из 84 беременных с гипотироксинемией зафиксировано снижение оценки КТГ менее 8 баллов.

Вероятно, гипотироксинемия у беременных, сопровождаясь нарушением маточно-плацентарно-плодового кровотока, приводит к снижению резервных возможностей плода и его гипоксии. Поэтому уровень свободного тироксина беременной может быть использован в качестве маркера состояния внутриутробного плода.

Полученные результаты о структурной и функциональной взаимосвязи тиреоидной и фетоплацентарной систем у беременных, проживающих в условиях природного йодного дефицита, являются обоснованием включения йодной профилактики в комплексное ведение беременности.

### Литература

1. Дедов И.И. Йододефицитные заболевания в Российской Федерации (эпидемиология, диагностика, профилактика)./И.И. Дедов, Г.А. Герасимов, Н.Ю. Свириденко.: Метод. пособие.- М., 1999.- С. 3-15.
2. Дедов И.И. Стратегия ликвидации йоддефицитных заболеваний в Российской Федерации./ И.И. Дедов, Н.Ю. Свириденко. //Пробл. эндокринол.- 2001.- Т.47.- № 6.- С. 1-10.
3. Дедов И.И. и др. Профилактика и лечение йододефицитных заболеваний в группах повышенного риска./ И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Е.А. Трошина: Пособие для врачей.- М., 2004.- 55 с.
4. Краснопольский В.И. Беременность и заболевания щитовидной железы, проблемы и перспективы.// Матер. IV Российского форума «Мать и дитя».- М., Авиаиздат, 2002.- С. 343-345.
5. Мельниченко Г.А. и др. Особенности функционирования щитовидной железы во время беременности./ Г.А. Мельниченко, С.В. Лесникова // Гинекология.- 1999.- Т.2.- № 1.- С. 1-7.
6. Подзолкова Н.М. и др. Влияние индивидуальной йодной профилактики на тиреоидный статус беременных женщин.// Матер. 36-го ежегодного конгресса международного общества по изучению патофизиологии беременности организации гестоза.- М., 2004.- С. 176-177.
7. Профилактика йоддефицитных заболеваний во время беременности./Л.Е. Мурашко и др. // РМЖ.- 2003.-Т.11.- № 1.- С. 13-18.
8. Glinoe D. Pregnancy and iodine//Thyroid.- 2001.- Vol. 11, № 5.- P. 471-481.
9. Delange F. Iodine deficiency as a cause of brain damage//Postgrad Med J.- 2001.- Vol. 77, № 906.- P. 217-220.

УДК 618.2-07:616.155.194

**АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ**

## У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ

*И.И.Никифорович, А.Н. Иванян, А.В. Литвинов,  
Е.С.Пугачева*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Анемия беременных занимает особое место в акушерстве и гематологии и представляет собой смежную проблему, имеющую важное теоретическое и практическое значение. Анемия беременных является широко распространенным видом анемий, оказывающих неблагоприятное влияние на течение гестационного процесса, родов, состояние плода и новорожденного [4, 10]. По данным ВОЗ, анемия имеется у 1 987 300 000 жителей планеты, т.е. это одна из частых (если не самая частая) группа болезней [4]. В России за последние 10 лет отмечается значительное увеличение частоты дефицита железа и, как следствие, железодефицитной анемии (ЖДА) у беременных. Так, по данным МЗ и СР РФ (2005), на долю ЖДА приходится 41,7% от общего числа беременных [8, 10]. Анемия – это клинико-гематологический синдром, обусловленный снижением концентрации гемоглобина и (в большинстве случаев) эритроцитов в единице объема крови [4].

К развитию анемии у беременных предрасполагают следующие факторы: снижение поступления в организм железа с пищей, нарушение всасывания железа в кишечнике, кровотечения из желудочно-кишечного тракта (при геморрое, язвенной болезни желудка или кишечника), рвота беременных, кровотечения во время беременности (например, при предлежании плаценты), часто повторяющиеся беременности, многоплодие, длительное кормление ребенка грудью, сезонность (анемия чаще возникает зимой и весной, когда мало витаминов в пище), некоторые хронические заболевания (гепатит, пиелонефрит и др.) [2–4, 8, 9].

Для выявления частоты, факторов риска, особенностей течения беременности, родов и послеродового периода, состояния плода и новорожденного у пациенток с анемией в современных условиях был проведен анализ архивного материала родильного отделения МЛПУ «Клиническая больница №1» за полных 5 лет – 2002–2006 гг.

Ретроспективно, методом выборки из историй родов родильного отделения МЛПУ «Клиническая больница №1», были отобраны 500 историй родов пациенток с анемией разной степени тяжести. Средний срок беременности, при котором была выявлена анемия, –  $32,51 \pm 20,75$ , при этом средние значения гемоглобина –  $100,4 \pm 7,05$ ; уровень цветного показателя –  $0,88 \pm 0,054$ .

Возраст беременных колебался от 17 до 42 лет и составил в среднем  $26,32 \pm 4,97$ . Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у подавляющего большинства пациенток (395), что составило 78,5%.

Среди перенесенных гинекологических заболеваний встречались: эктопия шейки матки (64,1%); острый и хронический рецидивирующий сальпингоофорит (47,5%); эндометрит (44,7%), привычное невынашивание (39,7%); кисты яичников (9,7%); миома матки (20%). Акушерский анамнез был отягощен: медицинскими абортами – у 324 (64,7%) пациенток; самопроизвольными выкидышами (57,1%); неразвивающимися беременностями (30,3%). Из всех обследованных женщин первобеременных было 232, что составило 46,5%; повторнородящих 53,5%.

В структуре экстрагенитальной патологии у 112 (22,54%) беременных выявлены заболевания почек, у 20% – вегето-сосудистая дистония, у 6% – ожирение, заболевания щитовидной железы составили 5%.

При анализе осложнений данной беременности у пациенток с анемией в основном преобладали угроза прерывания беременности – у 60%, хроническая фетоплацентарная недостаточность – у 51,5%, хроническая гипоксия плода у 30,5%, ранний токсикоз – у 31,5%, гестоз – у 36% беременных. Острыми респираторными вирусными инфекциями переболели 12% беременных, кольпит выявлен у 17% пациенток.

Анализ родов у беременных с анемией показал, что у 24,5% рожениц отмечалось преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности выявлены у 30,5%. Преждевременные роды отмечались у 13 пациенток, что составило 2,5%, роды путем операции кесарево сечение закончились у 120 (24%) пациенток.

Был проведен ретроспективный анализ гистологического исследования последов, при этом у 60,5% пациенток выявлен плацентит.

Исход родов для плода и течение раннего неонатального периода были проанализированы у 100 новорожденных, масса которых колебалась от 2130 до 4620 г. Клинические признаки задержки внутриутробного развития наблюдались у 27,7% новорожденных. Асфиксия легкой степени отмечалась у 13% детей.

Углубленное изучение данных анамнеза, особенностей течения беременности, родов и послеродового периода, состояния плода и новорожденного показало, что пациенток с анемиями необходимо относить к группе высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений.

На основании проведенного нами анализа акушерских и перинатальных исходов у пациенток с анемией были выявлены такие значимые факторы риска, как отягощенный инфекционный акушерско-гинекологический и соматический анамнез: вирусоносительство; хронические воспалительные заболевания матки и придатков; хронические заболевания внутренних органов; бесплодие; преждевременные роды; перинатальные потери; рождение детей с пороками развития и др. Кроме того, высокий процент плацентитов указывает на наличие внутриутробной

инфекции у беременных с анемией, что подтверждает не железodefицитный характер анемий у большинства беременных.

Результаты данного ретроспективного анализа позволили выделить значимые факторы риска развития анемий у пациенток, сформировать когорту беременных с риском возникновения анемии, своевременно проводить раннюю диагностику заболевания, профилактику и лечение, что способствует улучшению акушерских и перинатальных исходов.

### Литература

1. Бурлев В.А., Коноводова Е.Н., Мурашко Л.Е. и др. Клиническое значение депонированного железа у беременных с анемией на фоне лечения эритропоезином // Пробл. репродукции. 2001; 7 (1): 41–6.
2. Бугланов А.А., Сулейманова Д.Н., Тураев А.Т. Показатели статуса молока и их значение // Новое в гемат. и трансфузиол: Тезисы докл. III Съезда гематол. и трансфузиол. Узбекистана, посвященного 50-летию института. 26–28 апреля 1990 г., Ташкент.-Ч. 1.-С. 96–98.
3. Вахрамеева С.Н., Денисова С.Н., Хотимченко С.А., Алексеева И.А. Латентная форма железodefицитной анемии у женщин и состояние здоровья их детей // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. – 1996; 41 (3): 26–30.
4. Галицкая С.А. Диагностика и коррекция железodefицитных состояний у женщин в третьем триместре беременности: Автореф. дис... канд. мед. наук.- Иваново, 2004.
5. Генкин М.Б. Влияние осложненной гестозом и анемией беременности на гемодинамику новорожденных в периоде адаптации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Ташкент, 1990.
6. Горячев В.В. Метаболизм железа при беременности.- Астрахань, 1994:- С. 100.
7. Жаров Е.В., Ковальчук Я.Н. Оценка эффективности препарата “Фенюльс” в акушерско-гинекологической практике //Вестн. Советы врачу. 1999; 1: 110.
8. Соколова М.Ю., Никонов А.П. Железodefицитная анемия у беременных и ее лечение гино-тардифероном // Тер. арх. 2003; 7: 87–88.
9. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 1999.
10. Allen LH. Pregnancy and iron deficiency: unresolved issues //Nutr Rev 1997; 55: 91–101.

УДК 616.61-002.3:618.2

## ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЕЛОНЕФРИТА И ОБСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ.

*А.В. Гринев, Е.А. Степанькова, Е.А. Кушевская  
Е.Н. Никифоровская, Н.Н. Никифоровская*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра урологии,  
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом  
пренатальной диагностики.*

Экстрагенитальные заболевания у беременных, в том числе пиелонефрит и обструктивные поражения верхних мочевых путей, оказывают негативное влияние на исходы беременности и родов для матери и плода. Несмотря на определённый прогресс в диагностике и лечении этих заболеваний, отдельные аспекты проблемы остаются не до конца изученными.

Цель проведенного исследования – улучшение диагностики и лечения пиелонефрита у беременных за счет использования современных лечебно-диагностических методов.

Обследованы 136 беременных с гестационным или обострением хронического пиелонефрита; из них 84 пациенткам проводилась консервативная терапия (1-я группа) и 52 – комплексное лечение у которых включало восстановление пассажа мочи (2-я группа).

Наряду с общеклиническим, урологическим и акушерским проводились бактериологическое исследование мочи, ультразвуковое исследование фетоплацентарной и мочевыделительной системы, кардиотокография.

подавляющее большинство обследованных (96 – 70,5%) находились в возрасте от 18 до 25 лет, средний возраст составил  $24,1 \pm 5,0$  года; три четверти обследованных (102 – 75,0%) имели сопутствующую экстрагенитальную патологию, около половины (71 – 52,2%) – страдали врожденными или приобретенными заболеваниями мочевыделительной системы.

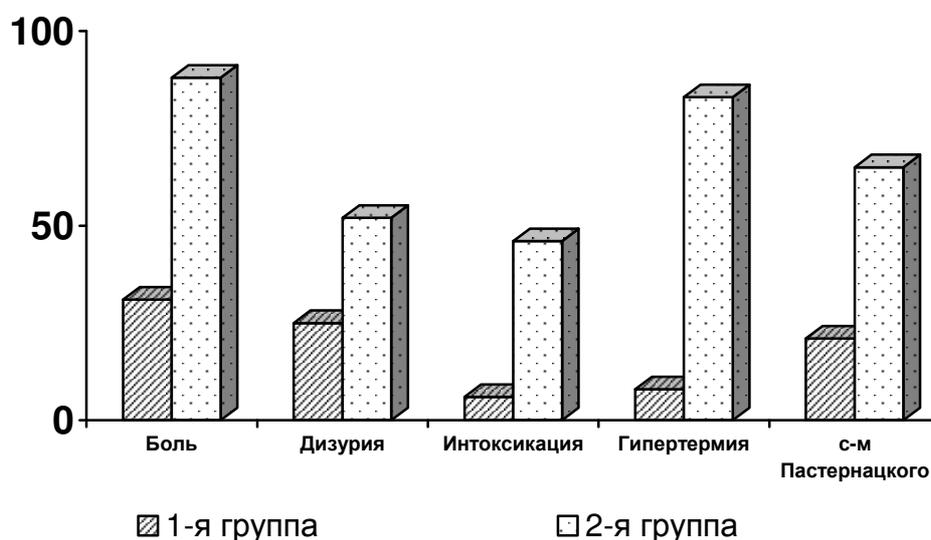
Изменения в анализах мочи, как правило, в различных сочетаниях, выявлены практически у всех больных, но во 2-й группе они встречались чаще и носили более выраженный характер (таблица 1).

Таблица 1

## Изменения в анализе мочи при пиелонефрите у беременных

Показатель	1-я группа (N=84)		2-я группа (N=52)	
	Абс	%	Абс	%
Протеинурия	56	66,7	38	73,1
Лейкоцитурия	64	76,2	49	94,2
Бактериурия	44	52,4	32	61,5

Анализ клинического течения пиелонефрита у пациенток 1-й группы, показал, что проявления заболевания отсутствовали у большинства из них (50 – 59,5%), только у трети (34 – 40,5%) имела место стёртая клиническая картина. В то же время все пациентки 2-й группы предъявляли различные жалобы (рис 1).



**Рис 1.** Клинические проявления пиелонефрита у беременных

Воспалительный процесс в почках может приводить к нарушению их функций. Так, у половины пациенток 1-й группы и у 60 % 2-й при проведении пробы по Зимницкому отмечены никтурия и гипоизостенурия.

Более чем у половины пациенток обеих групп (54 из 84 – 64,3% и 34 из 52 – 65,4%) выявлена анемия различной степени тяжести, что может быть связано как с гестационным процессом и/или исходно низкими показателями «красной» крови, так и угнетением эритропоэза за счет снижения синтеза эритропоэтина в почках при эндогенной интоксикации. Лейкоцитоз во 2-й группе наблюдался в 10 раз чаще, чем в 1-й (35 – 67,3% и 5 – 6,0%,  $p < 0,05$ ), и сопровождался более частым сдвигом

лейкоцитарной формулы влево (1-я гр 64 – 76,2%, 2-я гр 48 – 92,3%,  $p < 0,05$ ).

Как видно из таблицы 2, расширение чашечно-лоханочной системы – наиболее часто встречающийся ультразвуковой признак пиелонефрита, по-видимому, связано с физиологической дилатацией собирательной системы почек во время беременности.

Таблица 2

**Ультразвуковые признаки пиелонефрита у беременных**

Сонографический критерий	1 группа N=84		2 группа N=52	
	Абс.	%	Абс.	%
Расширение чашечно-лоханочной системы	52	61,1	52	100,0
Деформация чашечно-лоханочной системы	41	48,8	22	42,3
Изменение толщины паренхимы почек	28	33,3	46	88,5
Изменение эхогенности паренхимы почек	24	28,6	43	82,7
Нарушение кортикомедулярной дифференцировки	9	10,7	18	34,6

Хромоцистоскопии проведена 32 пациенткам 2-й группы при неясности ультразвукового исследования, у 19 из них выявлено отсутствие выброса индигокармина с одной из сторон в течение 10 минут.

Консервативное лечение стертых форм пиелонефрита у беременных 1-й группы включало в себя позиционную терапию – коленно-локтевое положение или на боку, противоположном пораженной почки, а также антибактериальную химиотерапию. Последняя назначалась эмпирически с учетом данных о региональных особенностях частоты и резистентности возбудителей пиелонефрита у беременных и критериев FDA безопасности лекарственных средств у беременных. Учитывая сравнительно нетяжелое течения заболевания, как правило, назначались препараты, применяемые перорально: ко-амоксиклав, фосфомицин и цефалоспорины II поколения (цефуроксим аксетил). Длительность лечения определялась динамикой клиничко-лабораторных показателей и составляла 7 – 10 дней.

При оценке эффективности терапии оказалось, что довольно быстро уменьшается частота общеклинических проявлений заболевания, к 4 – 5-м суткам у всех нормализовалась температура, к 7-м – отсутствовал болевой

синдром, нормализовалось количество лейкоцитов в крови. Несколько медленнее исчезают «урологические» проявления заболевания.

При ультразвуковом исследовании на 7-е сутки изменения сохранялись почти у половины женщин (41- 48,8%).

В лечении же обструктивных урологических осложнений во время беременности определяющим моментом является восстановление оттока мочи.

Нами проведена катетеризация почечной лоханки 32 пациенткам, основными показаниями к которой явились: отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии в течение 2-3 дней при выраженной клинико-лабораторной картине; наличие клинико-лабораторных показателей, характерных для гнойно-воспалительного процесса в почках; ретенция (дилатация чашечно-лоханочной системы II – III степени) при ультразвуковом исследовании; отсутствие выброса индигокармина с одной из сторон. Длительность дренирования колебалась от 2 до 5 суток.

В отличие от 1-й группы антибиотики назначались в начале лечения парентерально, а при улучшении состояния больной переходили на пероральный прием. Длительность терапии составляла не менее 14 дней. В первые – вторые сутки после деблокации почки отмечено снижение температуры и болевых ощущений у 22 из 32 (68,8%) пациенток. У остальных 10 (31,3%) оно произошло к четвертым-пятым суткам. Динамика симптомов «урологического характера» несколько отличалась от таковой при консервативной терапии. Если в 1-й группе отмечена достаточно быстрая их регрессия, то во 2-й имело место быстрое исчезновение (к вторым-третьим суткам) только симптома Пастернацкого. Дизурические явления и изменения в анализах мочи сохранялись значительно дольше.

Показатели анализов крови в процессе лечения пиелонефрита у пациенток 2-й группы примерно равнозначны результатам 1-й, то – есть отмечено снижение показателей проявления воспалительного процесса в ранние сроки после начала лечения у большего числа беременных.

При ультразвуковом исследовании на 2 – 3 сутки практически у всех обследованных отмечено уменьшение дилатации чашечно-лоханочной системы. Снижение же признаков воспалительного процесса происходило медленнее и они исчезали к 7 – 8-м суткам.

При установке мочеточникового катетера возможны его «отхождение», закупорка кровью, гноем, слизью, требующие повторной катетеризации, что усиливает риск восходящей инфекции и травматизации верхних мочевых путей. Более приемлемо дренирование верхних мочевыводящих путей установкой катетера–стент, произведенное 15 беременным, состояние которых требовало длительного дренирования – от 16 дней до 2 месяцев.

Таким образом, установка катетера-стент при комплексном лечении пиелонефрита у беременных является высоко-эффективным мероприятием. Длительное дренирование верхних мочевых путей у

беременных показано даже при отсутствии хромоцистоскопических признаков нарушения пассажа мочи в случае повторяющихся атак пиелонефрита с отсутствием стойкого эффекта от консервативной терапии.

## Литература

1. Ветров В.В. Экстрагенитальные заболевания и гестоз // Акуш. и гин. – 2001. – № 4. – С. 7-8.
2. Довлатян А.А. Острый пиелонефрит беременных. – М.: Медицина, 2004. – 215 с.
3. Никифоровская Е.Н. Эпидемиология, антибиотикорезистентность возбудителей и выбор антимикробной химиотерапии инфекций мочевыводящих путей у беременных.: Автореф. дис. ... кан. мед. наук. – Смоленск, 2003. – 23 с.
4. Оценка эффективности лечения острого гестационного пиелонефрита / В.П. Авдошин [и др.] // Акуш. и гин. – 2005. – № 3. – С. 23 – 27.
5. Шехтман М.М. Акушерская нефрология. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.
6. Bass P.F., Jarvis J.A.W., Mitchell C.K. Urinary tract infections // Prim. Care. – 2003. – Vol. 30, № 8. – P. 41 – 61.
7. McLean A.B. Urinary tract infection in pregnancy // Int. J. Antimicrob. Agents. – 2001. – Vol. 17, № 5. – P. 273-277.
8. Sobel J., Kaye D. Urinary Tract Infections // In Mandell G. Principles and Practice of Infectious Diseases. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000. – P. 773 – 805.

УДК 618.2-07:616.155.194

## ОСОБЕННОСТИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНЕМИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

*И.И.Никифорович, А.Н.Иванян, А.В.Литвинов  
Е.С.Пугачева, С.А.Гузюкина*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Анемии беременных остаются серьезной проблемой экстрагенитальной патологии в акушерстве, так как их частота составляет от 15 до 80% [4]. Особенно актуальным является вопрос диагностики этиологии анемий у беременных. Поскольку в 80% случаев, по данным литературы, это – железодефицитная анемия (ЖДА), у лечащего врача появляется искушение назначать препараты железа, не производя

подтверждающих диагностических тестов. Кроме того, анемия беременных не всегда вызвана дефицитом железа. В связи с высоким риском развития сидеропении у беременных необходим регулярный контроль состояния эритроидной системы. В ряде исследований показано, что для больных с микроцитарной гипохромной анемией, которой является ЖДА, наиболее информативными являются эритроцитарные индексы [5–10]. Даже опытный морфолог может не заметить изменений в ситуации, когда популяция эритроцитов однородна, а признаки гипохромии и микроцитоза не выражены. Например, при развивающемся дефиците железа в первую очередь начинают уменьшаться в объеме эритроциты, через 1–2 месяца число микроцитов значимо влияет на показания среднего объема эритроцитов (MCV). В это время в мазке, по общепринятому среди гематологов мнению, уже должны определяться изменения в морфологии эритроцитов. Однако эритроцитарные индексы реагируют значительно раньше, являясь более чувствительными, точными, воспроизводимыми и реально доступными по сравнению с другими методами.

В нашей работе мы пытались установить процентную долю железодефицитных анемий у беременных.

В исследовании принимали участие 42 беременные с нормальным содержанием гемоглобина и эритроцитов (контрольная группа – 2), основную группу (1) составили 56 беременных женщин с анемией. Каждая группа была разделена на подгруппы: А – со сроком беременности до 12 недель; В – со сроком беременности с 18 до 24 недель; С – 32-40 недель. Такое деление было обусловлено тем, что до 12 недель потребность в железе не превышает ту, что была до беременности. Во втором триместре, с 16-18 недель начинается костномозговое кроветворение у плода и увеличивается масса крови в материнском организме. С 32 недель нагрузка на органы кроветворения матери максимальна, так как суточная потребность в железе увеличивается до 10-12 мг в сутки. У всех пациенток были исключены кровопотери. Исследовали пробы крови на гематологическом автоматическом анализаторе "ADVIA-60" ("BAYER", Германия) с определением гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов и эритроцитарных индексов: средний объем эритроцита (MCV) – норма 80–94 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) 27–31 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC) 32–36 г/л, ширина распределения эритроцитов по объему (RDW) <14,5%.

Кроме того, было произведено исследование показателей обмена железа с помощью иммунохимического набора Access (Швейцария) на базе лаборатории «Юнимед» (г. Москва).

Математическую обработку данных проводили на персональном компьютере с использованием программы Statistika 6.0. Статистическую значимость различий оценивали по критерию Стьюдента.

При исследовании показателей гематологического анализатора выявлены отклонения в показателях эритроцитов, гемоглобина и гематокрита у обследованных основной группы. Средний уровень эритроцитов: 1А -  $3,18 \pm 0,03$ ; 1В -  $2,18 \pm 0,34$ ; 1С -  $3,23 \pm 0,32$ . Показатели гемоглобина в основной группе распределялись следующим образом: 1А -  $10,2 \pm 0,21$ ; 1В -  $9,06 \pm 0,92$ ; 1С -  $9,85 \pm 0,98$ . При сравнительном анализе данных подгрупп основной группы достоверной разницы не отмечалось. При анализе показателей основной группы и контрольной выявлена достоверная разница. Эритроцитарные показатели у беременных приведены в таблице 1.

Таблица 1

### Сравнительный анализ состояния эритроидной системы у беременных

Группа больных	RBC	HGB	HCT	MCV	MCH	MCHC	RDW
До 12нед (n=12)	$3,7 \pm 0,25$	$11,35 \pm 0,2$	$30,3 \pm 0,84$	$81,5 \pm 3,53$	$30,6 \pm 1,55$	$37,45 \pm 0,49$	$13,5 \pm 2,26$
18-24нед (n=22)	$3,63 \pm 0,4$	$11,68 \pm 0,71$	$32,07 \pm 2,32$	$88,5 \pm 4,74$	$32,33 \pm 2,46$	$36,49 \pm 1,08$	$13,54 \pm 0,83$
32-40нед (n=8)	$3,68 \pm 0,36$	$11,82 \pm 1,21$	$32,49 \pm 3,29$	$88,21 \pm 3,7$	$32,14 \pm 1,76$	$36,43 \pm 0,86$	$13,18 \pm 0,8$
Анемия							
До 12 нед (n=14)	$3,18 \pm 0,03$	$10,2 \pm 0,21^*$	$26,65 \pm 0,21^*$	$84 \pm 1,41$	$31,85 \pm 0,35$	$38 \pm 1,13$	$13,6 \pm 2,12$
18-24нед (n=30)	$2,83 \pm 0,34^*$	$9,06 \pm 0,92^*$	$25,17 \pm 2,47^*$	$89,36 \pm 6,07$	$32,2 \pm 3,19$	$36 \pm 1,79$	$13,35 \pm 0,73$
32-40нед (n=12)	$3,23 \pm 0,32^*$	$9,85 \pm 0,98^*$	$27,23 \pm 2,37^*$	$84,67 \pm 5,98$	$30,45 \pm 3,29$	$36,16 \pm 1,63$	$14,00 \pm 1,73$

\* –  $P < 0,05$

Особый интерес в нашем исследовании представляли эритроцитарные индексы, которые отражают морфологические характеристики клеток эритроидного ряда. Показатель MCV может быть очень вариабельным. Высокий уровень MCV при беременности может быть вызван сопутствующим дефицитом фолиевой кислоты [9]. Минимальное значение MCV может быть обнаружено у пациентов с выраженным дефицитом железа. При обследовании MCV у пациентов основной группы изменений показателя обнаружено не было. Средние значения RDW, MCH, MCHC были в пределах нормы.

Параметры гематологического анализатора при ЖДА отражают гипохромно-микроцитарный характер анемии с гетерогенной популяцией

эритроцитов. Наиболее чувствительным является показатель анизоцитоза (RDW), повышающийся даже в ранней стадии сидеропении. Микроцитоз, регистрируемый по снижению MCV, – характерный показатель железодефицита. Гипохромия – непостоянный признак сидеропении и проявляющийся позднее, чем микроцитоз,.

В нашем исследовании гипохромно-микроцитарный характер анемии с гетерогенной популяцией эритроцитов не подтвердился, что позволило нам предположить иной характер анемий у беременных.

Для выявления возможного дефицита железа у пациентов основной группы были проведены исследования параметров обмена железа: сывороточное железо (норма 6,6-26,0 мкмоль/л); ненасыщенная железосвязывающая способность (20-62,0 мкмоль/л); трансферрин (2,0-3,6 г/л); насыщение трансферрина (18,00-40,0%); ферритин (11-307 нг/мл). При анализе полученных данных выявлено следующее: уровень сывороточного железа у пациентов всех подгрупп основной группы находился в пределах нормы, только у беременных 1С подгруппы значения показателя приближались к нижней границе нормы ( $10,93 \pm 4,6$ ). У 8,34% беременных отмечалось повышение ненасыщенной железосвязывающей способности ( $77,95 \pm 28,55$ ). Уровень насыщения трансферрина был снижен у 6 пациенток ( $15,98 \pm 3,91$ ), что составило 10%, а сывороточный ферритин снижен у 9 беременных (15%). Поскольку сывороточный ферритин является основным маркером уровня запаса железа, то можно сказать, что истинный латентный железодефицит выявлен только у 15% обследованных.

Таким образом, было выявлено, что на первый план среди анемий у беременных выходит анемия, которая в литературе выделяется как «анемия без дефицита железа» с нормальными или повышенными запасами железа в организме.

## Литература

1. Амонов И.И. Клиническая оценка микроэлементного статуса крови при ЖДА беременных // Вопр. гинекол., акуш. и перинатол. 2004; 3 (1): 69–73.
2. Воробьев П.А. Анемический синдром в клинической практике. М.: Ньюсдиамед, 2001.
3. Ковригина Е.С., Казанец Е.Г., Карамян Н.А. и др. Исследование метаболизма железа в оценке эффективности ферротерапии ЖДС у беременных // Материалы VI Российского форума "Мать и дитя". М., 2004; с. 90–91.
4. Линева О.И., Павлов В.В., Женщина. Акушерские и гинекологические проблемы.- Самара: Перспектива, 1998.
5. Brock J, Halliday J et al. Iron Metabolism in Health and Disease. W.B.Saunders Company, 1994.

6. Breymann C, Major A, Richter C, Huch R, Huch A. Recombinant human erythro-poietin and parenteral iron in treatment of pregnancy anemia: a pilot study. J Perinat Med 1995; 23: 89–98.
7. DeMaeyer EM, Dallman P, Gurney JM et al. Preventing and controlling iron deficiency anemia through primary health care. 1989; Geneva, WHO.
8. Laboratory Haematology. An Account of Laboratory Techniques. Edited by I.Chanarin – Churchill Livingstone, 1989.
9. Medical Diagnosis and Treatment Edited by Steven A. Schroeder, 30-th edition, 1991, Appleton and Lange, California.
10. Wallach J. Interpretation of Diagnostic Tests. Little, Brown & Co, 6-thed., 1996.

УДК 618.2-07:616.155.194

## **ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГИДРАТАЦИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ АДАПТАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ**

***И.И. Никифорович, Н.Ф. Фаращук, А.В. Литвинов, Е.В. Кокорева***

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Учитывая уникальную роль воды в жизнедеятельности, представляет интерес выяснение вопроса, является ли соотношение структурных фракций воды той гомеостатической константой, изменение которой отражает компенсаторно-адаптационные возможности организма при беременности. Считается, что содержание связанной воды в крови является интегративной характеристикой организма, позволяющей судить о состоянии его адаптационных механизмов.

Исходя из этого, мы изучали процессы гидратации в компонентах крови у беременных с неосложненным гестационным периодом и с анемией. Для этого мы сопоставляли количественное соотношение фракций воды со стадиями развития адаптационного синдрома при анемии.

Таблица 1

### **Нормальное содержание воды в плазме и эритроцитах**

	Уровень общей воды (%)	Уровень свободной воды (%)	Уровень связанной воды (%)
Плазма	99,02 ±0,18	78,49 ±0,23	11,73 ±0,30
Эритроциты	65,15±0,3	43,12 ±0,63	22,03 ±0,45

Целью настоящей работы являлась оценка практического значения определения уровня общей, свободной и связанной воды в плазме и эритроцитах у беременных с анемией.

Определение уровней различных фракций воды проводили в образцах крови у 55 беременных. При этом было сформировано 2 группы. 1-я группа (n =22) – пациентки с нормально протекающей беременностью, 2-я группа (n=34) – беременные с анемией. Каждая из групп была разделена на 3 подгруппы: а) до 12 недель беременности; б) 18-24 недели беременности (в этот период начинается костномозговое кроветворение плода и увеличивается масса крови в материнском организме); в) с 32 до 40 недель. Состояние беременных оценивали по общепринятым критериям – на основании данных стационарного обследования. Критериями диагноза анемии у беременных служили: уровень эритроцитов, гемоглобина, степень анизоцитоза эритроцитов, сывороточного ферритина.

Доказано, что нормальной адаптации организма соответствует более высокое содержание структурированной воды в крови. В связи с этим можно предположить, что при анемии снижается сопротивляемость организма, что в свою очередь должно привести к изменениям в структуре воды. Из таблицы 1 видно, что процент общей воды во всех группах достоверно не отличался. Отмечены достоверные изменения в уровне свободной ( $47,17 \pm 0,91$ , норма  $43,12 \pm 0,63$ ) и связанной ( $18,45 \pm 1,73$ , норма  $22,03 \pm 0,45$ ) воды эритроцитов у пациенток с анемией, соответственно изменялся и коэффициент гидратации эритроцитов ( $0,39 \pm 0,04$ , при норме 0,5). Повышение уровня свободной воды и снижение уровня связанной воды может быть обусловлено снижением адаптации организма беременной при данной патологии. Во второй группе выделилось 13 пациенток, у которых, наоборот, отмечалось повышение уровня связанной воды ( $24,93 \pm 1,64$ ) и снижение уровня свободной ( $41,38 \pm 1,2$ ) относительно нормальных показателей, при подробном изучении анамнеза которых выяснилось, что до поступления в стационар беременные получали лечение анемии. Следует отметить, что соотношение структурных фракций стабильно изменялось: при снижении адаптации в сторону увеличения свободной воды уменьшалось количество связанной воды, а после проведенного лечения изменения происходили в сторону увеличения связанной воды. Учитывая значение связанной воды для структуры и функциональной активности биомакромолекул субклеточных образований и клеточных мембран, можно объяснить повышение неспецифической сопротивляемости организма после проведенного лечения.

Таким образом, установлена следующая закономерность: содержание связанной воды повышается в стадии резистентности в результате включения физиологических и биохимических механизмов срочной адаптации. Если же воздействие на организм продолжается и наступает стадия истощения, когда адаптационные возможности организма исчерпаны, то содержание связанной воды снижается.

Следовательно, содержание связанной воды в крови является интегративной характеристикой организма, позволяющей судить о состоянии его адаптационных механизмов. Кроме того, длительное время считалось, что анемия при беременности развивается вследствие недостаточной физиологической адаптации к повышенным потребностям в течение гестационного периода. Сторонники этой теории видят основную причину развития анемии при беременности в простом дефиците железа. В нашей работе мы попытались выявить другие механизмы развития анемий при беременности.

Таблица 1

**Сравнительный анализ данных по уровню различных фракций воды у пациенток с нормально протекающей беременностью и у беременных с анемией.**

	% общ пл	%свб пл	%свзп л	Кг пл	% общ эр	% свб эр	% свз эр	Кг эр
До 12 нед с норм. адаптацией (n=4)	91,38 ±0,52	78,61 ±1,03	12,77 ± 0,7	0,16± 0,0095	65,69 ±0,59	42,897 ± 1,68	22,79 ±1,99	0,53 ±0,073
18-26 нед с норм. адаптацией (n=9)	91,41 ±0,56	78,99 ±1,81	12,49 ± 1,41	0,16 ±0,021	66,72 ±0,44	44,12 ±0,63	22,6 ± 0,71	0,51 ±0,024
После 32 нед с норм. адаптацией (n=9)	91,64 ±1,065	80,05 ±2,35	11,59 ± 2,28	0,14 ±0,031	67,25 ± 2,067	44,18 ±1,39	23,07 ±1,019	0,52 ±0,029
До 12 нед со сниженной адаптацией (n=4)	90,96 ±1,089	78,91 ±2,75	12,05 ± 2,43	0,15 ±0,04	65,62 ±2,32	47,17 ±0,91*	18,45 ±1,73*	0,39 ±0,04*
18-26 нед со сниженной адаптацией (n=10)	91,58 ±0,77	79,18 ±1,9	12,4 ± 2,11	0,16 ±0,03	67,057 ± 1,81	46,98 ±1,75*	20,07 ±1,13*	0,43 ±0,03*
После 32 нед со сниж. адаптацией (n=7)	91,12 ±0,51	80,49 ±2,22	10,72 ± 1,86	0,13 ±0,03	66,14 ±1,19	46,5 ±1,43*	19,63 ±1,87*	0,42 ±0,05*
18-26 нед После лечения (n=3)	91,84 ±1,18	81,1 ±1,61	10,74 ± 2,8	0,13 ±0,037	66,30 ± 2,015	41,38 ±1,2	24,93 ±1,64	0,6 ±0,06
После 32 нед после	91,72	79,4	12,31 ±	0,15	66,26	41,66	24,6 ±1,88	0,59 ±0,08

лечения (n=10)	$\pm 1,77$	$\pm 1,9$	2,29	$\pm 0,03$	$\pm 1,19$	$\pm 2,46$		
-------------------	------------	-----------	------	------------	------------	------------	--	--

\* –  $P < 0,05$

### Литература

1. Аксенов С.И. Особенности воздействия воды на состояние биологических структур.- Торможение жизнедеятельности клеток.- Рига, 1987.- С.55-71
2. Габуда С.П. Связанная вода: факты и гипотезы. – Новосибирск, 1982.- 159 с.
3. Меерсон Ф.З. Адаптационная медицина: концепция долговременной адаптации.- М.:Дело,1993.-138 с.
4. Фаращук Н.Ф., Рахманин Ю.А. Вода – структурная основа адаптации. Москва-Смоленск.- 2004.- 179 с.
5. Jensen L.H. The structure of water in protein crystals // Biol. Prod. Freese – Drying and Formul.: Proc. Symp., Bethesda Md. – Basel.- 1992.- P.53-61
6. Menghi G., Curini R., Materazz S. Thermogravimetry study on the water in secretory tissues of rabbit // Cell. And Mol. Biol. – 1991.- Vol.37, №3.- P.347-352.
7. Raud R.P. Raising water to New Heighs //Scienc.- 1992.- Vol.256, № 5057.- P.618-701.
8. Watts R.O. The structure and properties of liquid water regent theoretical advances// Biol. Prod. Freese – Drying and Formul.: Proc. Symp., Bethesda Md.24-26. – Basel.- 1992.- P.41-51

УДК 616-053.31: 618.5-089.888.61

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

*К.О. Юшко, А.Н. Иванян, Г.Д. Бельская,  
Р.Р. Абузяров, Е.В. Невмержицкая*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

*Актуальность.* Нарушения в состоянии репродуктивного здоровья современных женщин и зависимость их проявления от таких медико-социальных факторов, как раннее начало половой жизни, медицинские аборт, курение, хроническая экстрагенитальная патология и отягощенный акушерско-гинекологический анамнез у матери можно считать проявлением нового феномена развития населения – исчезновением у будущих матерей, эволюционно присущего им стремления иметь преемственность в здоровом потомстве. Индивидуальный стимул воспроизводства заменяется отказом от детей, алкоголизмом, наркоманией. Психологи отмечают нарастающую агрессию матерей по отношению к собственным детям. Такие сдвиги нельзя объяснить только экономическими и социальными причинами. Очевидна необходимость изучения психологических проблем беременности.

*Целью* исследования явилось изучение преобладающего типа психологического компонента гестационной доминанты у беременных женщин, рожденных путем операции кесарева сечения.

