

# ВЕСТНИК СМОЛЕНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ 2009, № 4

## МАТЕРИНСТВО И ДЕТСТВО

### **Учредитель**

Государственное образовательное учреждение высшего и профессионального образования  
«Смоленская государственная медицинская академия  
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

### **Журнал зарегистрирован в Министерстве печати РФ**

Рег. св. Эл № 77-6238 от 17.04.2002

### **Главный редактор**

И.В. Отвагин

### **Редакционная коллегия:**

А.Г. Грачева, А.С. Забелин, А.Н. Иванян, С.А. Касумьян, Л.В. Козлова, О.А. Козырев, А.В. Литвинов,  
В.А. Милягин, О.В. Молотков, В.Г. Плешков, В.А. Правдивцев, В.Н. Прилепская, А.А. Пунин,  
А.С. Соловьев, Я.Б. Юдельсон

### **Научный редактор**

А.Н. Иванян

### **Ответственный секретарь**

Л.С. Киракосян

### **Корректор**

В.Г. Иванова

### **Редакционный отдел**

В.М. Остапенко

### **Адрес редакции**

214019, Россия, Смоленск, ул. Крупской, 28,  
Смоленская государственная медицинская академия.  
Тел.: (4812) 55-02-75, факс: (4812) 52-01-51, e-mail:  
nau@sgma.info

Подписано в печать 22.12.2009 г.  
Формат 60×84/8. Гарнитура «Journal».  
Зак. № 10742. Тираж 250 экз.

### **Отпечатано**

в ОАО «Смоленская городская типография»,  
214000, г. Смоленск, ул. Маршала Жукова, 16,  
тел.: 59-99-07, 38-28-65, 38-14-53.

**ПОСВЯЩАЕТСЯ 15-ЛЕТИЮ  
КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА  
И ГИНЕКОЛОГИИ ФПК И ППС**

---

# АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

---

УДК 618 (09)

## К 15-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ФАКУЛЬТЕТА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

**А.Н. Иванян, Т.А. Густоварова, Г.Д. Бельская, Р.Р. Абузяров, Л.С. Киракосян**  
*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

1 января 1994 года при кафедре акушерства и гинекологии Смоленского государственного медицинского института был организован курс усовершенствования врачей, заведующим которого назначили доцента, кандидата медицинских наук Иваняна Александра Николаевича.

В июне 1994 года ученым советом СГМА принято решение об отделении курса от кафедры акушерства и гинекологии, а 1 ноября 1994 года курс акушерства и гинекологии ФУВ был преобразован в кафедру. Клиническими базами кафедры стали родильное и гинекологическое отделения, а также женская консультация МЛПУ «КБ № 1», гинекологическое отделение СОКБ.

Организатором и руководителем кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС, а также отделения оперативной гинекологии акушерско-гинекологической клиники МЛПУ «КБ № 1» является заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор Александр Николаевич Иванян, который возглавляет кафедру с момента ее основания до настоящего времени.

Первым коллективом кафедры были: профессор, доктор медицинских наук А.Н. Иванян, ассистент, кандидат медицинских наук С.Б. Крюковский, ассистент, кандидат медицинских наук Р.Р. Абузяров, старший лаборант М.Е. Данилова.

С 1995 года ассистентом, а с 2003 по 2005 год доцентом кафедры работала Т.И. Смирнова, в настоящее время доцент кафедры акушерства и гинекологии стоматологического и педиатрического факультетов СГМА.

С 2004 по 2005 год ассистентом кафедры работал Р.В. Парменов, который прошел интернатуру, затем клиническую ординатуру и очную аспирантуру на кафедре акушерства и гинекологии ФПК и ППС, в 2004 году защитил кандидатскую диссертацию.

В настоящее время на кафедре работает высококвалифицированный профессорско-преподавательский состав, включающий 3 докторов медицинских наук, профессоров (заведующий кафе-

дрой А.Н. Иванян, Т.А. Густоварова, Н.Ю. Мелехова), 6 кандидатов медицинских наук, 5 доцентов (Р.Р. Абузяров, Г.Д. Бельская, Л.С. Киракосян, Ю.В. Плешкова, Т.В. Грибко), 1 ассистента (А.П. Гордиловская). Ученые степени имеют 100% преподавателей. В качестве ассистентов-совместителей работают главный акушер-гинеколог Смоленской области кандидат медицинских наук И.М. Майорова, зав. гинекологическим отделением СОКБ О.В. Анисимова, врач отделения функциональной диагностики МЛПУ «КБ № 1» кандидаты медицинских наук М.Е. Данилова и И.И. Буцык.

На кафедре акушерства и гинекологии ФПК и ППС широко проводится послевузовская подготовка: клиническая интернатура, клиническая ординатура, аспирантура, профессиональная переподготовка, сертификационные циклы «Акушерство и гинекология» и циклы краткосрочного тематического усовершенствования:

«Кольпоскопия. Новые технологии в лечении патологии шейки матки»;

«Эндоскопия в гинекологии»;

«Реанимация новорожденных. Грудное вскармливание»;

«Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии»;

«Акушерство. Фантомный курс»;

«Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии»;

«Гистероскопия»;

«Оперативное акушерство и гинекология».

Обучение проходят врачи акушеры-гинекологи, неонатологи, педиатры, реаниматологи. Ежегодно повышают квалификацию 420 практических врачей из г. Смоленска и Смоленской области, а также из различных областей Юго-Западного региона России.

За 15 лет работы на кафедре было обучено 5734 врача, из них 4877 – на сертификационных циклах «Акушерство и гинекология».

На выездных сертификационных циклах обучение прошли 1632 человека: в г. Брянске – 557 врачей,

г. Липецке – 297, г. Калининграде – 412, г. Калуге – 362, г. Орле – 401.

На циклах краткосрочного тематического усовершенствования, которые проводятся как для врачей Смоленска и Смоленской области, так и для врачей ближайших регионов (Брянск, Орел, Калуга, Калининград), обучено 847 человек.

Профессиональную переподготовку на кафедре прошли 10 врачей.

При проведении учебного процесса особое внимание уделяется внедрению современных технологий, активных методов обучения (в том числе дистанционного обучения методом телекоммуникаций – организации телеконференций) и контроля знаний. Итоговый сертификационный экзамен, который проводится в 2 этапа (компьютерное тестирование и собеседование), показывает высокий уровень подготовки врачей акушеров-гинекологов.

Большое внимание на кафедре уделяется учебно-методической работе.

За 15 лет работы было выпущено 34 учебно-методических пособия по актуальным проблемам акушерства и гинекологии.

На кафедре акушерства и гинекологии ФПК и ППС проводится активная научная работа.

#### Основные научные направления НИР кафедры

- Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке.
- Внедрение органосохраняющих операций в акушерстве и гинекологии.
- Прогнозирование, ранняя диагностика, профилактика и лечение гнойно-септических заболеваний в акушерстве и гинекологии.
- Изучение качества жизни женщин при гинекологических заболеваниях и при доброкачественных заболеваниях молочной железы.
- Применение новых методов в диагностике и терапии патологии шейки матки.
- Использование новых методов в лечении гиперпластических процессов эндометрия.
- Изучение состояния репродуктивной функции при различной акушерско-гинекологической патологии.
- Клиника, диагностика, лечение анемии беременных.

Сотрудниками кафедры было издано 9 монографий:

- «Лазерное излучение в лечении больных с гнойно-септическими заболеваниями и ожогами», 1994 г.
- «Практика эффективного использования лазерного излучения в медицине», 1995 г.
- «Маленькие секреты использования лазерного излучения для профилактики и лечения гнойных ран», 1999 г.

– «Дренирование в хирургии, акушерстве и гинекологии», 2000 г.

– «Вирусные поражения гениталий у женщин», 2004, 2005, 2006 гг.

– «Панавир» (опыт применения в акушерстве и гинекологии), 2004 г.

– «Беременность и роды у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения», 2007 г.

– «Вирусные инфекции и патология репродукции», 2007 г.

– «Вирусные инфекции в акушерстве и гинекологии», 2009 г.

Первая кандидатская диссертация защищена соискателем А.Н. Багирли в 1995 году на тему «Инфракрасное лазерное излучение, иммобилизованные ферменты и прополис в профилактике и лечении гнойных послеоперационных ран в акушерско-гинекологической практике».

Первым очным аспирантом на кафедре акушерства и гинекологии ФПК и ППС была Иванова Татьяна Павловна, защитившая в 1998 году кандидатскую диссертацию на тему «Комплексная профилактика эндометрита после кесарева сечения».

Первая докторская диссертация защищена С.Б. Крюковским в 2002 году на тему «Послеоперационные гнойно-септические осложнения в акушерстве (прогнозирование, профилактика, ранняя диагностика и терапия)».

За время существования кафедры защищены 53 кандидатские и 3 докторские диссертации (2002 – С.Б. Крюковский; 2005 – Н.Ю. Мелехова; 2007 – Т.А. Густоварова).

В настоящее время на кафедре выполняются 13 кандидатских и 2 докторские диссертации.

Кафедра имеет тесные научные связи с НИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии (проф. В.Н. Прилепская); кафедрой акушерства и гинекологии Московского государственного медико-стоматологического университета (проф. И.Б. Манухин); Московским областным научно-исследовательским институтом акушерства и гинекологии (проф. В.И. Краснопольский, проф. Л.С. Логутова); кафедрой акушерства и гинекологии РГМУ (акад. РАМН, проф. Г.М. Савельева, проф. П.А. Клименко, проф. Л.Г. Сичинава, проф. Р.И. Шалина); кафедрой акушерства и гинекологии 1-го лечебного факультета ММА им. Сеченова (проф. В.М. Зуев).

31 кандидатская диссертация была защищена в диссертационном совете МГМСУ (председатель совета – проф. И.Б. Манухин).

В течение 15 лет кафедрой оказывается большая практическая и консультативная помощь органам здравоохранения.

Е.А. Косарева, находясь на должности главного акушера-гинеколога Смоленской области, по

совместительству работала ассистентом кафедры с 1995 по 2002 год. В 2001 году защитила кандидатскую диссертацию. И.М. Майорова – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии МЛПУ КБ № 1 с 1994 по 2002 год, с 2002 года – главный акушер-гинеколог Смоленской области. В 2004 году защитила кандидатскую диссертацию. По совместительству работает ассистентом кафедры. С 2002 года по настоящее время заместителем главного врача по акушерству и гинекологии МЛПУ КБ № 1 является Л.А. Лелеткина.

Профессор А.Н. Иванян является заведующим отделением оперативной гинекологии МЛПУ КБ № 1. В отделении ежегодно оказывается лечебная помощь более 1000 гинекологических больных с применением новейших медицинских технологий (лапароскопии, гистероскопии).

На базе родильного отделения и отделения оперативной гинекологии МЛПУ КБ № 1 трудятся проф. Т.А. Густоварова, доценты Г.Д. Бельская, Т.В. Грибко, Л.С. Киракосян, ассистенты А.П. Гордиловская, М.Е. Данилова.

В гинекологическом отделении СОКБ работают доценты Р.Р. Абузяров, Ю.В. Плешкова.

Все сотрудники кафедры участвуют в лечебном процессе, несут ночные дежурства, оказывают экстренную медицинскую помощь. Это имеет большое практическое значение в связи с профилем работы родильного дома, являющегося стационаром высокой степени риска и специализирующегося на оказании медицинской помощи беременным, страдающим тяжелой экстрагенитальной патологией, в том числе заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек, печени, крови, эндокринопатиями.

Совместная работа с органами здравоохранения включает ежедневное проведение утренних конференций и разбор сложных клинических случаев, клинико-анатомических конференций, участие в работе областных совещаний акушеров-гинекологов, где сотрудники кафедры выступают с докладами по актуальным проблемам акушерства и гинекологии.

Проводится экспертная работа по рецензированию случаев материнской и перинатальной смертности, а также текущая экспертная оценка оформления медицинской документации стационара и женской консультации.

Сотрудниками кафедры оказывается консультативная акушерско-гинекологическая помощь хирургическим, терапевтическим, неврологическому и инфекционному отделениям МЛПУ КБ № 1, а также неонатологическая помощь детскому инфекционному отделению МЛПУ КБ № 1, реанимационному

отделению и детскому хирургическому отделению ДО КБ.

По инициативе сотрудников кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС 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».

Врачи родильного дома активно занимаются научно-исследовательской работой. На кафедре акушерства и гинекологии ФПК и ППС выполнены кандидатские диссертации врачами МЛПУ КБ № 1 (И.И. Никифорович, Н.Н. Кондратенко, И.И. Буцык, Е.В. Болвачевой, О.Л. Щербаковой), докторская диссертация (Н.Ю. Мелеховой). В настоящее время заведующей отделением патологии беременных И.И. Никифорович выполняется докторская диссертация.

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;
- перитонизация швов на матке после консервативной миомэктомии лоскутом большого сальника;
- применение низкоинтенсивного лазерного излучения в послеродовом периоде для профилактики гнойно-септических осложнений;
- новые методики деструктивного лечения патологии шейки матки.

Подводя итог 15-летней работы кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС, можно отметить, что за этот сравнительно короткий отрезок времени достигнуты большие успехи. На сегодняшний день имеются хорошая клиническая база с современным оборудованием и высококвалифицированный кадровый потенциал для дальнейшего проведения педагогической, научно-исследовательской работы и оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи на высоком уровне. Кафедра продолжает развиваться и совершенствоваться.

УДК 618.1-084:613.63.65-055.2

## ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У РАБОТНИЦ ФГУ «АВАНГАРД» г. САФОНОВА СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.М. Рощина, Т.А. Густоварова, А.Н. Иванян, Л.С. Киракосян  
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

По данным ВОЗ, состояние здоровья населения на 20–30% зависит от решения экологических проблем. Репродуктивная функция женского организма особо чувствительна к воздействию вредных факторов любой, даже малой интенсивности. Нами проведено изучение особенностей течения беременности и родов у работниц ФГУ «Авангард» г. Сафонова Смоленской области. На предприятии используются следующие токсические вещества: фенол, толуол, оксид углерода, двуокись серы, бензин, ацетон, смолы, этанол.

Было проведено обследование 215 беременных в период с 2005 по 2007 год. Основную группу составили 20 пациенток – работниц предприятия. В контрольную группу вошли 195 женщин, работающих в системе образования, здравоохранения, обслуживания, управления, домохозяйки.

Средний возраст пациенток составил  $25 \pm 4,16$  года. У женщин основной группы стаж работы на предприятии составил от 6 мес до 8,5 года. У каждой второй пациентки основной группы и у каждой третьей контрольной выявлен отягощенный гинекологический анамнез. Следует отметить, что у пациенток, работающих на предприятии, преобладали воспалительные заболевания гениталий, миома матки, нарушения менструальной функции, бесплодие, заболевания шейки матки по сравнению с контрольной группой. Неразвивающаяся беременность в анамнезе отмечена у 10% работниц предприятия и только у 3,5% – в контрольной группе, самопроизвольные выкидыши встречались у 10 и 4,1% соответственно.

Репродуктивная функция женского организма особенно чувствительна к воздействию вредных факторов любой, даже малой интенсивности. Неоспоримо, что состояние организма женщины, на фоне которого наступила беременность, имеет важное значение для ее течения.

В структуре экстрагенитальной патологии в обеих группах преобладала анемия, частота которой в основной группе была выше (75,0%), чем в контрольной (63,5%). В 2 раза чаще у работниц предприятия встречались заболевания сердечно-сосудистой системы и уrogenитального тракта. Заболевания щи-

товидной железы отмечались у 10% беременных в основной группе и у 6,1% – в контрольной группе.

При анализе течения настоящей беременности угроза невынашивания осложняла беременность у каждой четвертой работницы предприятия, которая находилась на стационарном лечении от 2 до 4 раз. В контрольной группе данное осложнение отмечено у 17,5%. Фетоплацентарная недостаточность выявлялась у каждой второй пациентки основной группы, в группе сравнения лишь у каждой четвертой. Частота преждевременных родов в основной группе в 2 раза была выше, чем в контрольной (5,0 и 2,5% соответственно). Перенесенные острые респираторно-вирусные инфекции при данной беременности отмечали более 30% женщин основной группы, причем у половины из них имелись два и более эпизодов заболевания. Течение беременности у работниц предприятия чаще осложнялось тяжелыми формами гестозов по сравнению с контрольной группой, где преобладали легкие формы. Так, гестозы тяжелой степени были выявлены у 5,0% беременных в основной группе и только у 0,5% – в контрольной. У большинства пациенток обеих групп беременность закончилась самопроизвольными родами, частота кесарева сечения в обеих группах не превышала 12,0%.

Перинатальные исходы также показали неблагоприятное воздействие вредных факторов производства на плод. У 5,0% работниц предприятия беременность закончилась антенатальной гибелью плода, обусловленной врожденными пороками развития. В контрольной группе данное осложнение было выявлено у 0,5% пациенток.

Таким образом, можно отметить, что у беременных, которые имели контакт на предприятии с вредными факторами, отмечалось их патологическое влияние на течение беременности, родов и перинатальные исходы. Данных пациенток следует относить к группе риска по развитию акушерских осложнений. Необходимо исключать контакт беременных с вредными производственными факторами с самых ранних сроков беременности, а также своевременно проводить лечебно-профилактические мероприятия как до, так и во время беременности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Репродуктивное здоровье и планирование семьи: социально-медицинские аспекты / О.В. Богатырева, Т.К. Иркина // Репродуктивное здоровье: Руководство для врачей. – К., 1999. – С. 5–8.
2. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство / Под ред. проф. В.К. Чайки. – Донецк: ООО «Альматео», 2001. – 608 с.

УДК 618.514-005.1

## ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ГИСТЕРЭКТОМИИ

**Н.Е. Азаренкова, А.Н. Иванян, Г.Д. Бельская**

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Проблема остановки акушерских кровотечений и надежного гемостаза в оперативном акушерстве остается актуальной, поскольку их частота, по данным различных авторов [1, 7, 8, 9, 11, 15], колеблется от 2,7 до 8% по отношению к общему числу родов. При этом массивные кровотечения, сопровождающиеся развитием геморрагического шока, составляют 0,02%. Причины развития кровотечений в послеродовом периоде по частоте встречаемости в настоящее время распределяются следующим образом: гипотония матки, травмы матки и родовых путей, коагулопатия [1, 7, 8, 11]. По данным Государственной статистики, кровотечения занимают одно из ведущих мест среди причин материнской смертности, составляя 12,5–18,2%, причем, по мнению экспертов, до 87,2% случаев летальности были предотвратимы.

Многочисленные работы как отечественных, так и зарубежных исследователей посвящены современным методам купирования кровотечений, уменьшения кровопотери, возможности сохранения фертильной и менструальной функций. До сих пор не утихает дискуссия по поводу акушерской тактики. То, что раньше не подлежало сомнению, сейчас оценивается критически. Стремление к сохранению матки позволило выработать компромиссные концепции.

Алгоритм действий при развитии кровотечения включает объективную оценку кровопотери и выявление нарушений гемостаза, мероприятия по остановке кровотечения и адекватную инфузионно-трансфузионную терапию (восполнение ОЦК крахмалом и изотоническим раствором при ограничении всех кровезаменителей).

На первом этапе проводятся мероприятия, направленные на сокращение матки при ее гипотонии: это ручное обследование полости матки и бимануальная компрессия, введение утеротоников (простогландинов, в том числе мизопростола), клеммирование

маточных артерий по Бакшееву; сдавление брюшной аорты; введение внутриматочного гемостатического баллона. Проводятся ушивание разрывов мягких тканей при травме и коррекция системы гемостаза.

На втором этапе осуществляется лапаротомия, клеммирование и перевязка маточных и яичниковых артерий, при появлении тонуса матки – гемостатические компрессионные швы на матку («рюкзачный» и/или «опоясывающий»), при продолжающемся кровотечении – перевязка внутренних подвздошных артерий, при отсутствии эффекта – гистерэктомия. В клиниках, где имеется соответствующее оборудование, возможно проведение ангиографической эмболизации сосудов матки (ЭМА) [2, 3, 5, 6, 9, 12, 13, 14].

В настоящее время при возникновении массивных послеродовых кровотечений или кровотечения во время кесарева сечения нередко выполняется экстренная гистерэктомия, которая не только приводит к потере репродуктивной и менструальной функций, но и сопровождается значительными сдвигами в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, неблагоприятно влияет на кровоснабжение, иннервацию, лимфатическую систему малого таза. С учетом этих недостатков в последние годы все чаще предлагается использовать при кровотечениях перевязку маточных артерий. Сама идея перевязки восходящих ветвей маточной артерии не нова. Многие отечественные авторы (Снегирев В.Ф., Алтухов Н., 1907; Никольский А.М., 1912; Губарев А.П., 1928) еще в начале прошлого века в своих работах описали технику данной операции при маточных кровотечениях различной этиологии в случае неэффективности других способов лечения. Показаниями для перевязки маточных артерий в акушерстве являются главным образом кровотечения в послеродовом периоде вследствие гипотонии матки.

Waters (1952) описал перевязку маточных артерий с хорошими результатами при 8 случаях серьезных

кровотечений в послеродовом периоде. Автор считает, что предпочтительна временная перевязка кетгуттом для последующей реканализации маточных артерий. Некоторые авторы производили одновременную перевязку маточных артерий, воронко-тазовых и круглых связок или артерии яичников и матки.

Е. Александров (1962) и J.L. O'Leary (1966) считали, что перед тем как приступить к гистерэктомии при атонических кровотечениях, рекомендуется в первую очередь испытать эффект хирургического гемостаза артерии матки, так как при помощи этой простой операции можно спасти не только жизнь больной, но и функции матки. В 60-е годы М.И. Лаптевым двусторонняя перевязка маточной артерии была выполнена по поводу послеродового атонического кровотечения, а А.Н. Деминым – по поводу интенсивного кровотечения при кесаревом сечении. У всех пациенток перевязка маточной артерии привела к остановке кровотечения, и в послеоперационном периоде каких-либо осложнений не наблюдалось.

К. Fahmy (1987) выполнил двустороннюю перевязку маточной артерии у 25 пациенток с профузным послеродовым кровотечением. У 20 из них (80%) был достигнут успешный гемостаз.

S.A. Abd Rabbo (1994) описывает технику поэтапной деваскуляризации матки для купирования послеродового кровотечения. Ступенчатая деваскуляризация была применена автором у 103 пациенток. Эта техника включает 5 этапов. Если кровотечение не останавливается одним этапом, предпринимается следующий, и так до остановки кровотечения. Этими этапами являются: 1) односторонняя перевязка маточной артерии; 2) двусторонняя перевязка маточных сосудов; 3) перевязка нисходящих ветвей маточной артерии; 4) односторонняя перевязка яичниковой артерии; 5) двусторонняя перевязка яичниковых артерий. Данная процедура оказалась эффективной в стопроцентных случаях, гистерэктомии не потребовалось. Осложнений не выявлялось. У пациенток в последующем наблюдался нормальный менструальный цикл и были беременности.