*Материалы и методы.* В исследовании применялся клинико-психологический метод определения типа психологического компонента гестационной доминанты И. В. Добрякова. В основную группу обследуемых включены 53 беременные женщины, рожденные путем кесарева сечения. Контрольную группу составили 46 беременных, рожденных через естественные родовые пути. Материалы статистически обработаны с помощью прикладной программы «Statistica 6.0».

Психологический компонент гестационной доминанты – это совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщин при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы.

Типы ПКГД:

1. Оптимальный тип ПКГД отмечается у женщин, без лишней тревоги относящихся к своей беременности, отличающихся адекватным поведением во время беременности (выполнение требований врача, забота о собственном здоровье, ведение активного образа жизни).

2. Гипогестогнозический (отрицающий) тип ПКГД отмечается у женщин, поведение которых направлено на отрицание, игнорирование беременности (отказ от изменения образа жизни, рекомендаций врачей, наличие вредных привычек, напряженной работы или учебы и т. д.).

3. Эйфорический тип ПКГД отмечается у женщин с истерическими чертами личности, склонных к преувеличению трудностей беременности, манипулированию ребенком в отношениях с мужем.

4. Тревожный тип ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги у беременных, влияющим на ее соматическое состояние.

5. Депрессивный тип ПКГД проявляется резко сниженным фоном настроения у беременной женщины.

Опросник представлен тремя блоками утверждений: блок А – отношение женщины к себе беременной; блок Б – отношения женщины к формирующейся в течение 9 месяцев беременности в системе «мать-дитя»; блок В – отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих. В свою очередь каждый блок содержит в себе три раздела, отражающих различные сферы отношений (теоретическая основа опросника – теория отношений В.Н. Мясищева). К опроснику прилагается специальный ключ, позволяющий подсчитать количество баллов, соответствующих типам ПКГД.

В результате исследования выявлено, что основная группа представлена следующими типами психологического компонента гестационной доминанты: депрессивный и отрицающий компонент – отсутствуют, эйфорический компонент – у 7 женщин ( $p=0,0338<0,05$ ), тревожный компонент – у 4-х ( $p=0,4772>0,05$ ), оптимальный компонент – у 69 женщин ( $p=0,3147>0,05$ ).

Значения типов психологического компонента гестационной доминанты контрольной группы: депрессивный – у 1 женщины ( $p=0,3775>0,05$ ), отрицающий компонент отсутствует, тревожный компонент наблюдается – у 2 женщин, эйфорический компонент – 1, оптимальный – 61.

*Выводы.* Исходя из результатов исследования, основную группу составили беременные женщины, у которых достоверно чаще имел место эйфорический тип психологического компонента гестационной доминанты. Учитывая особенности процессов адаптации новорожденных, возможность влияния фармакологических веществ, применяемых во время операции, выявленные отличия могут быть обусловлены трансплацентарной проницаемостью и непосредственным воздействием наркотических веществ на плод. Разнонаправленность влияния наркотических и ненаркотических веществ, используемых при анестезиологическом пособии, не является до конца изученной. При этом хочется подчеркнуть возросший интерес к развитию ребенка, извлеченного при кесаревом сечении и важность разработки совершенных методов анестезиологического пособия, оказывающего минимальное влияние на состояние матери и плода, особенно в условиях современных проблем воспроизводства поколений.

## Литература

1. Абрамченко В.В., Ланцев Е.А., Шамхалова И.А. Кесарево сечение в перинатальной медицине. СПб, ЭЛБИ-СПб, 2005. – С. 4-6.
2. Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты// Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: сб. материалов конференции по перинатальной психологии. – СПб., 2001. – С. 39-48.

3. Казначеев В.П., Ладунова Е.В., Селяницкая В.Г. Гормональные механизмы влияния медико-социальных факторов на репродуктивную систему у девушек-подростков// Бюллетень СО РАМН, 2004, – №1. – С. 21-25.
4. Серов В.Н. Современное акушерство и кесарево сечение// Рус. мед. журн. – 2004, – №13. – С. 749-751.

УДК 618.5 – 089.888.61:618.3

### **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ СОСТОЯНИЯ РУБЦА НА МАТКЕ**

*Т.А. Густоварова, А.Н. Иванян, А.Е. Доросевич  
И.А. Бехтерева, С.И. Коржуев*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Расширение показаний для кесарева сечения привело к тому, что частота данного оперативного вмешательства в настоящее время составляет 16-20%, достигая в крупных акушерских стационарах 40-50%. Основным резервом снижения частоты повторного кесарева сечения является ведение родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке. Однако страх перед разрывом матки снижает количество акушеров, которые ведут такие роды (1,2,3). При отборе беременных для самопроизвольных родов большое значение имеет оценка состояния рубца на матке.

Для изучения морфофункциональных изменений в рубце после операции кесарево сечение нами было проведено морфологическое и иммуногистохимическое исследование неизмененного миометрия, взятого при выполнении планового кесарева сечения у 40 первородящих, первобеременных женщин и 80 иссеченных рубцов на матке при выполнении повторного кесарева сечения.

Пациентки, у которых исследовался неизмененный миометрий, не имели отягощенного гинекологического анамнеза, у них отсутствовали тяжелая экстрагенитальная патология и осложнения беременности. Показаниями для кесарева сечения явились: тазовое предлежание плода у 19 беременных, миопия высокой степени с изменениями на глазном дне у 14 и возраст старше 35 лет у 7.

Были выявлены два варианта морфологического строения миометрия.

Первому варианту соответствовали изменения, характерные для миометрия при доношенном сроке беременности. Данный морфологический вариант был выявлен у 32 (80%) пациенток. При исследовании было обнаружено, что основными морфологическими характеристиками при 1-м варианте строения миометрия являлись: упорядочное расположение гипертрофированных мышечных волокон; отсутствие явлений дистрофии в миоцитах, окруженных тонкими соединительнотканными волокнами; адекватная васкуляризация, что подтверждалось умеренной экспрессией фактора Виллебранда; слабо выраженная экспрессия коллагена; отсутствие ламинина в клетках; выраженная равномерная экспрессия десмина и виментина.

При 2-м варианте, который отмечался в каждом пятом наблюдении, были выявлены грубые десмопластические изменения, которые характеризовались выраженным периваскулярным склерозом вокруг капилляров, венул и лейомиоцитов, создавая плотный соединительнотканый каркас, который был вокруг одиночных миоцитов и целых групп. При 2-м варианте, в отличие от 1-го, в морфологическом строении отмечена выраженная экспрессия коллагена IV типа на базальных мембранах и соединительно-тканых прослойках гладких мышечных и коллагеновых волокон. Экспрессия десмина и виментина была слабо выраженной или отсутствовала полностью в зонах склероза.

Исходя из вышеизложенного, проведенное морфологическое исследование позволяет предположить, что у пациенток, исходно имеющих десмопластические изменения в строении миометрия возможно формирование соединительнотканного рубца с выраженными процессами склероза и гиалиноза.

При исследовании иссеченных рубцов после кесарева сечения ни в одном из наблюдений полной регенерации (реституции) миометрия мы не наблюдали. По результатам морфологической картины все пациентки были разделены на 2 группы. Первая группа – морфологические признаки полноценности маточного рубца. Вторая группа – морфологически неполноценный рубец на матке.

В 1-ю группу вошли 49 (61,2%) пациенток, у которых в гистологических препаратах мышечные волокна имели типичное расположение (циркулярное, продольное, косое) с равномерным окрашиванием. Между пучками мышечных волокон определялась рыхлая соединительная ткань в виде тонких прослоек или широких полей. Следует отметить резкую атрофию мышечных волокон, которые были окружены тонким соединительнотканым каркасом. В местах, где соединительнотканый каркас имел вид тонких волокон, – мышечные волокна гипертрофированы. При иммуногистохимическом исследовании отмечалась яркая диффузная цитоплазматическая экспрессия фактора Виллебранда в эндотелиоцитах и в гладкомышечных клетках. Экспрессия ламинина ни в одном из случаев не наблюдалась. Визуализировалась умеренная и равномерная экспрессия в зоне рубца коллагена IV типа.

Отмечалась умеренная или выраженная мембранная или цитоплазматическая экспрессия виментина в эндотелии, фибробластах, миоцитах и десмина в гладкомышечных клетках. В зоне рубцовой ткани экспрессия десмина была отрицательной.

В 2-ю группу вошла 31 (38,8%) пациентка, у которой морфологически имелись признаки неполноценной регенерации рубца – не типичное, хаотичное расположение мышечных волокон. Преобладали процессы склероза и гиалиноза, с выраженной атрофией мышечных волокон. В 50% наблюдений были видны фрагменты шовного материала, явления кальциноза, вокруг выраженное разрастание соединительной ткани, лимфоцитарная и лейкоцитарная инфильтрация, гигантские клетки типа инородных тел. В 5 случаях был выявлен эндометриоз рубца.

Полученные данные морфофункционального состояния рубца были сопоставлены с клиническими и экоскопическими признаками.

При анализе гинекологического анамнеза, интра- и послеоперационных осложнений первого кесарева сечения в 1 группе у 15 (30,6%), во 2-й группе у 16 (51,6%) пациенток имелись от одного до нескольких факторов риска формирования неполноценного рубца.

На основании анамнестических данных, в группе пациенток, имеющих морфологические признаки неполноценности рубца на матке, достоверно чаще выявлялись факторы риска формирования несостоятельного рубца. Внутриматочные вмешательства у 8 пациенток 1-й группы и у 9 из 2-й группы были связаны с проведением медицинских аборт, у остальных с раздельным диагностическим выскабливанием полости матки по поводу полипов эндометрия. В 1,6 раза чаще встречались воспалительные заболевания гениталий ( $p < 0,05$ ). Частота интраоперационных осложнений также была выше в группе пациенток с неполноценным рубцом на матке ( $p < 0,05$ ). Основными осложнениями были кровотечения, обусловленные нарушением сократительной способности матки или в связи с продлением разреза на нижний маточный сегмент. Во всех случаях это потребовало проведения дополнительного гемостаза путем наложения большего количества лигатур. В результате избыточное количество шовного материала и ишемия тканей в области раны привели к нарушениям репаративных процессов, что при морфологическом исследовании проявлялось выраженным разрастанием соединительной ткани, явлениями склероза и гиалиноза, минимальной экспрессией фактора Виллебранда и выраженной экспрессией коллагена IV типа.

Эндометрит осложнил послеоперационный период у 5 женщин 2-й группы и лишь у 1 – из первой ( $p < 0,05$ ). Раневая инфекция встречалась у пациенток только 2-й группы. При морфологическом исследовании рубцов у пациенток с осложненным послеродовым периодом отмечались признаки хронического воспалительного процесса с формированием склероза (избыточное разрастание соединительной ткани, явления гиалиноза, большое количество облитерированных сосудов, что подтверждалось

отрицательной экспрессией фактора Виллебранда в эндотелии сосудов). Практически полностью отсутствовала экспрессия десмина и виментина в зоне рубца.

Таким образом, внутриматочные вмешательства, воспалительные заболевания гениталий, интра- и послеоперационные осложнения в 1,5 раза повышают риск формирования неполноценного рубца на матке.

Результаты эхоскопии совпали с морфологическими данными в 82,5% случаев. Проведенное исследование показало, что на сегодняшний день наиболее информативными критериями состояния рубца являются: однородность структуры миометрия, наличие участков высокой акустической плотности, васкуляризация маточного сегмента.

Наличие участков высокой акустической плотности при УЗИ морфологически подтверждалось наличием шовного материала, окруженного соединительнотканной капсулой, с очагами склероза, гиалиноза, высокой экспрессией коллагена IV типа и низкой экспрессией фактора Виллебранда, отсутствием экспрессии десмина.

Во всех наблюдениях, когда при доплерометрии определялось равномерное расположение сосудов вокруг рубца, при гистоиммунохимическом исследовании отмечалась яркая диффузная цитоплазматическая экспрессия фактора Виллебранда в эндотелиоцитах.

При сопоставлении данных морфологического исследования с техникой операции и используемым шовным материалом было выявлено, что наименьшие десмопластические изменения были выявлены при ушивании матки однорядными отдельными швами или непрерывным швом с использованием синтетического рассасывающегося материала. Это проявлялось упорядочным расположением мышечных волокон, окруженных соединительнотканными прослойками, наличием сосудов различного калибра, с сохраненной внутренней мембраной. При ушивании матки в два этажа у 75% пациенток отмечалась выраженная дезорганизация миометрия с атипичным расположением мышечных волокон, разрастанием грубой соединительной ткани, с формированием в отдельных наблюдениях сплошных полей. Выраженное нарушение цитоскелета миоцитов, микроциркуляции проявлялось резким снижением или отсутствием экспрессии фактора Виллебранда, виментина и десмина. Наши данные подтверждают исследования В.И. Краснопольского, Л.С. Логутовой (2005), что такие выраженные изменения дезорганизации миометрия обусловлены механическим фактором в связи с избыточным наложением швов, стягиванием краев раны и большим количеством шовного материала.

В наших исследованиях у каждой третьей роженицы с рубцом на матке встречались аномалии родовой деятельности при самопроизвольных родах. При морфологическом исследовании иссеченных маточных рубцов у рожениц, оперированных в связи с аномалией родовой деятельности, было выявлено, что имелись признаки морфологической полноценности рубца, но гистоиммунохимические исследования выявили значительно

меньший функциональный потенциал миометрия, который во всех случаях проявлялся очаговой неравномерной экспрессией виментина и десмина, что может свидетельствовать о повреждении цитоскелета клеточных структур, нарушении сократительной способности миоцитов и, как следствие, развитии аномалий родовой деятельности.

Таким образом, проведенное исследование показало, что репарация тканей является сложным процессом, зависящим не только от хирургической тактики, но и от огромного числа причин: состояния макроорганизма, условий, в которых проходят регенеративные процессы, генетической предрасположенности к образованию соединительной ткани и других факторов, которые необходимо учитывать при ведении беременности и выборе способа родоразрешения у женщин с рубцом на матке.

### Литература

1. Альтернативное родоразрешение беременных соперированной маткой/ В.И. Краснопольский [и др.] // Журн. акуш. и женских болезней. – СПб, 2003.- Т –52, вып. 1.- С. 20-25.
2. Габидулина Р.И. Рубец на матке после кесарева сечения: хирургические и диагностические аспекты. Автореф. дис.... д-ра. мед. наук. – 2004. – 46с.
3. Shipp T.D. Intrapartum uterine rupture and dehiscence in patient with prior lower segment vertical and transverse incisions // Obst a Gynec 1999; 94: 735-740.

УДК 618.5-059:619.66-006.36

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ С ПЕРИТОНИЗАЦИЕЙ РУБЦА НА МАТКЕ СВОБОДНЫМ КРАЕМ САЛЬНИКА**

*С.И. Коржуев, А.Н. Иванян, Т.А. Густоварова,  
Л.С. Киракосян, Е.Н. Моисеевкова*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Лейомиома матки – наиболее часто диагностируемая доброкачественная опухоль миометрия. Она диагностируется у 20–25%

женщин репродуктивного возраста, а старше 40 лет обнаруживается у 40–50%.

Несмотря на широкий спектр консервативных методов лечения, до сих пор наиболее эффективным остается оперативный. При этом большинство гинекологов склонны к проведению гистерэктомии, лишая пациенток репродуктивной, менструальной функций. Нередко у них развивается постгистерэктомический синдром, приводящий к ухудшению качества жизни. Более широкое применение органосохраняющих операций при миоме матки зачастую ограничивается из-за боязни развития послеоперационных осложнений, спаечного процесса. С целью уменьшения выраженности спаечного процесса после операции в настоящее время имеется возможность использования различных биологических клеев. Однако отсутствие детального исследования их действия ограничивает широкое внедрение данной методики в практику. На протяжении многих лет в отделении оперативной гинекологии КБ №1 г. Смоленска применяется методика перитонизации рубца на матке после миомэктомии свободным краем сальника. При этом после ушивания матки производится ее «окутывание» тканью сальника при помощи нескольких лигатур. При небольших размерах и недостаточной длине сальника проводится перитонизация рубца при помощи его резицированного лоскута.

С целью изучения отдаленных результатов данной методики нами был проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациенток, которым была произведена миомэктомия за период с 2001 по 2005 год в отделении оперативной гинекологии КБ №1. В 1-ю группу вошли 60 женщин, у которых операция сопровождалась гистерооментопексией. Контрольную группу составили 60 пациенток без перитонизации рубца на матке. Средний возраст пациенток по группам был  $35,65 \pm 5,69$  и  $34,15 \pm 6,41$  года соответственно. У 53,3% (n=32) 1-й группы и 56,7% 2-й (n=34) имелась различная соматическая патология. Наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного тракта (26,7% и 23,3% по группам), причем чаще других наблюдалась патология гепато-билиарной системы. Также следует подчеркнуть высокую частоту заболеваний сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ИБС, атеросклероз сосудов), которые встречались примерно одинаково в обеих группах и составляли 13,5%. Таким образом, среди соматической патологии преобладали заболевания, имеющие некоторую гормональную зависимость.

Помимо миомы матки, почти все пациентки (90% в 1-й группе и 86,7% во 2-й) имели в анамнезе различную гинекологическую патологию. Статистических различий в структуре данных заболеваний среди групп выявлено не было. Почти у каждой второй больной встречались воспалительные процессы придатков и патология шейки матки. Примерно у 15% выявлялись кисты яичников. Столько же пациенток имели в анамнезе гиперпластические процессы эндометрия и эндометриоз

различной локализации, что может свидетельствовать об общности происхождения миомы и ряда доброкачественных заболеваний матки.

Большинство женщин уже успели реализовать свою репродуктивную функцию на момент операции. Так, беременности в анамнезе были у 67% в 1-й группе и 70% во 2-й. Количество родов (56%) лишь незначительно преобладало над числом аборт (50%). Обращает на себя внимание большое количество самопроизвольных выкидышей (26 и 23% соответственно). Причем подавляющее большинство их случилось в I-м триместре беременности, что, по-видимому, связано с относительной гиперэстрогенией у больных с миомой матки.

Таким образом, группы были сопоставимы по возрасту, соматическому, акушерскому и гинекологическому анамнезу.

Однако у пациенток 1-й группы имелись достоверно большие размеры матки и количество узлов до операции. Так, в 1-й группе на момент операции матка соответствовала  $10,2 \pm 3,56$  недели беременности, в то время как во второй лишь  $7,4 \pm 2,1$  недели ( $p < 0,05$ ).

Все случаи консервативной миомэктомии были произведены открытым абдоминальным путем. Лапаротомный доступ осуществлялся преимущественно методикой по Пфанненштилю. Нижнесрединная лапаротомия производилась лишь при наличии старого послеоперационного рубца и в двух случаях множественной миомы с размером узлов до 20 см в диаметре и размером матки до 22 недель беременности (в 1-й группе). Разрез на матке осуществлялся в проекции наибольшего узла, в продольном направлении, ближе к центру тела матки, что соответствует зоне наименьшего кровотока. Миоматозные узлы удалялись тупым путем, прибегая к острому лишь при отсечении питающей «ножки» узла на зажиме или при выраженных рубцовых изменениях вокруг опухоли. Ушивание миометрия производилось отдельными швами в 1 ряд. Двурядный шов накладывался преимущественно при вскрытии полости матки, которая наблюдалась в 20% в 1-й группе и в 13% - во второй.

Во время миомэктомии в первой группе у 70% удалено более 2-х узлов (максимальное количество – 28), во второй множественная миома встречалась лишь у 53%. Во 2-й группе кровопотеря не превышала 500 мл., тогда как в первой у 3 пациенток она достигала 800-1000 мл., что потребовало проведения трансфузионной терапии. В ряде случаев массивной кровопотери удалось избежать благодаря интраоперационной перевязке маточных артерий кетгутом. Данная манипуляция производилась у 4 пациенток 1-й группы. Длительность операции напрямую зависела от количества и размера узлов, их локализации, а также выраженности спаечного процесса, и составила по группам  $60,4 \pm 21,8$  и  $54,1 \pm 17,3$  минуты соответственно.

Ведение послеоперационного периода в обеих группах не различалось и предусматривало проведение инфузионной терапии в первые 3 суток, профилактическое назначение антибиотиков

(цефалоспорины 2-3 поколения), раннюю активацию пациенток (в первые сутки), лазеротерапию на низ живота.

Однако при анализе течения послеоперационного периода было выявлено, что в группе с перитонизацией рубца на матке сальником температурная реакция в первые 7 суток была достоверно ниже и составила  $36,9 \pm 0,34^{\circ}\text{C}$ , против  $37,5 \pm 0,4^{\circ}\text{C}$  во второй ( $p < 0,05$ ). При ультразвуковом исследовании на 6 сутки после операции во второй группе свободная жидкость в заднем своде определялась у 86%, причем у 23% – в значительном количестве. В 1 группе эти показатели составили 66% и 10% соответственно. Во время УЗ – исследования проводилась и доплерометрия сосудов матки. При этом было обнаружено, что к концу первой недели после операции происходит дополнительное прорастание сосудов от сальника к матке, что сопровождается лучшим кровоснабжением зоны рубца. Как известно, формирование рубца в условиях гипоксии ведет к разрастанию соединительной ткани, его склерозированию.

При анализе лабораторных показателей в послеоперационном периоде достоверных различий по группам выявлено не было. Однако в 1-й группе имеется тенденция к более низким значениям СОЭ и лейкоцитоза на 5-е сутки после операции.

Динамика клинических проявлений спустя год после операции по группам была схожей. Но во 2-й группе несколько чаще встречались жалобы на диспареунию (5,0%). В первой группе таких пациенток было всего 1,67%. У всех этих женщин были выявлены признаки спаечного процесса, что и послужило причиной возникновения болей.

У 5 пациенток 1-й группы и у 6 – второй за период от 1 года до 5 лет была произведена повторная операция, связанная с рецидивом миомы и патологией яичников. Во время операции у 4 из 6 женщин 2-й группы в области рубца на матке были подпаяны петли кишечника, что значительно усложняло ее проведение. После перитонизации рубца сальником, спайки легко пересекались на зажимах без риска ранения кишечника. В целом спаечный процесс при повторной лапаротомии в 1-й группе был выражен меньше.

Таким образом, перитонизация рубца на матке сальником является целесообразным дополнением к миомэктомии, значительно снижая риск как ранних, так и отдаленных осложнений после операции. Обладая прекрасными гемостатическими свойствами, он препятствует накоплению крови в брюшной полости, что неизбежно при подобных операциях. Это ведет к меньшей температурной реакции в раннем послеоперационном периоде, снижает спайкообразование. Дополнительная васкуляризация зоны рубца уже с первых недель способствует формированию полноценного, состоятельного рубца даже при обширной миоме. А отсутствие спаечного процесса между маткой и кишечником значительно снижает риск повторной операции, исключает развитие спаечной кишечной непроходимости.

## Литература

1. Базанов П. А., Миома матки и нарушения репродуктивной функции. Обзор литературы. // Пробл. репродукции. - 2002. - Т.8, №4. - С. 16-18
2. Сидорова И. С., Миома матки. Возможности лечения и профилактики // Рус. мед. журн. - 2002. - Т.10. №7, - С. 336-339
3. Щербакова В. В., Миома матки. Патогенез, клиника, диагностика, лечение // Междунар. мед. журн. - 2004. - Т.4, №3. - С. 62-64
4. Golan D, Aharoni A, Gonen R, Boss Y, Sharf M (2000) Early spontaneous rupture of the post myomectomy gravid uterus // Int J. Gynaecol. Obstet. 31:167-170
5. Vercellini P, Maddalena S, De Giorgi O, Aimi G, Crosignani PG (2004) Abdominal myomectomy for infertility: a comprehensive review. Hum Reprod 13:873-879

УДК 618.-31-089 + 577.153

### **ОЦЕНКА УРОВНЯ ГИДРОПЕРЕКИСЕЙ ЛИПИДОВ И АКТИВНОСТИ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОК С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ.**

***В.Г. Подопрigorova, Т.А. Степанькова, Е.А. Степанькова, А.А. Бобылев***

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом  
пренатальной диагностики*

До настоящего времени внематочная беременность является одной из основных проблем акушерства и гинекологии. Актуальность этой проблемы обусловлена высокой распространенностью внематочной беременности, так как ее частота составляет от 2 до 12% от общего числа госпитализированных в гинекологические стационары, по отношению ко всем зарегистрированным беременностям – 1,2-2,2%, к родам – 1,6-4,7%. Возрастание частоты «первой» эктопической беременности среди молодых женщин, не имевших ранее беременностей и/или родов, требует развития и совершенствования органосохраняющих методов лечения внематочной беременности (хирургических и медикаментозных), а также

разработки более эффективных способов восстановления репродуктивной функции после эктопической беременности, поскольку после хирургического лечения у половины больных развивается стойкое бесплодие.

Внематочная беременность, как правило, требует экстренного хирургического вмешательства, поэтому стабильно занимает ведущее место в структуре urgentных гинекологических заболеваний. Известно, что составляющими хирургического стресса, помимо эмоционально-психического статуса, является само оперативное вмешательство, включающее в себя болевое и механическое воздействие, кровопотерю, а также анестезиологическое пособие. Хирургический стресс проявляется изменениями функционального состояния всех органов и систем организма, в том числе и оксидативного гомеостаза. Одним из универсальных маркеров устойчивости гомеостаза к внешним и внутренним стрессорным факторам является баланс в системе свободнорадикальное окисление – антиоксидантная защита. Различные повреждающие факторы, в том числе само заболевание и его хирургическое лечение, могут приводить к биорадикальным нарушениям в виде дисбаланса свободнорадикальных процессов и недостаточной ёмкости антиоксидантной системы организма.

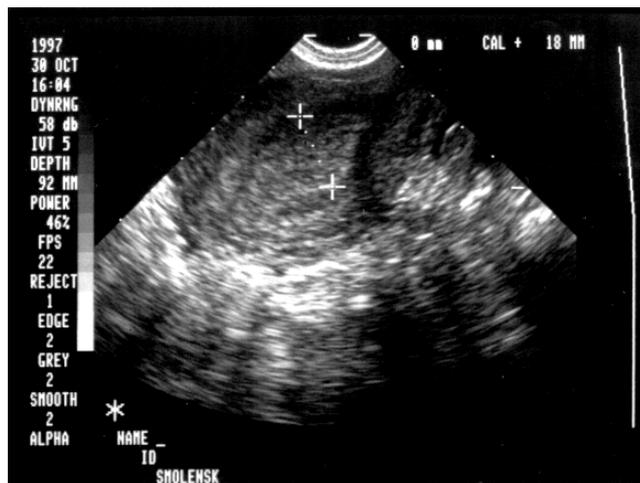
Целью нашего исследования явилось изучение операционного стресса у больных с внематочной беременностью по состоянию свободнорадикально-антиоксидантного статуса.

Нами обследовано 30 пациенток с нарушенной внематочной беременностью, которым было выполнено хирургическое лечение в объёме удаления маточной трубы и санации брюшной полости лапароскопическим доступом (основная группа), и 20 пациенток с неосложненной беременностью малого срока (контрольная группа).

Всем пациенткам основной группы проведено общеклиническое, гинекологическое, клиничко-лабораторное обследование, определение хорионического гонадотропина в сыворотке крови. Практически всем пациенткам проводилось ультразвуковое трансвагинальное исследование на аппарате SonoAse 1500 и SonoAse 8800, при котором выявлялись ультразвуковые признаки эктопической беременности (несколько увеличенные размеры матки, утолщенное М-эхо, свободная жидкость в позадиматочном пространстве и патологическое образование гетерогенной эхоструктуры в проекции маточной трубы) (рис.1,2).



**Рис.1** На эхограмме аксиально-поперечное УЗ – сечение матки и её полости, рядом с правым углом матки округлое жидкостное образование (плодное яйцо).



**Рис.2** Децидуальный эндометрий при эктопической беременности, М-эхо 18 мм.

Всем пациенткам проведена оперативная лапароскопия с применением стойки и набора инструментов фирмы «Карл Шторц». Изучение свободнорадикального окисления (СРО) и активности антиоксидантной системы (АОС) проводилось до и после хирургического лечения по уровню гидроперекисей липидов (ГПЛ) и суммарной антиоксидантной активности (АОА) методом хемилюминисценции.

Пациентки контрольной группы также прошли общеклиническое, гинекологическое обследование, ультразвуковое исследование. Изучение СРО и АОС проводилось однократно таким же методом.

Средний возраст пациенток основной группы составил 29<sub>-</sub>+2,7 года, воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе имели 16 (53,3%) больных, оперативные вмешательства на придатках по поводу кист яичников и бесплодия – 7 (23,3%), по поводу внематочной беременности – 3 (10,0%), только у 13,4% в анамнезе не было указаний на какие – либо факторы, повреждающие придатки матки.

Клинические проявления внематочной беременности в виде нарушения менструальной функции были у 24 (80,0%) пациенток, болевого синдрома – у 19 (63,3%), кровяных выделений из влагалища – у 17 (56,6%). Уровень хорионического гонадотропина был ниже предполагаемого срока беременности и колебался от 200 до 4500 ММЕ/л. При ультразвуковом исследовании определялись ультразвуковые признаки внематочной беременности. Средний уровень ГПЛ до операции составил 88,0+5,4 отн.ед., суммарной АОА – 22,3+3,4 отн.ед., что практически не отличалось от показателей в контрольной группе. Оценка состояния СРО и АОС через сутки после проведенной оперативной лапароскопии показала некоторое уменьшение уровня ГПЛ – 78,8+4,3 отн.ед. и почти в два раза снижение уровня суммарной АОА – 10,7+2,4 отн.ед. ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует о выраженном дисбалансе в системе свободнорадикально-антиоксидантного статуса.

Таким образом, полученные сведения о биорадикальных нарушениях в послеоперационном периоде у пациенток с внематочной беременностью свидетельствуют о системной реакции организма на хирургический стресс в процессе лечения внематочной беременности и возможной необходимости применения антиоксидантных препаратов в послеоперационном периоде.

В данном исследовании впервые проводится оценка клинко-биофизических особенностей внематочной беременности у женщин. Определены эхографические и эндоскопические характеристики внематочной беременности. Впервые изучается динамическое состояние оксидативного гомеостаза по гидроперекисям липидов и состоянию антиоксидантной системы до и после лечения. С учетом сведений о состоянии перекисного гомеостаза комплексное лечение внематочной беременности будет дополнено применением синтетических антиоксидантных препаратов, а также на основе многофакторного анализа клинко-биофизических параметров планируется разработать алгоритм диагностики и тактики лечения внематочной беременности.

## Литература

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии.- Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 1997. – С. 170.
2. Бельских О.Л. Эндоскопическое лечение трубной беременности: Дис.... канд. мед. наук. – Воронеж 1998.- С. 130.

3. Буянова С.Н., Смирнова В.С., Симакова М.Г. Основные принципы диагностики и лечения внематочной беременности // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов.- 1996.- №4. – С. 38 – С. 43.
4. Владимиров Ю.А., Шерстнев В.П., Азимбаев Т.К. Оценка антиокислительной и антирадикальной активности веществ с помощью железоинициированной хемиллюминисценции // Биофизика – 1992. – Вып.6. – №37. – С. 1041 – 1047.
5. Внематочная беременность /А.Н. Стрижаков А.Н. [и др.] – М.: Медицина, 1998. – С. 125.

УДК 618.73:616-053.31

## **СТАНОВЛЕНИЕ ЛАКТАЦИИ У РОДИЛЬНИЦ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

*Джамали Моиз И., Иванян А.Н., Грибко Т.В., Буцык И.И., Середина Г.В., Киракосян Л.С.*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

На сегодняшний день повсеместным становится понятие важности значения кормления грудью для здоровья самой женщины, обеспечения максимально высоких стандартов здоровья, а также для эффективного развития психологических и познавательных навыков и долгосрочного здоровья ребенка. Медленный прирост детей, получающих исключительно грудное молоко у матерей с осложненным течением беременности, делает проблему чрезвычайно актуальной.

Нами обследовано 100 родильниц и их новорожденных. У всех женщин роды произошли при доношенной беременности через естественные родовые пути. Все пациентки разделены на три группы. Первую группу составили 30 родильниц с нормальным состоянием фетоплацентарного комплекса во время беременности (контрольная группа), вторую группу – 50 пациенток с компенсированной фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) и 20 пациенток с субкомпенсированной ФПН.

Поскольку лактостаз и трещины сосков, по современным данным, являются объективными показателями эффективности сосательной функции младенца [12], а так же могут быть причиной гнойно-септических осложнений со стороны молочной железы [11], нами проведен анализ данных показателей.

Таблица 1

## Осложнения при становлении лактации в послеродовом периоде

Обследованные группы	Лактостаз	Трещины сосков
Первая группа (n =30)	1 (3,3%)	3 (10,0%)
Вторая группа (n= 50)	3 (6,0%)	5 (10,0%)
Третья группа (n=20)	1 (5,0%)	5 (25%)

Из таблицы видно, что у женщин с плацентарной недостаточностью чаще встречались осложнения со стороны молочной железы в период становления лактационной функции. Лактостаз наблюдался в 1,8 раза чаще во второй группе и в 1,5 раза чаще в третьей группе по сравнению с группой контроля. Трещины сосков как один из показателей правильности и частоты прикладывания к материнской груди был достоверно выше у женщин с субкомпенсированной плацентарной недостаточностью. В этой группе у каждой четвертой женщины были трещины сосков.

При анализе характера вскармливания младенцев в ранний неонатальный период мы выявили, что у родильниц, вскармливавших своих детей исключительно грудью, на протяжении всех дней пребывания в родильном отделении, явления лактостаза отсутствовали во всех обследованных группах. В третьей группе 55% новорожденных получали докорм заменителями грудного молока с первых суток жизни, во второй группе 40% младенцев получали докорм, в первой группе таких детей было значительно меньше – всего 10%.

У 66 женщин, которые вскармливали своих детей исключительно грудью, отсутствовали трещины сосков, что указывало на правильное прикладывание младенца к груди. У женщин первой и второй групп трещины сосков встречались почти в 3 раза реже, чем у женщин третьей группы. Проведенный анализ показал, что младенцы третьей группы не совсем правильно прикладывались к материнской груди, поэтому эффективность сосания была не достаточная, и возможно это сказалось на снижении активности выработки пролактина и окситоцина, главных гормонов лактации, участвующих в выработке и «отдаче» молока.

Судить о количестве выработки молока у матери по критериям, выработанным ВОЗ, у детей первой недели жизни не представляется возможным. Так как абсолютными признаками недостатка молока у матерей детей первого года жизни, являются прибавка массы тела в месяц не менее 500 гр. и количество мочеиспусканий менее 6-8 раз в сутки. Дети первой недели жизни, все без исключения, теряют массу тела после рождения и, естественно, на высоте убыли массы тела уменьшают количество мочеиспусканий.

Проведенный анализ кратности прикладывания детей к материнской груди в ранний неонатальный период показал, что младенцы, вскармливающиеся исключительно грудью, во всех обследованных

группах стимулируют и ускоряют становление лактации у матери. Способствуют более быстрому приходу молока, на что указывает урежение частоты кормлений на 6-е сутки жизни и совпадает у большинства детей с восстановлением первоначальной массы тела. Однако новорожденные третьей группы в 1,5 раза реже прикладывались к материнской груди в течение первых шести суток раннего неонатального периода. Скорее всего, это было связано с назначением докорма на вторые сутки после рождения 11 (55%) новорожденным. Лактация восстановилась к концу первой недели после родов только у 50% женщин третьей группы, у 74%- второй и у 93,3% – первой группы, остальные были выписаны из родильного дома с недостатком молока.

Кроме того, младенцы первой группы в 1,7 раза, а дети второй группы в 1,5 раза чаще сосали материнскую грудь ночью, чем днем, по сравнению с детьми третьей группы. Известно, что ночное кормление влияет на выработку основного гормона продукции молока пролактина, стимуляции выработки которого были лишены женщины третьей группы, дети которых реже сосали материнскую грудь в ночное время.

Одновременно с учетом кратности прикладывания к материнской груди учитывалась кратность мочеиспусканий новорожденных, как объективный показатель достаточности лактации у матери. Следует отметить, что младенцы первой и второй групп в первый день после рождения мочились от 3-х до 5-ти раз, а новорожденные третьей группы от 1 до 3-х раз за сутки. Наименьшее количество мочеиспусканий от 2-х до 3-х раз регистрировалось на 3-и сутки раннего неонатального периода у детей, получавших исключительно материнскую грудь, совпадало с максимальной убылью первоначальной массы тела и сопровождалось максимальным количеством прикладываний к материнской груди. Несмотря на то, что 55% детей третьей группы получали докорм, количество мочеиспусканий на третьи сутки раннего неонатального периода у них было от 1 до 3-х раз и не превышало показатель детей находившихся исключительно на грудном вскармливании. Такая ситуация была связана по всей видимости с перенесенной длительной хронической гипоксией при субкомпенсированной плацентарной недостаточности у матери и с расстройствами микроциркуляции на уровне почечного кровотока у плода.

К концу раннего неонатального периода количество мочеиспусканий у детей первой и второй групп увеличилось от 4-х до 7-и раз и совпадало с уменьшением кратности прикладывания к материнской груди и восстановлением первоначальной массы тела. У детей третьей группы кратность мочеиспусканий по-прежнему оставалась ниже и не имела достоверных различий в сравнении с третьими сутками жизни, что позволило сделать предположение о необходимости назначения этим младенцев дополнительно питья для восстановления объема циркулирующей крови и восстановления микроциркуляции на уровне почек.

Таким образом, лактация у матерей с хронической плацентарной недостаточностью устанавливается позже, в периоде ее становления чаще встречаются осложнения со стороны молочной железы в виде лактостаза и трещин сосков. Дети этих матерей чаще получают в периоде адаптации заменители грудного молока, реже прикладываются к материнской груди и к концу раннего неонатального периода в половине случаев находятся на частично грудном вскармливании.

### Литература

1. Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод. – М.: Медицина, 1999. – 447с.
2. Никитина Е.Б., Мезинова Н.Н. Влияние раннего прикладывания ребенка к груди и индивидуального режима вскармливания на лактогенез // Акушерство и гинекология. – 1990. – №3. – С. 56-58.
3. Орджоникидзе Н.В. Хроническая плацентарная недостаточность и немедикаментозные методы ее терапии: Автореф: дис.... д-ра мед. наук. – М., 1994. – 48 с.
4. Отношение будущих матерей к грудному вскармливанию (результаты анкетирования) / Конь И. Я. [и др.] // Педиатрия. – 1998. – №5. – С.82-83.
5. Подобед Н. Д. Становление лактации и адаптация новорожденных в зависимости от психоэмоционального статуса матерей. // Материалы IV Российского форума "Мать и дитя". – М., 2002. – С. 482-483.