J. Salvat и соавт. (2002) рекомендуют перевязку маточной артерии для остановки тяжелого послеродового кровотечения. По мнению авторов, последовательная перевязка маточных и яичниковых артерий имеет 100%-ный успех, в то время как перевязка внутренних подвздошных артерий может обеспечить успех в 66% случаев. Авторы наблюдали более 50

беременностей у пациенток после перевязки маточных артерий. Перевязка маточных сосудов позволяет сохранить матку, репродуктивную функцию, а также жизнь пациентки.

J.A. O'Leary (1995) описывает успешный 30-летний клинический опыт применения двусторонней перевязки восходящей ветви маточной артерии у 265 пациенток по поводу массивного кровотечения при кесаревом сечении. Автор убежден, что эффективность этой техники делает ее хорошей альтернативой перевязке внутренней подвздошной артерии и предотвращает необходимость гистерэктомии.

Использование перевязки артерий с целью остановки маточных кровотечений имеет ряд преимуществ по сравнению с более часто выполняемой в таких случаях экстренной гистерэктомией. Помимо сохранения фертильности перевязка сопровождается меньшей частотой послеоперационных осложнений и требует меньше времени на ее выполнение (для хирургов, владеющих данной техникой). Экстренная экстирпация матки может сопровождаться травмой мочеточника или мочевого пузыря. При применении вместо гистерэктомии перевязки сосудов можно избежать повреждения мочевого пузыря, гематомы, послеоперационных спаек и опущения стенок влагалища. Вместе с тем при выполнении перевязки внутренней подвздошной артерии возможны такие осложнения, как повреждение мочеточника, повреждение подвздошной вены, случайная ошибочная перевязка наружной подвздошной артерии, тогда как перевязка восходящей ветви маточной артерии технически более проста и крайне редко сопровождается подобными осложнениями.

Таким образом, имеющиеся в литературе данные свидетельствуют о высокой эффективности перевязки маточной артерии при акушерских гипотонических кровотечениях. Заслуживающей внимания представляется возможность применения перевязки маточной артерии с профилактической целью для предотвращения массивной кровопотери при выполнении кесарева сечения с высоким риском развития кровотечения, например при гестозе, многоплодии, крупном плоде, многоводии, аномалиях прикрепления плаценты, сопутствующей миоме матки, соматической патологии. Перевязка маточной артерии приводит к ишемии матки, уменьшению кровопотери и, таким образом, позволяет избежать гистерэктомии и сохранить пациентке репродуктивную функцию.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерские кровотечения / Хашукоева А.З. [и др.] // Лечащий врач. – 2004. – № 10.
2. Fahmy K. Uterine artery ligation to control postpartum hemorrhage // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* – 1987. – Vol. 25. – № 5. – P. 363–367.
3. Abd Rabbo S.A. Stepwise uterine devascularization: a novel technique for management of uncontrolled postpartum hemorrhage with preservation of the uterus // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1994. – Vol. 171. – № 3. – P. 694–700.



УДК 618.514-005.1

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРЕВЯЗКИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ МАТКИ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Н.Е. Азаренкова, А.Н. Иванян, Г.Д. Бельская

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

За всю историю развития акушерства одним из самых грозных осложнений остается кровотечение, возникающее во время беременности, в родах или послеродовом периоде. Мероприятия, направленные на остановку кровотечения, имеют определенную последовательность и на последнем этапе, как правило, заканчиваются экстирпацией матки. В связи с этим в настоящее время все большее внимание уделяется разработке органосберегающих методов хирургического лечения [1–11].

Учитывая важность проблемы профилактики и лечения акушерских кровотечений для сохранения репродуктивной функции женщин фертильного возраста, с 2005 года в родильном отделении МЛПУ «КБ № 1» г. Смоленска в сотрудничестве с кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС СГМА под руководством доктора медицинских наук, профессора А.Н. Иваняна в практику внедрено лигирование магистральных сосудов матки с целью гемостаза.

За период с 2005 по 2009 год частота кровотечений составила 4,1%, при этом массивных кровотечений было 0,45% от общего количества родов. Перевязка магистральных сосудов матки произведена 13 пациенткам. В одном случае данное оперативное вмешательство проведено пациентке после родов через естественные родовые пути по поводу массивного гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде при отсутствии эффекта от проведенных консервативных мероприятий. Остальные 12 пациенток родоразрешались путем операции кесарева сечения.

Основными показаниями к проведению операции кесарева сечения были аномалии родовой деятельности, такие как упорная первичная и вторичная слабость, неподдающиеся медикаментозной коррекции внутривенным подведением утеротоников (окситоцина и энзапроста) в нарастающей дозировке (54% пациенток), а также клинически узкий таз II–III ст. несоответствия (в 23% случаев). Более чем у половины пациенток (54%) вес плода превышал 4 килограмма.

Основной причиной кровотечения во время операции было нарушение сократительной деятельности матки – ее гипотония. Однако следует отметить, что у трети рожениц наблюдался гестоз разной степени тяжести, сопровождавшийся хроническим ДВС-

синдромом с возможным развитием коагулопатического кровотечения в родах.

В двух клинических случаях перевязка магистральных сосудов матки проведена профилактически – с целью уменьшения возможной кровопотери пациенткам с множественной миомой матки и гестозом тяжелой степени. При этом интраоперационная кровопотеря составила 800 мл.

Из существующего многообразия методик применялась «трехэтажная» перевязка сосудов матки в поперечном направлении с обеих сторон. Матка прошивалась по ребру большой атравматической иглой с кетгутовой нитью через всю толщу миометрия. При этом лигировалась восходящая ветвь маточной артерии путем прошивания маточного угла трубы и собственной связки яичника, маточной артерии на уровне нижнего сегмента матки. При продолжающемся кровотечении накладывалась лигатура на уровне внутреннего зева в зоне бифуркации маточной артерии на восходящую и нисходящую ветви.

В 10 случаях (77% пациенток) операция перевязки сосудов матки привела к эффективной остановке кровотечения. Величина кровопотери составила от 1 до 2,4 литра.

У 3 родильниц (23%) добиться остановки кровотечения путем лигирования магистральных сосудов не удалось. Величина кровопотери у пациенток данной группы составила 3–5 литров. Объем операции был расширен, проведены экстирпация матки без придатков и перевязка внутренней подвздошной артерии в одном случае.

Таким образом, перевязка магистральных сосудов матки является высокоэффективным методом терапии послеродовых гипотонических кровотечений. Следует также отметить, что перевязка сосудов матки, даже в случае дальнейшего расширения объема операции и перехода к гистерэктомии, позволяет уменьшить величину кровопотери до операции и во время экстирпации матки, качественно восполнить объем циркулирующей крови, улучшая таким образом прогноз для жизни пациентки.

Приведем описание клинического случая массивной акушерской кровопотери в объеме 5 литров, завершившегося благоприятно для жизни пациентки.

Пациентка Р. 28 лет поступила в родильное отделение МЛПУ «КБ № 1» с предвестниками родов в сроке беременности 40–41 нед.

Из анамнеза: перенесенные заболевания – ожирение II ст., хронический бронхит, НЦД по смешанному типу.

Гинекологический анамнез: данная беременность 4-я. Две предыдущие беременности закончились самопроизвольными выкидышами в сроке беременности 8 недель, одна – срочными родами с весом плода 3100 г.

Особенности течения беременности: дважды за беременность пациентка находилась на стационарном лечении по поводу угрозы прерывания беременности (в 7 и 35 недель). Периодически в течение беременности проводилась санация кандидозного кольпита.

Предполагаемая масса плода – 4300 г. Размеры таза: 27–31–36–23 см.

Был составлен план ведения родов через естественные родовые пути при строгом наблюдении за вставлением и продвижением головки, при выявлении клинически узкого таза II–III ст. несоответствия планировалось закончить роды путем операции кесарева сечения.

После преждевременного излития околоплодных вод и создания глюкозо-гормонального фона по ускоренной схеме по поводу первичной слабости родовой деятельности проводилась родостимуляция окситоцином внутривенно капельно в нарастающей дозировке. При открытии шейки матки на 8 см были выявлены признаки клинически узкого таза II степени несоответствия (задний вид, высокое прямое стояние стреловидного шва, симптом Вастена «вровень»), в связи с чем роды завершены экстренной операцией кесарева сечения. Родился живой крупный мальчик весом 4100 г с оценкой по шкале Апгар 8 баллов, через 5 минут – 8 баллов.

Во время операции разрез на матке продлился вниз на 5 см, ушивался отдельными ПГА-швами. Развилось гипотоническое кровотечение, по поводу которого вводились утеротоники (окситоцин, энзапрост), произведены прошивание плацентарной площадки, перевязка магистральных сосудов матки в три этажа, однако кровотечение продолжалось. Кровопотеря к данному моменту достигла 1400 мл. Решено было расширить объем оперативного вмешательства, произведена экстирпация матки без придатков. В результате проведенного лечения

удалось достичь гемостаза при общей кровопотере 3 литра. Пациентка оставлена на продленной ИВЛ. Как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде пациентка получала массивную инфузионно-трансфузионную терапию, включающую ГЭК, кристаллоиды, препараты крови – СЗП, эритроцитарную массу. Проводилось комплексное лечение декомпенсированного обратимого геморрагического шока, ДВС-синдрома, полиорганной недостаточности.

Через 12 часов после экстирпации матки состояние пациентки резко ухудшилось, по дренажу из брюшной полости в течение 30 минут выделилось около 500 мл крови, через переднюю брюшную стенку пальпировалось туго-эластичное образование. С диагнозом гематома забрюшинного пространства пациентка взята на релапаротомию, произведены перевязка внутренних подвздошных артерий, опорожнение гематомы забрюшинного пространства, санация и дренирование брюшной области. Общая кровопотеря составила 5 литров. На пике кровопотери показатели красной крови, по данным анализов: эритроциты  $2,0 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин 49 г/л, гематокрит 17%.

В послеродовом послеоперационном периоде пациентка получала комплексное лечение полиорганной недостаточности вследствие перенесенной массивной кровопотери, проводились неоднократные инфузии компонентов крови. За 1-е сутки послеоперационного периода общий объем инфузии составил 19 литров 200 мл, из них СЗП – 3,4 литра, препаратов красной крови (эритроцитарная масса, отмые эритроциты) – 1650 мл.

В результате лечения родильница выписана в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки домой с ребенком. Общий анализ крови при выписке: эритроциты  $3,0 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин 87 г/л, гематокрит 31%.

Наш опыт позволяет сделать вывод о том, что благодаря своевременному и адекватному восполнению кровопотери, продуманному алгоритму оперативного вмешательства, высокой квалификации врачей, владению ими методами оперативной остановки кровотечения, в том числе и техникой перевязки магистральных сосудов матки, удалось сохранить жизнь пациентки с практически 100%-ной потерей ОЦК.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Uterine artery ligation to control postpartum hemorrhage / Fahmy K., // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* – 1987. – Vol. 25, № 5. – P. 363–367.
2. Abd. Rabbo S. A. Stepwise uterine devascularization: a novel technique for management of uncontrolled postpartum hemorrhage with preservation of the uterus // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1994. – Vol. 171. – № 3. – P. 694–700.
3. Hebisch G. Vaginal uterine artery ligation avoids high blood loss and puerperal hysterectomy in postpartum hemorrhage // *Obstet. Gynecol.* – 2002. – Vol. 100. – № 3. – P. 574–578.

УДК 618.3-056.52

## АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

В.Н. Покусаева, О.В. Масютина, И.В. Нечаевская

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики

При наступлении беременности на фоне избыточного веса значительно повышается риск патологического течения беременности, родов, послеродового периода, увеличивается частота преждевременного прерывания беременности, рождения детей с различными нарушениями. Особенностью всех осложнений является раннее начало, упорное течение и неэффективность проводимой терапии, что ведет к увеличению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [3, 4, 6, 7].

До 30% молодых женщин репродуктивного возраста страдают ожирением, поэтому актуальной представляется проблема выяснения его влияния на акушерские и перинатальные исходы, возможность эффективной профилактики этих осложнений [1, 5, 7].

С этой целью нами проведено обследование 145 пациенток, наблюдавшихся в женских консультациях КБ СМП и поликлиники № 4 г. Смоленска. Накануне наступления беременности 58 из них имели избыточную массу тела (ИМТ 25–30) или ожирение (ИМТ более 30) (основная группа) и 87 – исходно нормальную массу тела (ИМТ 19–25) (контрольная группа).

При обследовании использовались антропометрия, в том числе измерение основных жировых складок (калиперометрия), клинико-лабораторное и акушерское обследование, ультразвуковая фето- и плацентометрия, доплеровское и кардиотокографическое исследование.

Проведенный анализ анамнестических данных выявил высокую частоту факторов риска наследственного, социально-биологического и соматического характера у пациенток с избыточной массой тела и ожирением. Эпизоды гипертензии или стойкого повышения артериального давления до беременности имелись у половины беременных (26–45,8 и 10–12,6% соответственно в основной и контрольной группах), бесплодие и нарушения менструальной функции (7–12,5 и 2–1,9% соответственно). Обращает на себя внимание, что течение предыдущей гестации у большинства женщин с избыточной массой тела было осложненным: невынашивание (16–29,6%) и гестозы (24–43,6%) встречались значительно чаще, чем при исходно нормальном ИМТ (4–3,8 и 24–29,3%).

Несмотря на то что анализ течения настоящей беременности у женщин изучаемых групп также выявил высокую частоту осложнений, следует отметить, что первая половина беременности у этих пациенток сопро-

вождалась ранним токсикозом примерно с такой же частотой (у 13–23,0%), как и в контроле (у 16–18,4%). В то же время снижение веса, связанное с токсикозом, при ожирении и избытке массы тела отмечалось реже, чем в контроле (4–30,7 и 7–43,7% соответственно). Сходная тенденция прослеживается и в отношении угрозы невынашивания в первой половине беременности (24 и 32% соответственно). Однако интересно, что, по данным УЗИ, доклинические признаки угрозы прерывания все же чаще наблюдались у женщин с избыточной массой тела, чем у пациенток с нормальным весом (у 23–40,0 и 18–21,0% соответственно). Возможно, назначение профилактических мероприятий в группе женщин с факторами риска (ожирение) позволило купировать угрозу прерывания на доклинической стадии [1, 3, 4, 5].

С увеличением срока гестации количество диагностированных осложнений возрастало.

Одним из наиболее частых и тяжелых осложнений беременности у женщин с ожирением был гестоз (46–80,6%). Риск развития гестоза у тучных женщин в 2,5 раза выше по сравнению с пациентками, имеющими нормальную массу тела (23–27,0%). Это подтверждают данные большинства авторов, отмечающих, что ожирение является отрицательным преморбидным фоном для формирования гестоза [1, 2, 6, 7].

В ходе исследования установлено более раннее клиническое проявление гестоза по срокам гестации в основной группе (табл. 1). Так, у беременных с ожирением гестоз развивался обычно на 30–31-й неделе, протекал преимущественно с отеками и гипертонзией, имел длительное и часто резистентное к проводимой терапии течение. У беременных, не страдающих ожирением, отмечалось более позднее начало гестоза на 33–34-й неделе.

Таблица 1. Сроки манифестации клинических проявлений гестоза

Срок появления гестоза	Основная группа				Контрольная группа	
	ИМТ 26–30		ИМТ >30		ИМТ 19–25	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 30 нед.	2	6,8	2	11,7	1	4,3
31–32-я нед.	7	24,1	9	52,9	3	13,0
33–34-я недели	9	31,0	4	23,5	6	26,0
После 35-й нед.	11	37,9	2	11,7	13	56,6

В ходе исследования был также проанализирован гестационный прирост массы тела. Согласно мнению большинства исследователей, патологический прирост массы тела рассматривается как один из значимых симптомов, указывающих на возможное формирование гестоза (табл. 2) [4, 5, 6, 7].

Таблица 2. Распределение пациенток в зависимости от прибавки массы тела

Величина прибавки массы тела, кг	Основная группа				Контрольная группа	
	ИМТ 25–30		ИМТ > 30		ИМТ 19–25	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
6–8	9	25,0	5	22,7	11	12,6
8–12	19	52,7	13	59,1	57	65,5
>12	8	22,2	4	18,2	19	21,8

Результаты таблицы 2 демонстрируют, что пациентки с ожирением в подавляющем большинстве наблюдений (2/3 беременных) набирают лишние килограммы. В этой же группе наиболее часто встречается гестоз (табл. 3), причем вероятность его увеличивается при патологической прибавке массы тела.

Таблица 3. Соотношение беременных с гестозом на фоне прироста массы тела

Величина прибавки, кг	Основная группа				Контрольная группа	
	ИМТ 25–30		ИМТ > 30		ИМТ 19–25	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
6–8	4	44,4	3	60,0	–	–
8–12	17	89,5	10	76,9	9	15,7
>12	8	100,0	4	100,0	14	73,7

Тяжесть гестационного процесса также нарастала с увеличением степени ожирения. Тяжелые формы гестоза у женщин с ожирением встречались в 3 раза чаще, чем у беременных с нормальной массой тела.

Таблица 4. Распределение пациенток в зависимости от тяжести клинических проявлений гестоза

Степень тяжести гестоза	Основная группа				Контрольная группа	
	ИМТ 26–30		ИМТ > 30		ИМТ 19–25	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Легкая	11	91,6	27	79,4	21	91,3
Средняя	1	8,4	5	14,7	2	8,6
Тяжелая	–	–	2	5,8	–	–

Во второй половине беременности выкидыши произошли у 2 (3,4%), преждевременные роды – у 5 (9,4%) женщин с ожирением. В контрольной группе частота преждевременного прерывания беременности была в 15 раз меньше (6–7%).

Заслуживает внимания высокая частота фетоплацентарной недостаточности, в том числе проявлявшейся СЗРП у беременных с ожирением. Фетоплацентарная недостаточность выявлена у 11 (19,3%) беременных с избыточной массой тела и у 9 (10,6%) в контрольной группе. СЗРП диагностирован соответственно у 4 (6,8%) и 3 (3,4%).

На протяжении беременности в основной группе беременных чаще выявлялось как многоводие (12–20,6%), так и маловодие (9–15,5%). В контрольной группе эти показатели составили соответственно 9–10,5 и 5–5,8%.

Анализ течения родового акта показал, что наиболее частым осложнением родов у пациенток с ожирением было несвоевременное излитие околоплодных вод – у 17 (29,3%), этому, вероятно, способствуют морфологические изменения, возникающие вследствие метаболических расстройств и сдвигов гормональной регуляции в системе мать – плацента – плод у беременных с ожирением. Травмы мягких тканей родовых путей отмечены у 19 (32,7%). Аномалии родовой деятельности, связанные у тучных женщин со снижением сократительной способности мускулатуры матки вследствие гормонального дисбаланса, встречались у 12 (21%).

Величина кровопотери в родах у женщин с ожирением, по данным литературы, в 1,5 раза выше, чем при нормальной массе тела, а кровотечения развиваются даже при проведении профилактических мероприятий в 1,7 раза чаще [1, 2, 4, 5]. В нашем исследовании гипотонические кровотечения развились у 2 (3,4%) пациенток основной группы, ручное вхождение в матку по поводу дефектов плаценты произведено у 12 (20,6%).

В контрольной группе все осложнения родов встречались реже: несвоевременное излитие околоплодных вод – у 16 (18,3%), травмы мягких тканей родовых путей – у 13 (14,9%), аномалии родовой деятельности – у 5 (5,7%), гипотоническое кровотечение – у 4 (4,5%) пациенток.

Женщины, имевшие избыток массы тела, чаще родоразрешались путем операции кесарева сечения, что связано с наличием осложнений беременности, родов, а также отягощенного акушерского анамнеза у этих пациенток (18–31,5 и 11–12,9% соответственно).

Общая продолжительность родов, закончившихся через естественные родовые пути, оказалась примерно одинаковой в обеих исследуемых группах.

Таким образом, полученные нами данные позволяют рассматривать ожирение как фактор высокого риска акушерского и перинатального неблагополучия, особенно во второй половине беременности и в родах. Крайне неблагоприятным фактором является не только само ожирение, но и патологическая прибавка массы тела при беременности. В связи с этим среди пациенток с ожирением необходимо особенно тщательно проводить разъяснительные беседы о правильном питании и рациональной физической активности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Артериальная гипертензия у беременных при различной экстрагенитальной патологии / В. М. Гурьева и др. // Рос. вестник акуш. и гинек. – 2006. – № 1. – С. 61–63.
2. Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии / А.Д. Макацария и др. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 480 с.
3. Мальцева Н.А. Особенности первого триместра беременности у женщин с нарушением жирового обмена: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Мальцева. – М., 2008. – 24 с.
4. Прилепская В.Н. Патогенетические аспекты ожирения и нарушения репродуктивной функции женщины / В.Н. Прилепская, Е.В. Цаллагова // Акуш. и гинек. – 2006. – № 5. – С. 51–55.
5. Adult weight change, weight cycling and prepregnancy obesity in relation to risk of preeclampsia / I.O. Frederik et al. // Epidemiology. – 2006. Jun. – Vol. 17. – № 4. – P. 428–434.
6. Cedergren M. Effects of gestational weight gain and body mass index on obstetric outcome in Sweden / M. Cedergren // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2006, Apr. – Vol. 12. – P. 345–346.
7. Fiala J.E. The influence of body mass index on pregnancy outcomes / J.E. Fiala, J.F. Egfn, M. Lashgari // Clin. Med. – 2006. Jan. – Vol. 70, № 1. – P. 21–23.

УДК 618.3:616.379-008.64

## ПРОБЛЕМА САХАРНОГО ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ НА ПРИМЕРЕ РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЛПУ «КБ № 1» Г. СМОЛЕНСКА

**К.О. Юшко, Т.И. Смирнова, И.С. Дмитроченкова**

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра акушерства и гинекологии педиатрического  
и стоматологического факультетов*

В последнее десятилетие отмечается быстрый рост больных сахарным диабетом (СД). Эта патология имеет важное социально-экономическое значение в связи с высоким уровнем временной нетрудоспособности, инвалидности, высокой частотой преждевременной смертности. К 2010 году в мире будет более 230 млн. страдающих этим хроническим заболеванием, причем истинная распространенность СД и его осложнений в 3–4 раза превышает официально зарегистрированную.

В настоящее время в Российской Федерации отчетливо прослеживается та же тенденция, в том числе среди женщин репродуктивного возраста. Учитывая данные статистики, можно предположить, что в недалеком будущем у полумиллиона женщин России беременность будет протекать на фоне СД. Это связано как с заметным увеличением заболеваемости сахарным диабетом, так и со значительным расширением показаний к сохранению беременности у этой категории больных вследствие эффективности проводимой инсулинотерапии.

Гестация сопровождается существенными изменениями метаболизма глюкозы: наблюдаются гиперинсулинемия, гипогликемия натощак, а также склонность к кетоацидозу и появление инсулинорезистентности во второй половине беременности.