УДК 616. 61-053.31:618.35

### АДАПТАЦИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЛАЦЕНТЫ У МАТЕРИ

*Джамали Моиз И., А.Н. Иванян, Т.В. Грибко  
А.А. Яйленко, Н.Г. Челомбитько*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Проблемы адаптации новорожденных в ранний неонатальный период остаются актуальными не только в нашей стране, но и за рубежом. Ежедневно врачи-неонатологи сталкиваются с различными дизадаптационными реакциями в первую неделю жизни ребенка.

Первые дни жизни ребенка характеризуются напряжением компенсаторно-приспособительных механизмов, сопровождающихся перестройками деятельности многих органов и систем, обусловленными поддержанием гомеостаза. Важнейшая роль в этом принадлежит почкам, которые участвуют в регуляции водно-электролитного обмена и выведения конечных продуктов метаболизма. Однако в системе адаптации к постнатальной жизни почки являются одним из наиболее уязвимых ее звеньев, особенно при осложненном у матери течении беременности. Переход на не зависимое от матери существование требует максимального включения почечных функций новорожденных в процессы поддержания постоянства состава внутренней среды. Особую важность приобретает изыскание целенаправленного воздействия на становление почечных функций ребенка в условиях осложненной беременности у матери. Решение этой задачи требует ясного представления об особенностях становления и регуляции почечных функций у младенцев первой недели жизни при благополучном течении беременности у матери и ее осложнениях.

Наиболее частым осложнением беременности является формирование фетоплацентарной недостаточности с нарушением кровообращения в системе «мать – плацента – плод».

Целью нашего исследования явилось уточнить становление мочевыделительной функции почек у новорожденных, матери которых имели нарушения кровотока в системе «мать – плацента – плод» во время беременности.

Для достижения намеченной цели нами было проведено обследование 145 новорожденных, которые методом простой рандомизации разделены на 4 группы. Первую группу составили 50 новорожденных с IA степенью нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока, вторую – 48 новорожденных IB ст. нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока, третью – 22 новорожденных II ст. нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока и 25 новорожденных с нормальным кровотоком в системе «мать-плацента-плод» – контрольную группу.

Дети контрольной и первой групп имели высокие показатели оценки по шкале Апгар на первой минуте после рождения ( $8,11 \pm 0,15$  и  $8,05 \pm 0,21$  соответственно), в то время как младенцы второй и третьей групп по шкале Апгар получили достоверно более низкие оценки ( $6,86 \pm 0,13$  и  $6,24 \pm 0,15$   $P < 0,05$ ). Оценка по шкале Апгар имела прямую зависимость от степени нарушения кровообращения в системе «мать-плацента-плод». Кроме того, у 42% детей второй группы и у 54,5% новорожденных третьей группы оценка по шкале Апгар имела монотонный характер, без тенденции увеличения к пятой минуте после рождения. Монотонный характер оценки свидетельствовал о снижении самых ранних, но очень ответственных адаптационных возможностей детей, которые

внутриутробно перенесли более значимые изменения кровотока в системе «мать-плацента-плод».

Известно, что большое влияние на физическое развитие плода оказывают условия внутриутробного развития. У младенцев, которые имели различную степень нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока, показатели физического развития имели свои особенности. Достоверных различий параметров массы и роста в контрольной и первой группах мы не выявили, масса детей контроля составила  $3682 \pm 567,2$  г, в первой группе  $3594 \pm 477,9$  г, что соответствует среднестатистическим параметрам физического развития новорожденных по Смоленской области.

Однако по мере нарастания нарушений в системе кровообращения «мать-плацента-плод» показатели физического развития новорожденных снижались. Так, с достоверно низкой массой ( $3324 \pm 226,5$ г,  $P < 0,05$ ) родились дети с нарушениями кровотока IB степени и еще более низкие показатели были у младенцев третьей группы, средняя масса составила  $3277 \pm 229,5$ г ( $P < 0,05$ ). В последних двух группах высокий процент рождения маловесных детей: при нарушении кровотока второй степени новорожденных массой менее 3000 г было 40,9%, в группе с нарушенным кровотоком IB степени – 30%, с нарушенным кровотоком IA ст. только 5%, а в группе контроля всего 1 ребенок (4%).

Проведенный анализ массы тела свидетельствовал, что при нарастании нарушений кровотока в системе «мать-плацента-плод» показатели массы тела детей снижаются, увеличивается количество маловесных детей. Такая же зависимость выявлялась и при анализе показателей длины тела новорожденных.

Показатели массо-ростового коэффициента были ниже у детей матерей с нарушением кровотока IB и второй степени ( $64,2 \pm 2,76$ , и  $63,9 \pm 2,94$  соответственно). Внутриутробная гипотрофия диагностирована у 22,7% детей третьей группы, у 8,3% младенцев второй группы, что достоверно выше, чем у детей первой группы – 4% и контрольной группы, где детей с признаками гипотрофии мы не встретили.

Младенцы всех обследованных групп теряли массу после рождения. Максимальная первоначальная убыль массы не превышала пределы физиологической во всех обследованных группах. Однако младенцы второй и третьей групп дольше ее теряли и медленнее восстанавливали, о чем свидетельствовали коэффициенты убыли и восстановления первоначальной массы. Коэффициент падения массы, который является наиболее объективным критерием для оценки степени убыли и длительности ее падения, показал, что этот показатель был выше у новорожденных второй и третьей групп. Восстановление первоначальной массы у детей матерей с нарушением маточно-плодово-плацентарного кровотока проходило достаточно медленно и имело достоверные различия с детьми контрольной группы ( $0,94 \pm 0,48$ ,  $1,8 \pm 0,5$  соответственно).

Гипербилирубинемия наблюдалась у детей всех обследованных групп. Однако из 72,7% детей третьей группы и из 54,2% младенцев второй группы желтуха носила физиологический характер только у 33% и 29% (соответственно), у остальных новорожденных отмечалась патологическая гипербилирубинемия с показателями билирубина выше 254 мкмоль/л.

Токсическая эритема имела некоторые особенности у детей с различной степенью нарушения кровотока внутриутробно. Так, у детей контрольной и первой групп токсическая эритема наблюдалась у каждого пятого ребенка в виде единичных высыпаний, которые самостоятельно угасли к концу раннего неонатального периода. В то время как у новорожденных второй группы это состояние встречалось у каждого третьего ребенка, а в третьей группе у каждого второго. Проявление токсической эритемы как аллергической реакции организма у детей с внутриутробным нарушением маточно-плацентарно-плодового кровотока зависело от степени его нарушения и степени проницаемости плацентарного барьера для чужеродных антигенов от матери к плоду. У каждого второго ребенка третьей группы и у каждого четвертого второй группы высыпания носили обильный характер и сохранялись до конца раннего неонатального периода. По всей видимости нарушенный кровоток в системе «мать-плацента-плод», способствовал проникновению антигенов внутриутробно к плоду, что и проявилось обильной токсической эритемой на первой неделе жизни этих детей. Кроме того, делало их угрожаемыми по аллергопатологии на первых месяцах жизни.

Транзиторные нарушения почек у новорожденных, развитие которых проходило в условиях нарушенного кровотока, имели также свои особенности. Лейкоцитурия встречалась во всех обследованных группах, но у детей третьей группы она выявлена у 55% новорожденных, во второй группе – у 33,3%, в первой группе и группе контроля по 8%.

Протеинурия отмечена у каждого второго ребенка третьей и второй групп, в то время как в первой группе она встречалась у каждого пятого, а в контроле только у каждого десятого младенца. Мочекислый инфаркт почек диагностирован во всех обследованных группах. Однако в третьей и второй группах это переходное состояние наблюдалось у каждого третьего ребенка, а в первой и контрольной группах у каждого пятого.

Переходные состояния функции почек носили преходящий характер у подавляющего большинства новорожденных. Только у троих детей третьей группы (13,6%) и у четверых детей второй группы (8,3%) протеинурия и лейкоцитурия сохранялись на 6-е сутки раннего неонатального периода, а в анализе мочи были соли мочевой кислоты.

Исследование суточного диуреза, как одного из показателей адаптации почек в ранний неонатальный период, показало, что достоверно низким он был у детей третьей и второй групп ( $83,52 \pm 5,62$  мл и  $103,68 \pm 6,36$  мл соответственно) в первые сутки раннего неонатального периода. В то время как у детей контрольной и первой групп, этот показатель был

равен  $165,6 \pm 7,85$  мл и  $136,15 \pm 9,1$  мл соответственно. К концу раннего неонатального периода суточный диурез в третьей и второй группах ( $158,9 \pm 8,75$  мл и  $182,32 \pm 5,49$  мл соответственно) не достигал уровня детей контрольной группы ( $269,95 \pm 11,21$  мл).

Таким образом, уменьшение суточного диуреза, сохранение протеинурии и лейкоцитурии на протяжении первых шести дней раннего неонатального периода указывало на достаточно напряженное становление мочевыделительной функции почек у детей, внутриутробный период которых протекал в условиях хронической фетоплацентарной недостаточности.

Показатели лизоцима мочи, как одного из звеньев местной защиты почек, были в 1,9 раза выше уровня контрольной группы у новорожденных с нарушением кровотока 2-й степени при исследовании этого показателя в первые сутки после рождения. К концу раннего неонатального периода этот показатель достоверно снижался у детей третьей и второй групп и составил  $6,01 \pm 0,74$  и  $6,58 \pm 0,61$  соответственно, против  $8,25 \pm 0,54$  и  $8,28 \pm 0,98$  у детей первой и контрольной групп. Сочетание транзиторных нарушений функции почек с высокими показателями лизоцима сразу после рождения может быть обусловлено определенной степенью повреждения канальцев почек детей еще во внутриутробном периоде, с одной стороны, и не плохой степенью местной защиты этого органа – с другой. Однако снижение показателей лизоцима в этих группах к концу раннего неонатального периода свидетельствует в пользу уязвимости этих детей по инфекции мочевыводящих путей.

Проведенные нами исследования позволили установить, что период ранней адаптации и становление мочевыделительной функции почек у новорожденных, внутриутробный период которых проходил в условиях нарушенного кровотока в системе «мать-плацента-плод» сопровождался не только большей потерей первоначальной массы, медленным ее восстановлением, но и более выраженной и продолжительной желтухой, токсической эритемой. Становление почечных функций сопровождалось снижением суточного диуреза, лейкоцитурей и протеинурией, мочекислым инфарктом почек, а также снижением показателей лизоцима мочи, что делало этих детей угрожаемыми по развитию патологии почек на первом году жизни.

## Литература

1. Антоненко В.П. Функциональные возможности механизмов регуляции водно-солевого обмена в онтогенезе // Всероссийская конференция по физиологии почек – Новосибирск 2001.- С. 181.
2. Стрижакова М.А. Клинико-морфологическое обоснование доплерометрического исследования кровотока в маточных артериях при физиологическом и осложненном течении беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992. – 23 с.

- 3.Тютюнник В.Л. Течение беременности и перинатальные исходы при хронической плацентарной недостаточности и инфекции // Проблемы беременности. – 2000. – №2. – С. 46-50.
- 4.Чехонин В.П., Лебедев С.В., Володин В.В. и соавт. Экспериментальное моделирование перинатального гипоксически-ишемического поражения мозга // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2002. – 1(2). – С. 9-17.
5. Reshetnicova O.S., Barton G.Y., Teleshova O.V. Placental histomorphometric diffusing capacity of the villous membrane in pregnancies complicated by maternal iron-deficiency anemia // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1995. – Vol. 173. – №3. – P. 724-727.
6. Wing A.D. Limited clinical utility of blood and urine cultures in the treatment of acute pyelonephritis during pregnancy //Am J Obstet. Gynecol. – 2000. – 182: P. 1437-41.

УДК 618.2/7:616.36 – 002

## **ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕСТОЗЕ**

***А.Н. Иванян, А.М. Галактионова, С.Б. Крюковский,  
Т.И. Смирнова, Г.Д. Бельская, А.П. Гордиловская***

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС  
Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического и  
стоматологического факультетов*

Большого внимания при гестозах заслуживает состояние печени. В отечественной литературе почти нет сведений о HELLP-синдроме (гемолиз, увеличение активности печеночных ферментов и тромбоцитопения).

При тяжелой преэклампсии-эклампсии HELLP-синдром встречается от 4 до 12% случаев и характеризуется высокой материнской смертностью (до 75%) и перинатальными (79 на 1000) потерями.

Учитывая актуальность проблемы, мы провели исследование функции печени у 100 беременных с гестозом различной степени тяжести: легкой – у 52, средней – у 33 и тяжелой – у 15 человек. Контрольную группу составили 15 женщин с физиологическим течением беременности.

Проведено исследование уровня белка, билирубина, холестерина, протромбина в сыворотке крови, активности ферментов: глутамин-аланиновой (АЛТ), глутамин-аспарагиновой (АСТ) трансаминаз,

альдолазы (АЛД), щелочной фосфатазы (ЩФ) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ).

Содержание альбуминов и глобулинов определяли нефелометрическим методом Рушняка, белковых фракции – методом электрофореза на бумаге по А.Е. Гурвичу. Уровень билирубина определяли по Ван-ден-Бергу, холестерина по способу Энгельгарта и Смирновой, протромбина по методу Куика. Активность трансаминаз определяли по методу Reitman и Frankel, альдолазы – по методу Брунса в модификации В.И. Товарницкого и Е.Н. Валуйского, щелочной фосфатазы – по методу Боданского. Определение активности изоферментов лактатдегидрогеназы производили электрофоретическим методом на полиакриламидном геле с последующим проведением цветной ферментативной реакции и декситометрией окрашенных зон по методу Dietz и Lumbrano.

В результате проведенного исследования у женщин с гестозом выявлены следующие изменения функционального состояния печени.

Таблица 1

### Показатели сыворотки крови в третьем триместре беременности

Группы наблюдения Показатели	гестоз легкой степени (n=52)	гестоз средней степени (n=33)	гестоз тяжелой степени (n=15)	контрольная группа (n=15)
Аланиновая трансаминаза (в ед.)	30,5±1,3 *	32,2±1,4 *	51,6±3,5 ***	28,0±0,3
Аспарагиновая трансаминаза (в ед.)	30,0±1,1*	32,0±1,7***	42,5±2,7***	25,0±1,1
Альдолаза (в ед)	7,8±0,3*	9,0±0,7**	9,2±1,1*	6,2±0,8
Щелочная фосфатаза (в ед. Боданского)	6,0±0,2***	9,0±0,6***	10,3±0,8***	4,7±0,6
Общий белок (в г%)	7,2±0,05 *	6,7±0,4 ***	6,0±0,8 ***	7,5±0,24
Альбумин (в отн.%)	46,3±0,09***	45,5±0,5***	41,7±1,3***	55,6±0,4
α <sub>1</sub> – глобулин (%)	6,5±0,3 ***	6,6±0,7 ***	7,4±0,5 ***	5,27±0,25
α <sub>2</sub> -глобулин (%)	9,6±0,4 *	9,8±1,1 ***	11,2±0,08***	8,9±0,28
β– глобулин (%)	15,1±0,5***	15,7±0,11***	17,1±0,3***	11,4±0,13
γ– глобулин (%)	21,9±0,9***	22,5±1,3 *	22,9±0,6 ***	18,4±0,48
Протромбиновый индекс (в %)	99,5±1,7*	100,3±1,6**	102,6±1,6***	93,4±2,3
Билирубин (мг %)	0,44±0,03	0,63±0,07***	0,78±0,18***	0,37±0,05
Холестерин (мг %)	233,7±9,7**	245,3±19,8**	294,7±47,5 *	189,0±10,6
Лактатдегидрогеназа (ЛДГ <sub>4</sub> , %)	10,4±0,9*	12,9±0,6***	17,0±1,1***	6,5±0,9

\* – p<0,05    \*\* – p<0,01    \*\*\* – p<0,001

Сравнивая полученные результаты с данными, отмеченными у женщин с физиологическим течением беременности, мы не получили достоверных различий в содержании общего белка и билирубина при гестозе легкой степени. По-видимому, при гестозе легкой степени нарушения функции печени носят менее выраженный характер. В то же время при гестозе средней и тяжелой степени тяжести выявлено достоверно выраженное нарушение образования белков, протромбина, холестерина и нарушение пигментной функции печени у беременных.

У всех пациенток основной группы содержание альбуминов было ниже, а содержание  $\alpha_2$ -глобулиновых фракций выше, чем в контрольной группе. Изменения в белковом спектре крови (увеличение  $\alpha_2$ -глобулина и снижение количества альбуминов) приводят к повышению проницаемости капилляров в организме с выходом в ткани альбуминов, что сопровождается выходом мелкодисперсных фракций – альбуминов и созданием блока между стенкой сосуда и окружающей тканью, в результате чего нарушается газообмен.

Учитывая, что многие ферменты находятся и синтезируются в печени, можно полагать, что изменения, которые наблюдаются в этом органе при гестозе беременных, способствуют повышенному поступлению ферментов в кровь. Полученные результаты указывали на закономерное повышение активности трансаминазы, альдолазы и щелочной фосфатазы в сыворотке крови параллельно тяжести гестоза.

Изучение спектра изоферментов лактатдегидрогеназы при гестозе показало высоко достоверное увеличение четвертой фракции лактатдегидрогеназы с нарастанием тяжести гестоза ( $p < 0,001$ ).

Проведенное исследование активности ферментов периаминирования и гликолиза у беременных с гестозом подтверждает мнение о том, что данные ферменты являются критерием изменений в паренхиматозных органах при гестозе.

Таким образом, изменение активности ферментов указывает на степень поражения такого паренхиматозного органа, как печень. Особое внимание следует уделять определению активности лактатдегидрогеназы, отражающей повреждение гепатоцитов. Следовательно, рост печеночных ферментов служит одним из показателей нарастания степени тяжести гестоза и проявления HELLP-синдрома.

## Литература

1. Акушерская и гинекологическая помощь / Под редакцией акад. РАМН В.И. Кулакова.- «Медицина». 1995.
2. Тезисы докладов пленума межведомственного Научного совета по акушерству и гинекологии РАМН, Всероссийской научно-практической конференции, Российской ассоциации акушеров-гинекологов "Проблемы ОПГ-гестозов". Чебоксары, 1996. 231с.

## **ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ МАТЕРЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК**

*Л.С. Киракосян, А.Н. Иванян, Т.В. Грибко, Г.Д. Бельская*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Проблема экстрагенитальных заболеваний у беременных, среди которых большой удельный вес имеет патология почек, остаётся одной из наиболее актуальных в акушерской практике.

В отечественной и зарубежной литературе имеются данные о высокой частоте встречаемости патологии тех органов у ребенка, заболевания которых имелись у матери во время беременности. В связи с чем нами проведено исследование транзиторных нарушений функции почек в раннем неонатальном периоде у новорожденных матерей с патологией одноименного органа.

### *Материалы и методы исследования*

Проведено наблюдение и обследование 65 новорожденных, из них 40 младенцев матерей с врожденной патологией почек и 25 детей матерей без патологии почек.

### *Результаты и обсуждение*

Принадлежность младенцев по половому признаку не имела достоверных различий между обследованными группами. Подавляющее большинство детей родились доношенными, двое детей в основной группе родились с признаками переношенности первой степени (5%) и четверо детей (10%) недоношенными при сроке гестации 35-36 недель.

Транзиторные нарушения функции почек у новорожденных матерей с патологией почек встречались достоверно чаще, чем в контрольной группе, и проявлялись лейкоцитурией у каждого третьего ребенка (37,5%) ( $P < 0,05$ ). В этой же группе достоверно ( $P < 0,05$ ) чаще выявлялись протеинурия (17,5%) и цилиндрурия (7,5%). Мочекислый инфаркт почек мы выявили у 17 младенцев (42,5%), в то время как в контрольной группе данное состояние нам не встретилось.

Проведенный нами анализ свидетельствует о значительном напряжении адаптации мочевыделительной системы детей в условиях вынашивания беременности с врожденной патологией почек матери. Сочетание протеинурии, цилиндрурии и мочекислого инфаркта у новорожденных детей позволяет думать о заинтересованности

канальцев почек уже в ранний неонатальный период и делает этих младенцев уязвимыми по развитию дисметаболической нефропатии на первом году жизни. Лейкоцитурия регистрировалась у каждого шестого ребенка и настораживала в плане реализации инфекции мочевыводящих путей, особенно, если сочеталась с врожденной пиелозктазией чашечно-лоханочного аппарата.

Таким образом, первые дни жизни новорожденных матерей с патологией почек характеризовались напряжением компенсаторно-приспособительных механизмов, сопровождающихся существенной перестройкой органов и систем новорожденного. Наиболее уязвимой в периоде адаптации младенца была мочевыделительная система, что предрасполагало детей к реализации патологии почек в последующие возрастные отрезки жизни.

Нами проведен анализ адаптационных возможностей новорожденных женщин с АРП в раннем неонатальном периоде в зависимости от состояния маточно- и фето-плацентарного кровообращения. Младенцы были разделены на три группы:

1-я группа – 10 детей матерей, которые имели нормальные показатели маточно-плацентарного кровотока и фето-плацентарного кровотока;

2-я группа – 8 детей, у матерей которых имелось изолированное нарушение МПК;

3-я группа – 17 детей, матери которых имели нарушение ФПК.

Самым благоприятным период ранней адаптации был у новорожденных первой группы, при отсутствии нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, и соответственно был удовлетворительным ренальный кровоток. Только один ребенок родился с признаками ЗВУР легкой степени, у двоих младенцев были выявлены клинические признаки хронической внутриутробной гипоксии, у двоих детей зарегистрирован отечный синдром первой степени. У новорожденных этой группы отсутствовало поражение ЦНС в раннем неонатальном периоде.

Становление и функциональное приспособление мочевыделительной системы в раннем неонатальном периоде характеризовалось лейкоцитурией у одного ребенка и мочекислым инфарктом почек у троих детей.

Младенцы второй группы, при изолированном нарушении маточно-плацентарного кровотока и неизменном ренальном кровотоке, адаптировались несколько хуже детей предыдущей группы.

В этой группе каждый третий ребенок родился с проявлениями хронической внутриутробной гипоксии и отечного синдрома первой степени, каждый четвертый имел патологию ЦНС в виде синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости и гипертензионно-гидроцефального синдрома. В два раза чаще в этой группе диагностировалась задержка внутриутробного развития легкой степени.

Приспособительные механизмы мочевыделительной системы у детей этой группы характеризовались большим напряжением процессов адаптации. В три раза чаще, чем в первой группе, встречалась лейкоцитурия (трое детей), в два раза чаще (6 детей) – мочекислый инфаркт почек.

Новорожденные третьей группы, при нарушениях плодово-плацентарного кровообращения и ренального кровотока, адаптировались в раннем неонатальном периоде очень напряженно. Из 17 детей данной группы у 8 (47%) выявлены признаки задержки внутриутробного развития, у 15 (88,2%) новорожденных встречался отечный синдром, причем у 8 детей – второй степени, 14 (82,3%) новорожденным был поставлен диагноз хронической внутриутробной гипоксии и гипоксического поражения ЦНС с преобладанием гипертензионно-гидроцефального синдрома и синдрома умеренного угнетения ЦНС.

У подавляющего большинства детей при исследовании мочи выявлены не только мочекислый инфаркт почек (13 детей), лейкоцитурия (11 детей), но и протеинурия (6 детей) и цилиндрурия (3 ребенка).

Таким образом, нарушения кровообращения в системе «мать-плацента-плод», сопровождающиеся снижением ренального кровотока во внутриутробном периоде, оказывают отрицательное влияние на адаптацию младенца в раннем неонатальном периоде, и способствуют напряженному становлению мочевыделительной системы ребенка в этот ответственный период адаптации.

## Литература

1. Потапова С. Ю. Акушерские и перинатальные исходы у женщин с аномалиями развития почек. // Материалы V форума «Мать и Дитя». – 2003.- С. 176-177.
2. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Тимохина Т.Ф. Возможности и перспективы изучения венозного кровотока плода для диагностики и оценки тяжести ФПН.//Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2002.- №1(1). – С. 70-73
3. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность.-М.: Медицина, 2000.
4. Alexander J.M., McIntire D.D. Forty weeks and beyond: pregnancy outcomes by week of gestation. // Obstet. Gynecol. 2000, 96 (2): 291-294

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОСЛЕДА**

*Н.Н. Наумкин, А.Н. Иванян, Т.И. Смирнова*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Послеродовые гнойно-септические заболевания являются актуальной проблемой современного акушерства, занимая одно из первых мест в структуре материнской заболеваемости и смертности. Несмотря на комплексное применение современных методов профилактики и лечения, значительного снижения их частоты и тяжести в последние годы не наблюдается.

В развитии послеродовых гнойно-септических заболеваний ведущее значение имеет инфицирование тканей последа. При эндогенном пути инфицирования воспалительные изменения наблюдаются преимущественно в базальной пластинке, распространяясь через поврежденный трофобластический покров на строму и сосуды ворсинчатого хориона. При восходящем пути инфицирования – воспаление обнаруживается в хориальной пластинке и в ее сосудах, в амниотической оболочке и пуповине, реже в базальном слое плаценты и ворсинах.

Применяемые в настоящее время методы оценки состояния плаценты (бактериоскопическое, бактериологическое и цитоморфологическое исследования плодных оболочек и биоптатов плаценты) трудоемки и требуют наличия дорогостоящего оборудования. Экспресс-диагностика воспалительных изменений тканей последа позволила бы своевременно начать профилактику послеродового эндометрита.

В клиническую практику в последние годы широко внедряются физические методы для выявления воспалительных изменений в тканях. Одним из них является лазерная фотометрия, которая позволяет исследовать эффекты взаимодействия лазерного излучения с тканями в норме и при патологии.

Для определения количественных критериев воспалительных изменений тканей последа была применена лазерная фотометрия плаценты и оболочек у 150 родильниц непосредственно в родильном зале сразу после рождения последа. Полученные фотометрические показатели сопоставлены с данными гистологического исследования последа.

Лазерную фотометрию проводили аппаратом "Уник-01". Это полупроводниковый лазерный биофотометр, оснащенный 2 датчиками, позволяющий определять коэффициенты отражения лазерного излучения

от различных биологических объектов контактным способом. Коэффициенты отражения лазерного излучения тканей последа измеряли в 3 точках – в двух на периферии и в месте прикрепления пуповины. Также в этих точках определяли толщину плаценты. Затем по формуле вычисляли фотометрический показатель лазерного отражения плаценты (ФПЛОП):

$$\text{ФПЛОП} = \frac{\text{показатель коэффициента отражения данной точки}}{\text{толщина последа (мм) в данной точке}}$$

Коэффициенты отражения лазерного излучения от тканей последа находились в пределах от 0,0475 до 0,2224 усл.ед.

Сопоставление полученных результатов с данными гистологических исследований последов позволило выявить следующую корреляцию:

- коэффициенты отражения лазерного излучения от тканей неизменного последа в среднем составляют  $0,0975 \pm 0,0044$  усл. ед.,
- при наличии воспалительных изменений последа они колеблются от  $0,1335 \pm 0,0073$  до  $0,1598 \pm 0,0103$  усл. ед., в среднем составляя  $0,1495$  усл. ед. ( $p < 0,05$ );
- по мере распространения воспалительного процесса в глубь тканей последа отмечается увеличение коэффициента отражения лазерного излучения с  $0,1335 \pm 0,0073$  усл. ед. при амнионите до  $0,1575 \pm 0,0108$  усл. ед. при тотальном инфицировании последа ( $p < 0,05$ ).

Информативность метода подтверждена гистологическим исследованием последа: фотометрические критерии при воспалительных изменениях тканей последа совпали с гистологическими данными в 100% при децидуите и плацентите, в 80% – при амнионите. Средняя информативность метода составила 95%.

Таким образом, изучение оптических характеристик тканей последа при помощи лазерной биофотометрии дает возможность непосредственно в родильном зале диагностировать воспалительные изменения в нем, что позволяет своевременно и дифференцированно проводить профилактику послеродового эндометрита.

## Литература

1. Васильченко Н.П., Коржова В.В., Сальникова З.В. и др. Применение лазерного излучения низкой интенсивности в акушерстве и гинекологии // Методические рекомендации МЗ СССР. – М., 1990. – С. 39.
2. Иванян А.Н. Гнойно-септические заболевания в акушерстве и гинекологии (ранняя диагностика, профилактика и терапия): Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1994. – С. 234.
3. Крюковский С.Б. Послеоперационные гнойно-септические осложнения в акушерстве (прогнозирование, профилактика, ранняя диагностика и терапия). – Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2002. – С. 323.

4. Практика эффективного использования лазерного излучения в медицине. / П.И. Толстых [и др.]. – Смоленск: СГМА, 1995. – С. 5-30, 51-64.

УДК 618.146-001-08-039.71: 618.714

## **РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АКУШЕРСКОЙ ТРАВМЫ ШЕЙКИ МАТКИ**

*Н.П. Ячменев, А.Н. Иванян, Г.Д. Бельская, Т.Г. Аветисян*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Частота акушерских травм шейки матки, по данным ряда авторов, составляет от 5 до 30%. Своевременное восстановление целостности травмированной шейки с использованием современных шовных материалов значительно снизило количество неблагоприятных последствий родовых травм, однако распространение фоновых заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста остается высоким (3).

Разрывы шейки матки, не зависимо от особенностей заживления раны, впоследствии приводят к анатомическим и функциональным изменениям органа. При рубцовой деформации создаются благоприятные условия для образования эктропиона, эктопии. Нарушение барьерной и запирающей функции шейки матки способствует контаминации микроорганизмов в полость матки и развитию хронических воспалительных процессов половой системы. (1,2).

С целью изучения состояния шейки матки после родов нами было проведено комплексное обследование 281 родильницы: 161 пациентки с разрывом шейки матки (основная группа) и 120 – без акушерской травмы шейки (контрольная группа).

Ведение послеродового периода у родильниц обеих групп соответствовало отраслевым стандартам: применялась физиотерапия, ЛФК, утеротоники, антибактериальные, железосодержащие препараты и инфузионная терапия по показаниям.

Осмотр шейки матки в зеркалах проводился перед выпиской – на 4-7 сутки послеродового периода у всех родильниц с разрывом шейки в родах; спустя 2 месяца после родов у 92 женщин основной и 34 контрольной группы; через 6 месяцев после родов – у 75 и 23 женщин соответственно.

Через 2 и 6 месяцев после родов пациенткам групп сравнения произведены осмотр шейки, расширенная кольпоскопия и ультразвуковое исследование шейки матки с доплерометрией. При эхографии измерялось

М-эхо нижней трети цервикального канала, оценивались структура эндоцервикса и наличие желез цервикального канала. Регистрировались локусы кровотока в строме шейки матки.

При осмотре шейки матки в зеркалах на 5-7 сутки послеродового периода мы выявили, что у большинства (75,8%) рожениц заживление швов на шейке матки происходило первичным натяжением: определялось плотное соприкосновение краев раны, отсутствие выраженной инфильтрации и отечности в прилегающей к разрыву ткани, остатки шовного материала в ране обнаружены у 17,4% женщин. Эти пациентки составили подгруппу А.

В то же время у 24,2% рожениц отмечались признаки несостоятельности швов на шейке матки: выраженная отечность тканей в области раны – у 50%; инфильтрация окружающих тканей – у 18,2%; сочетание отечности и инфильтрации тканей, окружающих рану, – у 9,1%. Остатки кетгутовых нитей визуализировались у 22,7% рожениц, а неплотное соприкосновение краев разрыва – у 100%. Эти женщины составили подгруппу Б.

Через 2 месяца после родов при осмотре шейки матки у 59,8% пациенток основной группы была выявлена выраженная рубцовая деформация, у 40,2% женщин сформировавшийся рубец не приводил к значимым нарушениям анатомической структуры шейки. Многослойный плоский эпителий (МПЭ) визуализировался всего у 12% женщин основной группы и у 82,4% пациенток контрольной.

При кольпоскопии у 75% пациенток основной группы обнаружены патологические изменения шейки матки. При этом преобладала такая патология, как эктропион, рубцовая деформация шейки матки и их сочетание. В контрольной группе патология эктоцервикса диагностирована только в 17,6% случаях.

Установлено, что в подгруппе Б (при несостоятельности швов на шейке) уже через 2 месяца после родов достоверно чаще формировалась рубцовая деформация, которая наблюдалась у 81,8% пациенток, по сравнению с женщинами подгруппы А (52,2%), у которых восстановление раны протекало первичным натяжением, что свидетельствует о влиянии репаративных процессов на формирование данной патологии шейки матки после родов.

Спустя полгода после родов повторное обследование шейки матки проведено 75 женщинам основной и 23 контрольной группы. При осмотре шейки матки в зеркалах в основной группе было выявлено 64% пациенток с рубцовой деформацией шейки матки, в контрольной группе данная патология не установлена. Интересно отметить, что через 6 месяцев после родов преобладание рубцовой деформации также наблюдалось у женщин подгруппы Б, по сравнению с пациентками подгруппы А (83,3% и 57,9% соответственно,  $p < 0,05$ ), что подтверждает влияние характера заживления швов на формирование грубого рубца, приводящего к деформации шейки.

По данным УЗИ, через 2 месяца после родов при измерении М-эхо цервикального канала у 79,3% женщин в основной группе толщина эндоцервикса была больше нормы, находилась в пределах от 5 до 14 мм и в среднем составила  $7,72 \pm 0,2$  мм, в контрольной группе у 20,6% пациенток – от 5 до 8 мм и составила в среднем  $6,79 \pm 1,03$  мм ( $p < 0,05$ ). Однородная структура эндоцервикса достоверно чаще выявлялась в контрольной группе (у 91,2%) по сравнению с основной (у 73,9% женщин). В то же время известно, что неоднородность структуры эндоцервикса и величина М-эхо более 5 мм являются косвенными признаками эндоцервицита.

В обеих подгруппах основной группы сохранялась одинаковая частота увеличенного М – эхо цервикального канала, выявленная у 79,7 и 77,3% женщин при первичном (подгруппа А) и вторичном заживлении швов (подгруппа Б) на шейке матки соответственно. В то же время различия в толщине патологического М-эхо цервикального канала были достоверно выше у женщин подгруппы Б –  $8,3 \pm 0,3$  мм, против  $7,3 \pm 0,2$  мм у женщин подгруппы А. У женщин подгруппы Б в 31,8% случаев, что на 7,3% чаще, чем в сравниваемой подгруппе А, визуализировался неоднородный эндоцервикс.

Через 6 месяцев после родов у 83,3% женщин, перенесших разрыв шейки матки, суммарная толщина эндоцервикса составила в среднем  $8,0 \pm 0,2$  мм, в контрольной группе – у 26,1% женщин среднее значение было  $6,85 \pm 0,9$  мм.

При сравнении результатов эхографического исследования через 2 и 6 месяцев после родов отмечено, что в обеих подгруппах увеличивается величина М – эхо цервикального канала. В подгруппе Б рост среднего М-эхо цервикального канала составил с 6,9 мм до 8,4 мм и был в 2,5 раза больше, чем у пациенток подгруппы А, у которых средний совокупный показатель возрос с 6,3 мм до 6,9 мм.

При доплерометрическом исследовании сосудов стромы шейки матки с целью определения ее васкуляризации через 2 месяца зарегистрированы одиночные и множественные локусы кровотока у 50,0% женщин основной группы и только у 38,23% – контрольной группы ( $p < 0,05$ ).

Единичные локусы кровотока определялись у 16,3 и 14,7% женщин основной и контрольной групп соответственно. Наличие множественных локусов кровотока зафиксировано у 33,7% пациенток основной группы и у 23,5% женщин контрольной.

Через 6 месяцев после родов у 27,7% женщин основной группы и у 17,4% пациенток контрольной определялись локусы кровотока. В основной группе множественные локусы кровотока встречались чаще (19,4%), чем в контрольной (8,7%).

Установлено, что самая высокая частота регистрации обильного кровотока наблюдалась у женщин с диагностированной в послеродовом периоде несостоятельностью швов на шейке матки (подгруппа Б). При этом чаще визуализировались множественные локусы кровотока (27,7%),

чем у женщин подгруппы А – с нормальным течением процессов заживления (16,7%),  $p < 0,05$ .

Нами было проведено сопоставление результатов УЗИ и кольпоскопического исследования состояния шейки матки у пациенток групп сравнения в динамике. Так, при ультразвуковом исследовании было обнаружено, что через 2 месяца после родов у 20,7% женщин основной группы толщина цервикального канала и его стенок была менее 5 мм, при этом у 25% при кольпоскопии не выявлено патологии шейки матки. Увеличение толщины канала и его стенок (особенно нижней трети) до  $7,72 \pm 0,2$  мм наблюдалось у 79,3% пациенток основной группы, при кольпоскопии выявлено наличие эктропиона и другой патологии у 75% пациенток.

При сравнении результатов исследования через 6 месяцев наблюдалось уменьшение до 16,7% количество женщин без патологических изменений эндоцервикса по данным УЗИ в основной группе, в то же время у 22,2% пациенток не выявлено кольпоскопических изменений эпителия шейки матки. У 83,3% пациенток основной группы М-эхо соответствовало  $8,0 \pm 0,2$  мм (наличие эндоцервикса), в 77,8% случаев при кольпоскопии определялась патология шейки матки.

При скрининговом УЗИ женщин контрольной группы через 6 месяцев после родов, только 47,8% не имели патологических изменений в эндоцервиксе, нормальная кольпоскопическая картина диагностирована у 73,3% женщин. Ультразвуковые симптомы эндоцервикса выявлены у 52,2% женщин, кольпоскопические признаки патологии эктоцервикса – у 26,7% пациенток контрольной группы.

Нами установлено, что у большинства женщин с рубцовой деформацией и эктропионом цилиндрического эпителия есть признаки эндоцервикса. При диагностике эндоцервикса больная нуждается в кольпоскопии, цитологическом исследовании и прицельной биопсии (по показаниям) с целью исключения или выявления фоновой и предраковой патологии шейки матки.

Таким образом, родильницы с разрывами шейки матки в родах составляют группу риска по развитию рубцовой деформации шейки и эндоцервикса. При этом риск развития патологических изменений шейки значительно возрастает в случае несостоятельности швов и заживления их вторичным натяжением. Для оценки характера заживления швов всем женщинам с акушерской травмой рекомендуется проводить осмотр шейки в зеркалах при выписке из родильного стационара (на 5-7 сутки).