В многочисленных исследованиях показано, что беременность и сахарный диабет взаимно отягощают течение друг друга, а внутриутробная гибель плода возможна и при рациональной тактике ведения беременности. На сегодняшний день принято считать, что беременность допустима только на фоне адекватной компенсации сахарного диабета, так как от нее, а также от длительности и тяжести сахарного диабета зависит риск осложнений.

Одним из показателей адекватной компенсации сахарного диабета является содержание гликозилированного гемоглобина в крови беременных. Для нормального развития плода необходимо, чтобы этот показатель был менее 6,4%.

В различных исследованиях показано, что высокий уровень гликозилированного гемоглобина в крови женщин в первом триместре беременности (когда происходит закладка внутренних органов плода) коррелирует с более высокой частотой врожденных дефектов развития у новорожденных и самопроизвольных аборт.

В связи с лабильностью течения СД при беременности поддержание компенсации у больных женщин оказывается трудной задачей. Очень важны совместные усилия акушера-гинеколога, эндокринолога и не в последнюю очередь самой больной.

**Целью данного исследования** явилось изучение проблемы сахарного диабета у беременных на примере родильного отделения МЛПУ «Клиническая больница № 1» г. Смоленска.

При сравнительном анализе изменений основных показателей работы стационара за 10 лет (в период с 1998 по 2008 год) нельзя не отметить рост экстрагенитальной патологии у беременных, рожениц и родильниц (с 56,6 до 64,7%), которым уделяется особое внимание в данном лечебном учреждении. Как правило, они заблаговременно госпитализируются в отделение патологии беременности для комплексного обследования, консультации специалистами, составления плана ведения беременности и родов.

Обращает на себя внимание увеличение в стационаре количества пациенток с сахарным диабетом, что отражает общую тенденцию в популяции по данному заболеванию. Если в 2005 году доля беременных с СД составляла 1,49%, то в 2008 году эта цифра составила уже 2,27%.

*Таблица 1. Динамика заболеваемости сахарным диабетом (по данным родильного отделения МЛПУ «КБ № 1»)*

Пациентки с СД, год	2005		2006		2007		2008	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Физиологическое отделение	16	1,17	26	1,59	26	1,38	29	1,60
Обсервационное отделение	14	2,16	21	2,88	18	2,24	30	3,82
Всего	30	1,49	47	1,99	44	1,64	59	2,27

Общеизвестно, что течение беременности у этих пациенток характеризуется лабильностью СД, склонностью к декомпенсации заболевания, прогрессирующим диабетическими и акушерскими осложнениями.

При проведении ретроспективного анализа за 2007 год выявлено, что доля гестационного сахарного диабета (ГСД) составляла 86,7%, а СД I типа 13,3%, т. е. ГСД наблюдался в 7 раз чаще, чем СД I типа.

Увеличение частоты ГСД за последние 4 года связано, по-видимому, не только с ухудшением здоровья населения, но и с отсутствием должной подготовки перед наступлением беременности.

Срок выявления ГСД: 27–29 недель (61,5%), 31–39 недель (38,5%). Среди факторов риска его разви-

тия можно отметить возраст старше 25 лет (53,8%), ОАГА (46,2%), избыточный вес (23,1%), привычное невынашивание беременности (15,4%), мертворождение (7,7%), СД у родственников (7,7%).

У женщин с СД беременность осложнялась развитием ХФПН в 20% случаев, ХГП – в 40%, СЗВУР – в 13,3%. У каждой пятой беременной был выявлен тяжелый гестоз, что повышает риск материнской и перинатальной смертности.

Во всех случаях проводилось лечение основного заболевания, хронической фетоплацентарной недостаточности и сопутствующей соматической патологии. Выполнялись адекватная коррекция сахаров, своевременный перевод на комбинацию простого и пролонгированного инсулина.

Родоразрешение осуществлялось досрочно в 36–37 недель. 26,7% беременных родоразрешены через естественные родовые пути, 73,3% – путем операции кесарева сечения.

Показаниями к кесареву сечению явились: возраст первородящей (27,3%), вторичная слабость родовой деятельности (19%), отягощенный соматический анамнез (18,2%), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (18,2%), диабетическая нефропатия (18,2%), рубец на матке (9%), низкая плацентация (9%), гестоз тяжелой степени на фоне субкомпенсированного СД I типа (9%).

Масса тела новорожденных в большинстве случаев не превышала 4 кг благодаря своевременному выявлению и проведению адекватной терапии СД с целью его компенсации, а также досрочному родоразрешению.

Таким образом, несмотря на успехи, достигнутые в лечении сахарного диабета, улучшение диагностических и лечебных возможностей, в настоящее время отчетливо прослеживается тенденция к увеличению количества беременных с данной патологией. Чаще всего наличие акушерских и диабетических осложнений обусловлено тем, что беременность у большинства женщин не планируется, не осуществляется предгестационная подготовка.

Следовательно, планирование беременности, более пристальное внимание врачей к женщинам, имеющим факторы риска развития сахарного диабета, позволили бы обеспечить максимально благоприятное течение гестации и профилактику осложнений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с.
2. Дедов И.И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. – 2-е изд. / И.И. Дедов. – М., 2006. – 104 с.
3. Женская консультация: Руководство / Под ред. В.Е. Радзинского. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 472 с.

4. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Вып. 2 / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 198–210.
5. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1056 с.
6. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / Под ред. Г.М. Савельевой. – М.: МИА, 2006. – 720 с.
7. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. – М.: Триада-Х, 2005. – 720 с.

УДК 618.3:618.1

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С ГЕНИТАЛЬНОЙ MIXED-ИНФЕКЦИЕЙ

**В.И. Картузова**

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики;  
ГУЗ «Перинатальный центр», г. Калининград*

В современном мире уровень перинатальных потерь определяется многими факторами. Среди них наиболее значимыми являются врожденные пороки развития, асфиксии, инфекционные заболевания и травмы. По данным ВОЗ, около 8 миллионов смертей новорожденных в течение 1-го года жизни связаны с инфекционными заболеваниями, из них около 5 миллионов приходится на ранний неонатальный период (Сидорова И.С. и соавт., 2000; Romero R., 2007).

Одной из ведущих причин патологии гестационного периода является хламидийная, микоуреаплазменная и трихомонадная инфекция. Генитальные mixed-инфекции могут послужить причиной развития таких серьезных осложнений беременности, как невынашивание, внутриутробное инфицирование плода, патологическая плацентация и фетоплацентарная недостаточность (Марченко Л.А., Шуршалина А.В., 2000; Прилепская В.Н. и соавт., 2007; Стрижаков А.Н., 2009).

**Целью нашего исследования** было изучение особенностей течения беременности у женщин с генитальной mixed-инфекцией и состояния их новорожденных.

Нами обследованы 60 беременных при сроке беременности 28–32 недели и, повторно, перед родами (на базе ГУЗ «Перинатальный центр» г. Калининграда), их новорожденные. Помимо стандартных клинко-лабораторных методов исследования всем были проведены: ультразвуковое исследование, изучение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока и серодиагностика генитальной инфекции (микробактерий рода *Chlamidia*, *Mycoplasma*, *Ureaplasma* и вирусов семейства *Herpesviridae* – ВПГ и ЦМВ) с определением в крови специфических иммуноглобулинов классов Ig G и Ig M, что позволило диагностировать первичное инфицирование или персистенцию инфекции в организме. Также проводилось

выявление вирусной ДНК в отделяемом цервикального канала методом полимеразной цепной реакции. Генитальная mixed-инфекция была выявлена у 41 беременной (основная группа), 18 из которых с острой генитальной инфекцией (1-я подгруппа) и 23 беременные с персистенцией инфекции (2-я подгруппа). Группу контроля составили 19 здоровых пациенток.

Ведущим осложнением течения беременности для основной группы была угроза прерывания – 33 (80,5%) пациентки, которая отмечена приблизительно одинаково часто в 1-й и 2-й подгруппах, по 14 (77,8%) и 19 (82,6%) соответственно. В группе контроля угроза прерывания диагностирована в два раза реже – 9 (47,4%) наблюдений.

Беременность осложнилась гестозом более чем у половины беременных с активным инфекционным процессом – 10 (55,6%) наблюдений и у 9 (39,1%) пациенток с персистенцией инфекционного процесса. В контрольной группе данное осложнение беременности отмечено значительно реже – у 4 (21,1%) беременных. Предлежание и низкая плацентация в основной группе выявлены у 4 (10%) пациенток, в то время как в группе контроля таких случаев не зафиксировано, что свидетельствует о высоком риске патологической плацентации у женщин с генитальной mixed-инфекцией.

Эхографические маркеры инфекционного процесса в виде много- или маловодия, «толстой» плаценты, венрикуломегалии и др. зарегистрированы у 6 (14,6%) беременных основной группы, 5 (27,8%), из которых были с острым инфекционным процессом и 1 (4,5%) – с его персистенцией. В контрольной группе данных в пользу инфекционного процесса при ультразвуковом исследовании не обнаружено. При проведении доплерометрии нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока

1 и 1А степени выявлены только в основной группе – 5 (12,2%) наблюдений. Задержка развития внутриутробного плода также зарегистрирована только у беременных основной группы – 4 (6,6%), по 2 наблюдения в обеих подгруппах.

Беременность закончилась своевременными родами у 54 пациенток, преждевременными – у 6, причем частота преждевременных родов в основной группе была выше, чем в контрольной – 5 (12,2%) и 1 (5,3%) соответственно.

При оценке новорожденных уже при рождении признаки внутриутробной инфекции диагностированы у 14 (15,9%) новорожденных от матерей основной группы, из них 11 (78,6%) новорожденных с острой генитальной инфекцией у матери при настоящей беременности и 3 (21,4%) новорожденных от матерей с персистенцией инфекционного процесса. При серодиагностике у 4 (8,3%) новорожденных 1-й подгруппы диагностированы в крови Ig M (в трех наблюдениях ВПГ, в первом – ЦМВ), во 2-й подгруппе только в одном (2,5%) наблюдении выявлен ВПГ. Наиболее часто у новорожденных 1-й и 2-й подгрупп определялись маркеры ВПГ-инфекции (22,9% в 1-й и 17,5% – во 2-й), несколько реже выяв-

лялись ЦМВ и хламидийная инфекция. Высокие титры серологических маркеров регистрировались преимущественно в 1-й группе – у 12 (66,7%) из 18 новорожденных. 11 (61,1%) детей от матерей 1-й подгруппы и 3 (13,0%) детей от матерей 2-й подгруппы страдали неонатальной желтухой. При проведении нейросонографии патологические изменения были выявлены преимущественно у детей 1-й и 2-й подгрупп – 4 (22,2%) и 3 (13,0%) соответственно. В контрольной группе патологические изменения на нейросонограммах диагностировались лишь у одного ребенка.

Таким образом, генитальная mixed-инфекция (особенно ее активация) осложняет течение беременности, увеличивая частоту и выраженность угрозы прерывания беременности, гестозов, фетоплацентарной недостаточности, задержки развития внутриутробного плода, патологической плацентации. Помимо этого, генитальная mixed-инфекция, осложняя течение беременности, снижает адаптационные возможности новорожденного, и дети от матерей с активным генитальным инфекционным процессом могут быть отнесены в группу высокого риска по развитию перинатальных осложнений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Марченко Л.А. Обоснование принципов современной терапии генитального герпеса / Л.А. Марченко, Л.А. Шуршалина // Гинекология. – 2000. – 2 (3). – С. 76–79.
2. Оптимизация лечения папилломавирусной инфекции половых органов у женщин / В.Н. Прилепская [и др.] Акушерство и гинекология. – 2007. – № 3. – С. 72–74.
3. Стрижаков А.Н. Дискоординация системного воспаления при внутриутробной инфекции // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2009. – Т. 8. – № 2. – С. 61–67.
4. Состояние фетоплацентарной системы при высоком риске внутриутробного инфицирования плода / И.С. Сидорова [и др.] // Рос. вест. перинат. и педиат. 2000. – № 5. – С. 5–8.
5. Inflammation in pregnancy: its roles in reproductive physiology, obstetrical complications and fetal injury. // Romero R. [et al.] // Nutr. Rev. – 2007. – 65 (12 Pt 2). S. 194–202.

УДК 616-053.31:618.5-089.888.61

## ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ЖЕНЩИН, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

К.О. Юшко, А.Н. Иванян, Т.И. Смирнова, Л.С. Киракосян

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов,  
кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

Неуклонно снижающийся уровень здоровья населения России на фоне сниженного воспроизводства, рост частоты экстрагенитальной патологии и высокий процент абдоминального родоразрешения делают поиск путей по улучшению репродуктивной функции женщин, рожденных

путем операции кесарева сечения, актуальным и значимым [1, 3, 7, 8, 10].

В последние годы все большее внимание уделяют медико-социальным факторам формирования репродуктивного здоровья и репродуктивного потенциала девочек как будущих матерей. Отяго-



щенный акушерско-гинекологический анамнез у матери, наряду с наследственностью, перинатальными осложнениями, особенностями репродуктивного поведения, социально-экономическими условиями, образом жизни и состоянием окружающей среды, является одним из факторов риска нарушения репродуктивного здоровья девушек [2, 4, 5].

Пристальное внимание к вопросам изучения структуры факторов, определяющих общественное и репродуктивное здоровье, уделяемое в последнее время исследователями, объясняется возможностью управления частью из них. Своевременное выявление факторов риска репродуктивного здоровья, а также прогнозирование последствий их влияния являются особенно важными в сложившейся социально-экономической обстановке и неблагоприятной демографической ситуации [6, 7, 9, 10].

**Цель исследования** — поиск возможных путей улучшения репродуктивной функции женщин, рожденных путем операции кесарева сечения.

**Материалы и методы.** Было проведено комплексное обследование 281 женщины.

1-ю группу (основную) составили 169 женщин, которые были рождены путем операции кесарева сечения. В нее вошли 71 девушка и 98 беременных.

2-ю группу (контрольную) составили 112 пациенток, рожденных через естественные родовые пути: 53 девушки и 59 беременных.

Исследование проводилось на базе родильного дома, женской консультации «Клинической больницы № 1» и детской поликлиники № 3 г. Смоленска.

Был осуществлен ретроспективный анализ данных историй индивидуального развития ребенка начиная с момента рождения до периода полового созревания. При обследовании девушек оценивались данные о наследственности, течении перинатального и неонатального периодов, уровень физического и полового развития, состояние соматического здоровья (перенесенные острые инфекционные и наличие хронических экстрагенитальных заболеваний), вредных привычек. Анализировались становление и характер менструального цикла, перенесенные гинекологические заболевания.

Изучались индивидуальные карты беременных, истории родов, истории развития новорожденных.

Проводилось изучение доминанты беременности. В исследовании применялся метод определения типа психологического компонента гестационной доминанты И.В. Добрякова.

**Результаты исследования.** После комплексной оценки физического, полового развития и состоя-

ния здоровья девочек было выявлено, что у рожденных путем операции кесарева сечения отмечается более низкий уровень состояния здоровья и достоверно чаще наблюдается нарушение сроков становления (35,8%) и нерегулярность менструального цикла (25,4%).

Изучение формирования доминанты материнства показало, что у женщин, родившихся путем кесарева сечения, достоверно чаще встречается эйфорический тип психологического компонента гестационной доминанты, что относит их к группе средней степени риска по нарушению формирования доминанты материнства (16,3%).

Течение беременности, родов и послеродового периода у родившихся путем кесарева сечения по сравнению с родившимися через естественные родовые пути характеризуется более высокой частотой гестоза (39,7 и 25,4% соответственно), фетоплацентарной недостаточности (32,6 и 15,3%), слабости родовой деятельности (33,7 и 15,3%), субинволюции матки (24,5 и 8,5%) и гипогалактии (24,5 и 11,9%). У данного контингента женщин отмечается более высокая частота абдоминального родоразрешения (31%).

Анализ периода ранней адаптации детей матерей, родившихся путем кесарева сечения, выявил, что достоверно чаще встречаются токсическая эритема (как проявление аллергической настроенности организма) и синдром вегето-висцеральной дисфункции (12,2; 24,2%).

Таким образом, девочки, родившиеся путем операции кесарева сечения, составляют группу риска по нарушению репродуктивного здоровья и подлежат диспансерному наблюдению для своевременного выявления и лечения нарушений репродуктивной функции.

При постановке беременной на учет в женской консультации необходимо уточнять способ ее рождения.

У родившихся путем операции кесарева сечения рекомендуется проведение профилактики фетоплацентарной недостаточности, гестоза, аномалий родовой деятельности, субинволюции матки и гипогалактии.

Необходимо обязательное проведение психофизиопротективной подготовки к родам с консультацией психолога в целях профилактики осложненного течения беременности, родов, послеродового периода, а также для сохранения и поддержания лактационной функции.

Кроме того, учитывая аллергическую настроенность детей, родившихся путем кесарева сечения, и наличие синдрома вегето-висцеральной дисфункции, рекомендуется раннее прикладывание к груди и естественное вскармливание до года.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Кесарево сечение в перинатальной медицине / Е.А. Ланцев, И.А. Шамхалова. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2005. – 226 с.
2. Жаркин Н.А. Медико-социальные и этические проблемы операции кесарева сечения / Н.А. Жаркин // *Материалы VI Российского форума «Мать и дитя»*. – М., 2004. – С. 76–77.
3. Калинина О.В. Ранняя диагностика и прогнозирование функциональных и органических нарушений репродуктивной системы девочек: дис. ... кандидата мед. наук / О.В. Космина. – М., 2000. – 185 с.
4. Казначеев В.П. Гормональные механизмы влияния медико-социальных факторов на репродуктивную систему у девушек-подростков / В.П. Казначеев, Е.В. Ладунова // *Бюллетень СО РАМН*. – 2004. – № 1. – С. 21–25.
5. Лопатина Т.В. Влияние здоровья женщины на здоровье потомства / Т.В. Лопатина, Н.И. Кохно // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. – 2006. – № 5. – С. 12–17.
6. Манухин И.Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2003. – С. 3–9.
7. Оден Мишель. Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему? – М., 2006. – 190 с.

УДК 618.36-053.31

## ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Т.П. Иванова, О.А. Серова

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов

Нами проведен ретроспективный анализ данных из историй родов 115 пациенток на базе СОГУЗ «Перинатальный центр», у которых зафиксировано рождение детей с синдромом задержки развития плода (СЗРП), за 2006 год.

**Целью нашей работы** явилась комплексная оценка перинатальных факторов риска, реализация которых приводит к СЗРП. Рассмотрены течение беременности, родоразрешение и основные клинические формы данной патологии.

В возрастной структуре женщины в возрасте до 18 лет составили 3,5%, старше 30 лет – 17,4%. Обращают на себя внимание высокие показатели хронических интоксикаций (26,1%), из них табакокурение выявлено в анамнезе у 28 (93,3%) женщин, употребление наркотических и психотропных веществ – у 2 (6,7%) пациенток. При этом в 100% случаев будущие матери злоупотребляли ими во время беременности. Таким образом, в данной группе лиц имели место социально-бытовые факторы риска СЗРП.

В структуре соматического анамнеза основное место принадлежит хроническим инфекционным заболеваниям (53%), из них преобладают заболевания мочеполовой системы (сальпингоофорит, пиелонефрит, цистит), реже – патология ЛОР-органов (тонзиллит, гайморит, отит). Отдельную группу составляют заболевания, передающиеся половым путем

(34,8%), из них ведущую роль играют трихомониаз, вирусные гепатиты В и С, сифилис, уреоплазмоз, микоплазмоз, хламидиоз. На 3-м месте стоят заболевания сердечно-сосудистой системы (29,6%): синдром вегетативных дисфункций, артериальная гипертензия, пролапс митрального клапана. Как правило, отмечался сочетанный характер соматической патологии. В 18 (15,7%) случаях нельзя исключить конституционные причины рождения маловесных детей.

79 (68,7%) новорожденных с СЗРП родились у первородящих женщин, из них у 56 (48,7%) это была 1-я беременность. У повторнородящих женщин обращает на себя внимание высокая частота медицинских аборт – 60 и 69%; самопроизвольных выкидышей – 40 и 17,2%; неразвивающихся беременностей – по 10% у первородящих и повторнородящих женщин соответственно. Рождение детей с СЗРП выявлено в анамнезе у 36 (48,3%) повторнородящих женщин.

В структуре гинекологической патологии на первый план выступают аномалии развития половых органов: 11 (9,6%) – седловидная матка, гипоплазия матки, полное удвоение матки и влагалища; нарушения менструального цикла – 7 (6,1%); первичное бесплодие – 4 (3,5%). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез был выявлен у 107 (93%) женщин.

У 78 (67,8%) пациенток настоящая беременность протекала на фоне анемии; угрозы прерывания бе-

ременности – у 69 (60%), при этом в 45% случаев она возникала во 2-й половине и в 36,2% сохранялась на всем ее протяжении. В 26 (22,6%) случаях диагностирован гестоз.

Острые респираторные заболевания отмечались в 25 (21,7%) случаях, при этом в 72% случаев женщины перенесли их во 2-й половине беременности. Обострение хронических инфекционных заболеваний выявлено у 10 (8,7%) пациенток. У 47% пациенток диагностирован кандидозный кольпит, в большинстве случаев неоднократно санированный на протяжении беременности.

Инфекционная патология матери является ведущей причиной внутриутробного инфицирования плода и, как следствие, СЗРП. В нашем случае данная патология диагностирована у 10% новорожденных. К появлению СЗРП могут приводить нарушения гемодинамики у плода, связанные с врожденными пороками развития сердечно-сосудистой системы – 1,7%.

В основе формирования СЗРП лежит хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН).

Анализ данных историй родов показал, что 14% пациенток не состояли на учете в женской консультации, и беременность была нежеланная, по этой причине данная патология у них не была диагностирована в антенатальном периоде. У женщин, обращавшихся за медицинской помощью во время беременности в лечебные учреждения, ХФПН была диагностирована в 100% случаев. Из них, согласно данным ультразвукового исследования, в сроке 23–25 недель беременности ХФПН выявлена у 7,1% пациенток; в сроке 32–36 недель – у 30,3%; в большинстве случаев (62,6%) имела место поздняя диагностика. Среди анатомических изменений плаценты при проведении УЗИ в 23–25 недель выявлены следующие: низкая плацентация (12,1%), преждевременное «старение» плаценты (5%), краевое предлежание плаценты (2%) и уменьшение толщины плаценты (1%). В 32–36 недель гестации на первый план выступают изменения толщины плаценты (19,2%) как в сторону уменьшения, так и ее отека. С увеличением срока беременности и по мере прогрессирования патологического процесса возрастает частота преждевременного «старения» плаценты (10,1%), в то же время низкая плацентация выявлена только в 4% случаев, что может быть связано с миграцией плаценты.

Ведущая роль ХФПН в возникновении СЗРП подтверждается также данными морфологического исследования последа. В 61,3% случаев имела место гипоплазия плаценты. Макроскопически были выявлены различные аномалии плаценты (27%), из них: плотное прикрепление – 19,5%, бобовидная – 6,4% и окруженная ободком плацента – 6,4%, добавочные дольки – 6,4%), пуповины (30,4%), из них: краевое прикрепление – 68,5%, оболочечное прикрепление – 8,6%, короткая пуповина – 14,3% и истинные узлы

пуповины – 8,6%). При проведении гистологического исследования последа признаки фетоплацентарной недостаточности выявлены в 85,3% случаев, в 69,6% случаев они сочетались с воспалительными изменениями. Изолированно признаки воспаления отмечены у 10,4% пациенток, при этом в исследуемом материале преобладали ограниченные патологические процессы (децидуит – 69,6%, мембранит – 15,2%, интервиллизит – 8,7%).

По данным ультразвукового исследования, у 38 (38,4%) пациенток диагностировано маловодие, а у 9 (9,1%) – многоводие. При анализе фетометрических показателей в 64,6% случаев выявлено их отставание от срока гестации; при этом II и III степени тяжести СЗРП были выявлены в 39,4 и 5% соответственно.

Анализ результатов кардиотокографии (КТГ) и доплерометрии показал, что однократное их проведение не дает достоверных данных о внутриутробном состоянии плода при ХФПН и СЗРП. Данные методы исследования необходимо оценивать в динамике, с учетом биофизического профиля плода. Целесообразно проводить мониторинг КТГ при беременности и особенно в родах. Допплерометрическая оценка кровообращения в аорте и средней мозговой артерии плода позволяет несколько раньше, чем КТГ, диагностировать хроническую гипоксию плода (ХГП). В нашем случае ХГП на момент родоразрешения была диагностирована только в 43,5% случаев.

Лечение ХФПН должно быть комплексным и может считаться эффективным, если первый курс начинается до 26-й недели беременности, а повторный в 32–34 недели. Комплексное лечение ХФПН было проведено только 32,2% пациенток, в то время как в 43,5% случаев терапия не назначалась по различным причинам. Анализ данных историй родов пациенток, у которых ХФПН была диагностирована в 23–25 недель беременности, показал, что в данной группе всем женщинам было назначена ранняя комплексная терапия и не отмечались тяжелые формы СЗРП.

У 96 (83,5%) пациенток произошли своевременные роды, а у 17 (14,8%) – преждевременные. Выбор адекватного метода родоразрешения должен основываться на комплексной оценке состояния плода с учетом сопутствующей патологии и своевременно определять показания к операции кесарева сечения в интересах плода.

44 (38,3%) пациентки были родоразрешены путем операции кесарева сечения, при этом в данной группе 38,6% новорожденных родились в асфиксии легкой степени тяжести и по 2,3% – в среднетяжелой и тяжелой, что составило 2 случая. В первом случае имела место прогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты и произошли преждевременные роды в сроке 34 недели; у ребенка диагностирован РДС синдром I типа средней

степени тяжести. Тяжесть состояния второго новорожденного обусловлена синдромом меконияльной аспирации. В родах – дискоординация родовой деятельности.

В структуре клинических форм СЗРП преобладает асимметричный тип – 84 (73,9%). Симметричный тип СЗРП диагностирован в 26,2% случаев, при этом в данной группе частота врожденных пороков развития выше по сравнению с предыдущей и составляет 1,7% (врожденные пороки развития сердца и мочевыделительной системы).

Проанализировав полученные данные, можно сделать следующие выводы:

1. Комплексная оценка факторов перинатального риска СЗРП позволяет выявить группу беременных, требующих дороговой госпитализации для выбора оптимальной тактики родоразрешения.

2. В большинстве случаев имеет место сочетание нескольких неблагоприятных факторов, воздействующих на плод в различные периоды онтогенеза, что обуславливает разнообразие клинических проявлений СЗРП.

3. Своевременная диагностика ХФПН и СЗРП, правильное их лечение при беременности, адекватный выбор срока и метода родоразрешения данных пациенток позволяют снизить частоту неблагоприятных перинатальных исходов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. – 3-е изд., испр. и доп. / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 171–198.
2. Клинико-диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности. – М.: Мед. информ. агентство, 2005. – С. 75–176.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 121–158, 171–177.

УДК 618.396

## ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

С.Б. Крюковский, Т.П. Иванова, О.А. Серова

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов

Преждевременные роды определяют высокий уровень перинатальной заболеваемости и смертности, а также являются социальной проблемой в связи со значительной стоимостью выхаживания недоношенных новорожденных и инвалидностью детей с рождения. Решение проблемы недоношенного ребенка в медицинском и социальном плане лежит в предупреждении преждевременных родов.

**Целью нашей работы** явилась комплексная оценка перинатальных факторов риска, реализация которых приводит к невынашиванию беременности, и анализ перинатальных исходов преждевременных родов.

Нами проведен ретроспективный анализ данных историй родов 153 пациенток на базе СОГУЗ «Перинатальный центр», у которых произошли преждевременные роды, за 2008 год. Рассмотрена структура заболеваемости и смертности недоношенных детей.

В возрастной структуре женщины в возрасте до 18 лет составили 4,6%, старше 30 лет – 24,8%. У 89 (58,2%) пациенток преждевременные роды произошли в 34–37 недель, у 56 (36,6%) беременность

прервалась в сроке 28–33 недели, а при сроке до 28 недель рождение живых плодов было зарегистрировано только в 5,2% случаев.

У большинства женщин в анамнезе была выявлена экстрагенитальная патология. В структуре соматического анамнеза первое место занимают функциональные и органические заболевания сердечно-сосудистой системы (43,8%). В 34,6% случаев диагностирована хроническая инфекционная патология, наиболее часто отмечались заболевания мочевыделительной системы. У 25 (16,3%) пациенток выявлены эндокринопатии. Как правило, отмечался сочетанный характер соматической патологии.

Отдельную группу составляли пациентки с хроническими интоксикациями в анамнезе, из них табакокурение выявлено в анамнезе у 25 (18,3%) женщин, 3 (2,0%) пациентки злоупотребляли алкоголем, 1 (0,7%) страдала наркотической зависимостью.

84 (54,9%) недоношенных ребенка родились у первородящих пациенток. У повторнобеременных женщин преждевременные роды наблюдались в 51 (33,3%) случае, у повторнородящих – в 69 (45,1%).

У повторнородящих женщин, как и у повторнородящих пациенток, обращает на себя внимание высокая частота аборт, самопроизвольных выкидышей и неразвивающихся беременностей, у 12 (17,4%) повторнородящих женщин в анамнезе преждевременные роды. С увеличением числа беременностей, включая аборт, выкидыши, увеличивается риск данной патологии.

В структуре гинекологической патологии на первом месте стоят воспалительные заболевания женских половых органов. В 51,0% случаев диагностирован кандидозный кольпит. У 24,8% пациенток диагностирован хронический сальпингоофорит. Отдельную группу составляют заболевания, передающиеся половым путем, из них ведущую роль играют уреоплазмоз, сифилис, а также вирусные гепатиты В и С. Пороки развития матки выявлены у 12 (7,8%) женщин, миома матки – у 16 (10,5%), бесплодие в анамнезе – у 8 (5,2%).

Анализ данных историй родов показал, что 20 (13,1%) пациенток не состояли на учете в женской консультации и данная беременность была нежеланной. В свою очередь, профилактика недоношенности эффективна только при рациональном ведении женщин с самого начала беременности.

У большинства пациенток данная беременность имела патологическое течение. В структуре осложнений преобладала угроза прерывания беременности (65,4%), при этом чаще всего она возникала во второй половине или сохранялась на всем протяжении беременности. У 17 (11,1%) женщин выявлена истмико-цервикальная недостаточность. При прерывании беременности до 28 недель вышеуказанные осложнения встречались относительно чаще, чем при более поздних сроках преждевременных родов (75,0 и 37,5%).

Обращает на себя внимание высокая частота острых респираторных заболеваний (34,6%), при этом 56,6% женщин перенесли их во второй половине беременности.

У 23,5% пациенток был диагностирован гестоз. В 72,2% случаев имел место гестоз легкой степени, в 19,4% – гестоз тяжелой степени, что явилось показанием для досрочного родоразрешения путем операции кесарева сечения. Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) была выявлена (по данным УЗИ) у 32 (20,9%) пациенток, в большинстве случаев после 28 недель и только у 6 (3,9%) пациенток – ранее этого срока. В 19,0% случаев было диагностировано многоводие, в 9,8% – маловодие. У 16 (10,4%) пациенток с преждевременными родами беременность была многоплодной. Родились 15 двоен и 1 тройня.

Выбор адекватного метода родоразрешения должен основываться на комплексной оценке состояния матери и плода с учетом срока гестации и сопутствующей патологии. Операция кесарева се-

чения была проведена в 36,6% случаев. Основными показаниями к оперативному родоразрешению были: отслойка нормально расположенной плаценты (21,4%); тяжелые формы гестоза (12,5%); хроническая гипоксия и гипотрофия плода, неподдающаяся медикаментозной терапии (16,1%); два и более рубца на матке (8,9%). В большинстве случаев кесарево сечение выполнялось по сочетанным показаниям.

Высокий уровень перинатальной заболеваемости при преждевременных родах обусловлен не только сроками гестации, но и осложнениями в течении родов. В 51,6% случаев началу родовой деятельности предшествовало преждевременное излитие околоплодных вод. Несвоевременный разрыв плодных оболочек опасен инфицированием как матери, так и плода. Риск инфицирования прямо пропорционален длительности безводного промежутка. У 33 (21,6%) женщин продолжительность безводного промежутка составила более 12 часов.

Аномалии родовой деятельности выявлены у 42 (27,5%) пациенток, из них в 81% случаев наблюдалось быстрое или стремительное течение родов, слабость родовой деятельности отмечалась в 12,0% случаев и дискоординация родовой деятельности – у 7% пациенток.

При макроскопическом исследовании последов в 19,6% были выявлены различные аномалии плаценты, в 13,7% – патология пуповины. При проведении гистологического исследования в 68,0% случаев обнаруживалось сочетание воспалительных изменений и признаков вторичной субкомпенсированной или компенсированной ФПН. Изолированно признаки ФПН встречались в 13,1% случаев, а при прерывании беременности до 28 недель указанные выше изменения не встречались.

Всего родилось 170 живых плодов и новорожденных. 138 (81,2%) недоношенных имели при рождении оценку по шкале Апгар ниже 8 баллов и нуждались в проведении реанимационных мероприятий в родильном зале, 14 (14,3%) детей родились в асфиксии тяжелой степени.

У 158 (96,9%) новорожденных выявлены перинатальные поражения ЦНС гипоксического генеза, дисметаболические и токсико-метаболические формы – у 4 (2,5%), менингоэнцефалит – у 1 (0,6%).

25 (14,7%) плодов и новорожденных имели клинические проявления гнойно-септических заболеваний (пневмония, сепсис, гнойный конъюнктивит), относительно чаще эта патология встречалась у детей с массой тела при рождении менее 1500 г (34,2%).

Синдром задержки развития плода (СЗРП) диагностирован в 11,2% случаев. В структуре клинических форм СЗРП асимметричный тип выявлен у 11 (57,9%) новорожденных, симметричный – у 8 (42,1%). В группе недоношенных, родившихся в 28–33 неде-

ли беременности, симметричный тип наблюдался у 3 (60,0%), что прогностически менее благоприятно.

Умерли 6 (3,5%) детей, из них 3 плода, родившиеся до 28 недель, до 7 суток жизни; 2 новорожденных детей, родившихся в 36 недель беременности, – в раннем неонатальном периоде, 1 ребенок умер в позднем неонатальном периоде. Все плоды и новорожденные были мужского пола. При патолого-анатомическом исследовании умерших детей в 100,0% случаев обнаружены врожденные ателектазы легких и болезнь гиалиновых мембран, обширные внутрочерепные кровоизлияния гипоксического генеза (66,7%), двусторонняя пневмония (66,7%), признаки отечной формы гемолитической болезни новорожденных (16,7%). Сочетание указанной патологии с выраженной морфофункциональной незрелостью органов и систем привело к развитию полиорганной недостаточности и летальному исходу.

Проанализировав полученные данные, можно сделать следующие выводы:

1. Комплексная оценка перинатальных факторов риска невынашивания беременности и рациональное ведение беременности с ранних сроков позволяют снизить процент преждевременных родов и неблагоприятные перинатальные исходы.

2. Основными причинами невынашивания беременности являются инфекционные заболевания, матери до и во время беременности, заболевания, передаваемые половым путем. Тяжелая плацентарная недостаточность при тяжелых гестозах, СЗРП также приводят к преждевременным родам.

3. Благоприятный исход родов для недоношенного новорожденного ребенка определяется сроком гестации, методом родоразрешения и проведением адекватной терапии в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. – 3-е изд., испр. и доп. / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 171–198.
2. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок / Под ред. В.М. Сидельниковой, А.Г. Антонова. – ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 14–50.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 121–158, 171–177.

УДК 618.25-036

## МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Т.П. Иванова, О.С. Глотова, Е.В. Осипова, О.М. Власьева

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов

Многоплодной считается беременность двумя или большим количеством плодов. В течение последних лет отмечается тенденция к увеличению частоты наступления многоплодной беременности и рождения близнецов, в том числе в связи с более активным применением вспомогательных репродуктивных технологий, что, бесспорно, привлекает особое внимание к данной проблеме. В настоящее время, по данным мировой статистики, частота встречаемости многоплодной беременности составляет 0,7–1,5%. Причем многоплодные беременности двойней составляют около 99%. Рекордное их количество рождается в Африке, наименьшее – у представителей монголоидной расы.

С целью изучения особенностей течения многоплодной беременности и родов, а также перинатальных аспектов многоплодной беременности

нами ретроспективно были проанализированы индивидуальные карты беременных и истории родов 30 пациенток, находившихся в СОГУЗ «Перинатальный центр» г. Смоленска в 2008 году. Проведена оценка течения беременности, особенностей родоразрешения, состояния новорожденных, патогистологических исследований последов.

Доля многоплодных родов составила 1,6%. При этом двойни среди них составили 96,6%. Возраст пациенток варьировал от 19 до 37 лет, большинство (67%) составили женщины репродуктивного возраста.

У 60% женщин данная беременность была первой и предстояли первые роды, у 13% – повторная беременность и первые роды и в 27% случаев – повторная беременность и повторные роды. Роды после ЭКО составили 10%.

Продолжительность беременности при многоплодии зависит от числа плодов. Средняя продолжительность беременности двойней составила 36,5 недель, тройней – 32 недели, что согласуется с общемировыми данными по этому вопросу.

Течение многоплодной беременности отличается рядом особенностей. При многоплодии необходимо учитывать возможные осложнения. Из 30 пациенток течение беременности осложнилось угрозой прерывания в 77% случаев; гестозом – в 73,3% случаев; у каждой второй женщины отмечалась анемия; 10% перенесли гестационный пиелонефрит.

Серьезным осложнением многоплодной беременности является невынашивание. Само наличие многоплодия является фактором угрозы невынашивания и диктует необходимость проведения лечебно-профилактических мероприятий с момента диагностики многоплодной беременности. Появление угрозы прерывания беременности имело место во всех трех триместрах практически в равных долях и было обусловлено наличием отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза (ОАГА) (в 56,5%), осложненным течением настоящей беременности (в 69,5%). Аборты имели место в анамнезе женщин в 39% случаев. Вместе с тем в акушерско-гинекологическом анамнезе женщин с угрозой прерывания беременности чаще отмечались: миома матки, киста яичника, хронический сальпингоофорит, эктопия шейки матки – в равных долях (8,7%). Наиболее часто у пациенток с угрозой прерывания течение беременности осложнялось неспецифическим кольпитом, уреоплазмозом, ОРВИ, гестозом. Все женщины с угрозой прерывания беременности были госпитализированы с целью осуществления профилактики преждевременных родов и получали токолитическую терапию. Однако у 13 (56,5%) пациенток, несмотря на проведенную терапию, отмечалось нарастание угрозы прерывания беременности, а также преждевременное излитие околоплодных вод, что явилось показанием для их досрочного родоразрешения в сроки беременности до 37 недель.

У 73% женщин беременность осложнилась развитием гестоза, причем отеки наблюдались в 80% случаев, нефропатия – в 20% случаев. Нефропатия легкой степени отмечалась в двух случаях, средней степени тяжести – в одном случае. У 53% женщин отмечалось развитие анемии. Анемия I ст. наблюдалась в 94% случаев, анемия II ст. – в 6% случаев.

По данным ультразвуковой диагностики, чаще всего наблюдались следующие осложнения: хроническая гипоксия отмечалась в 13,3% случаев, хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН) – практически в половине случаев (56,6%), синдром задержки внутриутробного развития плода (СЗРП) – в 23,3% случаев. В половине случаев СЗРП имел место гипопластический вариант, симметричный тип; в

остальных был установлен гипотрофический вариант, асимметричный тип. В 6,6% случаев имели место краевое предлежание и преждевременная отслойка плаценты. В одном случае (3,3%), по данным УЗИ, в 23,5 недели беременности был выявлен синдром фетофетальной гемотрансфузии (СФФГ). В дальнейшем при проведении УЗИ-диагностики синдром подтвержден не был. Отсутствие диссоциированного развития близнецов в данном случае также свидетельствует о необоснованности первоначального диагноза.

По данным патогистологических исследований последов, отмечались следующие поражения плаценты: изолированно плацентит – в 8% случаев, признаки ХФПН – в 15%, в то время как сочетание плацентита и ХФПН отмечалось в большем проценте случаев (77%).

Роды в 53% случаев были преждевременными. Родоразрешение через естественные родовые пути имело место в 23% случаев. Путем операции кесарева сечения – в 77% случаев. При анализе сроков преждевременных родоразрешений было установлено, что подавляющее большинство (от 37,5 до 43,5%) преждевременных родоразрешений проведено в 34–37 недель беременности. Однако имеются данные и о родоразрешениях в сроках 32–33 недели, что обусловлено главным образом преждевременным излитием вод, имевшим место в 100% случаев в данной группе, а также ОАГА, представленным абортми в половине случаев и осложненным течением настоящей беременности в виде угрозы прерывания (в 100%), ОРВИ (в 66%).

Монохориальная моноамниотическая двойня была родоразрешена в 34 недели беременности путем операции кесарева сечения, что является наиболее оптимальным методом ввиду частого развития перекрута пуповин у подобного типа двоен.

Показаниями к оперативному родоразрешению в большинстве рассмотренных случаев были: тазовое предлежание первого плода и неподготовленность родовых путей после 38–39 недель беременности при преждевременном излитии околоплодных вод в равных процентах случаев (17,4%), несостоятельный рубец на матке – в 8,7%.

Неосложненные роды отмечались у половины женщин. Аномалии родовой деятельности имели место в 6,6% случаев. Причем слабость родовой деятельности отмечалась в 86%, дискоординация родовой деятельности составила 14%.

Распределение новорожденных по полу было следующим: 63% двоен – однополые, 37% – разнополые. Ведущий процент однополых двоен, возможно, объясняется монохориальным типом плацентации, так как вклад бихориального типа в данном случае существенно ниже (13,3% однополых двоен при бихориальном типе плацентации в сравнении с 67% при монохориальном).

Диссоциированное развитие близнецов вследствие разницы в массе 200–300 г и более отмечалось в 59% случаев. Зависимость наличия диссоциированного развития от типа плацентации выглядит следующим образом: при монохориальном типе плацентации отмечается больший процент диссоциированного развития (40,6%) по сравнению с бихориальным (15,6%).

Известно, что масса близнецов уменьшается пропорционально их количеству. Результаты нашего исследования подтверждают данное утверждение. Так, средняя масса двоен составила 2457 г, средняя масса тройни – 1543 г.

Новорожденные с диссоциированным развитием чаще с признаками перинатального поражения центральной нервной системы, морфофункциональной незрелости, недоношенности, респираторным дистресс-синдромом (РДС) 1–2 типов.

При выписке из родильного дома новорожденные в удовлетворительном состоянии составили 67%. Однако каждому третьему ребенку требовалось лечение в отделении патологии новорожденного.

Анализ полученных нами данных позволяет сделать следующие выводы:

1. Увеличение количества многоплодных беременностей у женщин репродуктивного возраста, в том числе в связи с внедрением новых вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), является фактором перинатального риска как для плодов, так и для матери.

2. Наличие таких осложнений, как угроза прерывания с ранних сроков, хроническая фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки внутриутробного развития плода, требует тщательного наблюдения в женской консультации, обязательной профилактической госпитализации и своевременного лечения осложнений беременности для снижения процента неблагоприятных перинатальных исходов.

3. В случае диагностирования монохориального типа плацентации необходимо принятие превентивных мер во избежание диссоциированного развития близнецов.

4. Оптимальное родоразрешение в интересах плодов позволяет уменьшить вероятность нежелательных исходов беременности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. – 3-е изд., испр. и доп. / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 171–198.
2. Абрамченко В.В. Активное ведение родов / В.В. Абрамченко. – СПб, 1996. – 560 с.

УДК 618.3:616.972

## ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ

Т.П. Иванова, Е.П. Котенкова

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов

В последние годы во всем мире отмечается неуклонный рост сифилиса, особенно среди молодежи в возрасте до 30 лет. Это обусловлено ранним началом половой жизни, наличием многочисленных половых партнеров, определенной свободой сексуальных отношений, несоблюдением мер по профилактике заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП), учащением случаев самолечения и многими другими факторами.

В прошлом году в Смоленском областном кожно-венерологическом диспансере наблюдалось 3600 больных сифилисом. Настоящая работа была проведена с целью выяснения перинатального риска при сифилисе. На базе СОГУЗ «Перинатальный центр» проанализировано течение беременности и родов у 26 женщин за 2008 год, перенесших

сифилис во время беременности или имевших его в анамнезе. Возраст пациенток варьировал от 20 до 37 лет. Большинство женщин было репродуктивного возраста. Лишь одну треть составляли женщины старше 30 лет. Очевидно, большая распространенность сифилиса среди молодежи связана с ежегодным ростом асоциального поведения и требует усиления полового воспитания. Раннее выявление сифилиса у беременной связано, как правило, с ранним ее обращением в женскую консультацию. Однако результаты нашего исследования подтвердили общемировые: пятая часть женщин (19%) не состояла на учете в женской консультации. Большинство женщин встали на учет после 22 недель беременности, в результате диагноз был установлен в поздние сроки беременности (в 3-м триместре) или



при поступлении женщины на роды. Большинство пациенток с острым сифилисом имеют в анамнезе 2 и более аборт или неразвивающиеся беременности. У одной пациентки с сифилисом в анамнезе – поздний выкидыш в сроке 25–26 недель, у одной – роды с антенатальной гибелью плода в сроке 39 недель. Все женщины, перенесшие сифилис во время беременности, прошли лечение. Однако у 1 (25%) имели место преждевременные роды, у ребенка диагностирован синдром задержки развития плода (СЗРП) при выраженной фетоплацентарной недостаточности (ФПН). У 3 (75%) женщин роды были своевременными, но имела место в двух случаях фетоплацентарная недостаточность.