Последующее диспансерное наблюдение включает комплексное обследование: осмотр шейки, кольпоскопию и УЗИ цервикального канала через 2, 6 и 12 месяцев после родов для ранней диагностики фоновых и предраковых заболеваний.

## Литература

1. Короткова Л.А. Реабилитация женщин с разрывами шейки матки в первых родах: Автореф. дис.... канд. мед. наук – Уфа.- 2002.
2. Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А. Предрак шейки матки. М., – Аэрограф-медиа.- 2001. –С. 117.
3. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции). – 2-е изд., М.: МЕДпресс, 2000. – С. 170-201.

УДК 615.256.3-053.81

## **КОНТРАЦЕПТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЁЖИ**

***Е.В.Пятибратова, Е.В.Микишанова, Е.Н.Лощакова,  
К.А.Пантелеева***

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии  
стоматологического и педиатрического факультета*

В настоящее время контрацепция рассматривается как одно из важнейших направлений сохранения здоровья женщины. Она позволяет избежать не только нежелательных беременностей, но и негативных последствий аборта, спектр которых достаточно велик и включает как ближайшие (психоэмоциональный стресс, травматические повреждения, кровотечения, нарушения менструального цикла, воспалительные заболевания половых органов), так и отдаленные осложнения (внематочная беременность, бесплодие, эндометриоз, развитие синдрома поликистозных яичников, невынашивание беременности), которые наносят вред не только репродуктивной системе женщины, но и влияют на ее здоровье в целом, нередко являются фоном для развития онкологических заболеваний. Вместе с тем очевидно, что только здоровая женщина может родить здорового ребенка. Применение эффективных и безопасных методов контрацепции, по данным экспертов, позволяет снизить материнскую и детскую смертность на 25-50% (1,3,4). Более того, рациональное применение методов контрацепции дает возможность отложить появление желанного ребенка до времени достижения определенного материального и социального уровня. Поэтому наиболее актуальна проблема контрацепции в сексуально активной молодёжной среде (2,4,5).

Цель нашего исследования заключалась в оценке уровня знаний по вопросам контрацепции студентов высших учебных заведений города Смоленска.

Для этого с помощью специально разработанной анкеты, нами было опрошено 162 респондента, обучающихся в государственной медицинской академии (23,5%), государственном университете (18,5%), академии спорта и туризма (18,0%), гуманитарном университете (13,6%), институте культуры (13,6%) и в сельскохозяйственной академии (12,8%). В анонимном анкетировании участвовало приблизительно одинаковое количество юношей и девушек (соответственно 48,8% и 51,2%) в возрасте 18-23 лет. Проблема предохранения от нежеланной беременности оказалась важной для подавляющего большинства из них, так как 91,4% опрошенных уже имели опыт сексуальных отношений.

Сексуальное поведение респондентов характеризовалось половой жизнью вне брака (в 90,0% случаев), большим числом половых партнеров (более трех – у 45,0% опрошенных), ранним сексуальным дебютом (46,4% студентов вступили в первый половой контакт еще в подростковом возрасте). При этом 76,8% участвовавших в анкетировании считают контрацепцию неотъемлемой частью половой жизни и всегда стараются использовать тот или иной метод.

Наше исследование показало, что наиболее эффективным способом предохранения от нежеланной беременности, по мнению студентов, является использование презерватива (его отметили 46,0% опрошенных); на втором месте (13,2%) – прерванное половое сношение, на третьем (11,1%) – комбинированные оральные контрацептивы. 9,8% студентов считают самыми эффективными естественные методы, 7,7% – использование внутриматочных спиралей, 6,4% – хирургическую стерилизацию, 3,8% – спермициды, 2,0% – посткоитальную контрацепцию.

При ответе на вопрос о наиболее часто применяемом респондентами способе контрацепции, их предпочтения распределились следующим образом. Чаще всего молодые люди используют механический метод (54,4%), который не только позволяет избежать беременности, но и защищает от инфекций, передаваемых половым путем. 23,8% опрошенных практикуют прерывание полового акта, 8,7% доверяют естественным методам, 5,8% пользуются гормональными контрацептивами, 3,4% – выбирают экстренную контрацепцию, 2,4% – химические средства, 1,5% имеют опыт применения внутриматочных спиралей.

Из приведенных данных видно, что 89,3% опрошенных применяют средства с недостаточно высокой контрацептивной эффективностью, которая определяется индексом Перля (4,5). При этом в 9 случаях (6,0%) отмечалось наступление нежеланной беременности: у 7 респондентов (78,0% неудач) при использовании прерванного полового сношения, у 2 (22,0%) – при использовании презервативов.

Интересно, что в ряде случаев студенты применяют не тот метод, который считают наиболее эффективным. Например, 10,6%

участвовавших в анкетировании используют прерывание полового акта, зная о его низкой эффективности, а 5,3% респондентов, информированных о современном методе гормональной контрацепции, на практике предпочитают другие способы предохранения. Это может быть связано с тем, что на выбор студентов оказывают влияние не только мнение об эффективности того или иного средства, но и другие факторы: стоимость, простота в применении, переносимость, характер половой жизни (59,5% респондентов отмечают нерегулярность и редкость сексуальных контактов).

Хочется отметить, что выбор того или иного способа контрацепции среди опрошенных в ряде случаев не является оптимальным. Так, живущие регулярной половой жизнью с постоянным партнером предпочитают презервативы (53,0%), прерванный половой акт (25,2%) и естественные методы предохранения от нежелательной беременности (10,1%), практически не используя гормональные контрацептивы (7,6%), а среди лиц, вступающих в случайные половые связи, 20,7% выбирают прерванное половое сношение, которое, как известно, не снижает риск заражения инфекциями, передаваемыми половым путем.

Информацию о существующих методах контрацепции молодые люди получают из различных источников: 19,4% студентов изучают специальную медицинскую литературу, 18,0% черпают знания от знакомых и друзей, 17,2% прислушиваются к советам врачей-гинекологов, среди 11,5% опрошенных наиболее популярны средства массовой информации, 9,0% респондентов доверяют рекламе, 7,6% пользуются сведениями, полученными от школьных учителей, 6,8% беседуют на данную тему с родителями, 5,1% ищут ответы в Интернете, 3,1% консультируются с фармацевтами аптек. В целом уровень своих знаний о контрацепции студенты оценивают довольно оптимистично: 65,0% респондентов считают их достаточными, и только 35,0% – неудовлетворительными.

Анкетирование показало, что взгляды на контрацепцию студентов Смоленской государственной медицинской академии мало отличаются от мнения студентов других ВУЗов. Будущие врачи лучше осведомлены об эффективности гормональной контрацепции (ее указали соответственно 16,4% и 9,4% респондентов), чаще используют ритмический (календарный) метод (15,5% и 6,1%) и знают о недостатках прерванного полового сношения (как самый эффективный способ предохранения от беременности его выбрали только 5,5% студентов СГМА в сравнении с 15,5% респондентов из других ВУЗов). Наиболее популярным методом предохранения от нежеланной беременности среди опрошенных нашей академии является барьерный (47,8%). Прерванное половое сношение практикуют 24,0% студентов.

Таким образом, на основании нашего исследования, можно сделать вывод о том, что знания студентов ВУЗов города Смоленска о контрацепции являются недостаточными, часто основываются на не

совсем достоверных источниках, что требует проведения активной просветительской работы, начиная уже с подросткового возраста, повышения доступности консультирования. Это позволит сохранить репродуктивное здоровье, снизить частоту абортов и рождения нежеланных детей.

### Литература

1. Контрацептивные и лечебные аспекты современных методов контрацепции / Прилепская В.Н. [и др.]. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 128 с.
2. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Практическая гинекология: Клинические лекции – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – С. 507-621.
3. Руководство по контрацепции / Под ред. проф. В.Н.Прилепской. – М.:МЕДпресс-информ, 2006. – 400 с.
4. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. – М.: МЕДпресс, 2004. – С. 381- 470.
5. Шашина А.И. Контрацепция – М.: Миклош, 2005. – 112 с.

УДК 618.146-089

### **ДЕСТРУКТИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ.**

*Т.Г. Аветисян, А.Н. Иванян, Н.Ю. Мелехова,  
Г.Д. Бельская, Л.С. Киракосян*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Репродуктивное здоровье подразумевает право мужчин и женщин быть информированными, иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые позволили бы женщинам благополучно пройти этап беременности и родов и предоставили бы супружеским парам наилучший шанс иметь здорового ребенка. [2].

В конце прошлого столетия предложено множество методов лечения заболеваний шейки матки как консервативных, так и оперативных. Однако лечебная эффективность консервативной монотерапии при некоторых патологических состояниях не превышает 50%. Поэтому в широкой практике предпочтение следует отдавать оперативным методом лечения, таким как криовоздействие, СО<sub>2</sub>-лазерная деструкция, радиохирургическая фульгурация и электрохирургическое вмешательство [8,11,12].

*Целью данной работы* явилось изучение репродуктивной функции женщин после различных хирургических методов лечения.

Для оценки репродуктивной функции в исследование были включены 250 женщин в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст пациенток составил  $28,1 \pm 1,9$  год и по группам достоверно не отличался  $p > 0,1$ ), из них 200 – основная группа, которым проводилось лечение шейки матки. Пациентки основной группы были разделены на 4 репрезентативные подгруппы. В I подгруппу вошли 50 женщин, которым проводилось лечение методом электроконизации, во II подгруппу – 50 женщин, которых лечили радиохирургическим методом, III подгруппу составили 50 женщин после криолечения и IV подгруппа – 50 женщин – с применением CO<sub>2</sub>-лазерной деструкции. Группу контроля составили 50 пациенток без патологии шейки матки.

Показанием для различных видов деструктивного лечения служили CIN—II-III, лейкоплакия, эндометриоз, рубцовая деформация с дисплазией шейки матки, эрозированный эктропион в сочетании с цервицитами и лейкоплакиями, остроконечные кондиломы шейки матки, ретенционные кисты шейки матки.

Обследование проводилось путем анкетирования женщин с применением специально разработанного нами опросника с последующим анализом основных показателей репродуктивной функции до и после оперативной коррекции патологии шейки матки. Учитывались также течение послеоперационного периода, развитие рецидивов заболевания и скорость репаративных процессов, которая оценивалась визуально и методом расширенной кольпоскопии.

Основными показателями репродуктивной функции явились характер менструальной функции (альгодисменорея, гиперполименорея, объем менструальной кровопотери), особенности наступления и течения беременности, течения родов и послеродового периода.

#### *Результаты исследования*

При анализе показателей репродуктивной функции в группах сравнения мы выявили, что до проведения оперативного лечения на шейке матки характер менструальной функции, особенности наступления, течения беременности, родов и послеродового периода достоверно не отличались среди пациенток 4-х подгрупп основной группы.

После оперативного лечения установлено, что у пациенток 1, 2 и 3 подгрупп, которым проводились соответственно электроконизация, радиохирургическое фульгурация и криодеструкция, отмечались достоверные изменения менструальной функции. При анализе показателей менструальной функции отмечались удлинение менструального кровотечения на 2-3 дня, обильности кровянистых выделений в 1 подгруппе у 17 (34%) пациенток, во 2 и 3 подгруппах соответственно – у 15 (30%) и 24 (48%) женщин. Укорочение менструального цикла в 1-й подгруппе отмечено у 5 (10%), во 2 и 3-й подгруппах у 4 (8%) и у 2 (4%) пациенток. Менструации стали обильнее у 8 (16%), 5 (10%) и 6 (12%)

пациенток из 1, 2 и 3-й групп. Увеличение объема менструальной кровопотери, удлинение менструальных выделений на  $2,1 \pm 0,3$  дня наблюдались после электрокоагуляции, радиохирургического и криовоздействия и достоверно по группам не отличались, что вероятно обусловлено развитием рубцовой деформации шейки матки, гематоцервикса, по поводу чего у 6 (12%), 3 (6%) и 4 (8%) пациенток из 1, 2 и 3-й подгрупп, проводилось соответствующее лечение. Отмечены также болевые ощущения во время месячных (альгодисменорея) у 13 (26%), 7 (14%) и 5 (10%) женщин. Интенсивность болевого синдрома нами оценена как: а) сильный (применение НПВС); б) умеренный, что зависит от механического повреждения шейки матки и её рубцовых изменений. Все вышеуказанные изменения менструальной функции не отмечены у пациенток 4-й подгруппы, которым проводилось лечение методом  $\text{CO}_2$ -лазерной деструкции и контрольной группы.

При анализе наступления и течения беременности, родов и послеродового периода нами выявлено, что во всех группах как до лечения, так и после него беременность наступила самостоятельно: у 15 (30%) и 14 (28%) женщин соответственно из 1 и 2-й подгрупп, и у 17 (34%) и 19 (38%) из 3 и 4-й подгрупп, остальные женщины предохранялись с помощью различных методов контрацепции. У 9 (18%) пациенток из 1-й подгруппы, у 7 (14%), 3 (6%), 1 (2%) – из 2, 3, 4-й подгрупп она закончилась самопроизвольным выкидышем. В контрольной группе данная патология встречалась у 1 (2%) женщины ( $p_{1-к} < 0,05$ ). Диагноз истмико – цервикальной недостаточности установлен у 3 (6%), 2 (4%) и 1 (2%) женщин соответственно из первых 3-х подгрупп (и не встречался в 4-й подгруппе и контрольной группе), в связи с чем проведена соответствующая терапия. Угроза преждевременного прерывания беременности отмечалась у 15 (30%) из 1-й, 13 (26%) из 2-й, 14 (28%) из 3-й и у 3 (6%) из 4 подгрупп. Все женщины получали сохраняющую терапию ( $p_{1-4} < 0,05$ ). Данная патология встречалась и в контрольной группе у 4 (8%) ( $p_{1-к} < 0,05$ ) пациенток, что свидетельствует так же и о других этио – патогенетических факторах угрозы выкидыша.

Отмечено так же преждевременное излитие околоплодных вод у 6 (12%), 4 (8%), 5 (10%) и 2 (4%) пациенток, соответственно из 4-х подгрупп. Дискоординация родовой деятельности выявлена у 9 (18%) ( $p_{1-4} < 0,05$ ) женщин после электрокоагуляции, у 6 (12%) женщин после радиохирургической коррекции, у 2 (4%) – после криолечения, что, по нашему мнению, связано с рубцовой деформацией шейки матки, стенозом или сращением цервикального канала, по поводу чего роды закончились путем операции кесарева сечения. В 4-й подгруппе и контрольной группе оперативное родоразрешение отмечено в 2-х случаях (4%) ( $p > 0,1$ ) соответственно в каждой группе, показанием для которого служил клинический узкий таз. Наблюдались также разрывы шейки матки различной степени тяжести у 3 (6%), 1 (2%), 1 (2%) соответственно из

первых 3-х подгрупп. В 4-й и контрольной группе такой патологии не выявлено ( $p > 0,1$ ).

Рецидив заболевания после криолечения встречался у 10 пациенток (20%), после лазерной вапоризации – всего у 2 женщин (4%) ( $p < 0,05$ ), что, по нашему мнению, связано с меньшим повреждающим действием при адекватном применении, контролируемой глубине деструкции. Частое рецидивирование объясняется так же тем, что при проведении криодеструкции разрушенная ткань, в том числе и клетки, инфицированные вирусом ВПЧ, остаются в организме, сохраняется ДНК вируса, тогда как при использовании диатермокоагуляции или лазерной деструкции пораженные клетки испаряются вместе с вирусом. В 1-й и 2-й подгруппах рецидив заболевания наблюдался соответственно у 6 (12%) и 4 (8%) пациенток ( $p > 0,1$ ).

В послеоперационном периоде у пациенток первых трёх подгрупп отмечались длительные (6-7 дней) лимфоподобные выделения, которые после лазерной деструкции наблюдались значительно реже.

По нашему мнению, все вышеуказанные изменения репродуктивной функции в 1, 2 и 3-й подгруппах женщин связаны с отсутствием контроля над объемом лечения.

Выводы. Таким образом, для пациенток, которым проведены электрокоагуляция, радиохирургическая фульгурация и криодеструкция шейки матки характерно ухудшение репродуктивной функции, по сравнению с контрольной группой и женщинами после лазерной вапоризации.

Основной задачей любого воздействия являются его лечебный эффект, простота применения, длительность воздействия, особенности заживления ран. Одним из наилучших методов лечения патологии шейки матки остаётся  $CO_2$ -лазерная деструкция. Бесконтактное воздействие и возможность реального контроля за её глубиной, минимальное струпообразование и быстрая эпителизация – отличительные особенности лазер-коагуляции.

## Литература

1. Красильников Д.М., Фаткулин И.Ф., Карпухин О. Новые лазерные технологии в хирургии, акушерстве и гинекологии. // Казанский мед. Ж.- 1999. – №2. – С. 88-91.
2. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России //Акушерство и гинекология. – 2002. – №2. – С. 4-7.
3. Мелехова Н.Ю. Папилломавирусные поражения шейки матки у пациенток различного возраста. Дис.... д-ра. мед. наук. – М., 2005. 297с.
4. Подистов Ю.И., Локтионов К.П., Петровичев Н.Н., Брюзгин В.В. Эпителиальные дисплазии шейки матки. – М. – 2006. – С. 42-52.

5. Прилепская В.Н. Заболевание шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции): 2-е изд., М.: МЕДпресс, 2000. – С. 170-201 .
6. Радзинский В.Е., Духина А.О. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний. – М., Изд-во РУДН, 2004. – 174 с.
7. Delmore J. Cervical conization: cold knife and laser excision in residency training / J. Delmore, D.V. Horbelt, K.J. Kallail // *Obstet. Gynaecol.* – 1992. – Vol. 79, № 6. – P. 1016-1019.
8. Hagen B. The outcome of pregnancy after CO-2 laser conization of the cervix / B. Hagen, F.E. Skjeldestad // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* – 1993. – Vol. 100, №8.-P. 717-720.

# ПЕДИАТРИЯ

УДК 616-053.2:614.212

## **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ИНТЕРПРИТАЦИИ РИСУНОЧНЫХ ТЕСТОВ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ «ВИШЕНКИ».**

*Т.М. Быкова, Е.А. Кислякова*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Реабилитационный центр для детей и подростков с  
ограниченными возможностями «Вишенки»*

Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Вишенки» принял первых детей 15 мая 2003 года. На протяжении всего времени работы центра неврологические заболевания заметно преобладают в структуре расстройств, служащих причиной комплексной реабилитации. И процент их увеличился с 53% в 2003 году до 58,4% в 2006. Пациенты с проявлениями различных степеней тяжести ДЦП составляют половину всех неврологических больных. Ортопедические и психиатрические заболевания занимают второе и третье место в структуре реабилитируемых детей в центре. Отмечается тенденция неуклонного роста количества детей с основной психиатрической патологией, являющейся причиной инвалидизации (18,3% среди всех прошедших реабилитацию). Все дети с основным диагнозом ДЦП родились недоношенными (85% с недоношенностью третьей степени), 58% имели признаки ЗВУР, 70% перенесли асфиксию. В 77% случаев беременность протекала с угрозой прерывания беременности, гестозом, наложением ОРВИ. У 39% матерей предшествующие беременности закончились искусственным абортom.

Только у трети больных задержка развития в 1 год была расценена как симптоматика ДЦП, несмотря на то, что 80% детей в 3 месяца не удерживали голову, к 8 месяцам не сидели, к году не овладели навыком ходьбы. Почти у всех детей с ДЦП задержка психоречевого развития сохранялась до 6-7 лет. Отсроченная диагностика различных степеней нарушений движений от тотальных параличей до лёгкой неуклюжести, произвольных движений, нарушений координации, равновесия тормозит восстановительные возможности, фиксирует патологическую интерпретацию сенсорных стимулов. А это, в свою очередь, нарушает построение концепции тела, гештальт-функцию, восприятие и осознание

окружающего мира, затормаживает умственное развитие на начальной фазе конкретного мышления.

Эту функциональную по своей природе задержку развития необходимо дифференцировать с проявлениями органической патологии (олигофрения, сопутствующие зрительные, слуховые перцептивные нарушения). Другой источник или причина не соответствующих возрасту умственных способностей может скрываться в искажении мировосприятия из-за эмоциональных расстройств, усугубляющих детскую неполноценность и являющихся отражением внешних неблагоприятных факторов. Этими, воспринимаемыми как стрессорные, факторами могут быть ссоры, разводы родителей, отвержение ребёнка близкими и сверстниками, нарастающее чувство отчуждённости.

Указанные три значительно отличающиеся этиологические причины сниженного умственного развития у детей, страдающих ДЦП и другими ограничивающими физическую активность заболеваниями, диктуют необходимость такого же дифференцированного подхода к терапии с целью достижения наилучшего результата в как можно более короткие сроки. Диагностическая интерпретация детского рисунка может помочь в выявлении превалирующей причины отклонений психического развития, а сам процесс рисования может быть эффективным лечебным элементом комплексной реабилитации как возможность проявления необходимого для личностного роста творческого процесса. Несмотря на доказанную валидность изображения человека как отражение умственного возраста, рисунки являются лишь возможной составной частью тщательного всестороннего обследования. Наши наблюдения и литературные данные свидетельствуют о том, что свободные интеллектуально дети, далёкие от тревог, открытые в поведении рисуют удивительно схожие рисунки. Они реагируют на окружающее, очаровываясь внешним миром, забывают себя и изображают в рисунках скорее концепцию человечества, чем себя. Эта ситуация похожа на ту, когда мы не замечаем, как функционирует наше здоровое сердце и как мы не склонны беспокоиться о себе, когда хорошо себя чувствуем. Если же адаптация ребёнка нарушена, он тревожен, у него девиантное восприятие, умственная отсталость, эмоциональные расстройства, он не способен освоить рисование, то его рисунок будет диагностически значим. Так как его мышление направлено внутрь, рисунок будет более проективен, индивидуален.

Рисунок человека как отражение умственного возраста у детей с признаками ДЦП оценивать трудно. Сенсомоторные нарушения неблагоприятно влияют на интеграцию перцептивно-моторных двигательных переживаний, а значит и представлений о теле. Так, даже дети с близким к норме интеллектуальным развитием никогда не рисовали человека в соответствии с общепринятыми возрастными стандартами. Характерное для детей 3-4 лет изображение человека в виде динамических, непрерывных окружностей клубком у наших детей задерживалось до 4-5 лет. Попытки статического изображения лица в виде круга и последующий

«головастик» с ножками у детей с ДЦП появлялись после 5-6 лет (в норме после 4-5 лет). Изображение фигур в движении и в профиль вообще отсутствовало в наблюдениях, хотя, по литературным данным, должно появляться в рисунках детей старше 8 лет. Отсутствие у фигур рук или их гипертрофированное отображение нами расценивались как компенсаторные реакции на физический недостаток, неуверенность, а не как проявления агрессивности.

Эмоциональные нарушения у наблюдаемых нами детей в целом соответствовали данным других исследователей. Так, неуверенность проявлялась маленькими, занимающими небольшую часть листа фигурками, тревожность – частым добавлением в рисунок облаков, чрезмерной штриховкой, зачёркиванием нарисованных фигур. Многие дети отображали межличностные проблемы избеганием изображения людей в рисунках на свободную тему, в рисунках «моей семьи», гротескным изображением проблемного персонажа. Дети с тяжёлыми органическими поражениями головного мозга не могли оценить пространственного отношения деталей рисунка, его расположения, отличить ключевые моменты, повторить за исследователем изображение пересечённых линий, простых геометрических фигур. Трудности в концентрации внимания проявлялись персеверациями на рисунках, монотонным проговариванием одних и тех же слов во время тестирования.

Анализ рисуночных тестов человека, «моей семьи», геометрических фигур может быть полезным при ранней диагностике перцептивно-моторных нарушений, сигнализировать о наличии эмоциональных расстройств, о возможных проблемах в обучении, помочь отличить девиантное восприятие от умственной отсталости. Это с практической точки зрения поможет выбрать правильную тактику в комплексной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями.

## Литература

1. Медико-психолого-социальная реабилитация несовершеннолетних в детских учреждениях системы социальной защиты населения.- Сериал: «Социальная политика: семья, материнство и детство. Проблемы, поиск решений, опыт работы». Выпуск 4.- Смоленск 2005. – С. 5-14
2. Психологическая защита у детей / Никольская И.М., Грановская Р.М.- СПб.: Речь. – 2006. – 352 с.
3. Психологические тесты / Под ред. А.А. Карелина. – В 2-х томах. – М.: Гуманит. Издательство центр ВЛАДОС, 2—3 С. 65-72

**РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В  
НАРУШЕНИИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ  
ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С  
РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

*О.С. Волкова, В.А. Доскин, В.Н. Шестакова,  
Н.С. Крылова, Г.А. Моисеенков, И.А. Паневина*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Российская медицинская академия последипломного  
образования*

Определена роль социально-экологических факторов в нарушении адаптационных возможностей у школьников с речевыми нарушениями с целью выявления групп риска по срыву адаптации и проведения своевременной коррекции.

На возникновение патологического состояния по мере роста ребенка оказывает влияние большой спектр факторов, в том числе и экологический. Нередко влияющие факторы рассматриваются как комплексные: природные, климатические, бытовые, социальные, профессионально-производственные, реально отражающие состояние окружающей среды и ее воздействие на здоровье подрастающего поколения в данное время, в данном регионе. Известно, что территория г. Смоленска подвержена довольно интенсивному техногенному загрязнению, которое распространяется на все виды природных депонирующих сред: почвенный покров, водные объекты, атмосферный воздух. Проведенный комплексный динамический метод исследования показал, что из 4250 учащихся 280 на начало учебного года, по данным медицинской документации считавшиеся практически здоровыми, занимались по традиционной программе, посещали основную физкультурную группу, 90 из них проживали в относительно благоприятных условиях. Как известно, адаптационные возможности организма определяют меру индивидуального здоровья и особенности его реагирования на средовые факторы. Нами была определена физиологическая адаптация организма у обследованных детей. Согласно способу оценки адаптационных возможностей, предложенному А.В. Аболенской (1989), существует оптимальный уровень адаптации ( $r =$  не более 14 у.е.), а все значения, находящиеся за его пределами ( $r > 14$  у. е.), расцениваются как снижение адаптационных возможностей организма. Но даже в пределах зоны оптимальной адаптации возможна адаптивная перестройка сердечно-сосудистой системы, о чем свидетельствует наличие у здоровых детей различных стадий адаптации: напряжения, резистентности, истощения. Состояние относительного равновесия в

функциональном балансе вегетативной нервной системы характерно только для детей, у которых показатели частоты сердечных сокращений и систолического артериального давления не выходят за пределы  $M \pm 2m$ .

При обследовании детей установлено, что оптимальный уровень адаптации имел место у 34,5% учащихся, стадия напряжения – у 39,3%, стадия резистентности – у 23,1% и стадия истощения – у 3,6%, что не характерно для здоровой категории школьников с учетом региональных особенностей. Проведя более детальное обследование учащихся этой группы, мы обнаружили, что 65,1% детей имели отягощенную наследственность. У них в процессе обучения наблюдалось снижение функциональных резервов сердечно-сосудистой системы. По результатам анкетирования им свойственен симптомокомплекс, характеризующийся выраженной раздражительностью, повышенной тревожностью, эмоциональной неустойчивостью, снижением работоспособности не только в школе, но и дома, а также затруднением процесса сосредоточения, внимания, что позволило их выделить в группу риска по срыву адаптации. Только 34,9% учащихся были включены в 1-ю группу здоровья, где оптимальный уровень адаптации встречался у 36,7% школьников, стадия напряжения – у 43,3%, стадия резистентности – у 20,0%, и ни у одного ребенка не наблюдалось стадии истощения. Эти дети в процессе школьного обучения не болели, хорошо учились, регулярно посещали спортивные секции, соблюдали здоровый образ жизни, у них отсутствовали отрицательные эмоционально-поведенческие реакции. Кроме того, нами отмечено, что сопротивляемость и адаптационные возможности детского организма из года в год у большинства учащихся снижаются. Особенно четко прослеживалась такая закономерность у детей, которые имеют дефекты речевого развития и проживают в относительно экологически неблагоприятных районах. Проведя детальный анализ полученных результатов, было выявлено, что каждый пятый из наблюдаемых нами учащихся ( $n=140$ ), проживающий в относительно неблагоприятных экологических условиях, рожден от женщины с отягощенным акушерским анамнезом и сочетанной хронической патологией, каждый третий ребенок проживал в неполной семье, каждый четвертый – в неблагоприятных психо-эмоциональных условиях. Вероятно, сочетанные неблагоприятные факторы повлияли на становление генеративной системы еще задолго до полового созревания, отрицательно воздействуя на репродуктивную функцию женского организма. Все это предопределило рождение детей с группами риска и патологическими отклонениями, одним из которых являлось нарушение речевого развития.

Поэтому было проведено внутригрупповое деление и сравнение между подгруппами – речевой ( $n=88$ ), (дети, имевшие только дислалию в дошкольном возрасте и при поступлении в школу), и неречевой ( $n=42$ ) (проживающих в одинаковых экологических условиях). Под наше наблюдение не попали дети, имеющие тяжелые дефекты речи, так как

исследованию состояния их здоровья уделено достаточное внимание в научной литературе.

Нами было выявлено, что у 15,6% детей основной группы и у 10,3% детей группы сравнения отмечалось снижение адаптационных возможностей. Остальные школьники (84,4% и 89,6% соответственно) имели тот или иной уровень адаптации. Среди них только у 3,1% (от общего числа) детей речевой группы и у 10,3% неречевой наблюдалось состояние относительного равновесия в функциональном балансе их вегетативной нервной системы («идеальный» уровень адаптации). К тому же, было выявлено, что 59,4% школьников основной группы находились в IV стадии адаптации (истощения – усиление продукции минералокортикоидов; противофазный сдвиг САД и ЧСС); 28,1% – в I стадии (напряжения – усиление функциональных и энергетических ресурсов организма на фоне катаболической направленности обмена веществ); 4,7% – в III стадии (резистентности – снижение реактивности организма на фоне преобладания парасимпатического отдела вегетативной нервной системы); 4,7% – во II стадии (напряжения); 3,1% – в состоянии равновесия в функциональном балансе вегетативной нервной системы. В неречевой группе в I стадии адаптации находились 34,5% детей, во II – 6,9%, в III – 3,4%, в IV – 44,8%; в состоянии равновесия в функциональном балансе вегетативной нервной системы – 10,3%.

Следовательно, дети с отклонениями в состоянии здоровья, с речевыми нарушениями являются группой высокого риска по срыву адаптации с раннего возраста, особенно, если они проживают в экологически неблагоприятных районах и требуют коррекции с первого года жизни.

### Литература

1. Волкова Л. С., Шаховская С. Н. Логопедия. – М.: ВЛАДОС. – 2003. – 680 с.
2. Дичев Т.Г., Тарасов К.Е. Проблема адаптации и здоровье человека (методологические и социальные аспекты): М. – Медицина. – 1976. – с.184.
3. Доскин В. А. и др. Морфофункциональные константы детского организма: Справочник. – М.: Медицина. – 1997. – 288 с.
4. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. Новосибирск, Наука. – 1980. – С.192.
5. Концептуальные взгляды на здоровье ребенка / Под ред. профессора В.Н. Шестаковой. – Смоленск, 2003. – 590 с.
6. Способ оценки адаптационных возможностей организма / А. В. Аболенская [и др.]. // Педиатрия. – 1989. – №5. – С. 50-53

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ИНТЕРЕСОВ И СПОСОБНОСТЕЙ МАЛЬЧИКОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

*Е.А. Жилина, А. Я. Тишурова, В.Н. Шестакова  
В.А. Доскин, Н.И. Окко*

*Смоленская государственная медицинская академия  
СОГОУ «Центр диагностики и консультирования»*

Проведена оценка индивидуальных особенностей воспитанников кадетского корпуса с целью оптимизации учебного процесса.

Одной из актуальных задач современного образования является наиболее полное раскрытие потенциала одаренных детей, имевших профессиональные интересы и профессиональные способности с целью их успешной самореализации в различных сферах жизнедеятельности в настоящем и будущем. Однако на пути развития способностей стоит немало трудностей. Среди причин, влияющих на развитие индивидуальных способностей школьников, таких как недостаточная разработанность психолого-педагогической диагностики одаренных и высокоинтеллектуальных детей, слабая подготовленность учителей и медицинских работников к работе с ними, существует проблема влияния процесса гендерной социализации на развитие одаренности воспитанников.

Под гендерной социализацией понимается двусторонний социально-педагогический процесс создания у мальчиков и девочек представлений о мужественности и женственности, направленный на совершенствование их индивидуальности профессиональных интересов и ориентированный на становление и развитие полоролевого поведения.

Процесс гендерной социализации начинается задолго до начала школьного обучения. Родители уже с рождения ребенка неодинаково относятся к мальчикам и девочкам, предъявляют к ним разные требования, покупают соответствующие половой принадлежности игрушки, одежду, книги. Гендерные стереотипы формируются также достаточно рано, уже в детских играх. Следует отметить, что стереотипные взгляды на мужскую и женскую роль в обществе сопровождают весь процесс социализации ребенка, появляясь первоначально в семье, продолжая развиваться в сознании воспитанников в детском саду, школе и за их пределами. Как известно, в последние годы наряду с иными инновационными формами обучения в системе профильного образования существуют кадетские школы и кадетские школы-интернаты. Отбор в эти классы осуществлялся после предварительного медицинского обследования, психологического тестирования и проверки физической подготовленности. Как известно,

кадеты воспитываются в среде, которая формирует здоровый образ жизни, мужественность. По уставу им запрещено курить, употреблять алкоголь. В коллективе полузакрытого типа они обязаны регулярно питаться, ежедневно заниматься утренней гимнастикой, более строго соблюдать санитарно-эпидемический режим и режим дня. У них предусмотрены повышенное количество занятий по физической культуре, занятия по начальной военной подготовке, военные сборы, проходящие в каникулярное время. Следует отметить, что усиливают воспитательный процесс факультативные занятия этикетом, танцами, участие в хоре. У них воспитывают определенный стереотип поведения и мышления. Доказано, что почти все люди способны лучше или хуже делать много разных вещей. Основное различие проявляется в том, насколько легко каждый человек может справиться с новыми проблемами в конкретной области. К тому же, обладая значительной долей решительности и упорства, можно замаскировать недостаток способностей. Однако производительность человека выше, если он будет в полной мере использовать наиболее развитые у него способности, а не полагаться на те, которые развиты хуже. Их лучше оставить как вспомогательные. Традиционные подходы к диагностике интеллектуальных способностей показали, что ни высокий уровень IQ, ни высокий уровень учебных достижений, ни высокий уровень креативности – каждый сам по себе – не может выступать индикатором индивидуальной одаренности. Самые замечательные способности ребенка не являются прямым и достаточным показателем его достижений в будущем, и наоборот, отсутствие ярких проявлений одаренности в детстве не означает отрицательного вывода относительно перспектив дальнейшего психического развития личности. Не стоит использовать словосочетание "одаренный ребенок" в плане констатации, следует говорить о признаках одаренности. Признаки одаренности – это те особенности ребенка, которые проявляются в его реальной действительности и могут быть оценены на уровне наблюдения за характером его деятельности. По форме проявления выделяют явную и скрытую одаренность. Явная одаренность проявляется в деятельности ярко и отчетливо и даже при неблагоприятных условиях (2,5% от общего количества детей). Специалист может определить "зону ближайшего развития" и правильно наметить программу дальнейшей работы с этим ребенком. Скрытая одаренность проявляется в деятельности в менее выраженной, замаскированной форме (примерно 20-25% от общего числа учащихся). Причины скрытой одаренности связаны с наличием особых психологических барьеров. Они возникают на пути развития и интеграции способностей и искажают формы проявления одаренности.

При изучении интересов к 29 сферам деятельности оказалось, что у воспитанников кадетского корпуса отмечалось предпочтение к следующим сферам деятельности: общественная деятельность (15,5%), военная служба (14,4%), журналистика (10,3%), сфера обслуживания и торговли (8,2%), юриспруденция (7,2%). Меньшее количество учащихся имели интерес к

таким сферам деятельности, как сценическое искусство (6,2%), транспорт (5,2%). Одинаковое количество кадетов (4,1%) интересовались изобразительным искусством, авиацией и морским делом, а также техникой. Предпочтение к физкультуре и спорту констатировалось только у 3,1% учащихся. Такое же количество кадетов испытывали интерес к естественным наукам, деревообработке, легкой и пищевой промышленности, экономике. В наименьшей степени кадеты проявили интерес к таким сферам деятельности, как геология (2,1%), строительство (2,1%), музыка (2,1%), электрорадиотехника (1%), металлообработка (1%), литература (1%), иностранный язык (1%), педагогика (1%). Интерес к таким сферам деятельности, которые косвенно могут выявлять военно-профессиональную направленность учащихся, определяется у 48,4% кадетов. Следует подчеркнуть, что число подростков, отдающих предпочтение профессиям военно-профессиональной ориентации, к 11 классу возрастает (с 39 до 71,4%). Важным аспектом, по нашему мнению, является определение профессиональных интересов учащихся как при поступлении, так и на протяжении обучения в нём. Учащимся кадетского корпуса, не имеющим склонности к военной деятельности, необходимо проводить психологическую коррекцию для предотвращения срыва адаптации с первого года обучения и в последующем в процессе обучения. Следовательно, среди выпускников 23,7 % юношей не имеют склонности к профессиям военно-профессиональной направленности, что требует индивидуального подхода при дальнейшем выборе профессиональной деятельности.

Педагогическая оценка способностей воспитанников кадетского корпуса показала, что 28,0 % учащихся имели способности к иностранным языкам, 26,7% к русскому языку и литературе, 25,3 % к математике, 20,0% к биологии, географии и истории. Кроме того, 56,0% кадетов, по мнению педагогов, имели индивидуальные способности к хореографии, 20,0% – к спортивной деятельности, 12,0% – к вокалу и 6,7% – к изобразительному искусству.

Уровень интеллектуального развития кадетов, по результатам ШТУР, средний (38,3%) или выше среднего (27,9%). Аналитические способности у 15,7% учащихся высокие, у 5,9% выше среднего и у 54,9 % средние. Образное мышление у большинства кадетов достаточное (60,8%), пространственное восприятие развито (74,5%), речевые способности (92,2%) и способности к счету хорошие (96,1%). Несколько хуже развиты технические способности, у 49,0% учащихся, их уровень ниже среднего. Следовательно, среди воспитанников высокий процент учащихся, способных оперировать словами, имевших аналитические способности, склонности к счету, к пространственному восприятию, что необходимо учитывать при составлении учебных программ и индивидуальных занятий.