Важным фактором, отягощающим прогноз для плода, является наличие у женщины сопутствующей инфекционной патологии. У большинства пациенток в анамнезе выявлены хронические инфекционные заболевания, обострившиеся во время беременности. У каждой пятой пациентки был диагностирован хронический сальпингоофорит, у каждой третьей (28%) – заболевание мочевыделительной системы, у 3 (12%) женщин – вирусный гепатит С. Пациентки с сифилисом в анамнезе или полученным при беременности не были обследованы в женской консультации на заболевания, передаваемые половым путем. Так, из 26 (100%) пациенток 18 (69%) не обследованы на хламидии, уреаплазмы и микоплазмы (ХУМ), у 1 (3,8%) выявлен хламидиоз, уреаплазмоз, но не санированы, у 2 (7,6%) выявлен уреаплазмоз и микоплазмы, санация проводилась, но контрольных анализов нет. У 5 (19%) пациенток ХУМ не обнаружены. Обращают на себя внимание высокие показатели хронических интоксикаций. Из них табакокурение выявлено почти у 50% беременных женщин, злоупотребление алкоголем в анамнезе у 10% женщин.

Одним из доступных и информативных методов, позволяющих оценить патологическое влияние инфекции, в том числе сочетанной патологии на плод, является ультразвуковая диагностика. При УЗИ у беременных чаще других осложнений регистрировались признаки хронической гипоксии плода (ХГП) (43%), признаки гипотрофии плода (38%) и фетоплацентарная недостаточность (ФПН) (38%). В 30% случаев диагностировано многоводие, что может являться косвенным признаком внутриутробного инфицирования. Учитывая тот факт, что большинство инфекционных агентов попадают к плоду трансплацентарно, очень важным аспектом является функциональная состоятельность плаценты. Фетоплацентарная недостаточность диагностирована в 50% случаев всех родов – с одинаковой частотой среди пациенток, имеющих сифилис в анамнезе и перенесших его во время беременности. Нужно отметить,

что у 77% женщин, перенесших острый сифилис во время беременности, развилась ФПН, тогда как частота этого осложнения в группе женщин, перенесших сифилис ранее, составила немногим более 30%. При этом более половины диагнозов поставлено в сроке после 36 недель и лишь в 12% случаев – до 25 недель беременности.

Исход беременности у больной сифилисом женщины бывает различным. Результаты нашей работы показали, что в 20% случаев имели место преждевременные роды, причем в 83% случаев произошли они у пациенток, имевших сифилис в анамнезе, а в 17% случаев – на фоне острого сифилиса. Роды прошли без осложнений у 19% женщин, в 42% случаев наблюдались аномалии родовой деятельности. Из них слабость родовой деятельности – в 86% случаев, дискоординация – в 14%. В 23% случаев имело место преждевременное излитие вод, отслойка плаценты, кровотечение диагностированы у 8% женщин. 30% детей, рожденных от больных матерей, имели положительную серологическую реакцию на сифилис; при этом одна треть новорожденных, матери которых имели сифилис в анамнезе, и все дети, рожденные от матерей, перенесших сифилис во время беременности, имели положительную серологическую реакцию, что требует пристального внимания к таким детям из-за высокого риска развития у них инфекционных осложнений.

При гистологическом исследовании оценивалось морфофункциональное состояние плаценты. В 90% случаев отмечены различные патологические изменения плаценты: у 48% женщин имели место воспалительные изменения последа, в 10% – ФПН, в 17% – сочетание воспалительных изменений и ФПН. Анализ историй родов пациенток показал, что пятая часть детей родилась с диагнозом задержка внутриутробного развития, две трети из них – от матерей, имевших сифилис в анамнезе. В структуре клинических форм преобладает симметричный тип, что является прогностически неблагоприятным признаком.

#### **Выводы**

1. Высокая частота встречаемости сифилиса среди женщин репродуктивного возраста в большинстве случаев связана с неблагоприятными социальными условиями жизни женщин, ранним началом половой жизни, наличием многочисленных половых партнеров, определенной свободой сексуальных отношений и половой безграмотностью.

2. При наличии таких осложнений течения беременности, как гестоз, угроза прерывания, а также при сочетании сифилиса с другими заболеваниями, передаваемыми половым путем, высок риск инфицирования ребенка.

3. Фетоплацентарная недостаточность наблюдалась у пациенток с острым сифилисом в 90% случаев, что привело в половине случаев к синдрому задержки развития плода.

4. Установление диагноза на раннем сроке беременности, раннее полноценное специфическое лечение и (по показаниям), профилактическое – наиболее благоприятная ситуация для предупреждения заболевания ребенка.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. – 3-е изд., испр. и доп. / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 171–198.
2. Мари-Люис, Ньюэлл и Дж. МакИнтайр. Врожденные и перинатальные инфекции. Предупреждение, диагностика и лечение. – Изд-е на русск. яз. / Пер. с англ. проф. А.В. Михайлова. – СПб: ИД «Петрополис», 2004. – 442 с.

УДК 618.11-089.87

## СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ ОВАРИОЭКТОМИИ

**Р.Р. Абузьяров, М.Г. Хлевнова, И.М. Сафронова**

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Односторонняя аднексэктомия является частым оперативным вмешательством, производимым по поводу доброкачественных и ретенционных образований яичника (Ковальский Г.Б., 1997; Lass A., 1997; Hardy R., 1999). Вместе с тем удаление яичника нередко переносят молодые женщины в активном репродуктивном возрасте, что составляет около 12% в гинекологических стационарах (Бенедиктов Д.И., 1991).

Традиционно последствия оцениваются по степени выраженности синдрома постовариоэктомии, т. е. проявления вегето-сосудистых и психоэмоциональных расстройств. Однако рецепторы к половым гормонам обнаружены во многих органах. Публикации об изменениях в репродуктивных органах после овариоэктомии единичны и противоречивы.

Таким образом, проблема состояния репродуктивных органов у женщин после овариоэктомии является актуальной и требует проведения дальнейшего изучения, что и определило цель и задачи нашего исследования.

В исследование было включено 50 пациенток после односторонней овариоэктомии. Возраст обследованных составил в среднем 39,2(+/-) года (от 20 до 45 лет).

В структуре причин овариоэктомий больные распределились следующим образом: доброкачественные опухоли яичников – у 38 (76%) женщин, тубоовариальные образования воспалительной этиологии – у 9 (18%), внематочная беременность – у 1 (2%).

Все обследованные пациентки были разделены на 2 группы. Первую группу составили 35 (70%) больных, получавших реабилитацию однофазными гормональными контрацептивами в послеоперационном периоде (от 3 до 6 месяцев), во вторую груп-

пу вошли 15 (30%) пациенток, не получавших реабилитацию.

Для оценки состояния эндометрия проводилось динамическое ультразвуковое исследование.

У пациенток первой группы патологических изменений со стороны эндометрия не отмечено.

Во второй группе у двух (4%) пациенток в течение года после операции выявлены полипы эндометрия, у четырех (8%) – признаки ГПЭ.

Для обследования молочных желез проводилось ультразвуковое исследование, маммография. В первой группе у 3 (8,6%) больных перед операцией имела место дисгормональная гиперплазия молочных желез. У пациенток второй группы патологические изменения молочных желез (фиброзно-кистозная мастопатия) отмечены в двух (13,3%) случаях.

При обследовании молочных желез после операции у женщин первой группы в течение первых 6 месяцев отмечалась у 1 (2,9%) пациентки дисгормональная гиперплазия молочных желез. Во второй группе УЗИ-картина фиброзно-кистозной мастопатии отмечена в двух (13,3%) случаях.

Результаты проведенного исследования позволили нам сделать вывод о том, что после односторонней овариоэктомии в течение первых 6 месяцев пациентки, получавшие реабилитацию, изменений со стороны эндометрия не имели. В то же время по результатам второй группы видно, что при отсутствии гормональной коррекции имеются изменения со стороны эндометрия. Изменения в молочных железах неоднозначны, но назначения КОК приводят к уменьшению дисгормональной гиперплазии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисян И.А. Некоторые вегетативные показатели у больных после односторонней овариоэктомии / И.А. Аветисян // Вестник хирургии Армении. – 2000. – № 4. – С. 64–67.
2. Адамян Л.В. Состояние репродуктивной системы больных доброкачественными опухолями внутренних половых органов и принципы ее восстановления после хирургического лечения: Дис. ... д-ра мед. наук / Л.В. Адамян. – М., 1985. – 395 с.
3. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России // Акуш. и гин. – 2002. – № 2. – С. 2–4.
4. Меркулова А.Ю., Иванян А.Н., Наумова А.М., Юрченко О.Б. Клинико-гормональная характеристика состояния здоровья и качество жизни женщин после односторонней овариоэктомии / Тез. докл. Международного конгресса «Профилактика, диагностика и лечение гинекологических заболеваний». – М., 2003. – С. 49.

УДК 618.11-089.87

## ВОЗМОЖНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

**А.Ф. Цыб, М.В. Киселева, Р.Р. Абузяров, О.В. Будник**

*ГУ «Медицинский радиологический научный центр РАМН»;  
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Увеличение заболеваемости злокачественными новообразованиями на 17,4% за последние 10 лет свидетельствует о необходимости и актуальности поиска новых перспективных подходов не только к диагностике и лечению этих заболеваний, но и к улучшению качества жизни пациентов после лечения. Последнее особенно важно для онкологических больных в социально значимом возрасте (до 45 лет), в структуре которых отмечен рост рака молочной железы, щитовидной железы, а также гемобластозов. Хорошо известно, что комплексное лечение, включающее агрессивную химио- и лучевую терапию, приводит к стерилизации как мужского, так и женского организма. Поэтому первоочередной задачей является сохранение генетического материала до начала специфического лечения по поводу злокачественного новообразования.

В ГУ МРНЦ РАМН (г. Обнинск) сформирован банк сперматозоидов и яичниковой ткани онкологических больных репродуктивного возраста. Наследственный материал забирается на этапе до начала лечения основного заболевания и замораживается методом

ветрификации с использованием криопротекторов. В настоящее время имеются криообразцы эякулята от 44 пациентов мужского пола в возрасте от 17 до 35 лет (40 – с лимфогранулематозом и 4 пациентов – с остеобластосаркомой II ст.) и 48 замороженных образцов яичниковой ткани (16 пациенток с диагнозом рак молочной железы (11-T2N1M0, 5-T1N0M0 ст.), 2 – саркома эндометрия T1N0M0, 1 – рак яичника T1N0M0; 224 ЛГМ II и III ст., 5 – рак шейки матки (3-T1b1N0M0, 2-T1b2N0M0) в возрасте от 24 до 40 лет.

В результате начатого исследования разрабатываются методологические подходы и рекомендации по сохранению фертильности у онкологических больных мужского и женского пола, отрабатывается тактика ведения и методы скрининга для данной категории больных на различных этапах наблюдения.

Работа направлена на решение проблем медико-социальной реабилитации группы онкологических пациентов с нереализованной репродуктивной функцией, а также на организацию высокоспециализированной медицинской помощи пациентам репродуктивного возраста.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Boldt J., Cline D., McLaughlin D. Human oocyte cryopreservation as an adjunct to IVF-embryo transfer cycles. Hum Reprod 2003; 18(6): 1250–1255.
2. Mandelbaum J., Anastasiou O., Levy R. et al. Effects of cryopreservation on the meiotic spindle of human oocytes. Eur. J. Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 113S: S17–S23.
3. Miller K. et al. Pregnancy after cryopreservation of donor oocytes and preimplantation genetic diagnosis of embryos in a patient with ovarian failure. Fertil Steril 2004; 82(1): 211–214.

УДК 618.1

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОКАЗАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СОГУЗ «СМОЛЕНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

**Е.В. Пятибратова, О.В. Анисимова, Р.Р. Абузяров, Ю.В. Плешкова**  
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»;  
гинекологическое отделение СОГУЗ «СОКБ»

Гинекологическое отделение СОГУЗ «Смоленская областная клиническая больница» является клинической базой кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС Смоленской государственной медицинской академии с 1994 года. Сотрудники академии и клинической больницы работают здесь как один коллектив единомышленников. Под руководством заведующего кафедрой профессора, доктора медицинских наук Александра Николаевича Иваняна врачами отделения успешно выполняются научные работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук; доценты кафедры – врачи высшей квалификационной категории Рустам Равильевич Абузяров и Юлия Владимировна Плешкова – активно занимаются консультативной и лечебной работой в гинекологическом отделении.

Нами проведен сравнительный анализ уровня оказания медицинской помощи пациенткам гинекологического отделения в 1994–1995 годах, когда кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС только была организована, и в 2007–2008 годах, через 15 лет сотрудничества с коллективом отделения. При анализе использовались статистические данные годовых отчетов.

**Результаты исследования.** Гинекологическое отделение СОГУЗ «СОКБ» оказывает медицинскую помощь пациенткам Смоленской области. В таблице 1 представлен объем оказанной медицинской помощи за исследуемые периоды. Уменьшение числа пролеченных больных связано с изменением количества коек: за последние годы оно уменьшилось практически вдвое: с 60 в 1994 году до 35 в 2008 году, но при этом годовая занятость койки осталась высокой, а оборот койки существенно возрос (табл. 2). Последнее можно объяснить тем, что увеличилась частота краткосрочных госпитализаций за счет категории больных с маточными кровотечениями, для которых основным мероприятием в стационарных условиях является раздельное лечебно-диагностическое выскабливание, а дальнейшая терапия осуществляется амбулаторно. Рост среднего койко-дня в 2007–2008 годах связан с увеличением количества женщин с угрозой невынашивания желанной беременности, когда в ряде случаев показано длительное стационарное лечение.

Таблица 1. Объем оказанной медицинской помощи

Основные показатели	1994–1995	2007–2008
Количество коек	60	35
Пролечено больных	3728	2989
Проведено койко-дней	33665	28681

Таблица 2. Основные данные годовых статистических отчетов ( $M \pm m$ )

Основные показатели	1994–1995	2007–2008
1. Годовая занятость койки	323,0 ± 28,00	409,7 ± 18,30*
2. Оборот койки	31,0 ± 1,20	42,7 ± 0,75*
3. Средняя длительность пребывания больных на койке	8,6 ± 0,56	9,6 ± 0,61

Примечание. Статистически достоверные различия: \* –  $p < 0,05$ .

За последние годы выросло количество госпитализаций по экстренным показаниям: в 2008 году в плановом порядке было госпитализировано 456 пациенток (31,0% пролеченных больных), а в экстренном – 1015 женщин (69,0%), в то время как в 1994 году эти цифры были соответственно равны 1007 (52,0%) и 930 (48,0%). Значительное увеличение случаев оказания urgentной медицинской помощи связано с миграцией сельского населения в город Смоленск без изменения прописки. Анализ показал, что за последние годы изменилась и структура патологии, являющаяся показанием для госпитализации в гинекологическое отделение (табл. 3). Прежде всего это касается патологии беременности и послеродового периода, что связано со значительным увеличением количества женщин, желающих иметь детей. Так, в последние годы самой частой причиной госпитализации в гинекологическое отделение был угрожающий аборт: каждая пятая пациентка нуждалась в проведении сохраняющей терапии в условиях стационара, тогда как в 1994–1995 годах таких женщин было почти в 6 раз меньше. Вместе с тем частота самопроизвольных

абортов сохранилась на прежнем уровне, что связано, по-видимому, с улучшением диагностики и повышением эффективности лечения пациенток с угрозой невынашивания беременности.

Таблица 3. Структура причин госпитализации

Нозологические формы	1994–1995		2007–2008	
	абс.	%	абс.	%
Угрожающий и начавшийся аборт	134	3,6	615	20,6
Аборт в ходу, неполный аборт	414	11,1	337	11,3
Осложнения послеродового периода	30	0,8	76	2,5
Внематочная беременность	39	1,1	56	1,9
ВЗОМТ	1068	28,6	528	17,7
Миома матки	346	9,3	335	11,2
Доброкачественные образования яичников	160	4,3	85	2,8
Злокачественные новообразования половых органов	28	0,8	10	0,3
Пролапс матки и стенок влагалища	90	2,4	83	2,8
ДМК	342	9,2	268	9,0
Апоплексия яичника, перекрут ножки опухоли (кисты) яичника	82	2,2	82	2,7
Заболевания шейки матки (фоновые, предраковые)	95	2,5	22	0,7
Заболевания бартолиниевой железы	3	0,1	28	0,9
Женское бесплодие	–		13	0,4
Другие заболевания женских половых органов	117	3,1	250	8,4

Оперативная активность гинекологического отделения СОКБ представлена в таблице 4.

Таблица 4. Оперативная деятельность отделения

Виды операций	1994–1995		2007–2008	
	абс.	%	абс.	%
Полостные и влагалищные	389	15,7	459	26,1
Малые гинекологические	957	38,7	893	50,8
Связанные с беременностью (в т. ч. мед. аборты)	1129	45,6	407	23,1
Всего	2475		1759	

В целом общее количество операций в последние годы несколько уменьшилось: из 3728 пролеченных за 2007–2008 годах женщин хирургическому вмешательству подверглись 1759 (58,8%), тогда как в 1994–1995 годах было прооперировано 2475 пациенток из 2989 госпитализированных в отделение

(66,4%). Эта разница в цифрах объясняется тем, что в настоящее время в отделении не проводятся искусственные аборты, доля которых среди всех операций отделения в 1994–1995 годах составляла 32,0% (искусственное прерывание беременности в первом триместре было выполнено 793 женщинам). Вместе с тем существенно возросло количество полостных, влагалищных, а также малых гинекологических операций. В последнее время в отделении используются современные хирургические технологии: гистероскопия, занимающая ведущее место в диагностике внутриматочной патологии, а также лапароскопия.

Внедрение новых методов диагностики и лечения в практику осуществляется при активном участии сотрудников кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС, что, в свою очередь, повышает эффективность оказания медицинской помощи его пациенткам. Это подтверждается исходами заболеваний: в 2007–2008 годах отмечено практически в 2 раза больше выздоровлений, чем в период 1994–1995 годах (табл. 5).

Таблица 5. Исходы заболеваний у пациенток отделения, % ( $M \pm m$ )

Исход	1994–1995	2007–2008
Улучшение	62,6±0,40	29,5±1,35*
Выздоровление	36,0±0,01	66,6±0,95*
Ухудшение	0,1±0,10	0,1±0,01
Без перемен	1,0±0,01	3,95±0,35

Примечание. Статистически достоверные различия: \* –  $p < 0,05$ .

Врачи гинекологического отделения вместе с преподавателями медицинской академии систематически анализируют результаты своей лечебной деятельности, участвуют в клинических конференциях и подготовке научных работ для открытой печати.

Таким образом, эффективность лечения пациенток гинекологического отделения в СОГУЗ «Смоленская областная клиническая больница» за последние годы повысилась, и одной из основных причин этого является успешное сотрудничество коллектива с кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС Смоленской государственной медицинской академии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Серов В.Н., Аполихина И.А., Антонова И.Б. и др. / Гинекология: Руководство для врачей / Под ред. В.Н. Серова, Е.Ф. Кира. – М.: Литтерра, 2008. – С. 9–34.
2. Акушерско-гинекологическая помощь / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: МЕДпресс, 2000. – 512 с.

УДК 616-053.5

## СОМАТИЧЕСКОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК ИЗ СЕМЕЙ РАЗЛИЧНОГО УРОВНЯ БЛАГОСОСТОЯНИЯ

**О.В. Козицкая, И.В. Мусорина, В.Н. Шестакова, А.Н. Иванян**

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»;  
Физкультурный диспансер, РМАПО, Россия*

Доказано, что женщина аккумулирует в своих генах самое лучшее, что накопила природа к данному моменту, определяет уровень здоровья потомства на всех этапах онтогенеза. Образ жизни женщины является путевкой для здоровья ее детей, так как накопление и длительное существование дестабилизирующих факторов не только изменяет функцию отдельных систем, но и поддерживает эту измененную функцию. При наличии мощного воздействия на организм проявляются различные нарушения, переходящие в хронический процесс. Как известно, в России в настоящее время около 10 млн. девочек-подростков. Через несколько лет, вступив в репродуктивный возраст, они будут нести основную нагрузку в воспроизводстве населения. Не секрет, что от соматического и репродуктивного здоровья девочек-подростков, от своевременной коррекции патологии в детском и подростковом возрасте зависит здоровье их будущих детей, а значит, и здоровье нашего будущего населения. В то же время состояние здоровья девочек и девушек в современных условиях характеризуется нарастанием уровня инвалидности, в первую очередь инвалидности с детства, замедлением темпов физического развития, нарушением становления репродуктивной системы, значительным увеличением доли заболеваний с хроническим рецидивирующим течением. Доля абсолютно здоровых девочек снизилась с 28,6 до 6,3%. У 75,0% старшеклассниц обнаруживаются различные хронические соматические заболевания, и 30,0% девочек попадают в III группу здоровья. Согласно данным статистических отчетов детских гинекологов, хронические заболевания органов репродуктивной системы выявляются у каждой десятой девочки, начинающей обучение в школе. У школьниц начальных классов гинекологические заболевания обнаруживаются в 6,0% случаев, однако к 17 годам гинекологические заболевания возрастают до 35,0%. Соматическая патология нередко является пусковым моментом в развитии нарушений репродуктивной системы и наоборот. Поэтому целью исследования стало изучение соматического и репродуктивного здоровья у девочек, проживаю-

щих в семьях с различным уровнем благосостояния (n=540). Из них 240 подростков проживали в семьях с достаточно высоким уровнем благосостояния (основная группа наблюдения), 200 девочек – со средним уровнем благосостояния (группа сравнения) и 100 респондентов – с низким уровнем благосостояния (группа контроля).

Одним из многочисленных показателей репродуктивного здоровья являются гинекологическая и соматическая заболеваемость, которые можно изучать как по обращаемости, так и по результатам профилактических осмотров. Установлено, что при поступлении в школу у девочек из семей с низким уровнем благосостояния ведущей соматической патологией являлись болезни крови и кроветворных органов (44,0%), заболевания центральной нервной системы (25,0%), болезни органов пищеварения (23,0%) и сердечно-сосудистой системы (22,0%). В последующем выявлено, что количество девочек с нарушениями центральной нервной системы снижалось в 1,5 раза. Возрастала доля респондентов с поражениями желудочно-кишечного тракта (в 2 раза), крови (в 1,3 раза), органов дыхания (в 4,5 раза) и ЛОР (в 2,4 раза), мочеполовой (в 5 раз), сердечно-сосудистой (в 1,5 раза) и эндокринной (в 2 раза) систем.

У девочек из семей с высоким уровнем благосостояния при поступлении в школу на 1-м месте находились заболевания сердечно-сосудистой системы (32,1%), на 2-м – поражения вегетативной нервной системы (18,8%), на 3-м – патология органов пищеварения (14,6%), на 4-м – нарушения костно-мышечной системы (13,8%). За период школьного обучения у них отмечалось увеличение патологии костно-мышечной системы в 2,6 раза, органов зрения – в 2,5, ЛОР – в 2,4, эндокринной системы – в 1,7 раза.

У девочек из семей со средним уровнем благосостояния при поступлении в школу первые три места занимали патологии сердечно-сосудистой (27,5%), костно-мышечной (25,0%) и центральной нервной (22,5%) систем. На 4-м месте размещались заболевания органов пищеварения (20,0%), на 5-м – нарушения органов зрения (16,5%) и ЛОР (15,0%), на 6, 7

и 8-м местах располагались поражения органов дыхания (12,5%), крови (10,0%) и мочеполовой системы (7,5%). У них за период школьного обучения отмечалось увеличение патологии сердечно-сосудистой системы в 5,2 раза, костно-мышечной – в 2,5, органов зрения – в 2, ЛОР – в 2,6 раза.

Следует отметить, что частота встречаемости хронической патологии у девочек из группы сравнения выше, чем у воспитанниц из семей с высоким уровнем благосостояния, но ниже, чем в группе контроля. Обращало на себя внимание, что в семьях низким уровнем благосостояния больных девочек достоверно больше, чем в семьях со средним и высоким уровнем благосостояния (45,0 против 30,0 и 41,7%). У них чаще формировались нарушения трех и более систем (23,0 против 20,0 и 16,7%) и достоверно реже – поражения одной или двух систем.

Нарушения репродуктивного здоровья у девочек основной группы наблюдения выявлялось в 75,9% случаев. Оказалось, что гинекологические заболевания регистрировались у 71,0% (у 70,8% девочек основной группы наблюдения, 66,5% группы сравнения и у 75,0%) девочек. Структура гинекологических заболеваний представлена следующим образом: нарушения менструального цикла выявлялись у 24,4% (22,9 и 25,0, 27,0%), задержка полового развития – у 12,4% (9 и 12,5, 15,0%), мастопатия – у 15,9% (16,7 и 15,0, 13,0%), воспалительные заболевания половых органов – у 73,1% (75,0 и 70,0, 77,0%). Необходимо

отметить, что наибольшее число заболеваний генитальной сферы встречалось у девочек в 16–17 лет. У них чаще формировались сочетанные поражения двух и более систем. Установлено, что 18,9% девочек имели сочетанную экстрагенитальную патологию (20,8 и 15,0, 22,0%).

Следует отметить, что у 49,3% девушек отмечались генитальные поражения на фоне соматической патологии (54,2 и 40,0, 56,0%), среди них в 1,7 раза выявлялись сочетанные поражения вульвы, влагалища и шейки матки и в 1,3 раза реже встречались изолированные поражения вульвы, влагалища, шейки матки и нарушения менструального цикла.

Установлено, что длительность воспалительного процесса у девушек, имевших соматическую и генитальную патологию, в большинстве случаев превышала месяц (34,3%), чаще заболевание носило острый характер (49,1%), у 12,4% наблюдалось подострое течение (15,4%), у 38,1% – хроническое, чаще в контрольной (43,0%) и основной группах наблюдения (40,4%) и реже – в группе сравнения (33,0%).

Следовательно, репродуктивное здоровье у девочек с достаточно высоким и низким уровнем благосостояния хуже, чем у девочек, воспитывающихся в семьях со средним уровнем благосостояния, что важно учитывать при планировании профилактических мероприятий, и эту категорию необходимо относить в группу риска как по нарушению репродуктивного, так и соматического здоровья.

УДК 616-053.5

## ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ИМЕВШИХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ С РАННЕГО ВОЗРАСТА, И ИХ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ВЫПУСКЕ ИЗ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ

Г.П. Лукина, Ж.Г. Чижова, О.В. Молотков

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»;  
Смоленский государственный университет, Смоленск, Россия*

В условиях постоянных изменений, вызвавших ухудшение качества жизни, социальную напряженность, снижение жизненного уровня населения и другие последствия кризисного развития общества, детская популяция становится одной из наиболее социально уязвимых групп (Баранов А.А., 1997–2005; Стародубов В.И., 2001; Чичерин Л.П. и соавт., 2003; Ваганов Н.Н., 2004; Максимова Т.М. и соавт., 2004; Юрьев В.К., 2005; Лукевич В.С., 2005; Середа В.М., 2005). Особенно остро эти проблемы отражаются на состоянии здоровья и морфофункциональных особенностях детей в процессе обучения, так как посту-

пление ребенка в школу вызывает необходимость приспособления его организма к новым условиям жизни. Даже здоровые дети под влиянием высокой умственной нагрузки и новой обстановки испытывают нервное и психическое напряжение. У них нередко меняется характер поведенческих реакций, ухудшается аппетит, сон, снижается сопротивляемость к простудным заболеваниям. Многие первоклассники не адаптируются к школе на протяжении всего учебного года, особенно если они уже изначально имеют нарушения в состоянии здоровья. А постоянное негативное воздействие внутри- и внешкольных факто-

ров усиливает их дезадаптацию, приводя к формированию сочетанных форм патологических состояний, нарушая многие компоненты здоровья. Чаще всего нарушения здоровья школьников отмечаются в переломные периоды онтогенеза (Жданова Л.А., 1990; Русова С.И. и др., 1995, Шестакова В.Н., 2000; Борисова М.А., 2003), такие как 7, 10 и 14 лет. Во многих исследовательских работах показано, что состояние здоровья учащихся лицеев и гимназий хуже, чем в общеобразовательных школах (Рапопорт И.К. и др., 1998; Баранов А.А., 1999; Аветесян Л.Р., Кочарова С.Г., 2001; Пляскина И.В., 2000; Шестакова В.Н., 2000, Ярощук Е.А., 2003). Среди выпускников инновационных школ только 6,0% детей считаются практически здоровыми (Куинджи Н.Н., 1995; Сухарева Л.Н., 1997; Баранов А.А., 1999; Шестакова В.Н., 2000–2008). Поэтому вся наша работа строилась согласно действующим приказам и методическим рекомендациям Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Из 1780 первично осмотренных дошкольников 340 детей имели дополнительное обучение с 3-летнего возраста (рис. 1).

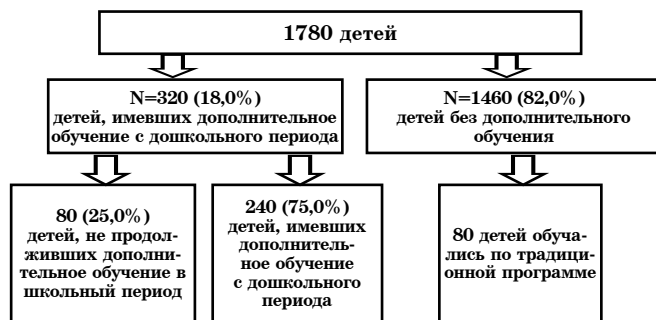


Рис. 1. Характеристика групп наблюдения

Согласно поставленной цели дети, которые посещали традиционные детские дошкольные образовательные учреждения, в последующем 80 человек, составили контрольную группу. Из 320 детей, имевших дополнительное обучение с дошкольного возраста, были выделены: основная группа наблюдения в количестве 240 учащихся, которые сохранили его при обучении в начальной школе; группа сравнения в количестве 80 человек, которые с 1 класса прекратили дополнительные занятия. Такой подход позволил установить разнородность групп с учетом дополнительного обучения, охарактеризовать здоровье ребенка в динамике, уточнить его морфологические и функциональные особенности, обосновать последовательность их нарушения. В ходе исследования было отмечено, что в процессе школьного обучения у детей имелась тенденция к ухудшению состояния здоровья, особенно среди учащихся основной группы. За период обучения в начальной школе ухудшилось состояние здоровья у 43,5% учащихся, в то время как количество школьников с положительной динамикой

не превышало 16,3%, доля детей, у которых не выявлялось какой-либо динамики, достигало 38,3%. К концу выпуска из начальной школы потеря здоровья составила 12,0%, а улучшили его всего 6,3% школьников. Дети основной группы наблюдения ухудшили здоровье в 14,6% случаев, что на 3,3% больше, чем дети из группы сравнения (11,6%) и на 4,6% больше, чем школьники из группы контроля (10,0%). Темп ухудшения здоровья более выражен у детей основной группы наблюдения (в 1,58 раза), менее – в группе сравнения (1,28 раза) и группе контроля (в 1,36 раза). Следовательно, дети, имевшие дополнительное обучение с раннего возраста и продолжившие такое направление в начальной школе, ухудшали здоровье чаще, чем дети, которые не имели дополнительного обучения. Ухудшение здоровья было обусловлено ростом функциональных нарушений (с 28,5 до 44,0%) и хронических заболеваний (с 14,0 до 24,5%), а также манифестацией сочетанных форм (с 47,5 до 63,8%). Следует подчеркнуть, что за период обучения в начальной школе поражения трех и более систем возросли в 1,8 раза (с 18,8 до 33,8%), прирост сочетанной патологии достиг 22,3% (в основной группе он составлял 22,5%, в группе сравнения – 21,3%, в группе контроля – 22,5%). На первом году обучения прирост не превышал 6,0%, на втором – 6,3%, на третьем – 6,5% и на четвертом году 3,5%. У детей из основной группы наблюдения прирост сочетанной патологии не превышал 5,0; 7,5; 6,7 и 3,3% соответственно. У школьников из группы сравнения темп формирования сочетанной патологии более выражен. На первом году обучения ее прирост составил 7,5%, на втором и третьем – по 8,8%, на четвертом – 3,7%. У респондентов контрольной группы прирост сочетанной патологии колебался от 7,5; 5,0; 6,2 до 3,8% соответственно. У детей основной группы сочетанная патология увеличивалась достоверно чаще (с 45,0 до 67,5%), чем в группе сравнения (с 41,3 до 50,0%) и группе контроля (с 31,3 до 43,0%). Прирост поражений трех и более систем у детей на первом году обучения составлял 3,5%, на втором – 6,0%, на третьем – 5,5%, на четвертом – 3,5%. У школьников основной группы наблюдения поражения трех и более систем возрастали большими темпами (с 20,8 до 41,7%), чем у детей из группы сравнения (с 18,8 до 27,5%) и группы контроля (с 12,5 до 16,5%).

Следовательно, для детей в период школьного обучения свойственно формирование сочетанных заболеваний, с большей достоверностью – у детей, имевших дополнительное обучение с раннего возраста, что важно учитывать при составлении профилактических мероприятий и программ обучения.

Функциональная патология чаще формировалась у детей основной группы наблюдения (от 37,5 до 45,8%) и группы сравнения (от 35,0 до 43,8%) и реже – в группе контроля (от 32,5 до 38,8%). У школьников



основной группы наблюдения из года в год ее прирост колебался и составил в среднем ежегодно 2,07% (2,5% на первом году обучения, 1,7% – на втором, 2,1% – на третьем и 2,0% – на четвертом году обучения). У респондентов группы сравнения прирост сочетанных заболеваний составлял в среднем ежегодно 2,2% (2,5; 2,5; 1,3 и 2,5% соответственно). У детей из группы контроля просматривалась аналогичная ситуация, но темп прироста сочетанных заболеваний не превышал в среднем за год 1,57% (2; 1,3; 1,2 и 1,3% соответственно). Кроме того, установлено, что доля детей с хроническими заболеваниями за период обучения в начальной школе возросла на 10,26% (в основной группе наблюдения – на 10,8%, в группе сравнения и контроля – на 10,0%). За период обучения в начальной школе хроническая патология возросла с 14,0 до 16,8%. При выпуске из начальной школы количество детей с хронической патологией было больше (25,8%), чем в группах сравнения (23,8%) и контроля (21,3%).

Аналогичная ситуация прослеживалась и при поступлении детей в школу, но частота встречаемости хронических заболеваний была достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), что указывает на отрицательную динамику показателей здоровья у школьников, имевших дополнительное обучение с раннего возраста. Следует отметить, что темп прироста хронической патологии у детей более выражен в первые три года обучения, у детей группы контроля он составил 2,5; 2,5; 3,7 и 1,3% соответственно, в группе сравнения – 3,7; 2,5; 3,8 и 0,0% соответственно и в основной группе 2,0; 4,7; 3,7 и 0,4% соответственно.

За период обучения в начальной школе у мальчиков в 1,7 раза чаще возникали хронические заболевания (с 14,1 до 23,7%), чем у девочек (с 19,3 до 25,2%), и они чаще состояли на учете по третьей и четвертой группам здоровья. У мальчиков, которые имели дополнительное обучение с раннего возраста и сохранили такую направленность в школе, в 1,5 раза чаще возникали хронические заболевания (с 15,0 до 25,0%), чем у девочек (с 20,0 до 26,7%). В группах сравнения и контроля просматривалась подобная тенденция. Мальчики, имевшие дополнительное обучение с раннего возраста, но не сохранившие его в процессе учебы в школе, в 1,64 раза чаще формировали хронические заболевания (15,8 до 23,7%), чем девочки (с 19,0 до 23,8%). Мальчики, которые не имели дополнительного обучения с раннего возраста, в 2 раза чаще формировали хронические заболевания за период обучения в начальной школе (с 10,0 до 20,0%), чем девочки (с 17,5 до 22,5%). Обращало на себя внимание то, что при выпуске из школы количество мальчиков в основной группе наблюдения с хроническими заболеваниями (25,0%) больше, чем в группе сравнения (23,7%) и контроля (20,0%), их доля в основной группе увеличилась на 10,0%, в группе сравнения – на 7,9%, контроля – на 10,0%.

При выпуске из начальной школы количество девочек с хронической патологией в основной группе составляло 26,7%, что на 3,0% больше, чем в группе сравнения (23,8%) и на 4,2% больше, чем группе контроля (22,5%). Доля прироста хронических заболеваний у девочек основной группы наблюдения составила 6,7%, в группе сравнения – 4,8% и контроля – 5,0%, что несколько больше, чем у мальчиков.

Отсюда следует, что у мальчиков состояние здоровья лучше, чем у девочек, но при наличии хронической патологии в процессе школьного обучения им свойственно чаще прогрессирование состояния, что требует тщательного наблюдения динамической коррекции.

Функциональные нарушения при выпуске из школы выявлялись у 63,3% учащихся. Они встречались с одинаковой частотой как у мальчиков, так и у девочек (63,1 и 63,4%). При выпуске из начальной школы функциональные нарушения выявлялись в 45,8% случаев у детей основной группы и в 43,8% – у респондентов группы сравнения, в то время как у детей без дополнительного обучения частота функциональных нарушений выявлялась реже (38,8%), а частота нереализованного риска выше (23,8 против 20,0 и 16,7%), что достоверно меньше, чем при поступлении в школу.

Следует отметить, что у детей контрольной группы наблюдения данные нарушения выявлялись чаще, чем в группе сравнения (63,8%) и основной (62,5%), без достоверных различий. Дети этой группы наблюдения реже болели острыми респираторно-вирусными инфекциями, у них реже формировалась группа часто болеющих детей (25,0 против 33,8 и 30,0%). Они чаще имели хорошую резистентность организма (58,8 против 42,5 и 32,1%,  $p < 0,05$ ), но достоверно реже, чем при поступлении в школу (на 17,7; 17,5; 15,8% соответственно). Их адаптационные возможности были выше (51,3 против 42,5 и 37,5%), но (на 10,0; 10,0; 14,6%) хуже, чем при поступлении в школу (58,8%).

Установлено, что дети группы контроля в процессе обучения успешнее адаптировались к школьному процессу ( $p < 0,05$ ). В группе сравнения количество дезадаптированных учащихся достигало 7,8%, что на 4,3% меньше, чем в основной группе, но на 1,3% больше, чем в группе контроля (7,5%). Большинство учащихся с низкой академической (7,9%), личностной (12,1%) и социальной (2,9%) адаптацией встречалось в основной группе наблюдения, реже – в группе сравнения (2,5; 8,8 и 2,5% соответственно) и контроля (7,5; 6,3 и 2,5% соответственно). У респондентов группы контроля реже сохранялись нарушения психоэмоциональной сферы (52,5 против 72,5% – дети из группы сравнения и 71,3% – школьники из основной группы,  $p < 0,05$ ), отклонения в поведении (16,3 против 17,5 и 20,8% соответственно), познавательной деятельности (17,5 против 20,0 и 25,0% соответственно).

Следует подчеркнуть, что количество детей с отклонениями в психоэмоциональном статусе из года в год возрастало. За четыре года обучения в школе количество учащихся с различными нарушениями возросло в основной группе наблюдения на 18,3%, в группе сравнения – на 19,8%, в группе контроля – на 15,0%. Доля детей с колебаниями настроения возросла в 1,32 раза (на 18,3% в основной группе; на 18,8% – в группе сравнения и на 15,0% – в группе контроля), с повышенной плаксивостью – в 1,55 раза (на 2,6; на 5,0 и на 5,0% соответственно), с раздражительностью – в 1,89 раза (на 17,0; на 10,0 и на 6,2%), с чувством страха – в 2,32 раза (на 5,8; 3,7 и 5,0% соответственно), с повышенной утомляемостью при физических нагрузках в 1,8 раза (на 13,7; 5,0 и 5,0%) и при психических нагрузках в 1,5 раза (на 14,6; 6,2 и 5,0% соответственно). Обращало на себя внимание, что по сравнению с детьми без дополнительного обучения у школьников из основной группы наблюдения достаточно высок процент учащихся с нарушениями эмоционально-волевой сферы ( $p < 0,05$ ). Это проявлялось повышенной раздражительностью (33,3% – основная группа против 17,5% – группа контроля,  $p < 0,05$ ), плаксивостью (13,8 против 10,0% соответственно), нарушениями сна (31,3 против 20,0%,  $p < 0,05$ , соответственно) и аппетита (22,5 против 17,5% соответственно), а также повышенной утомляемостью при физических (27,5 против 15,0%,  $p < 0,05$ ) и психических нагрузках (37,5 против 23,8%,  $p < 0,05$ ), развитием астенического синдрома (27,9 против 11,5%,  $p < 0,05$ ), усилением тревожности (58,3 против 35,0%,  $p < 0,05$ ).

Большинство учащихся при выпуске из начальной школы были социально адаптированы (98,8% – из группы контроля; 97,5% – из группы сравнения и 97,1% – из основной группы при выпуске из начальной школы против 93,8% – из группы контроля; 96,3% – из группы сравнения и 96,1% – из основной группы при поступлении в школу), имели хорошую личностную (92,5; 91,3 и 87,9 против 87,5; 86,3 и 86,7% соответственно) и академическую (91,8; 97,5 и 92,1 против 87,5; 93,8 и 93,8% соответственно) адаптацию. Дезадаптация сохранялась у 10,5% школьников. В основной группе 12,1% учащихся не смогли адаптироваться к школьному процессу и требовали своевременной коррекции. Следует подчеркнуть, что срыв адаптационных механизмов был обусловлен, с одной стороны, недостаточными функциональными резервами организма ребенка, а с другой – чрезмерной силой воздействия новых факторов школьной среды.

Установлено, что при выпуске из начальной школы 18,8% (20,8% учащихся основной группы, 17,5% группы сравнения и 13,8% группы контроля) имели высокий и 32,5% – выше среднего (37,5; 27,5 и 21,3% соответственно) уровень умственного развития (УУР). Доля учеников со средним УУР выявлялась у детей группы сравнения (55,0%) и контроля (56,3%) прибли-

зительно с одинаковой частотой и достоверно реже – у школьников основной группы наблюдения (41,7%). У них достоверно чаще сохранялся высокий и выше среднего уровень умственного развития ( $p < 0,05$ ). В основной группе наблюдения доля учащихся с высоким уровнем умственного развития уменьшилась на 5,6%, а с показателями выше средних величин увеличилась на 2,5%. В группах сравнения и контроля количество детей с высоким УУР уменьшилось на 7,5 и на 5,0%, а с показателями выше средних величин уменьшилось на 10,0 и на 6,2% соответственно.

Установлено, что у детей, которые не имели дополнительного обучения с раннего возраста, доминировали поражения желудочно-кишечного тракта (28,8%), сердечно-сосудистой (26,3%) системы, опорно-двигательного аппарата (25,0%), реже – центральной нервной (23,8%) и бронхолегочной (23,8%) систем, ЛОР-органов (20,0%). Следует отметить, что частота встречаемости их возрастала по сравнению с первым годом обучения.

У детей, которые имели дополнительное обучение с раннего возраста и сохранили его в начальной школе, структура заболеваний однотипна со структурой патологий учащихся группы контроля, но частота встречаемости их выше.

Количество детей с патологией желудочно-кишечного тракта при выпуске из начальной школы в основной группе наблюдения составляло 39,6%, что позволило занять ей первое место в структуре соматических патологий. На втором месте располагались нарушения центральной нервной системы (37,1%), на третьем – заболевания сердечно-сосудистой системы (35,4%) на четвертом – опорно-двигательного аппарата (33,8%), на пятом – органов кроветворения (29,2%) и ЛОР-заболевания (28,3%). Патологии органов дыхания (26,7%) и зрения (22,5%) занимали шестое и седьмое места соответственно.

В группе сравнения первое место отводилось поражениям желудочно-кишечного тракта (36,7%), второе – нарушениям опорно-двигательного аппарата (32,5%), третье – сердечно-сосудистой патологии (30,0%), четвертое – заболеваниям центральной нервной системы (28,8%) и ЛОР-органов (28,8%), пятое – органов дыхания (25,0%). Патология органов кроветворения занимала седьмую позицию (17,5%), на шестом месте располагались нарушения органов зрения (20,0%). Выявлено, что поражения мочеполовой и эндокринной систем во всех группах наблюдения из года в год находились на 8 и 9 местах. ЛОР-патология у детей, имевших дополнительные нагрузки с раннего возраста, из года в год занимала ведущие места, периодически смещая заболевания органов дыхания то на пятое, то на четвертое место. Установлено, что патология органов пищеварения, сердечно-сосудистой, костно-мышечной и центральной нервной систем из года в год лидировала.

Таким образом, при выпуске из начальной школы количество школьников с заболеваниями органов пищеварения (с 33,8 до 36,8%), сердечно-сосудистой (с 29,8 до 32,5%), нервной (с 28,8 до 32,8%) и костно-мышечной систем (с 25,5 до 31,8%), ЛОР-органов (с 23,0 до 26,8%), органов дыхания (с 21,0 до 25,8%) и зрения (с 16,5 до 21,0%) возрастало, что согласовалось с литературными данными и результатами по РФ, но частота встречаемости их от года к году увеличивалась, что требовало индивидуального подхода с учетом пола ребенка, возраста и началом обучения, с обязательным привлечением узких специалистов, включая и представителей психолого-педагогического звена, как в школе, так и в амбулаторно-поликлинических условиях для ранней их коррекции.