Отмечено, что потенциально одаренных детей в средних школах нашей страны насчитывается от 20,0 до 25,0%, а в гимназиях – от 50,0 до 98,0%.

По нашим данным, потенциально одаренных воспитанников кадетского корпуса встречается в 8 классах до 30,0%, в 9 классах до 33,3%, в 10 классах до 41,7% и в 11 классах до 45,0%. Одаренность в нескольких сферах определена у 62,8% учащихся, в двух сферах – у 16,3%, в одной сфере – у 20,9% кадетов.

Явная, актуальная одаренность выявляется у 33,5% учащихся. Следует отметить, что практическую одаренность имели 29,9% кадетов, коммуникативную – 24,3%, теоретическую – 22,8%, духовно-ценностную – 11,7% и художественно-эстетическую – 9,3% учащихся.

Соотношение профессиональных интересов и профессиональных способностей у воспитанников кадетского корпуса показало, что профессиональные способности не равномерно развиты у 33,3% учащихся и у 7,8% из них не выражены интересы к профессиональной деятельности; низкие профессиональные способности отмечены только у 13,7% воспитанников, что и послужило поводом для работы с этим контингентом детей. При выпуске из кадетского корпуса профессиональные способности и интересы к профессиональной деятельности уже имели 90,9% учащихся.

Следует подчеркнуть, что одаренные дети – это ключевой кадровый ресурс нашего государства, поэтому при составлении учебных программ, профилактических мероприятий необходимо учитывать индивидуальные особенности развития ребенка и стремиться их развивать и стимулировать.

## Литература

1. Барбитова А.Д. Одаренность, или «нестандартный ребенок»: от теории к практике //Научно-практический журнал «Одаренный ребенок». - 2007; №1.- С. 17-32.
2. Жилина Е.А., Шестакова В.Н, Доскин В.А. Образ жизни и профессиональная направленность воспитанников кадетского корпуса //Вестн. Смоленской мед. акад. – 2006. – С. 136-139
3. Концептуальные взгляды на здоровье ребенка /Под ред. проф. В.Н. Шестаковой.- Смоленск, 2003.-591 с.
4. Разумникова О.М. Пол и профессиональная направленность студентов как факторы креативности // Вопросы психологии. – 2002. – №1. – С. 11-125.
5. Синягина Н.Ю., Зайцева Н.В. Одаренные дети: вчера, сегодня, завтра //Научно-практический журнал «Одаренный ребенок». -2007. – №1. – С.13-16
6. Таранова Т.М. Педагогические условия полоролевой социализации подростков: Автореферат дис... канд. пед. наук. – Челябинск, 2003.
7. Щеплягина Л.А. Факторы риска и формирование здоровья детей //Рос. педиатр. журн. – 2002. – №2. – С. 4-6.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА АНТЕНАТАЛЬНОГО АНАМНЕЗА ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ЖЕНЩИНАМИ ЮНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

***Ж.Г. Чижова, Н.М. Никонорова, Л.Г. Загорельская,  
Е.В. Невмержицкая, В.Н.Шестакова***

*Смоленский государственный педагогический  
университет*

*Смоленская государственная медицинская академия*

Как известно, состояние здоровья женщин в период беременности оказывает существенное влияние на ее исход, течение родов, послеродовый период и во многом определяет здоровье рожденного ребенка. Беременность в юном возрасте связана с огромным количеством стрессовых факторов психологического, социального, физиологического порядка, нарушающих формирование гестационной доминанты, нормальное созревание плода, его жизнеспособность и процессы адаптации. Учитывая, что здоровье человека закладывается задолго до его рождения, нами был проведен анализ анамнестических данных о течении антенатального периода развития ребенка (n=551). Результаты наблюдения показали, что за период беременности состояние здоровья женщин, независимо от возраста, ухудшилось, особенно среди беременных самого юного возраста.

Как оказалось, из 411 юных женщин сохранили первоначальное состояние здоровья только 111 (27,0 %) человек. Практически здоровыми до беременности считались 49 юных женщин (11,9%). Из них ухудшение здоровья во время беременности отмечено у 15 человек, что составило 30,6%. У 11,3% (n=49) всех обследованных юных женщин (n=411) впервые были диагностированы хронические заболевания, у 3,2% (n=13) – функциональные изменения. До беременности у женщин старшего возраста здоровыми считались 11 человек (7,9%) из 140 респонденток. Во время беременности количество здоровых сократилось до 9 человек. Следовательно, процент здоровых женщин репродуктивного возраста (47,1 %) более высокий, чем женщин юного возраста (29,9%). Это свидетельствует о том, что беременность отрицательно сказывается на здоровье женщины, но в большей степени, если возраст ее юный. За период беременности сохранили здоровье только 34,3% женщин, ухудшили его состояние 65,7% респонденток. В этой ситуации юные женщины занимают лидирующее место (76,5%; 74,7%, 71,3%), тем самым, отодвигая на вторую позицию женщин репродуктивного возраста (52,9%,  $p < 0,05$ ). У 17-летних женщин ухудшение здоровья встречалось в 61,8%, у

молодых женщин 18-19-летнего возраста в 57,6% и у зрелых 20-25-летних в 45,5% случаев.

Во время беременности обострение хронических заболеваний наблюдалось у 36,8% юных женщин и только у 19,3% женщин репродуктивного возраста ( $p < 0,05$ ). Установлено, что во время беременности процент изменений психологического, физического и репродуктивного здоровья возрастал, и чем младше возраст беременной, тем выше частота нарушений состояния здоровья.

При этом соматическое здоровье как до беременности, так и во время беременности в 1,03 раза хуже у женщин репродуктивного возраста (94,3%), чем у юных беременных (91,2%), но частота обострений соматической патологии менее выражена у более зрелых женщин (табл. 2).

Следует подчеркнуть, что частота осложнений тесно связана с возрастом и состоянием здоровья беременной. Отклонения в состоянии здоровья во время беременности у юных женщин старшей возрастной группы носили чаще функциональный характер (40,9% против 20,7%,  $p < 0,05$ ), среди которых лидировали нарушения вегетативной нервной, сердечно-сосудистой систем и органов чувств, а у женщин репродуктивного возраста возникали обострения хронического процесса, но тяжесть состояния их была минимальной.

У 50,1% респонденток беременность протекала на фоне острых заболеваний (у 59,9% юных женщин и у 21,4% женщин репродуктивного возраста) или обострений хронической соматической (26,8 и 32,1% соответственно) и генитальной (44,0 и 32,1% соответственно) патологии.

Таблица 1

### Динамика здоровья юных женщин за период беременности

Возраст, лет	Число женщин, сохранивших здоровье					
	здоровые		с функциональными нарушениями		с хронической патологией	
	абс	%	абс	%	абс	%
12-14 (n =17)	2	11,8±15	2	11,8±15,6	0	0
15 (n =79)	8	10,1±6,8	7	8,9±6,4	5	6,3±5,5
16 (n =230)	20	8,7±3,7	20	8,7±3,7*	26	11,3±4,2*
17 (n =85)	7	8,2±6,0	12	14,1±7,6*	14	16,5±8,0*
всего (n =411)	37	9,0±2,8	41	10,0±3,0	45	16,5±8,0
18-19 (n =85)	5	5,9±5,1	17	20,0±8,7*	14	16,5±8,0*
20-25 (n =55)	4	7,3±7,0	15	27,3±12,0	11	20,0±10,8
всего (n =140)	9	6,4±4,1	32	22,9±7,125	25	17,9±6,5
Всего (n =551)	46	8,3±2,4	73	13,2±2,9	70	12,7±2,6

Возраст, лет	Число женщин, ухудшивших здоровье					
	здоровые		с функциональными нарушениями		с хронической патологией	
	абс	%	абс	%	абс	%
12-14 (n =17)	1	5,9±11,4	7	41,2±23,9*	5	29,4±22,
15 (n =66)	5	6,3±5,5	31	39,2±11,0	23	29,1±10,
16 (n =230)	7	3,0±2,7	92	40,0±6,5*	65	28,3±5,9
17 (n =98)	2	2,4±3,3	28	32,9±10,2*	22	25,9±9,5
всего (n =411)	15	3,6±1,8	158	38,4±4,8*	115	26,8±4,4
18-19 (n =85)	2	2,4±3,3	20	23,5±9,2*	27	31,8±10,
20-25 (n =55)	0	0	7	12,7±9,0*	18	32,7±12,
Всего (n =140)	2	1,4±2,0	27	19,3±6,7	45	32,1±7,9
Всего (n =551)	17	3,1±1,5	185	33,6±4,0*	160	29,0±3,9

Примечание: \* – различия при сравнении групп статистически достоверны ( $p<0,05$ )

Таблица 2

### Нарушения различных компонентов здоровья у женщин во время беременности с учетом их возраста

Возраст, лет	Компоненты здоровья							
	психологический		физический		соматический		репродуктивный	
	абс.	%	абс	%	абс	%	абс	%
12-14	17	100,0	14	82,4±18,5	15	88,2±15	12	70,6±22,1
15	73	92,4±6,5	60	75,9±9,6	71	89,9±6,8	53	67,1±10,6
16	188	81,7±5,1	150	65,2±6,3	210	91,3±3,7	116	50,4±6,6
17	68	80,0±8,7	57	67,1±10,3	79	92,9±5,6	44	51,8±10,8
Всего	346	84,2±3,6	281	68,4±4,6	375	91,2±2,8	225	54,7±4,9
18-19	63	74,1±9,5	49	57,6±10,7	77	90,6±6,3	27	31,8±10,1
20-25	29	52,7±13	27	49,1±13,5	52	94,5±6,1	13	23,6±11,5
Всего	92	65,7±8,0	76	54,3±8,4	132	94,3±3,9	40	28,6±7,6
Всего	438	79,5±3,4	348	64,8±4,1	507	92,0±2,3	265	48,1±4,3

Патологическое течение беременности в 1,13 раза чаще встречалось у юных женщин (71,3%), особенно младшей возрастной группы (76,5%), преимущественно с нарушениями состояния здоровья, чем у женщин репродуктивного возраста (62,9 и 65,0% соответственно).

Беременность протекала без особенностей только у 21,4% наблюдаемых женщин, с большей достоверностью у женщин группы

сравнения ( $p < 0,05$ ). Отмечено, что во время беременности частота осложнений особенно возрастала у тех женщин, которые страдали хроническими заболеваниями, характеризующаясь ранним и поздним токсикозом, угрозой прерывания, фетоплацентарной недостаточностью, задержкой внутриутробного развития, гестационным пиелонефритом и анемией. Наиболее тяжелое течение гестоза наблюдалось у юных женщин младшей возрастной группы ( $p < 0,05$ ).

Таблица 3

**Распределение женщин в зависимости от возраста и течения беременности.**

Возраст, лет	Благоприятное течение беременности		Неблагоприятное течение беременности		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
практически здоровые (n=46 из 551-8,3±2,4 %)						
12-14	1	50,0±70,7	1 <sup>н</sup>	50,0±70,7*	2	11,8±15,6
15	3	37,5±34,3	5	62,5±34,2*	8	10,1±6,6
16	6	30,0±20,5	14	70,0±20,5*	20	8,7±3,7
17	3	42,9±37,4	4	57,1±37,4*	7	9,0±6,1
всего	13	35,1±15,7	24	64,9±15,7	37	9,0±2,8
18-19	3	60,0±43,8	2	40,0±43,8	5	5,9±4,1
20-25	3	75,0±43,3	1	25,0±43,3*	4	7,3±7,0
Всего	6	66,7±31,4	3	33,3±31,4*	9	6,4±4,1
Всего	19	41,3±14,5	27	58,7±14,5*	46	8,3±2,4
беременные с функциональными нарушениями						
12-14	3	33,3±31,4	6	66,7±31,4*	9	52,9±24,2
15	13	34,2±15,4	25	65,8±15,40*	38	48,1±11,2
16	37	33,0±8,9	75	67,0±8,9*	112	48,7±6,6
17	15	37,5±15,2	25	54,3±14,7	40	47,1±10,8
всего	68	34,2±6,7	131	65,8±6,7*	199	48,4±4,9
18-19	17	45,9±16,4	20	54,1±16,4	37	43,5±10,8
20-25	12	54,5±21,2	10	45,5±21,2	22	40,0±13,2
Всего	29	49,2±13,0	30	50,8±13,0	59	42,1±8,3
Всего	97	37,6±6,0	167	64,7±5,9*	258	46,8±4,3
беременные с хронической патологией						
12-14	0	0	5	100	5	29,4±22,1
15	1	3,6±7,0	27	96,4±7,0	28	35,4±10,8
16	7	7,7±5,6	84	92,3±5,6*	91	39,6±6,4
17	4	11,1±10,5	32	88,9±10,5	36	42,4±10,7
всего	12	7,5±4,2	148	92,5±4,2*	160	38,9±4,8
18-19	10	24,4±13,4	31	75,6±13,4*	41	48,2±10,8
20-25	6	20,7±15,0	23	79,3±15,0*	29	52,7±13,5

Всего	16	22,9±10,0	54	77,1±10,0*	70	50,0±8,5
Всего	28	12,2±4,3	202	87,8±4,3*	230	41,7±4,2

Примечание: \* – различия при сравнении групп статистически достоверны ( $p < 0,05$ )

При ультразвуковом исследовании у 1/3 женщин выявлялись гипоксия плода (40,8%), обвитие пуповины вокруг шеи (29,0%), патология плаценты (22,0%), нарушение ее структуры и толщины; чаще эти проявления выявлялись у женщин юного возраста (43,8 против 32,1%), преимущественно в младшей возрастной группе (46,0% против 27,3%), что подчеркивает наивысший риск рождения нездорового ребенка. У женщин репродуктивного возраста такая закономерность менее выражена, у них чаще отмечалось полное совпадение размеров плода с гестационным сроком, реже выявлялись гипоксия плода (35,3%) и обвитие пуповины вокруг шеи (18,2%).

Вероятно, ускоренная перестройка организма для выполнения репродуктивной функции при наступлении беременности в раннем возрасте связана с более высокими нагрузками, негативно отражающаяся на течении беременности и развитии плода.

Чем меньше возраст юной беременной, тем четче прослеживалась такая закономерность. Кроме того, у 38,8% беременных выявлялись аномалии костного таза. Частота встречаемости данной патологии наиболее высока среди юных (47,9 против 12,1%) женщин, особенно младшей возрастной группы (55,9%), что свидетельствует о физиологической незрелости, отсутствии биологической готовности организма к родам и способствует развитию гипоксии плода.

Необходимо отметить, что в группе женщин с благоприятным течением беременности ( $n=144-26,1\%$ ), независимо от их состояния здоровья и возраста, около 2/3 респонденток встали на учет в ранние сроки беременности. Они наблюдались регулярно, имели удовлетворительные адаптационные возможности (88,4%). 73,9% этих женщин питались регулярно, соблюдали режимные моменты (81,9%), не испытывали постоянных стрессовых ситуаций (76,1%), что достоверно выше, чем у женщин при неблагоприятно протекавшей беременности ( $p < 0,05$ ). Все они воспитывались в полных семьях с удовлетворительным социально-гигиеническим культурным уровнем, половина из них состояла в браке. Преимущественно это были женщины старше 16 лет, имевшие одного партнера, начавшие половую жизнь после полового созревания. Более осознанно относились к беременности женщины зрелого возраста.

В группах женщин при неблагоприятно протекавшей беременности ( $n=407-73,9\%$ ) достоверно чаще возникали негативные отношения как со стороны партнера (65,4%), так и родственников (55,4%). 59,6% воспитывались в неполных семьях с низким уровнем санитарной культуры (70,1%). Эти показатели были более выражены в группах респонденток младшего возраста (67,2% против 29,6%,  $p < 0,05$ ). У них беременность

была нежеланной и случайной, они вели беспорядочную половую жизнь, первый дебют которой состоялся ранее 15 лет. До рождения ребенка 2/3 этих женщин были убеждены, что брак не обязателен. Они часто скрывали беременность. Каждая из них испытывала продолжительные негативные эмоции.

Как оказалось, у них в 2,3 раза чаще нарушено взаимопонимание со сверстниками (42,6%). Благоприятными взаимоотношения можно было считать только у 48,9% женщин, которые имели дружеские отношения с матерью. Высокий уровень тревожности выявлялся у 63,3% юных беременных, в 2,7 раза чаще у юных женщин до 16 лет. В то время как у женщин репродуктивного возраста высокий уровень тревожности не превышал 21,4%, в основном у зрелых женщин 20-25 лет (29,1%).

Следует отметить, что юные беременные были убеждены, что брак не обязателен, не были готовы стать матерью и иметь полноценную семью. У 2/3 из них ориентация на отношение к будущему ребенку была субъективной. Основную информацию о половой жизни они получили от подруг и друзей, достоверно реже обращались к гинекологу ( $p < 0,05$ ). Во всех возрастных группах мотивом начала половой жизни служила любовь (у 58,6% юных женщин, у 65,0% женщин 18-19 летнего возраста и у 83,6% женщин 20-25 лет) и преданность партнеру. 21,8% женщин расценили это как необходимость, и только 5,4% женщин желали иметь ребенка. Преимущественно это были женщины репродуктивного возраста. Недостаточная готовность женщины подросткового возраста к материнству сочеталась с социальной изоляцией и формированием отрицательного эмоционального фактора (58,6%). Они были эмоционально неустойчивы из-за недружелюбных отношений в семье, со сверхчувствительным отношением к критическим замечаниям (48,6%), недоверчивы (41,4%), насторожены (37,1%) и обидчивы (32,1%). Более половины (62,9%) из них испытывали чувство одиночества, ненужности в обществе, демонстрировали напускное безразличие (53,6%), презрительное отношение (34,3%), агрессивность (27,1%), чего не наблюдалось у женщин репродуктивного возраста. Установлено, что юные беременные в 1,5 раза чаще испытывали изменения в психоэмоциональной сфере (73,0%), которые сопровождались нарушением сна (60,0%,  $p > 0,05$ ), изменением аппетита (52,0%,  $p > 0,05$ ), отклонениями в настроении (70,0%,  $p < 0,05$ ), появлением утомления (35,0%).

Астеновегетативный синдром формировался у 37,4% беременных, среди которых лидировали женщины юного возраста (54,5%). Отклонения в поведении выявлялись у 17,8% юных беременных.

Отмечено, что адекватный стиль переживания беременности юной женщиной соотносился с адекватной ценностью ребенка достоверно реже, чем у женщин репродуктивного возраста ( $p < 0,05$ ). Только 13,6% матерей находились в состоянии психологического комфорта. 83,9% юных женщин узнали о своей беременности на 4 месяце, в то время как 2/3 женщин репродуктивного возраста были информированы о своей беременности на

сроке 3-4 недели. При возникновении беременности 73,0% юных женщин испытывали нежелание иметь ребенка, так как она была нежеланной и случайной, поэтому юные женщины испытывали психологический стресс и не испытывали желание общаться с ребенком (62,3%). Ребенок при этом не представлял для матери особой ценности, а являлся лишь средством решения личных проблем (46,0%). Ответственное отношение к беременности, без лишней тревоги, выявлялось только у 22,4 % юных женщин старше 16 лет, что способствует формированию гармонического типа семейного воспитания. Слабая выраженность знаний о беременности (незапланированной) встречалась у 67,2% юных женщин, что способствовало эмоциональному отвержению и неразвитости родительских чувств. У 52,1% юных женщин с истерическими чертами беременность становилась средством достижения собственных целей, преувеличения переживаний во время беременности, что достоверно выше, чем у женщин репродуктивного возраста (7,1%,  $p < 0,05$ ). Во время беременности 30,3 % женщин отмечали эйфорическое отношение к своей беременности и к будущему ребенку. У 34,1% беременных наблюдался сниженный фон.

Обращало на себя внимание несерьезное, неправильное отношение юных женщин к половой жизни, медицинскому наблюдению. Раннее начало половой жизни, смена половых партнеров, позднее обращение за медицинской помощью как во время беременности, так и родов, недисциплинированность, негативное отношение к рекомендациям, обилие конфликтных ситуаций обуславливали возникновение различных осложнений как со стороны матери, так и плода.

Определяя значимость причин, воздействующих на состояние здоровья беременных женщин, удалось установить, что влияние факторов риска неоднозначно, многие факторы не несут никакой информативности, другие являются лидирующими. Учитывая важность выявленной закономерности, отмечено, что у беременных младшего возраста социальные факторы занимают лидирующее положение и сохраняют свою значимость в последующих возрастных периодах.

Приоритетными факторами, нарушающими здоровье женщин, усугубляя течение беременности, являлись: плохие условия проживания ( $J=12,5$ ); юный возраст беременной ( $J=11,9$ ); низкий социально-гигиенический и культурный уровень семьи ( $J=9,3$ ); наличие хронической патологии у женщины ( $J=8,3$ ); перенесенные экстрагенитальные и гинекологические заболевания во время беременности ( $J=7,5$ ); наличие вредных привычек у женщины ( $J=6,8$ ); нерегулярное питание ( $J=5,5$ ); нарушение режимных моментов ( $J=4,7$ ); низкие адаптационные возможности ( $J=4,5$ ); повышенный уровень тревожности ( $J=3,9$ ); неблагоприятный психологический микроклимат ( $J=3,4$ ); раннее начало половой жизни ( $J=3,2$ ); осложненная беременность ( $J=2,9$ ); низкая медицинская активность ( $J=1,5$ ).

Следует подчеркнуть, что отрицательное воздействие медико-биологических факторов на состояние здоровья юных женщин во время беременности возрастает, не снижая и негативного влияния и социально-психологических причин.

Полученные данные свидетельствуют о том, что большинство беременных женщин имеют высокий процент соматической патологии. Они чаще страдают гинекологическими заболеваниями и нарушениями половой сферы, которые за время беременности склонны к обострениям, хронизации и манифестации латентных форм, тем самым усугубляя течение беременности, отрицательно влияя на развитие плода. Более четко это прослеживается у женщин юного возраста.

Таким образом, процесс формирования плацентарной гестационной доминанты в период эмбриогенеза, созревания плода, течения беременности определяется не только эндогенными, но и экзогенными причинами. Частота осложнений беременности и их структура тесно связаны с возрастом женщины и ее изначальным здоровьем.

Как видно на схемах, наиболее распространенными критериями риска антенатального периода являются: наличие вагиноза у беременной (J=16,5); аномалии положения плода (J=12,9); наличие вульвовагинита как до, так и во время беременности (J=11,3); аномалии костного таза (J=10,8); ранний токсикоз (J=9,5); повышенный уровень тревожности (J=9,0); угроза выкидыша (J=8,6); острые и хронические воспалительные заболевания придатков и матки (J=8,0); ХГП (J=7,9); положение плода (J=7,6); обострение ЭГП (J=7,3) и ГП (J=4,8) у женщины во время беременности; перенесенный кандидозный вульвовагинит (J=3,6); патология пуповины (J=3,4); кровотечение во время беременности (J=2,9); низкая плацентация (J=2,5); наличие эрозии шейки матки (J=2,1); гестационный пиелонефрит (J=1,5); анемия беременной (J=1,3); нарушение структуры плаценты и ее толщины (J=1,1). Известно, что способность плода воспринимать изменения эмоционального состояния матери образует основу для постнатального включения соответствующей стимуляции от матери в потребность обретения и поддержания эмоционального комфорта. Все это необходимо учитывать при разработке профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья и снижение антенатального риска. Следует подчеркнуть, что беременность у несовершеннолетних женщин, как правило, протекает на фоне сочетанных заболеваний, что способствует осложненному течению родов и возникновению патологии со стороны матери и ребенка.

Поэтому юных беременных необходимо в более ранние сроки брать на диспансерный учет, определить особенности течения беременности и тактику ведения, используя индивидуальный подход при решении вопроса по ее сохранению. Для них должна быть разработана программа подготовки к родам и последующему родительству, без этого нет возможности избежать психологических проблем, ухудшения состояния здоровья и негативного воздействия на развитие ребенка.

## Литература

1. Брутман В.И., Панкратова М.Г., Еникополов С.Н. Некоторые результаты обследования женщин, отказывающихся от своих новорожденных детей // Вопросы психологии. – 1994. – № 5.
2. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии. – 1997. – №7
3. Выготский Л.С. Вопросы детской (возрастной) психологии // Собр. соч.: В 6 т. – Т.4. – М.: Педагогика, 1983. – С. 243-403.
4. Захаров А. И. Влияние эмоционального стресса матери на течение беременности и родов // Перинатальная психология в родовспоможении: Сб. материалов конференции. – СПб.,1997. -С.54-56.
5. Загорельская Л.Г., Никонорова Н.М., Чижова Ж.Г. Состояние здоровья юных матерей // Экология и здоровье детей России: Материалы международной научно-практической конференции, Смоленск 28-29 сентября 2000 г. – С. 53-54.
6. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии.- 2002.-№5.
7. Чижова Ж.Г. Психосоциальная характеристика юного материнства // Пути повышения эффективности медицинской помощи детям: Сборник материалов X съезда педиатров России.- 2005.- С. 592.

УДК 616-055.23:618.17-083+613.96:613.88

### **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕВУШЕК С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ ДО БЕРЕМЕННОСТИ**

***Ж. Г. Чижова, Н.М. Никонорова, Е.А. Деринова,  
Л.Г. Загорельская, А.Н. Иванян, В.Н. Шестакова,  
О. В. Козицкая***

*Смоленский государственный педагогический  
университет*

*Смоленская государственная медицинская академия*

Образ жизни будущей матери является путевкой для здоровья ее детей, так как накопление и длительное существование дестабилизирующих факторов не только изменяет функцию отдельных систем, часто последовательно подключающихся по мере пролонгирования напряжения, особенно в состоянии хронического стресса, но и поддерживает эту измененную функцию. При наличии

мощного воздействия на организм проявляются различные нарушения, переходящие в хронический процесс, нарушая здоровье как матери, так и ребенка.

Поэтому нами был проведен анализ социально-гигиенического и медико-психологического аспекта в семьях, воспитывающих матерей будущего ребенка. Первоначально были изучены материалы на 2096 женщин от 12 до 25 лет. Из них оказалось 1199 женщин в возрасте от 12 до 18 лет, 197 – до 20 лет, 700 респонденток в возрасте от 20 до 25 лет. В последующем в динамическом наблюдении участвовало 551 человек. Все обследованные женщины были разделены на 2 группы; основная группа включала 411 юных женщин в возрасте от 12 до 17 лет (74,6%).

Внутригрупповое деление по возрастному признаку позволило распределить респондентов следующим образом: 96 женщин до 16 лет (23,4%), среди которых самые юные (12-14-летние) составляли 17 человек (17,7%), 230 респонденток до 17 лет (56,0%) и 85 женщин до 18 лет (20,7%). В другую группу, группу сравнения, вошли женщины репродуктивного возраста ( $n=140-27,4\%$ ). Эта группа была так же поделена на подгруппы с учетом возраста пациентки: 85 женщин 18-19-летнего возраста (60,7%) и подгруппу, представленную 55 (39,3%) женщинами 20-25-летнего возраста.

Результаты показали, что большинство семей, в которых воспитывались девушки до 18-летнего возраста, проживали в худших жилищно-бытовых условиях (42,1%), чем женщины группы сравнения (18,6%,  $p<0,05$ ). Они выросли в семьях с недостаточным уровнем благосостояния (52,6%), где образовательный уровень родителей был достоверно ниже (31,6%), чем в группе сравнения (19,3 и 5,7% соответственно,  $p>0,05$ ). Более половины юных женщин проживала в неполных семьях (55,2%), чаще только с матерью, что, вероятно, способствовало ослаблению социализации по мере ее взросления. В этих семьях часто возникали конфликты и стрессовые ситуации (63,3%), что достоверно отличало их от быта женщин, возраст которых старше 17 лет (20,7 и 30,0% соответственно,  $p<0,05$ ). 16,1% семей, в которых воспитывались юные женщины, относились в группу асоциального риска. В то время как в семьях группы сравнения только в 2,4% случаев встречались асоциальные семьи, и то там, где возраст матери менее 20 лет.

Особо следует подчеркнуть, что женщины до 16-летнего возраста достоверно чаще воспитывались в неполных семьях (62,5%), которые проживали в худших жилищно-бытовых условиях (58,3%), подвергаясь чаще давлению со стороны партнеров матери (59,1%). У них отсутствовала своя комната (44,8%). Они не соблюдали правил личной гигиены (78,3%), режима дня (66,3%). Их матери чаще меняли половых партнеров (47,1%), не имели постоянного места работы (45,5%), курили и злоупотребляли алкоголем (75,5%), не занимались воспитанием (33,3%) ребенка.

Серьезной социальной проблемой являлась высокая распространенность вредных привычек, особенно среди родителей юных

женщин (69,6%). В то время как в группе сравнения такой фактор риска в семьях встречался достоверно реже (20,7%,  $p < 0,05$ ). Необходимо отметить, что 57,7% женщин юного возраста имели до беременности вредные привычки. Более половины из них не соблюдали регулярно правил личной гигиены (58,9%), что достоверно выше, чем в группе сравнения (30,7%,  $p < 0,05$ ), и это было обусловлено низким социально-культурным уровнем семьи (56,7%). В таких условиях юные женщины не получали необходимого воспитания (29,7%) и навыков (58,9%) по заботе о здоровье, причем родители не являлись личным примером (63,3%). В большинстве семей практиковалось нерегулярное питание (52,1%) и недостаточное потребление овощей (62,3%), фруктов (69,6%). Более половины семей, в которых воспитывались будущие юные мамы (63,3%), не соблюдали режим дня. Такие нарушения реже выявлялись в семьях группы сравнения (28,6, 16,4, 18,6, 20,0% соответственно,  $p < 0,05$ ). 2/3 родителей в этих семьях имели низкую физическую активность. Основной причиной низкой физической активности большинство считали недостаток времени (62,3%), однако более половины родителей все вечера проводили перед телевизором.

Среди причин невнимания родителей к проблемам юных женщин были выявлены: отсутствие времени (52,5%); занятость на работе (23,3%); усталость после работы (12,6%); недостаток опыта и знаний (11,6%). Менее 1/3 родителей этих групп наблюдения считали себя здоровыми. Следует отметить, что хронические заболевания имели более половины матерей и отцов (57,7%) в основной группе наблюдения и 35,0% родителей группы сравнения. Заботились о своем здоровье и здоровье близких только четверть родителей основной группы и 1/3 – группы сравнения, остальные обращались за медицинской помощью только тогда, «когда заболевали», и то, только при тяжелых состояниях или при резком ухудшении состояния здоровья (58,4% и 30,7%, соответственно,  $p < 0,05$ ).

Следует подчеркнуть, что более половины женщин группы сравнения проживали в благополучных семьях, в более благоприятных условиях и только 16,4% из них не получили необходимого воспитания, 22,1% – навыков по заботе о здоровье. Установлено, что 21,4% родителей этих девушек являлись личным примером для подражания при создании семейных отношений, 10,0% семей имели низкую физическую активность ( $p < 0,05$ ). Установлено, что 2/3 семей размещались в благоустроенных квартирах, имея средний или высокий уровень благосостояния (54,7%), средний уровень санитарной культуры (57,9%) и благоприятный психологический микроклимат (70,0%). Большинство из них имели в подростковом возрасте комнаты для отдыха и занятий.

Необходимо отметить, что чем моложе возраст женщины, тем реже выявлялись благоприятные условия проживания и удовлетворительный микросоциум. Эти семьи в 3,5 раза чаще имели низкий уровень дохода. Только 44,5% семей основной группы наблюдения брачный союз считали счастливым, юридически оформленным (56,4%).

Следует отметить, что большинство женщин наблюдаемых групп проживали в малочисленных семьях (69,6%). Социально-трудовой статус родителей представлен служащими (49,6% в основной группе, 71,4% в группе сравнения), рабочими (42,3 и 25,0% соответственно,  $p < 0,05$ ) и домохозяйками (12,9 и 3,6%,  $p < 0,05$ ).

Необходимо отметить, что 59,3% девушек начали половую жизнь до 16-летнего возраста, 19,2 % из них дебютировали до 13-лет, 30,9% – до 15-лет, и только 20,4% респонденток – после 15 лет; 23,4% подростков начали половую жизнь до наступления менархе, 35,6% девушек имели двух и более партнеров. Преимущественно это были женщины юного возраста (76,4% против 9,3%,  $p < 0,05$ ). Средний возраст сексуального дебюта среди юных женщин не превышал 15,5 лет. Следует отметить, что среди женщин репродуктивного возраста начало половой жизни в 53,6% наблюдалось после 16-летнего возраста, а в 32,1% – после 17 лет.

Следовательно, социально-гигиенический статус семей, в которых воспитывались юные женщины, достоверно ниже, чем в группе сравнения. Их образ жизни характеризовался высокой распространенностью социально-гигиенических, медико-биологических факторов риска и наличием поведенческих реакций, которые отрицательно сказались на формировании медико-социального статуса юных женщин. Это, вероятно, способствовало повышению психо-эмоционального напряжения (37,2% и 11,4% соответственно,  $p < 0,05$ ), развитию невротизации (35,0% и 5,7%,  $p < 0,05$ ), тем самым, создавая почву для формирования эмоционального стресса (27,3 и 3,6%,  $p < 0,05$ ), снижая адаптационные возможности (27,3 и 15,0%), приводя к нарушению как их состояния здоровья (65,7 и 23,4%, соответственно,  $p < 0,05$ ), так и их потомства.

В последующем в процессе наблюдения только 11,9% юных женщин до беременности считались практически здоровыми (табл.1), у 48,7% выявлялись функциональные нарушения, у 39,4% хронические заболевания. Установлено, что процент хронической патологии (50,0%) у женщин старше 17 лет выше в 1,26 раз, это и естественно, так как по мере взросления увеличивается риск формирования хронического процесса и расширяется комплекс воздействия негативных факторов. Но следует отметить, что частота этих обострений ниже в 1,6 раза. В структуре соматической патологии у подростков преобладали болезни опорно-двигательного аппарата (43,3%), сердечно-сосудистой системы (40,6%), желудочно-кишечного тракта (37,7%), нервной (29,7%) системы, органов чувств (26,5%), мочеполовой системы (21,7%), что свидетельствовало о нестабильном состоянии их здоровья.

Как оказалось, у девочек до 14-летнего возраста преобладали заболевания органов зрения, желудочно-кишечного тракта и органов дыхания; до 15 лет лидировали расстройства центральной нервной и сердечно-сосудистой систем, органов чувств; до 16 лет ведущими нарушениями являлись патология опорно-двигательного аппарата, центральной и вегетативной нервных систем. К 17 годам среди

соматических заболеваний первое место занимали нарушения нервной и сердечно-сосудистой систем (25,8%), второе место – заболевания ЛОР – органов (25,5%), желудочно-кишечного тракта (22,2%), органов зрения (19,2%); третье место – изменения нейроэндокринной (14,5%) и мочеполовой (10,2%) систем.

Как выяснилось, у 17,6% девушек подросткового возраста обнаружено поражение двух систем и у 11,8% – трех и более. В то время как у женщин старшего возраста преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта (17,9%), сердечно-сосудистой (12,1%), нервной (11,4%), мочеполовой (10,7%) и эндокринной (9,3%) систем.

Таблица 1

### Распределение женщин до беременности с учетом состояния здоровья и возраста

Возраст лет	Количество человек		Здоровые		С функциональными нарушениями		С хронической патологией	
	абс.	%	абс	%	абс.	%	абс.	%
12-14	17	4,1±2,0	3	17,6±18,5	9	52,9±24,2	5	29,2±21,2*
15	79	19,2±3,9	13	16,5±8,3	38	48,1±11,2	28	35,4±10,8*
16	230	56,0±4,9	27	11,7±4,2	112	48,6±6,6	91	39,6±6,4*
17	85	20,7±4,0	9	10,6±6,7	40	47,1±10,8	36	42,4±10,7*
всего	411	74,6±3,7	52	12,7±3,3	199	48,4±4,9*	160	38,9±4,8*
18-19	85	60,7±8,3	7	8,2±6,0	37	43,5±10,8	41	48,2±10,8*
20-25	55	39,3±8,3	4	7,3±7,0	22	40,0±13,2	29	52,7±13,5*
всего	140	25,4±3,7	11	7,9±4,5	59	42,1±8,3	70	50,0±8,5*
всего	551	100	63	11,4±2,7	258	46,8±4,3	230	41,7±4,2*

Примечание: \* – различия при сравнении групп статистически достоверны ( $p < 0,05$ ).

Среди девушек старше 17 лет чаще наблюдались сочетания хронических заболеваний, а в более юном возрасте сочетания патологий функционального характера.

Анализ гинекологической патологии подтвердил, что до беременности гинекологические заболевания у девушек с ранней сексуальной активностью во всех возрастных группах встречались практически с одинаковой частотой (40,1%), но с возрастом структура заболеваний менялась. Отмечено, что у женщин старшего возраста такая закономерность менее выражена и частота генитальной патологии у них достоверно ниже (32,1%). В группе юных женщин младшего возраста первоначально выявлялись нарушения менструального цикла (39,4%), что свидетельствует о снижении репродуктивной функции. Кроме того, у подростков специфические (54,3%) и неспецифические (32,1%)

вульвовагиниты встречались достоверно чаще, чем у женщин старшего возраста (39,3% и 21,4%), что характеризует повышенную инфицированность родовых путей юных девушек (табл.2) до беременности.

Следует подчеркнуть, что чем старше возраст женщин, тем чаще у них выявляется эрозия шейки матки, а чем они моложе, тем реже у них встречается отягощенный акушерский анамнез.

Таблица 2

**Частота встречаемости гинекологических заболеваний у женщин до беременности**

Гинекологические и акушерские заболевания	Возраст			
	12-17 лет (n=411)		18-25 лет (n= 140)	
	абс.	%	абс.	%
Нарушения менструального цикла	162	39,4±4,8	3	4,3±3,4*
Заболевания матки и придатков	30	7,3±2,6	15	10,7±5,2
Органические изменения матки	9	2,2±1,4	6	4,3±3,4
Кисты яичников	6	1,5±1,2	4	2,9±2,8
Эрозии шейки матки	53	12,9±3,3	46	32,9±7,9*
Неспецифические вульвовагиниты	152	37,0±4,8	44	31,4±7,8
Специфические вульвовагиниты	223	54,3±4,9	55	39,3±8,3*
О. кондиломы	33	8,0±2,7	0	0
Сифилис	8	1,9±1,4	0	0
Отягощенный акушерский анамнез (выкидыши, аборты, роды)	84	20,0±4,0	17	12,1±5,5*

Примечание: \* – различия при сравнении групп статистически достоверны (p<0,05)

У них отсутствовали понятия об ответственности поведенческих реакций, культуре, планировании будущей полноценной семьи, формировании здорового образа жизни. У этого контингента девушек в 1,7 раза чаще выявлялось снижение эмоционального тонуса (35,0%), а

также отмечалась низкая мотивация к материнству (81,0%), учебной деятельности (28,0%).