Установлено, что у мальчиков из года в год первые места занимала патология органов пищеварения (37,9% – на первом году обучения; на втором – 39,9%; на третьем – 37,9%; на четвертом году – 39,8%), поражения центральной нервной системы (31,8; 33,8; 35,9 и 36,9% соответственно), нарушения опорно-двигательного аппарата (29,8; 31,4; 32,3 и 33,3% соответственно), органов кроветворения (28,3; 29,3; 30,3 и 26,8% соответственно) и кровообращения (27,9; 29,8; 32,8 и 34,2%). ЛОР-заболевания размещались на шестом месте, в то время как у девочек эта патология занимала пятое место, частота которых возрастала из года в год и при выпуске из начальной школы составила 27,2%.

Обращало на себя внимание, что девочки достоверно чаще имели поражения органов кровообращения, реже – нарушения центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата, чем мальчики ( $p < 0,05$ ). В первом и во втором классах лидировали нарушения органов кровообращения (35,6 и 33,7%), смещая патологию органов пищеварения на второе место (26,2 и 29,2%), в третьем и четвертом классах вновь нарушения органов пищеварения вышли на первое место (33,2 и 34,2%), смещая поражения органов кровообращения на второе (29,7 и 30,7%). Первые два года на третьем месте размещались нарушения центральной нервной системы (25,7 и 26,7%). В последующие два года они уступили место заболеваниям опорно-двигательного аппарата (30,2 и 29,7%), которые до этого времени находились на четвертом месте (23,8 и 25,2%).

Следовательно, структура заболеваний тесно связана с возрастом, полом ребенка, в меньшей степени – со школьным процессом и ранним началом обучения, а частота формирования заболеваний и степень их тяжести зависимы от учебного процесса и начала обучения. Установлено, что за период обучения в начальной школе доля учащихся, имевших дополнительное обучение с раннего возраста и сохранивших эту направленность, с первой группой здоровья сократилась на 6,2% (с 17,9 до 11,1%). В кон-

трольной группе доля таких детей уменьшилась на 6,2%, в группе сравнения – на 6,3%. Отмечено, что I группа здоровья за период обучения в начальной школе сократилась на 6,2%, в то время как III группа здоровья возросла на 4,86% (с 15,4 до 21,3% в основной группе, с 13,8 до 17,5% в группе сравнения и с 11,3 до 16,3% в группе контроля), IV группа здоровья увеличилась на 5,0% (с 2,1 до 4,6%; с 0 до 7,5% и с 0 до 5,0% соответственно). Школьники группы сравнения и группы контроля при выпуске из начальной школы чаще имели первую (12,5 и 13,8%) и вторую группы здоровья (63,5 и 65,0%), в отличие от детей группы наблюдения (11,7 и 62,5%).

Следовательно, состояние здоровья детей, не имевших дополнительного обучения, лучше, чем тех детей, которые имели дополнительное обучение с раннего возраста. И такая тенденция сохранялась на протяжении всего обучения в начальной школе.

У мальчиков при выпуске из школы первая группа здоровья сократилась в 1,4 раза (с 18,2 до 13,1%), у девочек – в 1,5 раза (с 17,3 до 11,4%), в то время как возросло количество мальчиков с III и IV группами здоровья в 1,7 раза (с 14,1 до 23,7%), девочек – в 1,3 раза (с 19,3 до 25,2%). Обращало на себя внимание, что вторая группа здоровья у девочек, как и в первом классе, составляла 63,4%, в то время как в группе мальчиков доля детей со второй группой здоровья снизилась на 4,6% (с 67,7 до 63,1%), что свидетельствовало об ухудшении состояния здоровья по мере взросления учащихся, особенно у мальчиков.

Установлено, что в основной группе наблюдения доля мальчиков с первой группой здоровья уменьшилась на 6,2% (с 18,7 до 12,5%), а девочек – на 5,9% (с 16,7 до 10,8%), но увеличилась доля школьников с третьей группой здоровья на 10,0% (с 15,0 до 25,0%), а школьниц – на 6,7% (с 20,0 до 26,7%), в то время как в группе сравнения количество мальчиков с первой группой здоровья снизилось на 5,2% (с 18,4 до 13,2%), а девочек – на 4,8% (с 16,75 до 11,9%), но доля мальчиков с третьей группой здоровья возросла на 7,9% (с 15,8 до 23,7%), а девочек – на 6,0% (с 19,0 до 25,0%), что свидетельствовало об отрицательной динамике в состоянии здоровья школьников с более выраженной тенденцией у детей, которые имели дополнительные нагрузки с раннего возраста и сохранили их в школе. В группе контроля прослеживалась аналогичная ситуация, но темпы колебания в состоянии здоровья были различными. Установлено, что доля мальчиков с первой группой здоровья уменьшилась на 2,5% (с 17,5 до 15,0%), девочек – на 7,5% (с 20,0 до 12,5%), а доля школьников с третьей группой здоровья возросла на 10,0% (с 10,0 до 20,0%), школьниц – на 5,0% (с 17,5 до 22,5%), что еще раз подтверждало отрицательную динамику в состоянии здоровья детей в процессе обучения.

Анализ состояния здоровья детей за период обучения в начальной школе позволил выявить

ухудшения соматического здоровья в 1,39 раза (с 50,0 до 69,8%), психологического – в 1,36 (с 41,3 до 56,3%), физического – 1,95 (с 22,0 до 43,0%), психического – в 1,96 (с 19,8 до 39,0%) и социального – в 1,82 раза (с 15,0 до 27,3%), что должно настораживать педагогический и медицинский персонал. Обращало на себя внимание то, что за период обучения в начальной школе у детей основной группы наблюдения с большой частотой ухудшились физический (в 2,14 раза), психический (в 2,16 раза) и социальный (в 2,5 раза) компоненты здоровья. Аналогичная ситуация просматривалась и у школьников групп сравнения и контроля, но темп нарушения у них менее выражен. Количество детей с отклонениями в физическом, психическом и социальном здоровье в группе сравнения возросло в 1,64 раза; в 1,66 и в 1,8 раза, в группе контроля – в 1,59 раза, в 1,64 и в 1,53 раза. Обращало на себя внимание, что количество детей с отклонениями в психологическом, физическом, психическом здоровье достоверно меньше в группе сравнения и контроля, чем в основной группе наблюдения ( $p < 0,05$ ). Среди детей групп контроля и сравнения достоверно чаще встречались дети с нарушением соматического компонента здоровья, чем физического, психологического, психического и социального ( $p < 0,05$ ). В основной группе наблюдения среди школьников достоверно реже выявляли детей с нарушением психологического и социального компонентов здоровья, чем соматического, психологического и физического ( $p < 0,05$ ), что важно учитывать при отработке комплекса мероприятий по сохранению и укреплению здоровья детей в процессе школьного обучения.

У мальчиков основной группы наблюдения первоначально нарушалось соматическое (75,0%), психологическое (60,8%) и физическое здоровье (50,0%), в последующем – психическое (50,0%) и социальное (33,3%). В группах сравнения и контроля отмечалась аналогичная последовательность нарушений компонентов здоровья. У них нарушения соматического (73,3 и 57,5%) и психологического (42,1 и 35,0%) компонента здоровья, в последующем физического (34,2 и 30,0%), психического (31,6 и 30,0%) и социального (28,9 и 27,5%), возникали реже, чем в основной группе. За период обучения в школе у мальчиков основной группы наблюдения соматическое здоровье ухудшилось в 1,36 раза, психологическое – в 1,49, физическое – в 2,3, психическое – в 2,2, социальное – в 1,97 раза. В группе сравнения доля мальчиков с нарушением соматического здоровья возросла в 1,54 раза, психологического – в 1,33, физического – в 1,85, психического – в 1,49 и социального – в 1,83 раза. В группе контроля прослеживалась аналогичная ситуация: количество мальчиков с отклонением соматического здоровья возросло в 1,35 раза, психологического – в 1,44, физического – в 1,98, психического – в 1,71 и социального – в 1,57 раза. Следовательно, у

мальчиков чаще возникали нарушения физического, психического и социального здоровья, в то время как у девочек – соматического, психологического и физического.

У девочек основной группы наблюдения продолжало ухудшаться психологическое (с 58,9 до 71,7%), физическое (с 25,0 до 50,0%), в последующем соматическое (с 50,0 до 66,7%), психическое (с 19,2 до 40,0%) и социальное (с 13,3 до 24,2%) здоровье. В группе сравнения и контроля ухудшалось соматическое (с 45,2 до 61,9% и с 45,0 до 61,9%), психологическое (с 35,7 до 50,0% и с 25,0 до 37,5%) здоровье. В последующем нарушалось физическое (с 23,8 до 38,1% и с 22,5 до 30,0%), психическое (с 16,7 до 31,0% и с 17,5 до 27,5%) и социальное (с 11,8 до 21,4% и с 15,1 до 22,5%) здоровье.

У девочек группы контроля соматическое (62,5%), психологическое (37,5%) здоровье нарушалось чаще, чем у мальчиков своей группы (57,5; 35,0%). Достоверно реже, чем у сверстниц (66,7 и 71,7%), сверстников (75,0 и 60,8%) основной группы наблюдения и одноклассниц (61,9 и 50,0%) и одноклассников (73,3 и 42,1%) группы сравнения. У девочек группы контроля нарушения психического (27,5%), социального (22,0%) здоровья возникали реже, чем у своих сверстников (30,0 и 27,5%), а также у одноклассниц (40,0 и 24,2%) и одноклассников (50,0 и 33,3%) основной группы наблюдения. Обращало на себя внимание, что у девочек более выражен темп нарушения физического здоровья, что важно учитывать при физических нагрузках, особенно у детей, которые имеют дополнительное обучение с раннего возраста и сохраняют его в процессе обучения в школе.

У детей, имевших дополнительное обучение с раннего возраста и сохранивших эту направленность в период начального обучения в школе, нарушения пяти компонентов здоровья отмечались с большей достоверностью (71,7%), чем среди детей группы сравнения (67,5%) и контроля (60,0%). Установлено, что при нарушениях двух компонентов здоровья у 26,8% школьников возникло нарушение и физического компонента, а при нарушении трех компонентов здоровья у 17,3% учащихся проявлялись нарушения психического здоровья, при нарушении четырех компонентов здоровья у 15,7% школьников формировались отклонения социального компонента. У детей основной группы наблюдения при нарушении двух компонентов здоровья у 21,3% респондентов нарушался третий компонент здоровья, а при нарушении трех компонентов здоровья у 21,3% возникало нарушение четвертого компонента, при нарушении четырех компонентов здоровья у 21,2% формировались отклонения в пяти компонентах здоровья.

Аналогичная ситуация возникала и в группе контроля, но частота нарушений достоверно ниже. При нарушении двух компонентов здоровья у 30,0%

школьников возникало нарушение третьего компонента, при нарушении трех компонентов здоровья у 7,5% проявлялись отклонения в четвертом компоненте здоровья, при нарушении четырех компонентов здоровья у 5,0% детей возникали нарушения в пятом компоненте здоровья.

Таким образом, состояние здоровья детей, имевших дополнительное обучение с раннего возраста, изначально хуже, чем у детей без дополнительного обучения. При несвоевременной коррекции соматических нарушений возникает каскад отклонений, в патологический процесс вовлекаются психологический, физический, психический и социальный компоненты здоровья. У мальчиков нарушается физическое, психическое и социальное здоровье, у девочек – соматическое, психологическое и физическое. Дети, которые не имеют дополнительного обучения, чаще обладают хорошей резистентностью, реже болеют вирусными заболеваниями, лучше адаптируются к сложившимся ситуациям, реже формируют хронические заболевания.

Следовательно, показатели здоровья как при поступлении в школу, так и при выпуске из начальной школы хуже у детей, имевших дополнительное обучение с раннего возраста. У детей, не имевших дополнительного обучения с раннего возраста, темп

нарушения состояния здоровья происходит медленнее, хроническая патология формируется достоверно реже ( $p > 0,05$ ), количество здоровых детей достоверно выше ( $p < 0,05$ ). Вероятно, это обусловлено как социально-экономическими условиями, так и социально-гигиеническими факторами. Как признано учеными, период обучения в начальной школе является важным периодом в формировании здоровья. Поэтому неблагоприятные экологические, социально-экономические условия на этом этапе предъявляют растущему организму повышенные требования, способствуя развитию дезадаптационных реакций, приводя к нарушению состояния здоровья. Отсюда можно предположить, что дети, имевшие дополнительное обучение с раннего возраста и сохранившие эту направленность в школьный период, труднее адаптируются, имея низкие адаптационно-резервные возможности, чем дети, не имевшие дополнительного обучения. Они являются группой высокого риска по формированию сочетанных поражений с заинтересованностью трех и более систем, срыву адаптации и требуют тщательного изучения с обязательным выделением ведущих причин, способствующих формированию каждой конкретной патологии с учетом индивидуальности возрастного периода, пола ребенка.

УДК 616-058.81

## РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

**М.А. Пунина, Н.Н. Рябкина, З.В. Липень, В.Н. Шестакова**

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»;  
РМАПО, Смоленск, Россия*

Специалисты в области гигиены детей и подростков и педиатры постоянно обращают внимание на ведущую роль семьи в укреплении здоровья детей, особенно относящихся к группе социального неблагополучия. Именно в семье закладываются основы здорового образа жизни, прежде всего семья противостоит формированию у детей и подростков вредных привычек (Гаджиев Р.С., Рамазанов Р.С., 2004; Шарапова О.В., 2006; Campbell J.R., Connochie R.M., Weitzman M., 1994). По данным С. Шапиро (1999), семья влияет на гармоничность развития ребенка, закладывая основы духовного, эмоционального, интеллектуального, личностного и социального компонентов здоровья. Семья является основным участником и непосредственным исполнителем повседневной работы по воспитанию ребенка, по профилактике у него многих видов заболеваний, по подготовке к поступлению в организованный коллектив. От семьи зависит формирование многих гигиенических и поведенческих привычек, нередко влияющих на

состояние здоровья (Калмыкова И.В., 2003; Капитонов В.Ф., 2003). По данным З.А. Хуснутдиновой (2000), каждый третий ребенок живет в семье, имеющей тот или иной фактор социального риска, а каждый десятый – в семье с двумя и более факторами риска. Установлено, что семьи высокого социального риска составляют 21,6%, причем заболеваемость у детей из этих семей в 1,5–2,0 раза выше, чем у детей из благополучных семей. Факторы социального риска в первую очередь отрицательно сказываются на репродуктивных функциях семьи и ее способности воспитать здоровых в физическом и психосоциальном плане детей.

ВНИИ социальной гигиены, организации и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко были выделены 3 группы факторов социального риска, которые влияют на формирование семей социального неблагополучия: а) социально-гигиенические (плохие материально-бытовые условия; мать или оба родителя; работа родителей, особенно матери,

связана с профессиональными вредностями; низкий уровень общей и санитарной культуры семьи); б) медико-демографические (неполная семья; возраст матери не превышает 18 лет или более 40 лет; семьи, имеющие трех и более детей; семьи, где имеется ребенок с врожденными заболеваниями, дефектами развития или в которых имел место случай мертворождения или смерти ребенка раннего возраста); в) социально-психологические (злоупотребление одним или обоими родителями алкоголем, курение или употребление наркотиков; семьи, в которых родился нежеланный ребенок; неблагоприятный психологический микроклимат в семье; семьи, в которых есть тяжелобольные с онкологическими, психическими заболеваниями, после перенесенного инсульта и т. д.).

При практическом использовании данной классификации до 60,0–70,0% детей оказываются в группе социального риска. По мнению В.Ю. Альбицкого (1993), столь высокий процент среди детей группы риска делает невозможным ее практическое применение, так как оказание эффективной медицинской и социальной помощи становится затруднительным для целевых групп. Во многих работах показано негативное влияние экономических изменений в стране, социальных потрясений, снижения уровня жизни и благосостояния людей на психологический климат в семье и состояние здоровья детей (Гарасика М.Н., Хенвен В.Б., 2000; Ярощук Е.А., Загорельская Л.Г., 2000, Шестакова В.Н., 2003).

В последние годы стала распространенным явлением неполная семья или семья с одним родителем, где воспитывает ребенка чаще мать. Такая семья – результат рождения ребенка вне брака, развода или смерти родителя. Злоупотребление алкоголем, наркомания, семейные скандалы часто являются причиной распада семьи (Дербенев Д.П., 1998; Беличева С.А., 2005).

В последние годы растет число неполных семей, где ребенок рожден вне брака. По литературным данным, в настоящее время вне брака рождается каждый шестой ребенок (Вестермарк Э., 2001; Капитонов В.Ф., 2003). Если причины демографических процессов, ведущих к возникновению неполных семей, уже изучены подробно, то здоровье и образ жизни детей из неполных семей освещены в литературе недостаточно полно. Неполные семьи разнородны по материальной обеспеченности, социальному статусу, психологическому микроклимату в семье и наличию других факторов социального риска. Однако отсутствие одного из родителей часто является фактором, усугубляющим проблемы, неизбежно возникающие при воспитании детей, поэтому, по мнению ряда авторов, неполные семьи всегда относятся к группе риска по формированию нарушений в состоянии здоровья детей, воспитывающихся в таких семьях. На необходимость изучения

особенностей формирования патологии у детей из неполных семей и разработки профилактических мероприятий по укреплению их здоровья указывают многие авторы (Лебедева Н.Т., 2002; Кучма В.Р., 2003; Нестеренко А.В., 2005; Бабанова А.В., Насыбуллина Г.М., 2006).

За последнее десятилетие в РФ количество детей, рожденных вне брака, увеличилось более чем в 2 раза. Увеличение числа внебрачных родов на фоне повсеместного снижения уровня рождаемости свидетельствует о значительных изменениях принципов формирования семьи в современном обществе. Темпы роста внебрачной рождаемости заставляют обратить внимание на этот социальный процесс и на группу женщин, предпочитающих жить в гражданском браке (Радзинский В.Е., Костин И.Н., Плаксина Н.Д., Смирнова Т.В., 2004).

По данным литературы (Капитонов В.Ф., Новиков О.М., 2002), 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. По материалам органов социальной защиты населения, в Смоленской области 20972 семьи считаются неполными.

Различные отклонения в организации жизни семьи, как правило, концентрируются в семьях с низким уровнем благосостояния (Батурин А.К., 1994; Лучанинова В.Н., Транковская Л.В., Косницкая Е.А., 2008; Мирская Н.Б., 2008). По данным Т.М. Максимовой (2004), материальный доход в неполных семьях уступает доходу полных семей. В то же время ряд авторов указывают на аналогичные материальные проблемы полных семей, где родители имеют низкий достаток вследствие своего социального статуса или образа жизни. В малообеспеченных семьях, независимо от наличия одного или обоих родителей, доля детей с удовлетворительным и плохим здоровьем уже на первом году жизни составляет 40,0%. В семьях с уровнем жизни выше среднего дети с отклонениями в состоянии здоровья встречаются в 4 раза реже. Ухудшение состояния здоровья ребенка зачастую потенцируется неудовлетворительными условиями жизни, порождаемыми дефицитом материальных средств. Низкий уровень жизни семьи, недостаток семейного бюджета и связанный с ним неудовлетворительный социальный и психологический фон создают неблагоприятные условия для формирования психологически и физически здорового ребенка (Максимова Т.М., 2004; Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я., Курмаева Е.А., 2008; Мирская Н.Б., 2008).

В условиях выраженной ограниченности материальных средств и, соответственно, отсутствия возможности реализовать даже скромные запросы семьи и ребенка обостряются психологические проблемы. Увеличение числа детей-сирот, детей-

инвалидов, детей из неполных семей, детей с нарушением поведения связано с прогрессирующей тенденцией разрушения правовых устоев семьи, бездуховностью, утратой жизненных ценностей, ухудшением социально-экономических условий (Оганов Р.Г., 2001; Максимова Т.М., Гаенко О.Г., Белов В.Б., 2004; Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я., Курмаева Е.А., 2008).

Чрезвычайно велико влияние на здоровье детей школьного возраста медико-биологических и социально-гигиенических факторов. Среди изученных факторов образа жизни, влияющих на вероятность возникновения заболеваний, многие являются управляемыми, и воздействие на них целиком и полностью зависит от самого человека. Это отношение в семье к курению, алкоголю, занятиям гимнастикой и закаливанию, особенности питания, своевременность обращения к врачу, выполнение медицинских рекомендаций, повышение медицинской грамотности и общей культуры, нормализация внутрисемейных отношений. Следовательно, зная особенности управляемых факторов риска в неполных семьях, можно повысить эффективность профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья ребенка. Необходимость таких мероприятий продиктована уже тем фактом, что общая заболеваемость в неполных семьях среди детей школьного возраста почти в 2 раза выше, чем в полных семьях. У детей из неполных семей достаточно часто выявляются функциональные расстройства в виде неврастении, астеноневротического синдрома, ситуационных невротозов, расстройств речи (Баранов А.А., 1999; Голлод С.И., 1998; Капитонов В.Ф., 2003). Однако полная семья также не является гарантом благополучия. Значительное количество детей с девиантным поведением обучаются в специализированных школах и имеют психоневрологические расстройства на основе факторов неблагополучия, полученных в полных семьях, где у ребенка развились все черты десоциализации (Капитонов В.Ф., 2003).

Дети – это тонкий социальный индикатор, четко реагирующий на различные экономические, политические, социальные и экологические проблемы, именно поэтому важно акцентировать внимание на проблемах здоровья и образе жизни детей из семей, имеющих различные факторы риска. В современной медицинской литературе отсутствуют убедительные данные о влиянии социально-гигиенических и медико-биологических факторов риска на состояние здоровья детей первой ступени обучения, родившихся и воспитывающихся в неполных семьях, не выделены критические периоды в развитии хронической патологии и изменения структуры заболеваний в течение всего периода начального обучения в школе. Все вышеизложенное определяет актуальность, своевременность планируемого диссертационного исследования, пре-

допределяя его основную цель – сохранение здоровья детей из неполных семей на основе изучения характера и степени влияния социально-гигиенических, медико-биологических факторов в период начального школьного обучения и разработки комплекса профилактических мероприятий по предотвращению развития соматической патологии и функциональных нарушений. Поэтому нами велось динамическое наблюдение за детьми в период школьного обучения, проживающих в различных типах семей. Оказалось, что к выпуску из начальной школы I группу здоровья имели 10,0% школьников, за последний год она пополнилась двумя девочками из неполных семей и тремя мальчиками и двумя девочками из полных семей. Учащиеся из основной группы (неполные семьи) по-прежнему реже были здоровы (6,9%), чем их сверстники из группы сравнения (12,9% – полные семьи). Здоровых девочек было больше (12,1%), чем мальчиков (7,9%). Доля школьников со II группой здоровья уменьшилась с 60,6 до 57,2% за счет детей из основной группы (с 54,6 до 51,2%) и из группы сравнения (с 66,1 до 62,9%). Доля девочек со II группой здоровья была практически одинакова с долей мальчиков (57,1 и 57,3%). Количество детей с III группой здоровья увеличилось с 26,7 до 28,0%. Мальчики чаще имели III группу здоровья, чем девочки (29,2 и 26,7% соответственно). Количество школьников из неполных семей с III группой здоровья больше, чем доля их сверстников из группы сравнения (35,0 против 21,4%). К окончанию начальной школы количество учащихся с IV группой здоровья возросло с 4,1 до 4,8%. Школьники из полных семей ее имели реже (2,9%), чем ученики из основной группы (6,9%). Доля мальчиков с IV группой здоровья (5,6%) была больше, чем девочек (4,0%).