Следовательно, у юных женщин еще до беременности формировался чаще отрицательный эмоциональный фактор, чем у женщин старшего возраста, что обусловлено морфофункциональными особенностями подросткового периода в сочетании с неблагоприятным психологическим комфортом, отрицательно сказавшийся на социальной и личностной адаптации.

При оценке состояния здоровья установлено, что компоненты, составляющие здоровье, нарушены во всех группах наблюдения, частота их нарушений зависела от возраста женщин (табл. 3).

Следует отметить, что нарушения психологического компонента здоровья (69,3%) выявлялись чаще, чем физического (55,9%) и репродуктивного (39,0%). По мере взросления женщин частота отклонений соматического компонента здоровья возрастала, в то время как психологического – падала. У женщин фертильного возраста нарушения репродуктивного компонента здоровья встречались с одинаковой частотой (43,5% и 41,8%), но структура заболеваний достоверно отличалась и была не однотипной. Нарушения физического компонента здоровья в 1,46 раз чаще наблюдались у юных женщин (60,8%).

Таблица 3

### Нарушения различных компонентов здоровья у женщин до беременности с учетом их возраста

Возраст лет	Психологический		Физический		Соматический		Репродуктивный	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
12-14 п=17	15	88,2±15,6	12	70,6±22,1	14	82,4±18	9	52,9±24,2
15 п=79	59	74,7±9,8 ***	57	72,2±10* **	68	86,1±7,8	36	45,5±11,2 ***
16 п=23	166	72,2±5,9 ***	134	58,3±6,5 ***	203	88,5±4,2	99	43,0±6,9***
17 п=8	60	70,6±9,9***	47	55,3±10 ***	71	89,9±6,8	27	31,8±10,1***
Всего п=411	300	73,0±4,4 ***	250	60,8±4,8***	356	86,6±3,4	171	41,6±4,9***
18-19 п=85	57	67,1±10,2***	34	45,9±10,8***	78	91,8±6,0	37	43,5±10,8***
20-25 п=55	25	45,5±13,1***	24	43,6±13,4***	51	92,7±7,0	23	41,8±13,3 ***
Всего N=140	82	58,6±8,3***	58	41,4±8,3***	129	92,1±4,5	44	31,4±7,8 ***

Всего N=551	382	69,3±3,9***	308	55,9±4,2 ***	485	88,0±2,8	215	39,0±4,2 ***
----------------	-----	-------------	-----	--------------	-----	----------	-----	--------------

Примечание: \*\*\* различия при сравнении групп статистически достоверны

Причинами своего нездоровья юные женщины считали недостаточное материальное благосостояние семьи, халатное отношение к своему здоровью, неблагоприятный психологический микроклимат. Большинство родителей среди причин нарушения состояния здоровья у юных женщин от 12 до 17 лет отмечали интенсивные психические нагрузки, недостаточную двигательную активность, нерегулярное питание, неблагоприятный психологический микроклимат как в школе, так и в семье, отсутствие мотивации к здоровому образу жизни. А в возрасте до 18 лет – недостаточное внимание к здоровью, несвоевременное обращение за медицинской помощью, нерегулярное питание и несоблюдение режимных моментов. В то время как зрелые женщины причинами нарушения состояния здоровья считали нерегулярное питание, нарушение режимных моментов и недостаточное стремление быть здоровыми. Как оказалось, наиболее распространенными факторами риска, влияющими на женщин до беременности, является комплекс социально-психологических причин, в то время как медико-биологические факторы играют менее существенную роль.

Таким образом, несмотря на юный возраст женщины, им свойственна высокая частота соматической и гинекологической патологии, которая имеет тенденцию к формированию хронической патологии и к ее сочетанию. Все это отрицательно сказывается на здоровье самой женщины и ее потомстве, увеличивая риск формирования патологии как у плода, так и новорожденного.

## Литература

1. Выготский Л.С. Вопросы детской (возрастной) психологии //Собр. соч.:В6 т. Т.4. М.: Педагогика.-1983.- С. 243-403.
2. Гуркин Ю. А. Гинекология подростков// Руководство для врачей. – СПб., Фолиант.-2000. – 574 с.
3. Захаров А. И. Влияние эмоционального стресса матери на течение беременности и родов// Перинатальная психология в родовспоможении: Сб. материалов конференции. – СПб.-1997. – С. 54-56.
4. Загорельская Л. Г. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у девочек подросткового возраста в зависимости от состояния их здоровья: Автореф. дис.... канд. мед. наук. – Уфа, 2002. – 18 с.
5. Никонорова Н.М. Медико-социальные особенности формирования здоровья детей, рожденных от матерей подросткового возраста: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Уфа, 2002. – 23 с.

6. Никонорова Н.М., Чижова Ж.Г. Факторы риска, влияющие на состояние здоровья детей, рожденных от юных матерей//Современные проблемы поликлинической педиатрии. Москва-Смоленск.- 2004. – С. 105-109
7. Орел В.И. Здоровье детей, рожденных юными матерями, и пути его улучшения в условиях крупного города (социально-гигиеническое исследование по материалам Ленинграда): Автореф. дис... канд. мед. наук. – Л., 1987. – 18 с.

УДК 613.9-053.2

## **ВНЕБРАЧНАЯ СЕМЬЯ КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА.**

*М.А. Пунина, В.К. Шестакова, А.В.Авчинников,  
И.В. Гусева, М.С. Соколова, Н. И. Окко*

*Смоленская государственная медицинская академия*

Установлено, что демографическая ситуация в России характеризуется снижением рождаемости, повышением частоты разводов, высоким уровнем смертности, увеличением числа детей-инвалидов, а также значительной долей рождения внебрачных детей. Поэтому становится актуальной проблема изучения и оценки состояния здоровья детей, рожденных вне брака [8]. В частности, в России за последнее десятилетие количество детей, рожденных вне брака, увеличилось более чем в 2 раза. К настоящему времени почти каждый четвертый ребенок рождается в неполной семье (23,0%). Данные изменения в структуре рождаемости характерны для всех высокоразвитых стран. Увеличение числа внебрачных родов на фоне повсеместного снижения уровня рождаемости свидетельствует о значительных изменениях принципов формирования семьи в современном обществе.

Экономические условия и темп современной жизни заставляют женщину более критично относиться к принятию тех или иных важных жизненных решений, в частности к брачному союзу. Возможность «прорепетировать» семейную жизнь без связывания себя брачными узами (пробный брак) в большинстве случаев устраивает и мужчину, и женщину, а также почти не противоречит морально-этическим принципам современного общества. Социально-экономические, морально-психологические и медико-демографические особенности внебрачного материнства позволяют говорить о том, что это социальное явление сопряжено с целым рядом неблагоприятных последствий как социального, так и медицинского характера. Темпы роста внебрачной рождаемости заставляют обратить внимание на этот социальный процесс и на группу женщин, предпочитающих жить в гражданском браке [2, 3, 4, 5, 7].

Современная семья во многом отличается от семей предыдущих формаций. Характерной особенностью стало образование неполной нуклеарной семьи, которая состоит из одного родителя и его детей.

С точки зрения воспитательных возможностей в сегодняшних условиях наиболее уязвимыми являются неполные семьи, доля которых растет из года в год и, по данным РФ, составляет примерно 22,99 %.

По данным литературы, из-за распада семьи более 500 тысяч детей ежегодно лишаются одного из родителей, 300 тысяч детей (25,0%) рождаются вне брака, что приводит к образованию значительного числа неполных семей [4]. По материалам социальной защиты населения, в Смоленской области 20972 семьи считаются неполными семьями [5, 7].

Сложившаяся демографическая ситуация осложняется образованием не только неполных семей, но и в случае повторных браков – неродным родителем, сводными детьми. Эти семьи имеют свои особенности медико-демографического, социально-гигиенического характера и психологические проблемы.

По данным В.Ф. Капитонова (1983), в неполных семьях всех типов заключали брак (разведенные и вдовы повторно) 62,5% женщин, а предпочитали временное сожительство 37,5%. Решили завести совместных детей только 55,0% женщин, создавших семью с новым партнером. При этом женщины, заключавшие официальный брак, чаще решались завести совместных детей (69,1%), чем предпочитавшие временное сожительство (23,8%). Доля женщин, ранее не состоявших в официальном браке (матери одиночки) и родивших совместных детей, была значительно выше (65,1%), чем доля вступивших в повторный брак (создавшие новую семью), из них 43,% составляли разведенные женщины и 38,8% вдовы. Как подчеркивают ряд авторов, 69,2% матерей-одиночек вышли замуж, из них 43,0% – неоднократно; 30,8% предпочли временное сожительство, из них 36,7 – с частой сменой партнеров [4, 5, 7]. Заболеваемость детей в зависимости от того, была ли семья полная или нет до создания новой семьи, значительно различается. Общая заболеваемость детей (в новых семьях), перенесших развод или смерть родителя, в 1,9 раза выше, чем детей из полных семей первобрачных семей (3874,9‰), и в 1,4 раза выше, чем у детей из бывших семей матерей-одиночек (2794,52‰). В неполных семьях средняя заболеваемость составляет 3976,5‰ (у девочек 4073,17‰, у мальчиков 3869,37‰), в полных семьях – 3793,82‰ (у девочек и мальчиков соответственно 3751,65‰ и 3836,68‰).

Установлено, что дети очень болезненно переживают развод родителей, особенно, если у них была большая привязанность. Тяжелая психологическая травма, развившаяся в результате развода родителей, ведет к нарушению психики, поведения, неврологическим расстройствам.

Такую же реакцию вызывает у детей и смерть одного их родителей, при этом возникшие нарушения плохо поддаются коррекции [1, 2, 3, 4, 5, 6].

По преимуществу это семьи малодетные, неполные нуклеарные, то есть состоят из одного родителя и детей. Оставшийся в одиночестве родитель испытывает трудности, которые к тому же имеют долгосрочные последствия для развития личности ребенка. Прежде всего, это трудности материального характера. Расходы на питание, одежду, обувь в неполных и полных семьях примерно равны (1/2 от семейного бюджета), а суммы, потраченные на культурное развитие и досуг детей, в полных семьях достоверно больше.

Значительно чаще одиноким родителям приходится экономить на своих собственных нуждах. По данным института социологии РАН, в Москве только 10,0% одиноких матерей имеют хороший заработок, 19,0% женщин получают либо пособие, либо минимальную заработную плату. Размер алиментов у 2/3 женщин мизерный. Государственные пособия на детей даже частично не покрывают расходов на их содержание.

По расчетам социологов, государственные пособия составляют 13,0% совокупного дохода неполной семьи с ребенком до 16 лет и 10,0% – полной, то есть разница составляет всего 3,0%. В неполных семьях, чтобы обеспечить всем необходимым ребенка, родитель вынужден работать больше, чем в полных, тратить много времени в поисках дешевых продуктов и товаров. А это, в свою очередь, ведет к дефициту общения между родителем и ребенком, безнадзорности детей. По данным института социологии РАН, воспитывать детей в 53,0% неполных семей помогают родители матери, в 7,0% – мужчина, с которым женщина поддерживает близкие отношения, в 4,0% – подруги, в 3,0% соседи, в 3,0% – родители отца ребенка [2, 3]. Каждой пятой матери вообще никто не помогает. Серьезная проблема неполных семей – неучастие в воспитании детей. Доказано, что в 32,0% случаев ребенок никогда не встречается с отцом. Только 4,0% отцов от распавшегося брака активно помогают в воспитании ребенка. Большинство женщин имеют среднее (47,7% - матери одиночки, 53,4% – разведенные, 69,4% – вдовы) или высшее (22,4%, 37,9%, 22,4% соответственно) образование. Большинство матерей-одиночек имеют возраст до 30 лет [4]. Состояние здоровья матерей-одиночек достоверно хуже, чем женщин, состоящих в браке. Заболеваемость матерей-одиночек составляет 1697,44‰, разведенных женщин – 1582,53‰, вдов – 734,69‰ [4]. Возможно, это обусловлено условиями жизни, плохим материальным положением, нездоровыми отношениями с окружающими, употреблением алкоголя, табакокурения, несвоевременным обращением за медицинской помощью. В структуре заболеваемости по обращаемости первое место занимали болезни органов дыхания (36,0%), второе – болезни органов кровообращения (18,2%), третье — болезни органов пищеварения (11,9%), что негативно сказывается на здоровье ребенка.

Отмечено, что для нормального развития беременности и рождения здорового ребенка имеет психологическое состояния беременной. Будущая мать должна быть окружена заботой и вниманием. Результаты анализа морально-психологического климата в неполных семьях показали, что

ссорами взаимоотношения осложнялись более чем у половины замужних и незамужних женщин (57,5 и 58,7% соответственно). Среди причин разногласий на первом месте, как и ожидалось, стояли материальные и жилищные проблемы. Остальные причины распределились в равной степени в обеих группах, кроме причины «нежелание отца иметь ребёнка», которая в группе незамужних матерей указывается в четыре раза чаще, что в любой момент может стать поводом для распада гражданского брака (8,0 и 1,9% соответственно). Почти все отцы родившихся детей от замужних и женщин, не состоявших в юридическом браке, знали о факте беременности, но их отношение к будущему отцовству имели существенные отличия. Каждый отец, не состоящий в зарегистрированном браке с матерью ребенка, имел безразличное отношение к своему отцовству или был категорически против рождения ребенка (34,5 против 12,5%). Таким образом, вся ответственность за рождение ребёнка ложилась на плечи женщины. Не исключено, что в связи с этим более 6,0% женщин, не состоящих и браке, во время беременности имели суицидальные мысли как средство разом решить все проблемы. Следует подчеркнуть, что 86,0% незамужних женщин имели проблемы или на работе или дома, связанные с внебрачной беременностью. Установлено, что 43,0% незамужних женщин не имели каких-либо источников материальной помощи. Изучая мотивацию внебрачного рождения среди матерей, не состоящих в браке, получены следующие ответы: хочу иметь ребёнка от любимого человека – 37,2 %; вижу в ребёнке смысл жизни – 30,1%; оформим брак позднее – 11,5 %; считаю аборт вредным для здоровья -7,1%; по совету врача – 6,2%; слишком поздно диагностирована беременность -3,5%; после рождения ребёнка отец скорее решится оформить брак-3,5%; надеюсь улучшить жилищные условия – 0,9 % [5, 7]. Взаимоисключающие причины распределились полярно с явным проигрышем чисто меркантильных мотивов. Однако 3,5% незамужних беременных отметили отрицательное отношение к данной беременности, что превышает этот показатель у замужних женщин почти в 4 раза [5, 7, 8]. В будущем же официально оформить брак собираются 28,3% незамужних женщин, 40,7% не уверены в такой перспективе, 31,0% опрошенных даже не сомневаются, что брак с отцом ребенка зарегистрирован не будет. Решившись на внебрачную беременность, незамужние женщины в меньшей степени рассчитывают на материальную помощь со стороны отца ребёнка (27,4%). В большинстве случаев они рассчитывают на материальную помощь со стороны своих родителей (36,3%). Среди замужних женщин, ситуация прямо противоположная (43,3 и 21,2% соответственно). При анализе структуры экстрагенитальной заболеваемости выявлено, что к моменту беременности 72,4% незамужних женщин и 67,3% беременных, состоящих в браке, имели те или иные экстрагенитальные заболевания. Рассматривая экстрагенитальную заболеваемость по возрастным группам в зависимости от брачного состояния женщин, отмечено, что почти во всех возрастных группах у

женщин, не состоящих в браке, уровень экстрагенитальной заболеваемости несколько выше, чем у замужних. В группе женщин, не состоящих в браке, в 2 раза чаще встречаются сердечно-сосудистые заболевания. Более высокий уровень экстрагенитальной патологии и инфекционно-воспалительных заболеваний женской половой сферы среди незамужних женщин обуславливает повышенную частоту позднего гестоза (59,5% у замужних и 50,2% незамужних женщин), многоводия (2,8%), тазового предлежания плода (4,6 против 1,4 %), хронической гипоксии плода. Чаще среди беременных, не состоящих в браке, встречается рубец на матке (1,8 против 0,5%). Несмотря на увеличенный уровень экстрагенитальной и гинекологической заболеваемости и повышенный индекс осложнений беременности, частота госпитализации в стационар во время беременности женщин, не состоящих в браке, в 1,3 раза ниже, чем замужних (23,5 и 30,0% соответственно). Однако уровень дородовой госпитализации среди незамужних беременных по сравнению с беременными замужними женщинами более чем в 1,2 раза выше (43,8 и 35,5% соответственно). Как результат, почти каждая вторая (44,2%) незамужняя беременная переводится в родильный блок из отделения патологии беременных. Таким образом, частота индуцированных родов среди женщин, рожаящих вне брака, в 1,6 раза превышает у замужних женщин. Высокий уровень экстрагенитальной и гинекологической заболеваемости среди незамужних женщин обуславливает в 1,5 раза повышенную частоту преждевременных родов (5,5 и 3,7% соответственно), а при сроке беременности 37-38 недель – почти в 2,2 раза (12,9% и 6,0% соответственно). Высокий уровень перинатального риска среди женщин, рожаящих вне брака, обуславливает повышение частоты оперативного родоразрешения почти в 2 раза по сравнению с женщинами, состоящими в браке (25,4 и 14,8% соответственно), во столько же раз частота операции наложения акушерских щипцов превышает таковую в контрольной группе (3,1 и 1,6% соответственно). Роды через естественные родовые пути в группе беременных, не состоящих в браке, характеризуются повышенным в 1,3 раза уровнем материнского травматизма (53,7 и 43,2% соответственно) и в 1,2 раза уровнем осложнений послеродового и послеродового периодов. Частота такого грозного осложнения, как гипотоническое кровотечение, среди незамужних женщин в 6 раз выше, что обусловило повышение частоты патологической кровопотери в основной группе родильниц в 2,7 раза по сравнению с замужними женщинами (4,9 и 1,6% соответственно). Высокий уровень экстрагенитальной патологии, заболеваний женской половой сферы, отягощенное течение беременности и родов, высокий процент оперативного родоразрешения в группе женщин, рожаящих вне брака, обуславливает повышение частоты послеродовых инфекционных осложнений в 4,2 раза по сравнению с женщинами, которые состояли в браке (9,7 и 2,3% соответственно). Авторы подчеркивают, что в большинстве случаев гражданский брак является добровольной формой брачного союза, частота которого в популяции имеет неуклонную

тенденцию к увеличению. Однако социально-гигиеническая и клиническая характеристика женщин, не состоящих в браке, имеет существенные отличия, совокупность которых может повлиять на исход беременности и родов. Сочетание таких факторов, как высокий уровень экстрагенитальной и гинекологической заболеваемости среди женщин, не состоящих в браке, а также их низкая медицинская активность, создают определенные трудности в прогнозировании результата беременности и родов в этой группе женщин, тем самым, повышая риск нарушения здоровья как матери, так и ребенка [4, 5, 6, 7, 8].

Установлено, что каждый 3-й внебрачный ребенок рождается уже исходно больным, часто имеет сочетанную патологию, 37,6% из них наблюдаются по III группе здоровья [4]. Каждый 12-й внебрачный ребенок рождается недоношенным, каждый 16-й – с врожденными пороками развития, у 15,4% детей выявляются перинатальные поражения центральной нервной системы. Среди этого контингента большая доля часто болеющих, что является крайне неблагоприятным фактором с точки зрения прогноза здоровья. Обращает на себя внимание тот факт, что около 10,0% внебрачных детей посещают детские дошкольные учреждения с годовалого возраста.

Следует отметить, что доля детей с оценкой здоровья «хорошо» возрастает по мере улучшения качества жизни семьи. С падением жизненного уровня семьи появляются предпосылки для хронизации болезней ребенка. Отмечено, что среди семей с высоким уровнем жизни 14,0% детей имеют хронические заболевания, а в семьях с низким уровнем жизни они составляют 49,0%.

У детей из неполных семей в 3,1 раза чаще диагностируются поражения органов пищеварения, в 3,2 раза чаще выявляются психические расстройства, которые проявляются неврастенией, астеноневротическим синдромом, ситуационным неврозом, расстройствами речи. Среди детей школьного возраста общая заболеваемость в 1,7 выше, чем в полных семьях [2, 3].

Неоспоримо велико влияние семьи на воспитание, социализацию, формирование и укрепление, сохранение здоровья ребенка [1, 4]. Именно дети – это тонкий социальный барьер, четко реагирующий на различные экономические, политические, социальные, экологические неблагоприятия.

Поэтому очень важно акцентировать внимание на проблемах здоровья и образе жизни детей из семей, имеющих различные факторы риска.

## Литература

1. Антонов А. И. Социология семьи. — М., 1996.
2. Баранов А. А. Здоровье детей России. – М., 1999. – 273 с.

3. Баранов А. А., Л. А. Щеплягина. Здоровье детей на пороге XXI века: пути решения проблемы // Педиатрия. – 2001. – Т.8, №18. – С. 737-740.
4. Капитонов В.Ф., Оберг Л.Я. Здоровье детей группы повышенного риска // Советское здравоохранение. – 1983.- №4. – С. 37-39.
5. Катровский А.П. Эволюция брачного поведения и брачной структуры населения Смоленской области // Материалы конференции «Демографическое развитие Смоленской области; тенденции и перспективы». – 2004. – С. 37-42.
6. Пунина М.А., Чижова Ж.Г, Шестакова В.Н., Авчинников А.В. Здоровье и образ жизни девочек из неполных семей // Вестн. Смоленской мед. акад. – 2005. – №4. – С. 79-81.
7. Сынкин Ю.К. Демографическое развитие Смоленской области, тенденции и перспективы // Материалы конференции «Демографическое развитие Смоленской области; тенденции и перспективы». – 2004. – С. 14-23.
8. Титова Е.А. Медико-демографические аспекты внебрачной рождаемости: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1992. – 25 с.

УДК 613.1:616-053.2-003.96

## **РОЛЬ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ И КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В НАРУШЕНИИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ ШКОЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ**

*М.А. Пунина, Д.С. Лабузов, Н.Н. Рябкина,  
Г.А. Моисеенков, Е.А. Богомолова, В.К. Шестакова,  
А.А. Тарасов*

*Смоленская государственная медицинская академия*

В процессе роста и развития ребенок находится под воздействием комплекса факторов, которые как негативно, так и позитивно влияют на его здоровье. Поэтому способность быстро и эффективно устранить или компенсировать неблагоприятное воздействие факторов характеризует адаптационные возможности организма ребенка.

Первой в адаптационном процессе, по Селье, является фаза напряжения или тревоги, она содержит в себе призыв к мобилизации защитных сил организма в ответ на внешнее воздействие. В этот момент происходит усиление функциональных, энергетических ресурсов организма на фоне катаболической направленности обмена веществ.

Вторая фаза – фаза резистентности характеризуется достижением динамической устойчивости, в соотношении организма о развитии

компенсаторных возможностей восстановленных процессов и анаболическом сдвиге обмена на фоне парасимпатического преобладания вегетативной нервной системы. Именно в эту фазу лучше использовать различные методы и приемы для повышения резервных возможностей организма, что и было учтено в нашей работе.

Третья фаза – фаза истощения. Наличие ее не обязательно, и она проявляется только тогда, когда организм не в состоянии компенсировать нарушения, возникающие при длительном действии тех или иных причин. Эта стадия напоминает первоначальную фазу напряжения. Однако при ней усилена продукция минералокортикоидов, а не глюкокортикоидов.

Установлено, что успешное развитие реакции адаптации в значительной мере зависит от уровня функционирования сердечно-сосудистой системы, которая является универсальным индикатором адаптационных возможностей, всегда одна из первых вступающая в реакцию адаптации, что и прослеживается по изменению частоты сердечных сокращений и систолического артериального давления. Нами проведено изучение адаптационных возможностей по информативности, сопряженного сдвига в системе координат двух гемодинамических показателей (частоты сердечных сокращений и систолического артериального давления) в период школьного обучения.

Как известно, организм человека находится в постоянном динамическом равновесии с климатическими факторами окружающей среды и при любых нарушениях этого равновесия возможно обострение уже существующего ранее патологического процесса или возникновение нового заболевания. В условиях Смоленской области колебания температуры окружающей среды в октябре, феврале, мае и июне существенно отклоняются от среднего уровня, и к тому же в октябре месяце температурные колебания в течение суток носят относительно равномерный характер, а в феврале и мае отличаются большими перепадами, что, несомненно, требует от организма более выраженного напряжения защитных сил. Кроме того, известно, что территория г. Смоленска подвержена довольно интенсивному техническому загрязнению, которое распространяется на все виды природных депонирующих сред; загрязнение составляет 1/3 всей городской территории, что также способствует снижению адаптационных возможностей организма ребенка. Установлено, что к началу обучения в школе изменяются условия существования ребенка. Он подвергается воздействию новых факторов внешней среды. При этом происходит мобилизация ресурсов организма для перестройки его деятельности в условиях изменившейся обстановки. Далее, не всегда даже у детей с отсутствием заболеваний адаптация происходит безболезненно. С одной стороны, это может быть показателем недостаточного функционального резерва у отдельных лиц, а с другой – свидетельствовать о чрезмерной силе воздействия нового фактора и его несоответствия адаптационным возможностям.

Поэтому нами проводилось динамическое наблюдение за 4250 детьми в процессе школьного обучения, из них 6,6% детей считались здоровыми, остальные имели сочетанную функциональную патологию, 33,0% ребенок состоял на учете по поводу хронических заболеваний. Исследования показали, что сопротивляемость и адаптационные возможности детского организма из года в год снижаются. Особенно четко прослеживалась такая закономерность у 1200 (28,2%) детей, которые имели те или иные отклонения в состоянии здоровья и проживали в относительно экологически неблагоприятных районах. У этого контингента детей с первых дней жизни в 3 раза чаще выявлялись сочетанные поражения, в 2,5 раз чаще врожденные аномалии развития и в 1,5 раза чаще формировались хронические заболевания. По мере взросления ребенка прогрессивно ухудшалось состояние здоровья. В дошкольном периоде эти дети в 6 раз чаще болели острыми респираторно-вирусными заболеваниями, и каждый третий из них состоял на диспансерном учете по нескольким соматическим заболеваниям, чего не наблюдалось у детей из зон экологического благополучия. В структуре заболеваний этого возрастного периода первое место занимали болезни органов дыхания, иммунной системы и органов чувств. На втором месте по частоте встречаемости выявлялись поражения центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата, органов кроветворения и пищеварения. На третьем месте располагались поражения сердечно-сосудистой системы и эндокринные расстройства. В школьные годы у детей из относительно неблагоприятных районов проживания резко возрастала патология сердечно-сосудистой (с 13,0 до 48,0%), нервной (с 15,4 до 36,0%) и эндокринной (с 8,9 до 16,8%) систем. Происходил рост заболеваний мочеполовой системы (с 10,8 до 22,0%), ЛОР органов (с 9,3 до 37,7%), пищеварения (с 19,0 до 42,0%), зрения (с 9,0 до 47,8%). За период школьного обучения потеря здоровья у детей из относительно экологически неблагоприятных зон проживания составила более 40,0%.

У детей из экологически благополучных районов проживания потеря здоровья не превышала 21,7%. Лидирующими патологиями у данного контингента детей являлись нарушения органов чувств (22,6%), сердечно-сосудистые заболевания (32,7%), поражения опорно-двигательного аппарата и костно-мышечной системы (28,9%).

Следовательно, дети из относительно экологически неблагоприятных зон проживания являются группой высокого риска с раннего возраста и должны наблюдаться по индивидуальной схеме.

В ходе исследования адаптационных возможностей учащихся в течение всего учебного процесса установлено, что у 34,3% школьников, считавшихся практически здоровыми, на начало учебного года наблюдалось снижение оптимального уровня адаптации в 1,5 раза по сравнению с исходными данными предыдущего года. К началу зимнего сезона снижение оптимального уровня адаптации отмечалось в 2 раза с компенсацией показателей в летний период, что свидетельствовало о

неустойчивости компенсаторных возможностей в ответ на колебания температурного фактора и школьную нагрузку. Это позволило выделить их в группу риска по срыву адаптации. Они чаще болели вирусными заболеваниями, сопровождающиеся длительным астеновегетативным синдромом. У них падала умственная и физическая работоспособность, возникали выраженные нарушения в психо-эмоциональном статусе, проявляясь повышенной тревожностью, раздражительностью, эмоциональной лабильностью. Только у 10,7% практически здоровых школьников к концу учебного года адаптационные возможности были адекватны воздействиям факторов внешней среды. У них оптимальный уровень адаптации регистрировался в 36,7%, стадия напряжения – в 43,7%, стадия резистентности – в 20,0% случаев, и ни у одного школьника не наблюдалось фазы истощения. У этих детей в зимнее время года отмечалось незначительное увеличение стадии напряжения и резистентности, они хорошо справлялись со школьной программой и физической нагрузкой. У 55,0% учащихся с функциональными нарушениями оптимальный уровень адаптации встречался в 15,6%, напряжения – в 39,3%, стадия резистентности – в 33,0%, стадия истощения – в 12,1 % случаев. У этого контингента детей в октябре, феврале и мае отмечалось снижение оптимального уровня адаптации в 1,2 раза по сравнению с другими месяцами осеннего и зимнего периодов с компенсацией показателей в летний период. У 37,8% детей с сочетанными функциональными нарушениями снижение оптимального уровня адаптации в 2,4 раза наблюдалось на всем протяжении осенне-зимнего периода и в 1,4 раза в весеннее время года с полной компенсацией в каникулярное время и летний период. Все это свидетельствовало о неустойчивых компенсаторно-приспособительных возможностях организма ребенка в процессе школьного обучения и требовало индивидуального подхода к профилактическим мероприятиям с учетом состояния ребенка, сезона года и учебной нагрузки. У школьника с хронической патологией наблюдалось снижение оптимального уровня адаптации и стадии напряжения в 4 раза и увеличение стадии резистентности в 6 раз независимо от сезона года, школьной и физической нагрузки, что свидетельствует о снижении реактивности организма и преобладании парасимпатического вегетативного звена. Следует отметить, что на фоне комплексного лечения происходило увеличение оптимального уровня адаптации и снижение уровня резистентности и истощения не только у больных с хронической патологией, но и у школьников группы риска по срыву адаптации.

Таким образом, действие экологических, температурных факторов проявляется различными ответными реакциями адаптации у школьников независимо от их состояния здоровья, что важно учитывать при наблюдении за детьми в процессе роста и развития. Колебания температуры окружающей среды с тенденцией к снижению предъявляют повышенные требования к нервно-рефлекторному аппарату ребенка и

способствуют снижению его компенсаторных механизмов. Дети, проживающие в экологически неблагоприятных зонах, имеют низкие адаптационные возможности и при несвоевременной коррекции формируют хроническую патологию в более раннем возрасте. Несмотря на плохие экологические условия, здоровые дети быстрее адаптируются к условиям внешней среды и у них компенсаторные возможности выше, чем у детей с нарушенным состоянием здоровья.

### Литература

1. Аршавский И.А. Особенности стресса и адаптации в разные возрастные периоды //Нервные и эндокринные механизмы стресса. – Кишинев: Штиинца, 1980. – С. 3-5.
2. Виноградов А.Ф. Основы формирования здоровья детей/ А.Ф. Виноградов. – Тверь: РИЦ ТГМА, 2004. – 122 с.
3. Дичев Т.Г., Тарасов К.Е. Проблема адаптации и здоровье человека (методологические и социальные аспекты): М. – Медицина. – 1976. – 184 с.
4. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. – Новосибирск: Наука, 1980. – 192 с.
5. Кон И.С. Ребенок и общество: Историко-географическая перспектива. – М., 1988. – 347 с.
6. Концептуальные взгляды на здоровье ребенка /Под ред. профессора В.Н. Шестаковой. – Смоленск, 2003. – 590 с.
7. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. – М.: Медицина, 1960. – 254 с.
8. Способ оценки адаптационных возможностей детского организма / А. В. Аболенская [и др.] // Педиатрия. – 1989. – №5. – С.50-53

УДК 616-003.96-053.2-613.1

### **РОЛЬ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ И ШКОЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В НАРУШЕНИИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С «РАННЕЙ ШКОЛЬНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИЕЙ»**

*Г.П. Лукина, Г.А. Моисеенков, Е.А. Богомолова,  
Н.Н. Рябкина, И.В. Гусева, В.Н. Шестакова,  
О.В. Горчакова*

*Смоленский областной институт  
усовершенствования учителей  
Смоленская государственная медицинская академия*

Определена роль экологических и школьных факторов в нарушении адаптационных возможностей у детей младшего школьного возраста, с целью выявления групп риска по срыву адаптации и проведения своевременной коррекции

Известно, что к началу обучения в школе изменяются условия существования ребенка. Он подвергается воздействию новых факторов внешней среды. Поэтому происходит мобилизация ресурсов организма для перестройки его деятельности к условиям изменившейся обстановки. Учебный процесс вызывает вначале неспецифическую адаптационную реакцию в организме, после чего возникает специфическая реакция адаптации и защиты, а при нарушении гармоничности в функционировании подсистем организма угнетаются защитные реакции и возникают условия для проявления патологического процесса. С одной стороны, это может быть показателем недостаточности функционального резерва, а с другой – свидетельствует о чрезмерной силе воздействия нового фактора или комплекса факторов и его несоответствии адаптационным возможностям. Поэтому велось динамическое наблюдение за 520 детьми в процессе школьного обучения, за 280 детьми младшего школьного возраста, имевшими раннюю школьную специализацию, и за 240 детьми, которые не имели специализации. Половина тех и других детей проживали в относительно неблагоприятных экологических условиях.

Оказалось, что дети с ранней школьной специализацией, проживающие в относительно экологически неблагоприятном районе, в 2,6 раза чаще имели нарушения состояния здоровья, чем дети без школьной специализации. У них в 3,5 раза чаще выявлялись хронические заболевания, чем у детей, проживающих в относительно экологически благополучных районах. Они в 4,2 раза чаще предъявляли жалобы на головную боль, слабость, недомогание, неприятные ощущения в области сердца, ухудшение аппетита, которые носили постоянный характер у 43,0% учащихся. Колебания настроения наблюдались у 40,0% школьников, раздражительность – у 26,0%, наличие страхов – у 16,8%, что достоверно чаще, чем у детей группы сравнения (13,7%; 9,8%, 7,3%) и контроля (9,2%; 5,3%, 4,4%). Отклонения в моторике, а также трудности в социальных контактах у детей основной группы наблюдения превышали 20,0%. В психомоторном развитии выявлялись отклонения в виде двигательной расторможенности, патологических привычек, навязчивых движений (26,6%), чего не зарегистрировано у детей из благополучных зон проживания.

Следует отметить, что у 2/3 школьников без школьной специализации и из экологически благополучных зон проживания адаптация протекала благоприятно, а у 1/3 учащихся с замедленным темпом адаптации эти изменения сохранялись к концу учебного года. У 2/3 детей из благополучных зон проживания с ранней школьной специализацией адаптационные возможности снижались. У них стадия

напряжения снижалась до 30,5%, стадия резистентности возрастала до 56,7% при физиологической норме 40,0% и 30,0% соответственно. У 15,0% учащихся падала физическая и умственная работоспособность.

В группе детей из экологически неблагоприятных зон проживания, имевших раннюю школьную специализацию, оптимальный уровень адаптации выявлялся у 5,6% учащихся, напряжения – у 10,3%, стадия резистентности – у 66,9%, стадия истощения – у 17,4% учащихся, что свидетельствовало о низких адаптационных возможностях данного контингента детей. Следует отметить, что школьники из экологически неблагоприятных зон проживания и не имевшие ранней школьной специализации адаптируются к учебному процессу лучше, у них реже выявляются нарушения умственной и физической работоспособности, затруднения процессов сосредоточения, эмоциональной нестабильности, беспричинной тревожности. Оптимальный уровень адаптации наблюдается у 10,6%; стадия напряжения – у 23,9%, стадия резистентности – у 52,2%, стадия истощения у – 13,3%.

Таким образом, большие школьные нагрузки приводят чаще к срыву механизмов адаптации, что необходимо учитывать при подготовке и отборе детей в специализированные группы еще задолго до поступления в школу. Благоприятное течение адаптации характеризуется хорошей успеваемостью, отсутствием или малой выраженностью невротических реакций, временными изменениями вегетативного тонуса и физиологических показателей. Замедленное течение адаптации сопровождается хорошей или посредственной успеваемостью, невротическими реакциями, продолжительными изменениями эмоционального тонуса. При неблагоприятном течении адаптационного синдрома чаще регистрируются упорные невротические реакции, стойкие нарушения эмоционально-волевой сферы. Дети из неблагоприятных экологических зон проживания с раннего возраста должны браться на учет как группа риска по срыву адаптации, особенно, если ребенок определяется с дошкольного возраста в специализированные группы.

## Литература

1. Дичев Т.Г., Тарасов К.Е. Проблема адаптации и здоровье человека (методологические и социальные аспекты).- М., Медицина. – 1976. – с.184.
2. Жданова Л.А. Адаптация первоклассников к началу систематического обучения в школе // Педиатрия. – 1984. – №1. – С. 47-49.
3. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. – Новосибирск: Наука, 1980. – 192 с.
4. Концептуальные взгляды на здоровье ребенка / Под ред. проф. В.Н. Шестаковой. – Смоленск, 2003. – 590 с.

5. Маклаков А. Г. «Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях» // Психологический журнал. – 2001. – Т.22, №1. – С. 16-24
6. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. – М.: Медицина, 1960. – 254 с.
7. Способ оценки адаптационных возможностей детского организма / А. В. Аболенская [и др.] // Педиатрия. – 1989. – №5. – С.50-53

УДК 616.89-072.4-053.2:614.211

**ДИССОМНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У  
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ СОЦИАЛЬНЫХ СИРОТ В  
ПЕРИОД СТАНОВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
АДАПТАЦИИ К ПРЕБЫВАНИЮ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ  
ЦЕНТРЕ**

*Т.В. Уласень, О.В. Зезюлинская, Т.В. Овинова*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской  
психологии  
МЗ СОГУ Смоленский социальный центр для  
несовершеннолетних*

Изъятие ребенка из семьи в связи со сложными психосоциальными условиями и помещение его в детское учреждение интернатского типа согласно МКБ-10 (Z-62,2) рассматривается как стрессовое событие, которое может повлечь за собой как острую стрессовую реакцию на уже подготовленной для этого почве дисгармоничных отношений в микросоциальном окружении, так и расстройство адаптации.

Нами изучена структура диссомнических нарушений у несовершеннолетних социальных сирот (40 человек) с периода поступления их в реабилитационный центр и последующего пребывания в нем в течение 3-х месяцев, а также у 26 социальных сирот из интернатов.

В первом периоде адаптации у 16 детей из реабилитационного центра (44%) прослеживалась тенденция к выраженным пресомническим нарушениям, проявляющимся проблемами засыпания. В 25 % наблюдаемых случаев выявлены инсомнические нарушения в виде поверхностного беспокойного сна, ночных страхов, сопровождающихся частыми пробуждениями, сноговорением. У двух детей отмечена инверсия ритма «сон-бодрствование». По истечении периода адаптации у 8 детей из реабилитационного центра (20%) сохранялись пре- и инсомнические

нарушения, наметилась тенденция к постсомническим нарушениям (в 15% случаев), характеризующимися ранними пробуждениями, отсутствием чувства отдыха после сна. Та же структура диссомнических нарушений прослеживается у 26 социальных сирот, проживающих в интернатах. Встречаемые нарушения чаще отмечаются у мальчиков.

Таким образом, выявленная структура диссомнических нарушений у несовершеннолетних социальных сирот в период пребывания в реабилитационном центре на первом этапе адаптации обусловлена феноменом депривации первичного микросоциального окружения ребенка, а в последующем – свидетельствует о наличии аффективной патологии, требующей корректно подобранных в каждом конкретном случае реабилитационных мероприятий.

### Литература

1. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. – М. «МЕДпресс-информ», 2002. – С. 438-444.
2. О положении детей в России: Государственный доклад. – 2000.; 2002.
3. Реан А.А., Дандарова Ж.К., Прокофьева В.А. Социальное сиротство в современной России: Аналитический доклад. – М. – 2002.
4. Чумакова Е.В. Психологическая защита личности в системе детско-родительского взаимодействия: / Дис. канд. психол. наук. СПб: СПб ГУ, 1999.

УДК 616.24-002-053.31

### **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

*А.Г.Ибатулин, Ю.О.Абраменкова, Е.Н.Иванова,  
Л.А.Сенченкова*

*Смоленская государственная медицинская академия  
МЛПУ Детская клиническая больница г. Смоленска.*

В последние годы отмечается значительный рост числа новорожденных детей, страдающих пневмониями. По данным отделения патологии новорожденных (ОПН МЛПУ ДКБ), число заболевших в 2003 году составляло 28 детей, в том числе 16 детей с внутриутробной и 12 – с неонатальной пневмониями. В течение 2006 года в отделении пролечено

70 новорожденных детей, из них 40 детей с внутриутробной и 30 детей с неонатальной пневмонией, т.е. рост количества заболевших детей за 3 года составил 250%. Кроме того, в структуре общей заболеваемости среди всех нозологических форм заболевания бронхолегочной системы занимают одно из первых мест. При анализе новорожденных детей по степени зрелости выявляется значительный рост заболевших доношенных детей и в меньшей степени – недоношенных.

По данным Г.М. Дементьева (2004), пневмония у новорожденных встречается чаще, чем у детей в каком-либо другом возрасте. В структуре заболеваний по отделениям патологии новорожденных пневмония составляет от 3,9 до 41%, а в отделениях реанимации и интенсивной терапии 11-12% у новорожденных детей. Велик удельный вес заболевания в структуре причин неонатальной и, соответственно, младенческой смертности.

*Целью нашего исследования* было выявить особенности клиники пневмонии у новорожденных доношенных и недоношенных детей.

Нами было обследовано 52 новорожденных, находившихся на лечении в ОПН (42 доношенных), и 10 недоношенных детей в отделении выхаживания и лечения недоношенных детей (ОВЛНД). Из числа наблюдаемых были исключены новорожденные дети с другими гнойно-септическими заболеваниями (сепсис, внутриутробные инфекции).

При сборе анамнеза было установлено, что большинство детей (29) родились от повторной беременности (3-6 беременности), от 1-й -12 детей, 2-й – 9 детей и 1 ребенок от 7-й беременности. Во время настоящей беременности 11% женщин в женской консультации не наблюдались. Возраст матерей составил от 19 до 40 лет ( $M \pm m = 26,51 \pm 8,32$ ). Практически у всех матерей имел место отягощенный акушерский и соматический анамнез, в том числе – анемия у 84% женщин, угроза прерывания беременности – у 24 (46,4%), токсикоз обеих половин беременности у 12 женщин (23,2%). У женщин имелись очаги инфекционных заболеваний – ОРВИ в конце беременности у 8 женщин, воспалительные заболевания гениталий диагностированы у 12 женщин (кольпит, эрозия шейки матки, аднексит), обострение хронического пиелонефрита у 2 женщин. Регистрировались как редко встречающиеся и единичные случаи заболеваний – сифилис у 2 женщин, по одному случаю псориаза и гиперплазии щитовидной железы. Вредные привычки (курение) выявлены у 5 женщин (10%).

Имел место и отягощенный интранатальный анамнез – зеленые околоплодные воды у 3 женщин, у 2 – воды с гнилостным запахом, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у 3 женщин. Из 52 детей 12 родились путем операции кесарева сечения (23,2%). Оценки по шкале Апгар как у доношенных, так и у недоношенных детей были примерно одинаковыми – от 5 до 10 баллов ( $M \pm m = 6,3 \pm 2,4$ ). В то же время у подавляющего числа новорожденных детей (42), в том числе и с внутриутробной пневмонией, оценки по шкале Апгар были

удовлетворительными (8 баллов). Масса родившихся доношенных детей составила в среднем 3393 граммов (от 2400 до 4560 граммов), у недоношенных детей от 1500 до 2300 граммов ( $M \pm m = 1875,5 \pm 232,4$ ). Гестационный возраст 10 недоношенных детей был от 28 до 35 недель ( $M \pm m = 31,9 \pm 2,3$ ).

По срокам диагностирования внутриутробная пневмония зарегистрирована у 18 детей из 42, и ранняя неонатальная – у 23, и только у 1 ребенка – как поздняя неонатальная. У недоношенных детей в 7 случаях – как внутриутробная и в 3-х – как неонатальная пневмония.

Симптомы заболевания проявлялись в подавляющем большинстве случаев в виде дыхательных расстройств легкой и средней степени тяжести и наличия признаков токсикоза.

Диагностика пневмонии была традиционной: сбор анамнеза, клинические данные и дополнительные методы, в том числе рентгенодиагностика. Следует отметить, что практически ни у одного из наблюдаемых нами детей как доношенных, так и недоношенных не была установлена этиология пневмонии.

При анализе историй болезней доношенных детей нами отмечено, что наряду с основным заболеванием практически у каждого ребенка выявлялась другая, «фоновая» патология, которая в той или иной степени влияла на течение пневмонии. По частоте встречаемости первое место среди «фоновой» патологии занимают гипоксически-ишемические поражения ЦНС, в виде церебральной ишемии II степени, таких детей было 15, что составило 35% от числа наблюдаемых доношенных детей. У 12 детей (28%) был выявлен врожденный порок развития сердца (ДМЖП, ДМПП, ОАП) без нарушения кровообращения. Другим «фоновым» состоянием у 8 детей (19%) диагностирована задержка внутриутробного развития (ЗВУР), преимущественно асимметричный тип, гипотрофический вариант. Малые анатомические anomalies развития сердца (МААС) установлены у 8 детей. У 4 детей (9,5%) пневмония реализовалась на фоне натальной травмы шейного отдела позвоночника. В динамике заболевания у 4 доношенных детей выявили осложнения в виде пневмоторакса (1), ДВС-синдрома (1), острой надпочечниковой недостаточности (1), бронхолегочной дисплазии (БЛД) – так же у 1 ребенка. Все эти дети лечились кроме соматического стационара и в отделении реанимации

У недоношенных детей с «фоновой» патологией отмечены: гипоксически-ишемические поражения ЦНС у 6 детей (60%), гипоксические кровоизлияния в ЦНС – у 3 (30%), врожденный порок развития сердца у 1 ребенка. В 1 случае из 10 отмечено такое осложнение, как БЛД.

Длительность заболевания у доношенных детей в среднем составила при врожденной пневмонии 28 дней, при неонатальной – 23,5 дня. Более длительно находились на лечение новорожденные дети, которые были переведены в ОПН из реанимационного отделения ДОКБ.

Недоношенные дети получали лечение по поводу пневмонии от 14 до 28 дней, однако четко определить выздоровление от пневмонии удавалось не всегда из-за недоношенности и наличия «фоновой» патологии.

*Таким образом,* наблюдается значительный рост числа пневмоний у новорожденных детей как доношенных, так и недоношенных. Увеличивается количество внутриутробных пневмоний, что свидетельствует о неудовлетворительной санации очагов инфекций у беременных женщин в условиях женских консультаций. Практически у всех новорожденных детей пневмония развивается при наличии «фоновой» патологии – поражениях ЦНС различного генеза, врожденных пороках развития сердца, МААС, ЗВУР.

Отсутствие бактериологических подтверждений этиологии пневмонии, несомненно, влияет на длительность пребывания ребенка в стационаре, соответственно и на стоимость лечения.

### **Литература**

1. Дементьева Г.М. Болезни бронхолегочной системы. 2004. – 49 с.
2. Шабалов Н.П. Неонатология Ч.1 и 2. – М.: «МЕДпресс-информ», 2006.

УДК 616.89-072.8-053

## **О НЕКОТОРЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ СОЦИАЛЬНЫХ СИРОТ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

***Т.В. Уласень***

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской  
психологии  
МЗ СОГУ Смоленский социальный центр для  
несовершеннолетних*

Многочисленные исследования в области детской и подростковой психиатрии и психологии убедительно свидетельствуют о влиянии детства на последующую жизнь человека. Особое значение имеют психологические травмы детского возраста, число которых постоянно возрастает в связи со сложной социально-экономической обстановкой в стране. В связи с этим важный научный интерес представляет влияние

ранней родительской депривации на особенности формирования психологических черт подростков, воспитывающихся в интернатах.

Нами проведено психодиагностическое обследование 36 подростков (19 девушек и 17 юношей) 12-15 лет, воспитывающихся в Сафоновской агрошколе-интернате с раннего детского школьного возраста. В работе использован опросник Басса-Дарки.

Полученные нами результаты свидетельствуют о высоком уровне индекса враждебности, психологическими составляющими которого являются обида и подозрительность. В норме его величина составляет  $6,5 \pm 3$ . По нашим данным, индекс враждебности у обследуемых подростков-сирот соответствует 12.

Психологическими составляющими агрессивной мотивации, как известно, являются физическая агрессия, склонность к раздражению и вербальная агрессия. В целом у обследуемой нами группы ее усредненное значение (18,4) укладывается в нормативные данные, которые составляют  $21 \pm 3$ . Однако у большинства подростков показатели агрессивной мотивации либо не достигали нижней границы нормы, что в свою очередь указывает на случаи возможной подавленной агрессивности, либо превышали верхние границы, что свидетельствует о явных агрессивных тенденциях.

Кроме того, обращает на себя внимание высокий уровень выявленного чувства вины. По нашим данным, он составил 9 (допустимый показатель – 8). Выявленное повышенное невротическое чувство вины может быть объяснено классической психоаналитической теорией конфликта между Супер-Эго и инфантильными сексуальными и агрессивными желаниями. Патогенез чувства вины в нашем случае достаточно вариабелен. Одним из мотивов его возникновения является прямое влияние и степень выраженности агрессивных чувств, которые обследуемый направляет на себя самого в моральном осуждении за негативное отношение к значимому для него лицу.

Таким образом, ранняя родительская депривация приводит к формированию выраженного чувства вины и повышению индекса враждебности у подростков-сирот, что является одним из бессознательных мотивов, определяющих эмоциональное состояние и поведение у обследуемого контингента. В клиническом плане в этих случаях мы имеем дело с девиациями поведения или с формированием депрессивного типа личности, что требует правильной выработки психолого-психотерапевтических мероприятий.

## Литература

1. Медико-психолого-социальная реабилитация несовершеннолетних в детских учреждениях системы социальной защиты населения. Серил: «Социальная политика: семья, материнство и детство. Проблемы, поиск решений, опыт работы». Выпуск 4.- Смоленск, 2005. – С. 5-14.

2. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2006. – 352 с.
3. Психологические тесты / Под ред. А.А. Карелина. – В 2-х томах. – М.: Гуманит. Изд. центр ВЛАДОС, 2003. – С. 65-72

УДК 618.3-056.3:616-053.1-097

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИММУННОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АЛЛЕРГОАНАМНЕЗОМ КАК ФАКТОРЫ РИСКА ВНУТРИУТРОБНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПЛОДА.**

*Е.Е. Середина, А.А. Яйленко*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра педиатрии ФПК и ППС*

Большая распространенность аллергических болезней во всем мире диктует необходимость выявления различных факторов риска развития сенсibilизации у детей и ее предупреждения, начиная с перинатального периода. Организм матери и плода представляет собой единую целостную систему, и все изменения в организме женщины могут приводить к дисбалансу иммунологических показателей у новорожденного ребенка. Поэтому исследования должны идти по пути изучения роли заболеваний матери, осложнений беременности и факторов окружающей среды в формировании иммунопатологических реакций у детей.

Основную группу составили 22 беременных женщин с отягощенным аллергоанамнезом, контрольную группу – 19 беременных не имеющих аллергической патологии.

Беременные женщины в контрольной и основной группах соответствовали по возрасту ( $28,7 \pm 3,14$  года и  $27,5 \pm 4,2$  года соответственно), по сроку беременности ( $39,88 \pm 0,18$  нед и  $39,6 \pm 2,72$  нед), по числу беременностей в анамнезе (в контроле –  $2,02 \pm 1,11$  в основной группе –  $2,54 \pm 1,32$ ).

В ходе анализа течения беременности отмечено, что в большинстве случаев имело место многофакторное (более 3-х факторов) патологическое воздействие на плод как в основной, так и в контрольной группах.

У 29% беременных женщин из основной группы и у 22% беременных контрольной группы выявлены профессиональные вредности (медикаменты, пыль органического происхождения, работа на

компьютере). Кроме того, имело место воздействие таких биологических факторов, как переутомление, стресс и др.

Среди соматической патологии в группе женщин с отягощенным аллергоанамнезом преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта (40,4%) и сердечно-сосудистой системы (31,8%). В контрольной группе эти заболевания составили 15,7 и 26,3% соответственно. Острые инфекционные заболевания во время беременности перенесли 36,3% женщин из основной группы и 21,0% женщин – из контрольной. Заболевания мочеполовой системы чаще выявлены у беременных женщин, не имеющих аллергической патологии – 26,3%. В основной группе эти заболевания составили 9,1%.

Отягощенный гинекологический анамнез отмечен у 50% беременных женщин с аллергией и у 42,1% женщин из контрольной группы.

Патологическое течение беременности выявлено у большинства беременных женщин из основной и контрольной групп. Обращал внимание высокий процент угрозы выкидыша (59,0%) в основной группе. Анемии беременных встречались практически с одинаковой частотой (54,5 и 52,6% соответственно). Гестозы средней и тяжелой степени в первой половине беременности отмечены только у женщин с отягощенным аллергоанамнезом (в 15,3%).

Патология в родах встречалась примерно с одинаковой частотой в обеих группах. Однако в основной группе чаще отмечались обвитие пуповины вокруг шеи плода (22,7%), маловодие (13,6%), родоразрешение путем операции кесарево сечение (18,1%).

Сравнительный анализ показателей иммунного статуса, проведенный у женщин в 3-м триместре беременности, выявил у беременных женщин с отягощенным аллергоанамнезом тенденцию к повышению содержания лейкоцитов ( $7,35 \pm 0,46 \cdot 10^9/\text{л}$ ) и относительного содержания лимфоцитов ( $21,75 \pm 4,95\%$ ) в периферической крови.

При исследовании показателей гуморального иммунитета выявлено повышение уровня IgE в 3,4 раза у беременных с отягощенным аллергоанамнезом ( $p < 0,05$ ). У беременных женщин контрольной группы отмечена тенденция к повышению уровня IgG в сыворотке крови ( $6,83 \pm 0,80$  мг/мл при норме 5,4-16,1 мг/мл). В основной группе уровень IgG находился на нижней границе нормы ( $5,18 \pm 0,75$  мг/мл). Соотношение показателей IgE/IgG в основной группе составило 20,9, в контрольной – 8,1. Показатели IgA в обеих группах достоверно не отличались ( $1,15 \pm 0,27$  мг/мл в основной группе и  $0,85 \pm 0,17$  мг/мл в контрольной) и не превышали допустимую норму – 0,8-2,8 мг/мл. Уровни сывороточных IgM в обеих группах были повышены ( $7,54 \pm 1,87$  мг/мл и  $3,87 \pm 1,12$  мг/мл при норме 0,5-2,0 мг/мл), что связано, по-видимому, с перенесенными во время беременности острыми инфекционными заболеваниями.

Таким образом, беременность и роды у женщин из основной и контрольной групп протекали с различными видами акушерско-

гинекологической патологии, на фоне неблагоприятного воздействия факторов окружающей среды. У женщин с отягощенным аллергоанамнезом выявлены достоверно высокие уровни IgE и соотношения IgE/IgG, что свидетельствует о риске внутриутробной сенсебилизации плода. С учетом анамнеза и вышеуказанных показателей гуморального иммунитета беременных с аллергической патологией можно более обоснованно формировать группу риска по развитию аллергии у их детей и давать профилактические рекомендации.

# СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 616.314-053.2:616.428-002.5(470.26)

## СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

*Н.Я. Молоканов, Т.Е. Лукьянец*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра стоматологии ФПК и ППС  
Клиника «Центродент» г. Калининграда*

Россия занимает 10-е место в мировом списке стран с наихудшей ситуацией по туберкулёзу. На учёте в противотуберкулёзных учреждениях состоят более 300 тысяч больных активным туберкулёзом, ежегодно умирают от него более 30 тысяч, а всего в специализированной помощи нуждаются не менее 3 млн. человек.

Столь бурное распространение туберкулёза в последние два десятилетия связывают, в первую очередь, с социальными и экономическими факторами: ухудшением жилищных условий и питания населения, психическим стрессом, войнами, значительной миграцией вынужденных переселенцев. С распадом СССР была также нарушена отлаженная система профилактических и лечебных принципов борьбы с туберкулёзом [1, 3, 5].

К сожалению, болеют туберкулёзом и дети, которые, в большинстве случаев, инфицируются от взрослых, страдающих активным туберкулёзом лёгких. В частности, по данным оргметодкабинета Калининградского областного противотуберкулёзного диспансера, в 2005 году был впервые диагностирован туберкулёз у 45 детей. По сводным данным, заболеваемость детей туберкулёзом в 2005 году составила 79,7 на 10 тысяч (4).

Хроническая туберкулёзная интоксикация, приём внутрь значительного числа лекарственных препаратов, а также другие сопутствующие патологические процессы способствуют нарушению обменных процессов в организме ребёнка, что может негативно повлиять на состояние зубов.

В связи с приоритетным направлением по укреплению здоровья населения России целью настоящего исследования явилось изучение состояния зубов у детей, больных туберкулёзом грудных лимфатических узлов, для последующей разработки рациональных методов профилактики и лечения наиболее часто выявляемых заболеваний.

Для реализации намеченной цели обследован 161 ребёнок в возрасте от 4 до 17 лет. Из них у 98 детей диагностирован туберкулёз грудных лимфатических узлов (1-я группа). Группу сравнения (2-я группа) составили 63 ребёнка, родители которых обратились за стоматологической помощью в клинику «Центродент». В анамнезе данных детей не установлены тяжёлые перенесённые и сопутствующие заболевания.

Стоматологическое обследование детей проводили с учётом рекомендаций ВОЗ, с использованием основных и специальных методов исследования.

Для выявления визуально неопределяемых изменений на слизистой оболочке рта и эмали зубов использовали колор-тесты фирмы «ВладМиВа» (Россия). Индекс гигиены определяли по Фёдорову-Володкиной (1971). Устойчивость зубов к кариесу определяли по методике Т.Л. Рединовой и соавт. (1982), качество пломб оценивали в соответствии с рекомендациями В.Г. Бутовой и В.Л. Ковальского (2005).

Полученные данные отмечали в амбулаторной карте стоматологического больного и специально разработанной анкете.

В первой группе гигиену полости рта проводили все дети, находящиеся на стационарном лечении. Выполнение гигиены контролировали медицинские работники и воспитатели. В связи с чем индекс гигиены в среднем составил 1,36.

У 12 детей 1-й группы (12,2%) зубы оказались интактными, а у 86 (87,8%) были выявлены кариозные полости различной локализации и глубины, деформированные пломбы. Только у 3 детей (3,5%) полость рта ранее санирована. Индекс КПУ в среднем составил 4,19, что по классификации ВОЗ относится к умеренной степени интенсивности.

Эмаль постоянных (1,1) зубов у 18 детей, больных туберкулезом грудных лимфатических узлов, после деминерализации протравочным гелем незначительно прокрашивалась 2%-ным раствором метиленового синего на 4-5-е сутки. Данный показатель свидетельствовал о сниженных реминерализующих свойствах эмали и ротовой жидкости у обследованных детей

В группе сравнения (группа №2) средний индекс гигиены был равен 1,30, распространённость кариеса составила 77,3%, индекс КПУ 4,45. Необходимо отметить, что дети данной группы в связи с обращением за стоматологической помощью в клинику в конечном счёте все были санированы.

Таким образом, полученные данные позволяют заключить, что дети Калининградской области как больные туберкулёзом, так и без наличия хронических заболеваний довольно часто поражены кариесом. Однако практически здоровым детям стоматологическая помощь доступна и при желании и понимании родителей важности здоровых зубов они могут быть санированы в государственных или частных лечебно-профилактических учреждениях.

Для детей, больных туберкулёзом, выделен стоматологический кабинет в противотуберкулёзном диспансере, кабинет оснащён морально устаревшим оборудованием и в последние годы работает редко в связи с отсутствием врача.

Наличие очагов одонтогенной инфекции нельзя признать благоприятным фактором для детей, больных туберкулёзом. Целесообразно проведение плановой санации полости рта с включением курсов реминерализующей терапии, которые, несомненно, окажут общеукрепляющий оздоровительный эффект.

### Литература

1. Богодельникова И., Перельман М. Туберкулёз на пороге третьего тысячелетия // Врач. – 1997. – №7. – С. 2-6.
2. Бутова В.Г., Ковальский В.Л. Экспертиза качества стоматологической помощи.- М.,2005. – 191с.
3. Внелёгочный туберкулёз / Под ред. А.В.Васильева.- СПб.,2000. – 562с.
4. Здоровоохранение Калининградской области в цифрах в 2003-2005 гг. (Информационно-статистический сборник).- Калининград, 2006. – 197с.
5. Пароол М.Б. Помощь больным туберкулёзом // Мед. сестра. – 2006. – №7. – С. 19-22.
6. Рединова Т.Л., Леонтьев В.К., Овруцкий Г.Д. Определение устойчивости зубов к кариесу. – Казань, 1982. – 9 с.

УДК 616.314.17-008.1-053.9(470.26)

## **СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И ТКАНЕЙ ПАРАДОНТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ.**

*Н.Я. Молоканов, Е.С. Литвинова*

*Смоленская государственная медицинская академия.  
ЗАО «Центродент» г. Калининград.*

Реализация национального проекта в области здравоохранения является центральной задачей 2007 года. В свете решения этой актуальной для России задачи в медицине обращается внимание не только на продолжительность, но и на качество жизни. Важнейшей

составляющей качества жизни являются показатели здоровья граждан. В широком спектре этих показателей особое место принадлежит показателям здоровья лиц пожилого и старческого возраста [3].

В связи с этим в последние годы в отечественной и международной стоматологической литературе растёт число исследований, посвящённых анализу самооценки различными слоями населения собственного стоматологического здоровья, потребности и мотивации к получению как регулярной стоматологической помощи, так и её специализированных видов, связанных главным образом с эстетическими или профилактическими аспектами [1].

По данным отдела переписи населения, в демографической статистике численность населения Калининградской области по состоянию на 1 января 2005 г. для группы лиц пожилого возраста составила 113894 человека, для лиц старческого возраста – 21712 человек (4).

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния слизистой оболочки рта и тканей пародонта у лиц пожилого и старческого возраста Калининградской области для последующего научно обоснованного проведения профилактических и лечебных стоматологических мероприятий у данной категории населения.

Для выполнения намеченной цели было проведено обследование и анкетирование 147 лиц обоего пола в возрасте от 56 до 90 лет. Из них 105 женщин и 42 мужчины.

Осмотр проводился по общепринятым в стоматологии правилам с использованием витальных красителей (Колор-тест № 1, 2, 3) фирмы «Влад МиВа» (Россия). Индекс гигиены определяли по Фёдорову-Володкиной (1971), пародонтологический статус оценивали в соответствии с рекомендациями А.И. Грудянова и соавт. (2004). С участков гиперкератоза и налёта проводили забор материала для последующего цитологического и бактериологического исследования.

Все обследованные были также добровольно анкетированы. Анкеты включали вопросы, касающиеся перенесённых ранее и сопутствующих в последние 5 лет заболеваний, кратности посещений врачей различного профиля, наиболее часто применяемых лекарственных препаратов, самооценки стоматологического статуса и других.

Полученные в результате обследования и анкетирования данные свидетельствуют, что наиболее распространённой (74,0-50,0%) соматической патологией среди лиц обоего пола являются заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь, стенокардия. Второе место занимают заболевания желудочно-кишечного тракта (22,0-15,0%), затем мочеполовой системы (11,0-7,5%), эндокринной системы (8,0-5,4%), аллергические (6,0-4,0%). Соответственно наиболее часто лица пожилого и старческого возраста принимали гипотензивные препараты и улучшающие сердечную деятельность, затем следовал приём препаратов, улучшающих деятельность центральной и

периферической нервной системы, способствующих перевариванию и усвоению пищи, обезболивающие, антибактериальные, мочегонные и другие.

При обследовании стоматологического статуса, на фоне сухой и цианотичной красной каймы нижней губы, у 4 (9%) мужчин и 7 (7%) женщин выявлены участки гиперкератоза, характерные для плоской формы лейкоплакии.

При обследовании полости рта установлено, что в абсолютном большинстве случаев слизистая оболочка рта имела сглаженный рельеф, была мало увлажнена или сухой, наблюдалась атрофия мелких слюнных желёз.

Чаще всего установлены изменения слизистой языка. У 9 (21%) мужчин и у 32 (30%) женщин чётко определялась отёчность языка и слизистой щёк. В каждом третьем случае отёчность сопровождалась выраженным налётом на спинке языка и гипертрофией нитевидных сосочков. Однако наряду с гипертрофией довольно часто наблюдалась и атрофия сосочков языка: у 7 (17%) мужчин и 12 (12%) женщин.

Анамнез и данные анкетирования свидетельствовали, что у лиц с изменениями слизистой языка интернисты диагностировали хронические заболевания сердечно – сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы, почек.

У 4 женщин на слизистой оболочке щёк и около частичных пластиночных протезов наблюдали белый легко снимающийся налёт. Бактериологическое исследование подтвердило наличие большого количества грибов рода *Candida*. Все указанные женщины длительное время страдали заболеваниями мочеполовой системы и неоднократно проходили курсы лечения в амбулаторных и стационарных условиях.

Гиперемия слизистой оболочки твёрдого нёба установлена у 10 (24%) мужчин и 16 (15%) женщин. Все мужчины более 20 лет курили, женщины пользовались частичными и полными съёмными протезами.

Слизистая оболочка мягкого нёба у большинства лиц старческого возраста имела желтушный оттенок с чётко выраженным сосудистым рисунком.

Абсолютное большинство (115-78%) лиц пожилого и старческого возраста гигиену полости рта проводили нерегулярно и в неполном объеме. На зубах и протезах имелся мягкий налет, налет курильщика, твердые отложения.

У всех обследованных мужчин и женщин выявлены выраженные воспалительно-дистрофические изменения в тканях пародонта. Клинические данные соответствовали средней и тяжелой степени генерализованного пародонтита.

Из анамнеза установлено, что только 16 женщин (11%) ранее проходили непродолжительные курсы лечения заболеваний пародонта включающие удаление мягких и твердых назубных отложений,

полоскания и аппликации различными лекарственными средствами, физиопроцедуры (электрофорез, дарсонвализация, гидротерапия, УВЧ).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что наиболее часто лица пожилого и старческого возраста обращаются к врачу-стоматологу с целью удаления разрушенных и подвижных зубов, протезирования. Плановых профилактических и лечебных мероприятий для указанного контингента населения Калининградской области стоматологические кабинеты и поликлиники не проводят. Уменьшение государственного финансирования на стоматологические цели отрицательно сказалось на стоматологическом статусе пенсионеров. Перечисленные обстоятельства являются основанием для разработки организационных и лечебных мероприятий, направленных на улучшение стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста с учетом известных положений геронтологии.

### Литература

1. Бочковская О.О., Соловьева А.М.. Исследование потребностей в стоматологической помощи у различных групп населения // Клиническая стоматология. – 2006. – №1. – С. 58-62.
2. Грудянов А.И., Григорьян А.С., Фролова О.А. Диагностика в пародонтологии. – М.: Медиц. информ. агентство, 2004. – 104 с.
3. Здоровоохранение Калининградской области в цифрах в 2003-2005 гг. (Информационно-статистический сборник). – Калининград, 2006. – 197с.
4. Практическая геронтостоматология и гериатрия / М. Л. Заксон [и др.]. – Киев: Изд-во «Здоровье», 1993. – 272с.

# НЕВРОЛОГИЯ

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА НА ФОНЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРОЖДЕННЫХ ТИПОВ ЛИЧНОСТИ

*Т.Д. Матускова, Н.Н. Маслова*

*ОГУЗ «Смоленская областная психиатрическая  
больница»*

*Смоленская государственная медицинская академия*

Личность – феномен общественного развития, конкретный живой человек, обладающий сознанием и самосознанием. В структуру личности входят не только психологические характеристики человека, но и все морфофизиологические особенности его организма – вплоть до особенностей обмена веществ [4].

Под личностью в психодиагностике понимается совокупность черт, то есть привычных способов реагирования, поведения и переживаний в определенных ситуациях. Люди различаются по степени выраженности черт характера, которая определяет дальнейшее развитие личности, ее адаптацию к жизненным условиям и здоровье. Значительная степень выраженности каких-либо черт, представляющая собой крайний вариант нормы и затрудняющая адаптацию к критическим ситуациям, называется акцентуацией личности [8, 9].

До сих пор актуальной остается теория «профилей личности» (Dunbar F., 1943), объясняющая взаимосвязь развития той или иной патологии с определенными индивидуальными особенностями личности пациента [3]. Считается, что профиль личности складывается из врожденных и приобретенных в процессе жизни черт, обуславливающих индивидуальные реакции на различные события. Выделяется ряд личностных профилей, предрасполагающих к возникновению конкретного психосоматического заболевания [2, 10, 16].

Таким образом, существует взаимосвязь развития той или иной патологии с определенными индивидуальными особенностями личности пациента, что важно при проведении лечения.

Для оценки эффективности проводимого лечения в последнее время используются показатели качества жизни [5, 11, 12]. Это «индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте культуры,

систем ценностей этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства» [5, 17]. В настоящее время показатели качества жизни часто используются для оценки эффективности проводимой терапии практически во всех рандомизированных клинических исследованиях [6, 15]. Наиболее важно то, что эти показатели отражают восприятие больными состояния их собственного здоровья и способности к самостоятельной жизни [7]. Некоторые исследователи при определении понятия «качество жизни» выделяют три его составляющие: физический, психический и социальный аспекты [18].

*Цель работы:* оценить эффективность сочетанной фармако- и рефлексотерапии больных психотерапевтического отделения. в зависимости от врожденных типов личности (по Леонгарду).

В исследовании участвовало 60 пациентов психотерапевтического отделения областной клинической психиатрической больницы, лечившиеся сочетанным методом рефлексотерапии и фармакотерапии. Это были трудоспособные больные от 25 до 60 лет (средний возраст составил 44,3 года), среди них – 46 женщин (77%) и 14 мужчин (23%). В качестве контрольных величин использованы среднепопуляционные значения показателей качества жизни здорового населения Российской Федерации [6]. Больные предъявляли жалобы как невротического плана (изменение настроения, астенические явления и др.), так и соматического (в рамках неврологической патологии – последствия ЧМТ, дисциркуляторной энцефалопатии, радикулопатии, так и терапевтической – желчнокаменная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гипертоническая болезнь, ИБС, мочекаменная болезнь).

При анкетировании был использован «Краткий медицинский опросник» – Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36), предложенный бостонским институтом здоровья [1, 13, 14]. Он содержит девять параметров, отражающих физический и психосоциальный статус респондента.

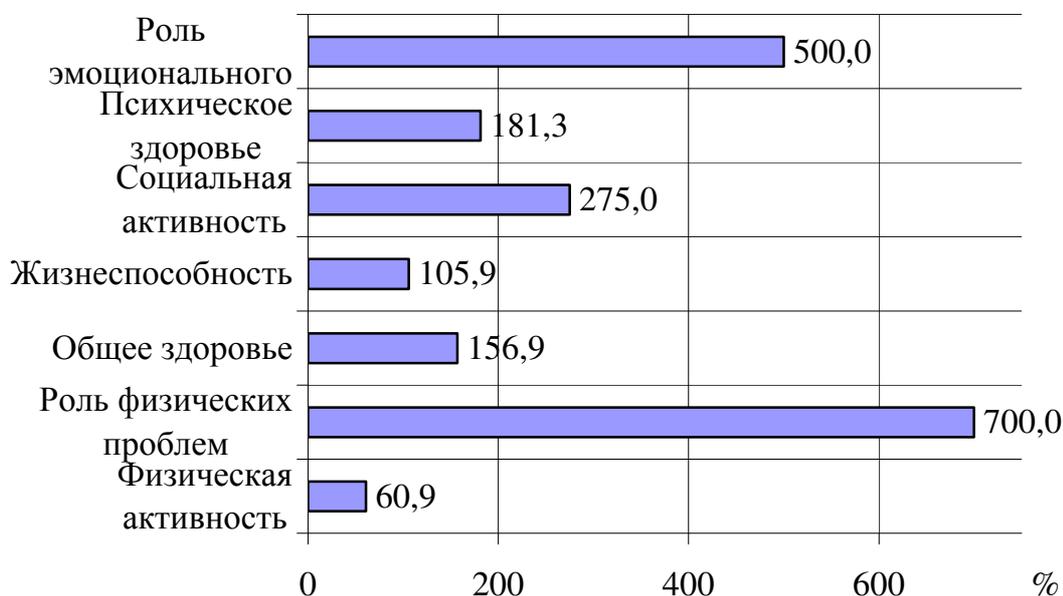
Психологическое исследование включало проведение тестирования с помощью опросника Леонгарда, предназначенного для выявления акцентуаций характера, т.е. определенного врожденного направления характера. Акцентуированные личности не являются патологическими.

#### *Результаты и их обсуждение*

Нами проанализировано, как пациенты психотерапевтического стационара со всеми врожденными акцентуациями личности (по Леонгарду) реагируют на воздействие рефлексотерапевтическими методами. В качестве оценочного критерия использовались показатели качества жизни.

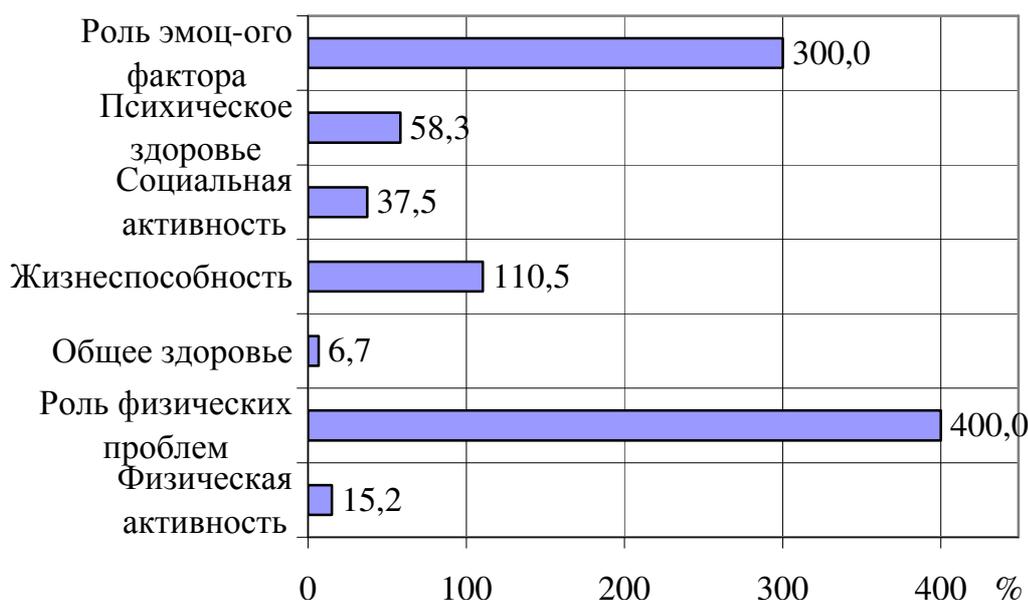
Первая акцентуация – гипертимная, характеризующая личность с высокой жизненной активностью. Гипертимные личности ярче всех реагировали на проведенное лечение. Они показывали максимально высокие показатели качества лечения по всем критериям качества жизни

(от 105,9% – ЖС и выше). Наиболее выраженная динамика наблюдалась у показателя роли физических проблем (РФ) – 700,0% и роли эмоционального фактора (РЭ) – 500,0%. Это свидетельствует о мощном влиянии рефлексотерапевтического воздействия как на физический, так и на эмоциональный статус (рис. 1.).



**Рис. 1.** Динамика характеристик качества жизни пациентов гипертимной акцентуации на фоне рефлексотерапии

Дистимический тип (по Леонгарду) показывает степень утомляемости, характеризуется сниженным настроением, идеомоторной заторможенностью. В 4 раза увеличился показатель РФ, в 3 раза – РЭ. Самый низкий показатель – ФА (15,2%). СА и ПЗ – 37,5 и 58,3% соответственно (рис. 2).



**Рис. 2.** Динамика характеристик качества жизни пациентов дистимической акцентуации на фоне рефлексотерапии

При анализе изменения показателей качества жизни до и после лечения рефлексотерапией у больных психотерапевтического стационара в зависимости от врожденных типов личности по Леонгарду выявлено, что больные психотерапевтического отделения с различными врожденными свойствами личности по-разному реагируют на рефлексотерапевтическое воздействие. На примере двух из девяти акцентуаций продемонстрированы особенности влияния рефлексотерапии на физический и психосоциальный статусы больных.

### Литература

1. Белевский А.С., Исследование качества жизни больных бронхиальной астмой в России // Медицина. – 2004. – № 1. – С. 72-75.
2. Белов В.П. Нервно-психические нарушения при некоторых "психосоматических" болезнях пищеварительного аппарата (сравнительно-возрастной анализ): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М.: 1970.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Пер. с нем. М.: ГЭОТАР Медицина, 1999.
4. Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию Курс лекций. – М.: ЧеРо, 1998. – 336 с.
5. Зайцев В.П., Айвазян Т.А. Диагностические возможности психологического теста СМОЛ при гипертонической болезни // Кардиология. – 1990. – № 4. – С. 83-86.
6. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких / Под ред. А. Г. Чучалина – М.: Издательство «Атмосфера», 2004. – 256 с.
7. Киселев Е.Н., Карелин М.И., Арзуманов А.А. Оценка качества жизни в онкоурологии. // Кач. мед. практика, 2003. – № 2. – С. 28-32.
8. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Киев: Наукова думка, 1981.
9. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1983.
10. Мариллов В.В. Клинические варианты психосоматической патологии желудочно-кишечного тракта // Журн. невролог. и психиатр. – 1992. – № 3. – С. 102-106.
11. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Чучалин А.Г. Оценка влияния образовательных программ в пульмонологии на качество жизни больных бронхиальной астмой // Пульмонология. – 1997. – № 3. – С. 18-22.
12. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Алгоритм оценки качества жизни больных с психосоматическими заболеваниями // Тер. арх. – 2004. – № 10. – С. 36-43.
13. Lawrence W.F., Flyback D.C, Martin P.A. et al. Health status and hypertension: a population-based study. // Clin. Epidemiol. – 1996. – Vol.49. – №11 – P. 1239-1245.

14. Morrin I., Black S., Reid R. Impact of duration in cardiac rehabilitation program on coronary risk profile and health-related quality of life outcomes // J. Cardiopulm. Rehabil. 2000 – 20(2): P. 115-121.
15. Osoba D. Measuring the effect of cancer on quality of life // In: Osoba D (ed) Effect of cancer on quality of life. Boca Raton: CRC Press. – 1991.
16. Schepank, Verlaufe. Seehsche Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. Berlin: Sprinler, 1990.
17. The WHOQOL Group. What is quality of life // Wld Hlth Forum. – 1996. – №17. – P. 354-356.
18. Wenger N.K., Mattson M.L., Furberg C.D., Elinson J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies // Am. J. Cardiol. -1984. – Vol.54. – P. 908-913.

УДК 616.1/4+616.8:615.814.1

## **РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

*Т.Д. Матускова, Н.Н. Маслова*

*ОГУЗ «Смоленская областная психиатрическая  
больница»*

*Смоленская государственная медицинская академия*

Рефлексотерапия внесена в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей Приказом Минздрава России № 364 от 10.12.97. Этому событию предшествовал долгий и трудный путь доказательств того, что рефлексотерапия отвечает основному критерию медицинской специальности – научной обоснованности и наличию самостоятельной (специфичной) целостной системы диагностики и лечения, эффективной на различных этапах медицинской помощи. Соответствие рефлексотерапии требованию специфичности практических средств и методов априорно очевидно, а лечебно-профилактическая эффективность подтверждена живучестью метода на протяжении многих веков и многочисленными современными клиническими наблюдениями. Однако солидной современной теоретической базы рефлексотерапия до недавнего времени не имела, что порождало сдержанное, а порою и откровенно негативное отношение к ее активному использованию в современном здравоохранении [8, 14].

Предшественницей рефлексотерапии является классическая акупунктура, базирующаяся на общетеоретических построениях натурфилософии древнего Китая. Эти традиционные концепции, выраженные в архаичных, непривычных для европейского менталитета

лексических конструкциях, долгое время представлялись безнадежно устаревшими, антинаучными. Это обстоятельство являлось одним из основных формальных препятствий для признания рефлексотерапии в качестве самостоятельной врачебной специальности и тормозило ее дальнейшее развитие.

Термин «рефлексотерапия» (от лат. reflexus – повернутый назад, отраженный и греч. «терапия» – лечение) обязан своему происхождению, доминировавшим с 18-го века и не утратившим своего значения до настоящего времени представлениям нервизма. В настоящее время представления о нейрохимических механизмах нервной передачи, обеспечивающей различные типы рефлексов, существенно изменились и пополнились. В целом метод, основанный на раздражении точек акупунктуры, которое запускает каскад рефлекторных нейрогуморальных реакций, складывающихся в определенный интегральный ответ организма, адекватно называть рефлексотерапией [1, 4].

Место и время возникновения акупунктуры точно не установлено. Истоки ее находятся, по-видимому, в наиболее древних методах врачевания. Родиной акупунктуры принято считать Китай, однако имеются факты того, что она существовала на Тибете, в Индии, Непале, Вьетнаме, Японии и Египте.

Преимущества рефлексотерапии можно сформулировать следующим образом:

- технически проста, удобна и легко применима в любых условиях;
- отличается высокой эффективностью – быстрое снятие болей, зуда, отека, купирование гипертонического криза и др.;
- экономична – нет потребности в дорогостоящих препаратах и аппаратуре;
- при ее использовании отсутствуют аллергические осложнения;
- хорошая переносимость процедур пациентами;
- обладает выраженным влиянием на психоэмоциональную сферу человека.

Рефлексотерапия мощно регулирует естественные стресс-лимитирующие и адаптационные реакции, что обеспечивает обширнейшую область ее применения при самой разнообразной патологии [5, 6, 11]. Показания и противопоказания к рефлексотерапии изложены в «Методических рекомендациях» ГУ лечебно-профилактической помощи МЗ СССР от 24.11.80 г. Рефлексотерапия может применяться при заболеваниях всех органов и систем. Естественно, при функциональных изменениях эффект от лечения будет более выраженным. При органических нарушениях, когда имеются структурные изменения органов и систем, рефлексотерапию можно использовать как симптоматическое лечение. В данном случае отмечают благоприятные сдвиги, эволюция или даже задержка болезненного процесса, не говоря уже об общеукрепляющем и психотерапевтическом эффекте рефлексотерапии.

ВОЗ рекомендует использовать акупунктуру при 43 заболеваниях, включая аллергию, астму, боли в спине, гипертоническую болезнь, инсомнию, предменструальный синдром, депрессию, лекарственную, алкогольную зависимость и др. В нашей стране противопоказаниями к рефлексотерапии в настоящее время являются новообразования доброкачественной и злокачественной природы, острые инфекционные заболевания и лихорадочные состояния невыясненной этиологии. Допускается применение рефлексотерапии при различных опухолях по показаниям для лечения других нозологических форм; при наличии резкого боевого синдрома как метод анальгезирующего действия, аналогично наркотическим средствам. Несмотря на имеющийся опыт применения рефлексотерапии, показания и противопоказания к применению этого метода далеки от окончательного решения.

При заболеваниях, находящихся на стадии функциональных нарушений, рефлексотерапия может применяться самостоятельно, при более глубоких изменениях в органах – в сочетании с лекарственными препаратами (кроме больших доз психотропных и гормональных), физиотерапией, оперативными методами лечения.

Рефлексотерапия имеет следующие лечебные эффекты [13]:

1. Болеутоляющее действие.
2. Нормализация соотношения или усиление образования нейроморальных веществ:
  - а) стимуляция высвобождения эндорфинов и энкефалинов в головном и спинном мозге;
  - б) стимуляция высвобождения серотонина в ядрах шва и заднем роге спинного мозга;
  - в) стимуляция выброса кортикотропина и кортизона в сыворотку крови;
  - г) влияние на системы дофамина и ацетилхолина;
  - д) нормализация соотношений триглицеридов, фосфатидов в сыворотке крови, уменьшение количества холестерина;
  - е) уменьшение уровня мочевой кислоты;
  - ж) нормализация углеводного обмена;
  - з) нормализация вегетативно-эндокринных функций;
3. Улучшение микроциркуляции в органах.
4. Нормализация артериального и венозного давления.
5. Антиспастическое действие преимущественно на гладкую мышечную ткань, в т.ч. нормализующее влияние на пищеварительный канал, матку.
6. Нормализация функций мозга и сердца (по данным ЭЭГ, ЭКГ и др. видов исследований).
7. Повышение иммунитета и резистентности к инфекциям.
8. Ослабление синдрома абстиненции при наркомании.
9. Антидепрессивное и седативное действия и др.

Методология классической акупунктуры основана на не

противоречащих современным естественнонаучным представлениям универсальных принципах организации природы. Акупунктура – характерный пример холистической (от англ. whole – целое) медицины, рассматривающей человека в неразрывном единстве (целостности) всех его внешних и внутренних взаимосвязей. Этот подход выражается монадой (от греч. monas, monados) – единица, неделимое, которая символизируют первичный элемент всего сущего. С позиций современной общенаучной методологии закономерности, зашифрованные в монаде, адекватно интерпретируются как интегрированное выражение законов единства и борьбы противоположностей, целого и части, перехода количественных изменений в качественные, сохранения энергии и вещества, теории относительности и концепции голографического строения Вселенной [13].

В отличие от традиционной восточной, европейская медицина при диагностике, изучении этиологии, патогенеза и методов лечения заболеваний предпочитает пользоваться конкретными категориями (морфологическими, физиологическими, биохимическими и др.). В связи с этим большинство исследований западноевропейских ученых направлены, главным образом, на изучение отдельных сторон механизма акупунктурного воздействия на человека. Поэтому существует значительное число теорий механизма действия рефлексотерапии, например, теория тканевой терапии, рефлекторных механизмов, биоэлектрические, информационно-энергетические теории и др. [15].

При классификации по месту воздействия различают корпоральную и миниакупунктурную рефлексотерапию. Описаны миниакупунктурные системы скальпа, ушной раковины, носа, полости рта, влагалища и другие. На голографическом принципе организации микро-, мини- и макроакупунктурных систем построена Су Джок-терапия.

Существует точка зрения, что «медицина может быть либо доказательной, либо традиционной». Однако в последнее время увеличивается число рандомизированных контролируемых испытаний, которые свидетельствуют об эффективности немедикаментозных «традиционных» методик [24]. Это привело, например, к тому, что 10% жителей Великобритании и 25% жителей США ежегодно проходят курсы немедикаментозной терапии. Самым популярным методом традиционной медицины является акупунктура – наиболее экономичный, щадящий и адекватный при различных заболеваниях, связанных с патологией регуляторных систем организма (нервной, эндокринной, иммунной). Результаты исследований свидетельствуют об улучшении показателей бронхиальной проходимости, а также редукции психовегетативных нарушений, снижающих качество жизни больных при бронхиальной астме, в результате применения рефлексотерапии [12]. При этом ее действие не связано с эффектом плацебо [14]. Клинико-неврологическое обследование больных с хронической ежедневной головной болью свидетельствует об эффективности акупунктуры при комплексном

лечении [9]. При исследованиях показана высокая эффективность метода акупунктуры в комплексе с лекарственной терапией, особенно в труднокурабельных случаях – у пациентов со значительно сниженной активностью антиноцицептивных систем и наличием лекарственного абзуса. Кроме того, более выраженный клинический эффект акупунктуры констатирован у пациентов с трансформированной мигренью. При данной патологии нелекарственные методы занимают особое место в лечении, что объясняется несколькими причинами: 1) недостаточной эффективностью стандартной противоболевой терапии хронических болевых синдромов; 2) индивидуальной непереносимостью лекарств и/или возникновением аллергических реакций; 3) развитием привыкания и зависимости при приеме транквилизаторов и антидепрессантов; 4) отсутствием противопоказаний к применению большинства нефармакологических методов [7, 21].

Различные методы рефлексотерапии имеют широкие возможности для помощи больным с психосоматическими расстройствами. Исследования многих авторов констатируют высокую эффективность этого вида лечения. Например, С.А. Афанасьев и др. (2004) пишут, что применение рефлексотерапии приводит к клиническому улучшению общего состояния пациентов, страдающих дисбалансом тонуса отделов вегетативной нервной системы [3, 10, 16, 18]. У некоторых пациентов акупунктуру дополнили стандартной лекарственной терапией, однако это не способствовало достоверному повышению эффективности лечения.

К сожалению, работы с объективной оценкой эффективности акупунктуры (с позиции так называемой доказательной медицины) при различных заболеваниях немногочисленны. Это объясняется трудностями рандомизации и невозможностью двойного слепого контроля ввиду особенностей данного метода. Кроме того, в доступной литературе преобладают работы, в которых показана эффективность рефлексотерапии только в отношении отдельных симптомов различных заболеваний, тогда как комплексная оценка состояния, в частности ее влияние на качество жизни больного, не проводилась [18, 20, 23, 24, 25].

## Литература

1. Ананин В.Ф. Рефлексология. – М.: Изд-во УДН, 1992. – С. 168
2. Афанасьев С.А., Писклова А.В., Филиппов Г.П. Опыт немедикаментозной коррекции вегетативных расстройств у подростков // Клин. мед. – 2004. – № 7. – С. 69-71.
3. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. – М.: Медицина, 1987. – Т.2. – 80 с.
4. Брагин Е.О. Итоги науки и техники. ВИНТИ // Серия физиология человека и животных. – 1985. – Т.29. – С. 104-166.
5. Василенко А.М. Итоги науки и техники. ВИНТИ // Серия физиология человека и животных. – 1985. – Т.29. – С. 157-203.

6. Василенко А.М. Физиологические основы электропунктурной профилактики стрессорных нарушений функций организма: Дис... д.м.н. – М., 1989. – 139 с.
7. Гойденко В.С., Козлов А.В. Головная боль: патофизиология и рефлексотерапия. М.: 2002. – 78 с.
8. Дурина Р.А., Василенко А.М. Рефлексотерапия: критический обзор теоретических взглядов // Медицина и идеология. – 1985. – С. 266-279.
9. Наприенко М.В., Окнин В.Ю., Кременчугская М.Р., Филатова Е.Г. Применение акупунктуры в терапии хронической ежедневной головной боли // Журн. неврол. и психиатр., – 2003. – №10. – 40 с.
10. Применение нейропептида дельта-сна при вегетативно-сосудистой дистонии / Антипенко Е.А., Корнилова Л.Е., Хватова Е.М., Густов А.В. // Материалы Российского конгресса «Новые технологии в неврологии и нейрохирургии на рубеже тысячелетий». – Ступино, 1999. – С. 7-8.
11. Радзиевский С.А. Кардиопротекторный эффект рефлексотерапии при стрессорных и ишемических повреждениях сердца. Дис... д.м.н. – М., 1991. – 141 с.
12. Рахов Д.А., Ребров А.П. Акупунктурная коррекция психовегетативных нарушений у больных бронхиальной астмой // Клин. медицина. – № 3. – 2001. – С. 38-40.
13. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура: Энциклопедия. – М.: АСТ-Пресс, 1994. – 541 с.
14. Сильвестров В.П., Ребров А.П., Кароли Н.А. Психологические особенности личности и функциональное состояние вегетативной нервной системы у больных бронхиальной астмой // Рос. мед. журн. – 1998. – Т.1 – С. 47-50.
15. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии / Гаваа Лувсан. – М.: Наука, 1992. – 576 с.
16. Хлопов Н.А., Шарафисламов Ф.С., Робакова Л.С. Анатомо-топографические основы акупунктуры. – М.: Наука, 1988. Пат. № 2763797 от 10.03.2001.
17. Andersson S., Lundeberg T. // Medical Hypotheses. – 1995. – №45. – P.271-281.
18. Guizhen L., Yunjun Z., Linxiang C, Aizhen L. Comparative study on acupuncture combined with behavioral desensitization for treatment of anxiety neuroses // Am. J. Acupuncture 1998. – №26. – 2-3. – P.117-120.
19. Keroes U., Ecke R., Rappoport E. Circ. Res. 1969. – №25 (5). – P.557-567.
20. Lian Nan, Yan Qingming. Insomnia treated by auricular pressing therapy // J. Traditional Chinese Med. – 1990. – №10: 3. – P.174-175.
21. Mayer D.J. Acupuncture: an evidence-based review of the clinical literature // Ann. Rev. Med. – 2000. – №51. – P.49-63.
22. Melchart D., Linde K, Fischer P. et al. Acupuncture for recurrent headaches: a systematic review of randomized controlled trials // Cephalalgia. – 1999. – №19. – P. 779-786.
23. Montakab H. Acupuncture and insomnia. Forschende Komplen-

- tarmedizin 1999. – №6. – P. 29-31.
24. Roschke J., Kogel P., Wagner P., Been S. Adjuvant whole body acupuncture in depression. A placebo-controlled study with standardized mianserin therapy. *Nervenarzt* 1998. – 11: 69: 3. – P. 961-967.

# ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 617(09)+614.211-006.22

## УЧАСТИЕ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ В УТВЕРЖДЕНИИ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО И АСЕПТИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СМОЛЕНСКОЙ ГУБЕРНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

*В. М. Остапенко, Е. Л. Коноплёва, С. В. Нагорная*  
*Смоленская государственная медицинская академия*  
*Кафедра философии*

Смоленское научное Общество врачей было организовано в 1886 году по инициативе небольшой группы докторов Смоленской губернской больницы для совместного обсуждения «интересных больных», но быстро расширило сферу своей деятельности и в 90-е годы достигло поры расцвета. В этот период Общество состояло из 27-35 членов и собиралось на заседания раз в месяц. С деятельностью Общества тесно связана история передовой медицинской интеллигенции города – в его рядах числились Д. Н. Жбанков, С. И. Спасокукоцкий, В. И. Яковенко, П. Ф. Почтарёв, Н. А. Строганов, С. А. Александров и многие другие. Первым президентом Общества был избран И. М. Дашкевич, но расцвет Общества связан с именами его президентов Н. П. Энгельгардта и Д. В. Станиславского.

Общество имело бесплатную Лечебницу для проходящих больных и свою библиотеку, на собственные средства дважды издавало протоколы заседаний и тексты сообщений. Протоколы заседаний и сообщения Общества за 1890-1894 г.г. редактировал видный деятель земской медицины Д. Н. Жбанков. Интересно, что часть врачей выступала против печатания трудов Общества, утверждая, что ознакомление широких слоёв общественности со случаями врачебных сомнений и ошибок снизит авторитет врачей, однако голосованием всё же было принято решение о целесообразности обнародования результатов врачебных собраний.

С деятельностью энтузиастов Общества, несомненно, связано начало развития научной медицинской мысли в Смоленске. В частности, на его заседаниях много времени уделялось вопросам обсуждения правильной асептики и антисептики в хирургической практике. Напомним, что известный в то время хирург Д. Листер выступил с предложением об учреждении антисептического метода только в 1874 году и его открытие достаточно долго не признавалось даже на его родине в Англии.

Известный смоленский краевед Е. И. Киреев выделял три периода в истории оказания хирургической помощи жителям Смоленска и губернии<sup>1</sup>. В первом периоде (1866-1878) хирургическая помощь оказывалась, главным образом, при травмах и воспалительных процессах кожных покровов. Гнойные осложнения, рожистое воспаление и гангрена являлись постоянными спутниками лечения ран и переломов. Второй период (1879 – 1896) связан с первыми попытками применения антисептического, а затем и асептического метода лечения ран врачами хирургического отделения губернской больницы. И наконец, третий период (1897–1917) характеризуется самым широким внедрением методов инфекционного контроля и инфекционной безопасности в медицинскую практику и возможностью применения в связи с этим всех известных в то время методов хирургического лечения, включая многочисленные полостные операции.

Хирургическая деятельность врачей земской больницы анализировалась и обобщалась в многочисленных докладах и заседаниях Смоленского общества врачей. Количество и содержание этих докладов свидетельствуют о том, что уже в конце 19 века в Смоленске была прекрасно развита «большая» хирургия. Например, делались сообщения о резекциях желудка, хирургическом лечении бугорчатки брюшины, чревосечении по поводу опухоли печени, о случае вылущения большой саркомы бедра, об удалении опухолей женских половых органов через влагалище, операциях по поводу непроходимости кишечника, об удалении опухолей мозга, операциях по поводу мочекаменной и желчнокаменной болезней. Такое разнообразие операций оказалось возможным во многом благодаря внедрению методов антисептики и асептики в медицинскую практику. Интересно, как один из членов смоленского Общества – И. С. Тышко – описывает приготовления к операции чревосечения в губернской земской больнице по поводу гигантской «гроздовидной кистомы» правого яичника у крестьянки Бельского уезда Акулины Огневой: «Накануне сбриты волосы на лобке, дано слабительное и сделана тепловатая ванна. В день операции, часа за два до нея, поставлен клистир, и тщательно проспринцовано влагалище раствором сулемы (1: 1000). Большая, светлая операционная комната накануне была энергично проветриваема при помощи большой форточки и горящего камина. Операционный стол, матрас и клеёнка к нему, стол для инструментов и прочая мебель (вся выкрашенная белой масляною краскою), а также пол, вымыты раствором сулемы (1: 1000). В день операции температура комнаты доведена до 18 градусов, камин же топился и во время операции. За два часа до начала операции воздух комнаты в течение часа насыщался распылённым при помощи парового пульверизатора 5% раствором карболовой кислоты, а затем, тоже в течение часа, распылённою прокипячённою водою. Руки

---

<sup>1</sup> Киреев И. Е. К истории хирургической деятельности Смоленской губернской земской больницы. С. 52 - 53

участвовавших тщательно промывались до локтей водой с мылом при помощи щётки, а затем 5% карболовым раствором. Все присутствовавшие снимали своё верхнее платье в соседней комнате и, войдя в операционную комнату, надевали длинный, чисто вымытый халат. Инструменты, вычищенные мелом, за час до операции были погружены в 5% карболовый раствор, а затем переложены в 2,5% раствор. Губки, совершенно новые и выколоченные, накануне прокипачены в 5% карболовом растворе, сохранялись в том же растворе, а перед операцией переложены в 2,5% раствор. В том же растворе лежали и компрессы из гигроскопической марли для удержания кишек при выпадении их. Для вытирания крови при разрезе брюшных покровов употреблялись ватные, завёрнутые в марлю, шарики, смоченные в 2,5% растворе карболовой кислоты и выжатые. Шёлк, накануне прокипачённый в 5% карболовом растворе, сохранялся в том же растворе, а во время операции перекладывался в 2,5% раствор. При хлороформном наркозе больной выпущена катетером моча, ещё раз проспирцовано влагалище, кожные покровы живота тщательно обмыты водой с карболовым мылом при помощи щётки, затем 5% карболовым раствором и наконец серным эфиром»<sup>2</sup>. Можно только предполагать, какой стоял запах и на что были похожи обезображенные бесконечным употреблением карболки руки хирургов, но одно несомненно – смоленские врачи на деле являлись верными учениками и последователями знаменитого английского хирурга. Однако поиски усовершенствования антисептического метода продолжались.

Большим облегчением стало приобретение губернской больницей стерилизатора Шиммельбуша работы Швабе. Доктор И. С. Тышко на очередном заседании Общества поспешил поделиться результатами трёх операций, выполненных в асептическом режиме<sup>3</sup>. Дело было поставлено уже несколько иным образом. Появилось понятие чистых и гнойных операционных. В большой зале с выбеленными стенами, «огромным окном» и камином помещалось минимальное количество выкрашенной белой масляной краской мебели. Перед операцией помещение тщательно вымывалось. Операционный стол и столик для инструментов обрабатывались 5% раствором карболовой кислоты. Необходимая посуда мылась кипячёной водой с мылом. Руки хирурга мылись мылом при помощи щётки, а затем споласкивались кипячёной водой. Шёлк кипятился в воде, инструменты подвергались кипячению в 1% содовом растворе и затем сохранялись в тёплой кипячёной воде. Ватные шарики, повязки и марлевые компрессы обеззараживались в стерилизаторе, в котором сохранялись до момента использования. Операционное поле тщательно промывалось мылом, 5% карболовым раствором и эфиром, во время самой операции антисептические растворы не употреблялись. Раны промывались кипячёной водой. Ватные шарики подавались либо сухими, либо

---

<sup>2</sup> Протоколы заседаний Общества смоленских врачей. 1890-1894 г.г. С. 145

<sup>3</sup> Протоколы заседаний Общества смоленских врачей. 1890-1894 г.г. С. 242 - 245

смоченными кипячёной водой. И. С. Тышко, пользуясь этой методикой, прооперировал с хорошими результатами трёх пациентов. В их числе рославльская мешанка 39 лет с запущенным раком грудной железы, смоленская мешанка 33 лет с овариальной кистой и 6-летняя девочка, страдавшая мочекаменной болезнью. Все раны зажили первичным натяжением.

Особенно большой вклад в развитие хирургической деятельности был внесён С. И. Спасокукоцким, работавшим в губернской больнице с 1897 по 1909 год и также принимавшим самое активное участие в работе местного научного Общества врачей. Под руководством и при участии С. И. Спасокукоцкого было выполнено за неполные 12 лет почти 9 000 хирургических операций, в том числе гастростомии, резекции желудка, резекции кишечника, аппендэктомии, грыжесечения и многие другие. Постепенно сформировалась смоленская хирургическая школа, которая включала в себя около 50 учеников и последователей Сергея Ивановича. М. Г. Спасокукоцкая пишет о порядках в операционной: «Сторонник абсолютной асептики, он придавал огромное значение тщательнейшей обработке рук оператора и операционного поля. Войдет Сергей Иванович в операционную и, кажется, ни на что не обращает внимания, но все знали, что от его зоркого глаза не скроется ни одна мелочь. Все заметит, вызовет виновного, поговорит после очень серьезно. А то и в операционной заставит помощника еще раз заново вымыть руки и тогда только допустит к операционному столу. Операционное поле также подвергалось весьма тщательной обработке. В этом отношении Сергей Иванович был настойчив и педантичен. Как-то один из его клинических помощников, хирург с 22-летним стажем, готовил в операционной больного для показательной пироговской ампутации по поводу спонтанной гангрены. Смотреть пришло человек 30 студентов. Тщательность показательной операции, разумеется, должна была быть особенно подчеркнута. В разгар подготовки в операционную – не случайно – вошел Сергей Иванович. Хирург уже намеревался смазывать йодной настойкой вымытую стопу и делать разрез. Но Сергей Иванович подошел, отстранил локтем хирурга и начал снова мыть стопу. Мыл он ее долго, минут пятнадцать, 0,5% раствором аммиака и удалил массу отделившегося эпидермиса, особенно с пятки. «Теперь оперируйте», – тихо предложил он хирургу, закончив подготовку стопы «по-своему», и больше не вмешивался в технические детали начавшейся операции. Присутствовавшие тогда на операции отлично поняли практический урок Сергея Ивановича. Урок запомнился навсегда»<sup>4</sup>.

Таким образом, можно сделать вывод, что благодаря совместным усилиям смоленских врачей, несмотря на крайнюю нищету и бедность единственного стационарного учреждения города, которое не имело даже

---

<sup>4</sup>Спасокукоцкая М. Г. Жизнь и деятельность С. И. Спасокукоцкого - М., 1960.

микроскопа для исследования гноя, хирургическая помощь была достаточно разнообразной и эффективной, находясь на уровне достижений научной медицинской мысли того времени.

### Литература

1. Киреев И. Е. К истории возникновения и деятельности Общества смоленских врачей // Из истории медицины. – Т. 6, 1964. – С. 182 – 185
2. Киреев И. Е. К истории организации и деятельности смоленской губернской (земской) больницы (на Покровской горе) в земский период // Труды 22-й научной конференции СГМИ, Т.2, 1965. – С. 491-500
3. Киреев И. Е. К истории хирургической деятельности Смоленской губернской земской больницы // Материалы 23-й научной конференции СГМИ, Смоленск, 1965. – С. 52-53
4. Колосов Г. А. Исторический очерк деятельности Общества смоленских врачей за 25 лет (1886-1911), С-Петербург, типография «Яков Трей», Разъезжая, 43, 1911
5. Нейдинг И. Медицинские общества в России. – М., 1897.
6. Протоколы заседаний Общества смоленских врачей. 1890-1894 г.
7. Спасокукоцкая М. Г. Жизнь и деятельность С. И. Спасокукоцкого – М., 1960.

УДК 617(09)+614.2

### ВКЛАД Н.И. ПИРОГОВА В РАЗВИТИЕ ЖЕНСКОЙ ЭМАНСИПАЦИИ В РОССИИ

*Н.А. Дмитриева*

*Смоленская государственная медицинская академия  
Кафедра философии*

*Женщины вряд ли смогут решить  
проблему своей эмансипации до тех пор,  
пока к ним не присоединиться значительное  
число мужчин, готовых к этому.*

*Джон Стюарт Милль*

В России «женский вопрос» появился в решающее и поворотное для страны время – в первые пять лет после окончания Крымской войны.

Ослабление жестокой цензуры, введенной в конце правления Николая I, привело к возникновению дискуссий по широкому кругу проблем, в том числе и по вопросу социального положения женщин в обществе. Первоначально «женский вопрос» заключался в частичном исследовании проблемы женского образования и улучшения его и лишь позднее развился в антропологическую дискуссию об индивидуальной одаренности и особенной судьбе женщины.

Дебаты о женском образовании были инициированы знаменитым хирургом и педагогом Н. И. Пироговым (1810-1881). В ходе своей медицинской и педагогической деятельности он обнаружил, с одной стороны, явную несостоятельность концепции профессионального медицинского образования, которая основной упор делала на подготовку к карьере, а не на развитие индивидуальных способностей; с другой – острую нехватку людей, обладающих медицинскими навыками. В начале Крымской войны великая княгиня Елена Павловна, невестка царя, поинтересовалась у Н. И. Пирогова, есть ли возможность направить женщин на фронт для ухода за больными и ранеными. Будучи «придворной либералкой» и сторонницей реформ, Елена Павловна, формируя медицинский женский корпус, преследовала ряд целей: подготовить столь необходимый в России медицинский персонал, привлечь внимание к потенциальным возможностям женщин и доказать возможность более активного участия представительниц своего пола в общественной жизни. Она предложила Н. И. Пирогову возглавить подразделение сестер милосердия, мотивируя это тем, что, хотя женщины вполне компетентны, дело продвигается лучше, когда ими руководит мужчина. «Это, – отвечал Н. И. Пирогов, – справедливо только до тех пор, пока женщины будут воспитаны по-нынешнему, и с ними будут обращаться по той же устарелой и бессмысленной методе. Но это следует изменить, и женщины должны занять место в обществе, более отвечающее их человеческому достоинству и умственным способностям»<sup>5</sup>. Это случайное замечание содержало в себе зерна тех аргументов, которые через несколько лет он развил в статье «Вопросы жизни».

Убежденный в том, что женщины способны работать во фронтовых условиях, Н. И. Пирогов приступил к организации и обучению группы волонтерок – «Сестер милосердия Крестовоздвиженской общины». Основной и главной целью учреждения общины было «усердное, на теплой любви к ближнему и личном во имя господа нашего Иисуса Христа самоотвержении основанном, содействии медицинскому начальству в военных госпиталях при уходе за ранеными и больными, а также в облегчении их страданий посредством христианского утешения»<sup>6</sup>. Из 163 ее членов около 110 принадлежали к привилегированным слоям общества (жены, вдовы, дочери чиновников и помещиков). В 1855 году Н. И.

---

<sup>5</sup> Цит по: Лихачева Е.А. Материалы для истории женского образования: в 2 т. СПб., 1899-1901. Т.2. С.1-2

<sup>6</sup> Пирогов Н.И. Собрание сочинений в 8тт. Т. V. С. 517

Пирогов направил русских женщин, состоящих в общине сестер милосердия, в перевязочные пункты и полевые госпитали, расположенные в непосредственной близости от боевых действий. Н. И. Пирогов непосредственно руководил деятельностью сестер. Он составил инструкцию сестрам к исполнению обязанностей – «Сестрам Крестовоздвиженской общины для прочтения и исполнения». Из текста инструкции можно видеть, насколько широкий спектр работ выполняли сестры: «Сестры не должны полагать, что, приняв на себя три главные обязанности: хозяйек, аптекарш и перевязывающих, они уже ни о чем другом и не должны бы были заботиться, как только об исполнении одной из этих трех обязанностей. Нет, каждая из сестер,... должна непременно в то же самое время обращать внимание на все, касающееся до попечения о больных, и разделять... и других ее сверстниц»<sup>7</sup>. Каждая из сестер милосердия давала своеобразную клятву (обещание) «употреблять все свои силы на пользу раненых». Помимо профессиональных требований в работе, Н. И. Пирогов предъявлял к сестрам требования этического характера. Например, свободное время он рекомендовал тратить на нравственное совершенствование, «чтение нравственных и священных книг», избегать многословия и пустых разговоров на дежурстве, с лицами находиться в отношении «касающихся только до одной службы».

Однако в самом начале войны присутствие женщин на фронте одобрялось далеко не всеми. Один из армейских докторов, шокированный вначале этой идеей, изменил свою точку зрения, став свидетелем их героизма. Некоторые старшие офицеры возражали против деятельности Общины из соображений морали: по их мнению, присутствие женщин в армии вело только лишь к «интрижкам» и вследствие этого к распространению сифилиса. Более серьезной была оппозиция профессиональных медиков – непреодолимое сочетание традиционного военного бюрократизма и профессиональной ревности. Однако Н. И. Пирогов и его медсестры смогли пережить обрушившийся на них град насмешек и оскорблений. После того, как сестры милосердия, выполнив свой гражданский долг, вернулись домой, они были встречены с почестями и наградами за доблесть.

Н. И. Пирогов был чрезвычайно удовлетворен блестящими успехами своих подопечных. Позднее он писал, что на полях сражений во время Крымской войны «настоящее значение женщин я постиг позднее, при управлении общиной сестер.... Там я мог ежедневно убеждаться, присматриваться к их обдуманному суждению и аккуратным действиям, что мы не умеем ни достойно ценить, не разумно употреблять их природный такт и чувствительность»<sup>8</sup>. Он с радостью рассказывал об их нежности, способности стойко переносить страдания, а также об их «сверхчеловеческих трудах». Он был убежден, что Россия «полностью

---

<sup>7</sup> Пирогов Н.И. Собрание сочинений в 8тт. Т. V. С. 493

<sup>8</sup> Пирогов Н.И. Собрание сочинений в 8тт. Т. VI. С. 395

игнорирует чудные дарования наших женщин», и что «если женщина получит надлежащее образование и воспитание, то она сможет также хорошо устроить свою научную, художественную культурность, как мужчина»<sup>9</sup>.

Широкий отклик в обществе и периодической печати вызвала статья Н. И. Пирогова «Вопросы жизни», опубликованная в конце войны в «Морском сборнике»<sup>10</sup>. Н.И. Пирогов поднял проблему, связанную с положением женщин в современном обществе. По его словам, существующая система воспитания превращает женщин в кукол, лишенных воли и самостоятельности мышления. Используя яркие метафоры, ученый отмечал: «Воспитание, наряжая ее, выставляя напоказ для зевак, обставляет кулисами и заставляет ее действовать на пружинах, так как ему хочется. Ржавчина съедает эти пружины, а через щели истертых и изорванных от времени кулис она начинает высматривать то, что от нее так бережно скрывали»<sup>11</sup>. До этого времени те, кто претендовал на роль реформаторов женского образования, ставили перед собой лишь одну цель – наделить женщину тем количеством знаний, которое было бы достаточным для того, чтобы поддерживать разговор с мужем и следить за воспитанием детей. Наиболее свежая версия этого взгляда была выражена в появившейся незадолго до статьи Н.И. Пирогова работе медицинского и этического характера «Физиология женщины», написанной также русским врачом В. В. Дерикером. Автор полагал, что женщине для успешного выполнения функций жены, матери, домохозяйки (другого предназначения она не имела) необходимы хорошие базовые знания, но не более того.

Н. И. Пирогов признавал, что женщинам нужно хорошее образование, они нуждаются в развитии способности к независимым суждениям. Известный мыслитель считал женщин, на которых возложена обязанность воспитания молодого поколения, главными зодчими общества. Следовательно, чтобы представительницы «прекрасного пола» могли должным образом исполнять свое высокое назначение первых наставниц будущих граждан, необходимо кардинально изменить образование женщин всех сословий, сделать его равноценным мужскому. Эта публикация произвела переворот во взглядах российской публики на воспитание и образование женщин. Педагог, современник Н. И. Пирогова Д. Д. Семенов дал высокую оценку опубликованной статье: «Эта статья произвела совершенный переворот в наших взглядах на воспитание и образование... Ее читали и во дворце, и в бедных квартирах, и великосветские дамы, и скромные матери семейств»<sup>12</sup>. Н. И. Пирогов писал: «Итак, пусть женщины поймут свое высокое назначение в вертограде человеческой жизни. Пусть поймут, что они, ухаживая за

---

<sup>9</sup> Исторический вестник. 1886. Ноябрь. С. 276

<sup>10</sup> Пирогов Н.И. Вопросы жизни // Морской сборник. 1856. № 9 (июль). Т. XXIII.

<sup>11</sup> Там же с. 124

<sup>12</sup> Лихачева Е.О. Материалы для истории женского образования в России (1856-1880). Т. 4. Спб. 1901. С.17

колыбелью человека, учреждая игры его детства, научая его уста лепетать и первые слова и первую молитву, делаются главными зодчими общества... Не положение женщины в обществе, но воспитание ее, в котором заключается воспитание всего человечества, – вот что требует перемены. Пусть мысль воспитать себя для этой цели, жить для неизбежной борьбы и жертвований проникнет все нравственное существование женщины, пусть вдохновение осенит ее волю, – и она узнает, где она должна искать своей эмансипации»<sup>13</sup>. Ученый не призывал уравнивать женщин во всех правах с мужчинами. Он полагал, что разумнее поднять женское образование на более высокий уровень, а уже потом решать проблему равенства.

Статья Н. И. Пирогова стала знаковым событием, не только в отечественной публицистике, но и в обществе в целом, явившись той отправной точкой, с которой ведёт отсчёт российское движение в пользу эмансипации женщин и развития женского просвещения. С этого момента и далее проблема женского образования стала одной из «жгучих» тем в среде российской интеллигенции.

---

<sup>13</sup> Пирогов Н.И. Избранные педагогические сочинения. М., 1985. С. 51