К окончанию четвертого года обучения в начальной школе лидирующими заболеваниями у школьников из неполных семей оставались поражения ЦНС (38,1%), сместив заболевания ССС (32,7%) на 3-е место, 2-е место занимали болезни ЖКТ (33,1%), на 4-м располагалась, как и прежде, патология костно-мышечной системы (28,5%). На 5-м месте находились заболевания органов крови и кроветворения (21,9%), дыхания (21,2%) и зрения (20,0%). Выросло число заболеваний ЛОР-органов (с 16,9 до 18,5%), эндокринной (с 15,0 до 17,7%) и мочеполовой систем (с 15,4 до 17,3%).

У мальчиков из неполных семей преобладали нарушения ЦНС (39,2%), смещая патологию костно-мышечной системы (35,2%) на 3-е место и доля его с нарушениями ССС (35,2%). Патология ЖКТ по-прежнему занимала 2-е место (36,8%), но частота поражений была выше, чем в 3 классе (32,0%). Болезни крови и кроветворных органов (24,0%), органов дыхания (22,4), ЛОР-заболевания (22,4%) занимали 4-ю позицию. На 5-м месте располагались нарушения органов зрения (20,0%) и мочеполовой системы (20,0%).

У девочек из основной группы на 1-м месте также находились поражения ЦНС (37,0%), смещая заболевания ССС (33,3%) на 2-е место, на 3-м месте располагалась патология ЖКТ (29,6%), на 4-м – заболевания костно-мышечной системы (22,2%), болезни органов зрения (20,0%) и дыхания (20,0%). На 5-м месте размещались поражения эндокринной системы (19,3%), органов крови и кроветворения (18,5%).

В группе сравнения по-прежнему лидировали заболевания ССС (28,6%), ЖКТ (24,6%), ЦНС (22,5%) и костно-мышечной системы (17,9%). На 5-м месте располагалась патология органов дыхания (14,3%), крови и кроветворения (13,9%). Поражения ЛОР-органов (12,5%), мочеполовой (11,8%) и эндокринной систем (11,4%) занимали 6-е место.

Выявлено, что у мальчиков из полных семей ведущими являлись заболевания ЖКТ (29,6%), ЦНС (27%), ССС (26,8%), костно-мышечной системы (20,4%). Болезни органов дыхания (16,2%), крови и кроветворных органов (16,2%) делили 5-е место.

В группе девочек из полных семей 1-е место занимали нарушения ССС (30,4%), 2-е – патология ЖКТ (19,6%), 3-е – заболевания ЦНС (17,4%), смещая по-

ражения костно-мышечной системы (15,2%) на 5-е место. На 4-м месте располагались болезни органов дыхания (15,9%). Болезни ЛОР-органов (14,0%) занимали 6-ю позицию.

Следует отметить, что рост числа случаев развития заболеваний по всем нозологическим формам у детей из неполных семей и у мальчиков из полных семей сохранялся. У девочек из группы сравнения осталась на прежнем уровне патология костно-мышечной системы и органов зрения.

Таким образом, при выпуске из начальной школы состояние здоровья ухудшается, преимущественно за счет увеличения доли детей, которые формируют хронические заболевания в различной фазе обострения. У мальчиков в 1,2 раза чаще возникают сочетанные заболевания, особенно если они воспитываются в неполных семьях. К концу четвертого года обучения все дети из неполных семей реализуют риск формирования патологии, что отражает несвоевременную коррекцию и профилактику групп риска у детей из неполных семей при школьных нагрузках. Структура заболеваний из года в год остается прежней, но частота ведущих заболеваний изменяется.

УДК 613.8-053.5

## ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ПРОФИЛЬНЫХ КЛАССОВ

**Ж.Г. Чижова, Г.П. Лукина, И.В. Мусорина**

*Смоленский государственный университет,  
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия», РМАПО*

На качественном уровне социальные проблемы современных подростков обсуждаются довольно широко. Однако рост девиантных поведенческих реакций не снижается. Пубертатный период с его бурными нейроэндокринными сдвигами считается критическим. Как известно, в подростковом возрасте происходит окончательное формирование человека, его личностных, физиологических характеристик (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991). Однако в настоящее время подростки подвергаются мощнейшему воздействию неадаптированных для их восприятия потоков информации, что отрицательно влияет на становление их психики. На практике данная ситуация заявляет о себе ростом антисоциальных проявлений среди подрастающего поколения (Панков Д.Д., Румянцев А.Г., 2002). У части подростков выявляются патологические поведенческие реакции, формирующиеся на основе биологических и социально-психологических предпосылок. Большинству подростков просто нечем себя занять в свободное время. В это время нередко приобретаются (и затем

иногда закрепляются) вредные привычки, неблагоприятно сказывающиеся на соматическом, психическом и репродуктивном здоровье: курение, злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания.

Эта грозная для будущей нации тенденция, безусловно, должна быть остановлена. Нами велось динамическое наблюдение за 379 учащимися профильных классов (основная группа наблюдения). Группу сравнения составили 247 детей, которые не обучались в профильных классах.

При опросе установлено, что более 95,0% детей (вне зависимости от территории проживания) имели те или иные отклонения в состоянии здоровья. Только треть родителей оценивали здоровье своих детей как хорошее, больше половины – как среднее и около 6,0% – как слабое, что совпадает и с литературными данными (Полякова А.Я., Петруничева К.П., Исайченко Л.Н., 2007).

Анализ данных анкетирования показал, что характер жалоб у 87,3% детей свидетельствует об отклонении в психоэмоциональной сфере. Больше полови-



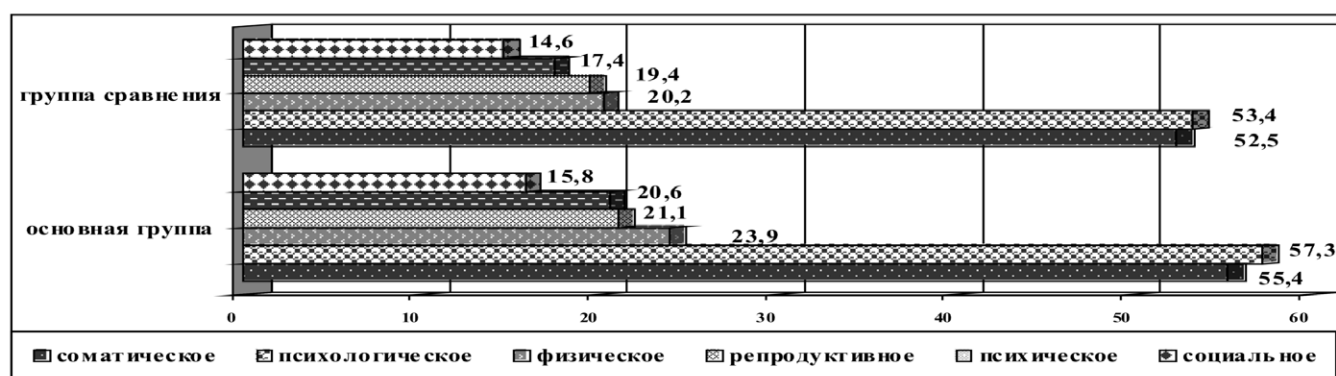


Рис. 1. Ретроспективная оценка динамики нарушений различных компонентов здоровья у детей при поступлении в школу

ны учащихся жаловались на частые головные боли, раздражительность (59,2 и 52,5%), около 40,0% – на слабость и плохую память. Более трети опрошенных (34,5%) отмечали плохое настроение у своих детей, четверть указала на плохой сон. 16,6% школьников беспокоили повторяющиеся головные боли и 7,8% – обмороки. Число таких лиц возрастало к выпускному классу. Проведенное медицинское исследование состояния здоровья учащихся позволило выявить у 88,6% подростков невротические реакции; у 37,1% – цереброастенический синдром; у 3,8% – астеноневротические реакции; у 12,4% – синдром вегетативной дисфункции, у 1,9% – невроз навязчивых движений; у 8,6% – энурез; у 1,9% – гипертензионно-гидроцефальный синдром; у 54,5% – вегетативную лабильность.

Укрепление здоровья, обеспечение гармоничного формирования личности детей и подростков – важнейшая социальная, медицинская и педагогическая задача общества. Поскольку, с одной стороны, без создания условий для нормального психофизиологического созревания ребенка невозможно рассчитывать на воспитание из него полноценной и образованной личности, с другой – нарушения условий и режимов воспитания и обучения приводят к деформированному созреванию отдельных психических функций и повышают риск развития психических нарушений. В заболеваемости детского населения до 50,0% составляет социально и гигиенически зависимая патология. В настоящее время повсеместно отмечается тенденция ухудшения состояния психического здоровья детского населения, расстройства которого, по данным А.С. Бланкова (1996), достигает 70,0–80,0%.

Положение усугубляется тем, что в современных условиях развития общества дети находятся в сложной социально-психологической ситуации: с одной стороны, мощный прессинг рекламных предложений нового стиля и образа жизни в сочетании с доминирующими для возраста мотивами любопытства и подражания, с другой – равнодушие или некомпетентность педагогов, родителей, сверстников. Низкий уровень психического здоровья подросткового населения во многом определяет глубину социальных последствий

и формирование устойчивых негативных тенденций: ограничения в получении полноценного образования, детскую инвалидность, девиантные формы поведения, высокий уровень криминогенной активности. Как показывает исследование, девиантно-делинквентное поведение подростков является следствием биологических и отрицательных социально-средовых факторов, деформирующих психическое развитие и социальные установки личности.

Проведенные исследования показали, что за период обучения в школе четко просматривается отрицательная динамика здоровья – как в классах общего направления, так и в профильных. Как видно на рис. 1, при поступлении в школу дети уже имели нарушения шести компонентов здоровья.

Обращало на себя внимание, что нарушение соматического здоровья выявлялось более чем у половины детей при поступлении в школу (55,4 и 52,5%), достоверных различий в группах не установлено, в то время как нарушения социального (15,2%) компонента здоровья выявлялись в 3,54 раза реже, чем соматического (53,9%), в 3,61 раза реже, чем психологического (54,9%), в 1,45 раза реже, чем физического (22,0%), в 1,3 раза реже, чем психического (20,0%). Оказалось, что в обеих группах нарушения состояния здоровья носят ступенчатый характер, первоначально возникают отклонения психологического, затем соматического, после чего физического и репродуктивного, а потом психического и социального компонентов здоровья.

Это важно учитывать при отработке комплекса мероприятий по сохранению и укреплению здоровья детей в процессе школьного обучения.

Доказано, что возраст 15–17 лет является периодом наступления зрелости, когда у большинства девочек и мальчиков завершается половое созревание. Пропорции тела и органов приближаются к таковым у взрослых. Это время формирования воли, психологического и личностного статуса. Сохраняется неустойчивость вегетативной нервной и эндокринной систем, провоцируя возникновение различных отклонений в психическом, репродуктивном, физическом и сексуальном здоровье, способствуя росту опасных форм поведения, ко-

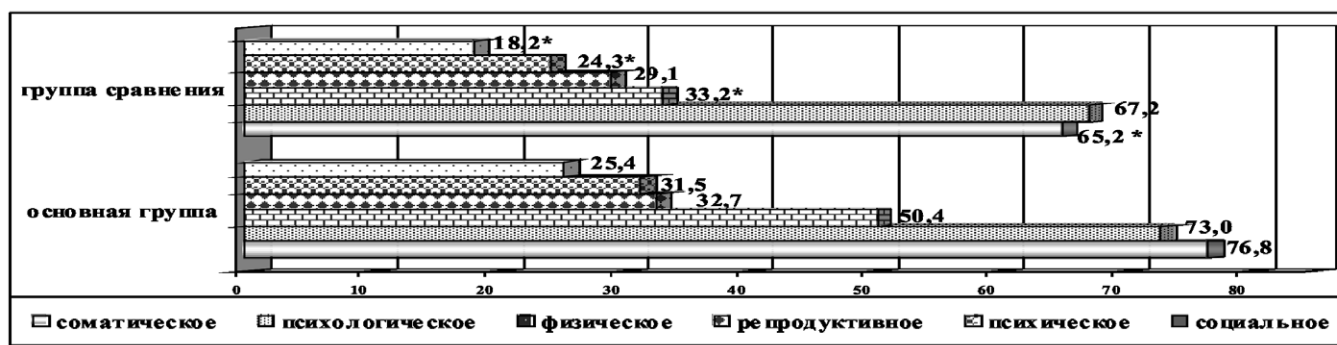


Рис. 2. Динамика нарушений различных компонентов здоровья у детей при выпуске из школы из профильных и непрофильных классов

которые усугубляют соматические расстройства, клиническая картина которых имеет ряд особенностей.

Оказалось, что в этом возрасте продолжало ухудшаться состояние здоровья с большими темпами в основной группе наблюдения. Количество здоровых детей сократилось с 14,4 до 5,6%, что согласуется с данными многих ученых. В основной группе наблюдения доля детей, имевших первую группу здоровья, уменьшилась в 3,76 раза (с 15,8 до 4,2%), в группе сравнения – в 2,1 раза (с 16,2 до 7,6%). Среди детей, которые не обучались в профильных классах, частота встречаемости здоровых детей больше в 1,8 раза ( $p < 0,05$ ). Детей, состоявших на учете по второй группе здоровья, больше в группе сравнения (61,3 против 57,7%), чем в основной группе наблюдения, и больше, чем при поступлении в школу (57,9%). Среди детей основной группы наблюдения чаще встречались пациенты с третьей и четвертой группами здоровья (38,1 против 31,1%,  $p < 0,05$ ). Функциональные нарушения (34,0 против 39,1%,  $p < 0,05$ ) и хронические заболевания (38,1 против 31,1%,  $p < 0,05$ ) чаще наблюдались у респондентов основной группы наблюдения. В группе сравнения хронические заболевания чаще формировались в стадии компенсации (28,7%) и реже – в стадии субкомпенсации (2,4%), чем в основной группе наблюдения (25,4 и 12,7% соответственно,  $p < 0,05$ ). Следует подчеркнуть, что в обеих группах наблюдения хронические заболевания в стадии компенсации возникали чаще, чем в стадии субкомпенсации ( $p < 0,05$ ). Потеря здоровья с момента обучения в профильных классах составила 13,3%, а в непрофильных 11,6%, что отражало нелинейность и неравномерность потери здоровья у детей в период школьного обучения.

Это также характеризовало неравномерность в динамике нарушения здоровья и послужило поводом для выделения критических периодов по ухудшению здоровья. Критическим периодом потери здоровья у детей непрофильных классов является возраст 12 лет, у детей профильных классов – 14 и 16 лет.

При выпуске из школы дети имели также нарушения шести компонентов здоровья, но чаще и темп поражения у них более выражен, чем при поступлении в школу и до профилизации (рис. 2).

Установлено, что нарушение соматического здоровья выявлялось у детей обеих групп наблюдения на 16,2% чаще (70,2%), чем при поступлении в школу. С большей частотой нарушения соматического здоровья возникали у школьников основной группы наблюдения (76,8%), что на 11,6% чаще, чем у сверстников группы сравнения (65,2%,  $p < 0,05$ ).

По-прежнему сохранялось ступенчатое нарушение состояния здоровья (рис. 1, 2). В основной группе наблюдения первоначально возникали отклонения в соматическом (76,8%), затем в психологическом (73,6%), физическом (50,4%) компонентах здоровья (рис. 2), в последующем – в репродуктивном (32,7%), психическом (31,5%) и социальном (25,2%) компонентах здоровья. Изменения в них происходили чаще, чем в группе сравнения, и чаще, чем при поступлении в школу. Их прирост составлял 21,4; 16,3; 29,6; 11,6; 10,9 и 9% соответственно.

Среди школьников группы сравнения первоначально нарушался психологический (67,2%) и соматический (65,2%) компоненты здоровья. В этом возрасте количество детей с нарушением психологического компонента здоровья на 2,0% больше, чем соматического (рис. 2). В последующем изменения возникали в физическом (33,2%), репродуктивном (29,1%), а затем в психическом (24,3%) и социальном (18,2%) компонентах здоровья, но реже, чем в основной группе наблюдения, и чаще, чем при поступлении в школу. Прирост их составлял 12,7; 13,8; 13,0; 9,7; 6,9 и 3,6% соответственно. Частота нарушений компонентов у детей, которые не обучались в профильных классах, менее выражена, чем у школьников из профильных классов, но чаще, чем при поступлении в школу (рис. 1, 2).

Анализ уровня физического здоровья показал, что чаще в обеих группах наблюдения выявлялись средние его величины (54,2 и 58,3%), но частота их встречаемости меньше, чем до профилизации. Как оказалось, большинство показателей и уровня физического развития, как и предыдущие периоды жизни ребенка, размещалось в диапазоне 25–90 перцентилей (79,8%), чаще в группе сравнения (82,2 против 75,6%). Детей, имевших физическое развитие ниже 10 перцентилей, не

встречалось, а выше 90 перцентиля не превышало 4,3% (рис. 1, 2). Все это указывало на взаимосвязь физического развития с возрастом ребенка. Характеризовало его лабильность по мере роста и развития ребенка и свидетельствовало о повышенной чувствительности детей к воздействию факторов, которыми можно считать само профильное обучение, подтверждая гипотезу о том, что физическое развитие является основным критерием оценки состояния здоровья ребенка и может служить маркером при выделении групп риска.

Нарушение гармоничности физического развития имели около 40,0% учащихся (45,3 и 41,1%), в 1,3 раза чаще, чем при поступлении в школу. В группе сравнения доля детей с дисгармоничным развитием (с 28,9 до 41,1%) возрастала, но школьники с резко дисгармоничным развитием отсутствовали. Количество детей в основной группе наблюдения, имевших дисгармоничное развитие, увеличивалось (с 30,5 до 45,3%), и появились дети с резко дисгармоничным (0,0 до 8,6%) развитием, что, вероятно, свидетельствует о нарастании дисинхроноза, отражая нестабильность выносливости, падение адаптационных возможностей и нарушение адекватности на сложившуюся ситуацию.

При выпуске из школы продолжала снижаться физическая (на 0,7%) и умственная (2,0%) работоспособность, особенно у детей в основной группе наблюдения, но темп ее снижения за год незначительный, достоверных различий не установлено. Доля учащихся в основной группе с низкими параметрами физической (с 29,0 до 36,5%) и умственной (с 30,2 до 40,3%) работоспособности возрастала, что отражало отрицательную динамику в состоянии здоровья детей. В группе сравнения такой закономерности не выявлено. Количество учащихся из группы сравнения с низкими показателями умственной работоспособности увеличивалось (с 18,2 до 22,3%), а с параметрами физической работоспособности снижалось (с 16,2 до 15,4%), это подтверждало предположение о том, что у детей профильных классов приспособительные реакции организма более низкие, что четко отражали результаты физической работоспособности. У детей группы сравнения толерантность к физическим нагрузкам лучше. У них количество пациентов с высокой физической работоспособностью на 3,3% больше, чем в основной группе наблюдения, а с низкой физической работоспособностью на 19,1% меньше ( $p < 0,05$ ). Кроме того, установлено, что среди детей из основной группы наблюдения достоверно чаще встречалась повышенная утомляемость при физических (47,9 против 22,3%,  $p < 0,05$ ) и интеллектуальных (60,5 против 36,4%,  $p < 0,05$ ) нагрузках, чем в группе сравнения. Подтверждая закономерность, характерную для детей в процессе обучения, утомления при психических нагрузках возникают чаще, чем при физической активности. Особенно четко это проявлялось у школьников основной группы на-

блюдения, что послужило поводом считать эту категорию детей группой риска по нарушению состояния здоровья.

Следовательно, здоровье детей профильных классов ухудшается более быстрыми темпами, чем у школьников непрофильных классов. Темп его нарушения более выражен по мере роста ребенка, количество здоровых детей сокращается. Первоначально возникают нарушения соматического, затем – психического, в последующем – физического, репродуктивного, психического и социального компонентов здоровья.

Кроме того, оказалось, что по мере обучения в школе возрастало количество учащихся, имеющих вредные привычки. В 10 классе вредные привычки имели 53,1% подростков. К концу 11 класса количество учащихся, имевших вредные привычки, увеличилось в 1,18 раза (62,9%), что требовало динамического наблюдения и тщательного наблюдения за подрастающим поколением начиная с первого года обучения.

Анализ полученных данных показал, что пристрастились к курению с 7–8-летнего возраста 1,8% школьников профильных классов, с 9–10 лет их количество составило 1,5%, с 11–12 лет – 0,8%, с 13–14 лет – 18,6%. В группе сравнения доля курящих на 3,2% больше (1,6; 2,0; 2,8 и 19,4% соответственно), чем в основной группе наблюдения. Следовательно, рисковым возрастом начала курения является младший школьный возраст, а критическим – 13–14 лет, без учета гендерных особенностей.

Как оказалось, в старших профильных классах ежедневно курят 16,0% школьников (15,1 и 16,2%), все остальные дети курят 2–3 раза в неделю. Более частому курению оказались подвержены школьники непрофильных классов, но достоверных различий не установлено, на что необходимо обращать внимание при проведении занятий по ОБЖ, отражая вопросы пагубности курения на растущий организм.

Кроме того, выявлен высокий уровень алкоголизации среди подростков: опьянение разных степеней тяжести испытывали 50,0% учащихся. Употребляли и употребляют алкогольные напитки каждый день 2,3% учащихся (2,5% подростков основной группы и 2,0% группы сравнения); 2–3 раза в неделю 53,5% подростков (57,9 и 50,6% соответственно) и раз в неделю 41,1% школьников (39,3 и 47,4% соответственно).

Следовательно, дети подросткового возраста, независимо от места проживания, профиля и программ обучения, являются группой риска по развитию раннего алкоголизма, что должно настораживать взрослое население и способствовать возрождению профилактических мероприятий по предупреждению склонностей к вредным привычкам, расширив аспекты психологической помощи по формированию у подростка нравственно-эстетических ценностей. Необходимо продолжать работу с семьей, так как приобщение к алкогольным напиткам подрост-

ков происходит преимущественно в ней. Традиции и микросоциально-педагогическая запущенность, наслаивающиеся на морфофункциональные особенности подросткового периода, способствуют формированию патохарактерологических особенностей личности, быстрому прогрессированию отклоняющихся форм поведения, несвоевременная коррекция которых приводит на эшафот алкоголизации.

Анализ анкетного опроса показал, что у 100% учащихся отношение к наркомании и токсикомании резко отрицательное, но 7,3% учащихся (7,6 и 6,9% соответственно) пробовали наркотические вещества, многие имеют знакомых, которые однократно или систематически принимают психоактивные средства. Установлено, что при выпуске из школы 18,9% школь-

ников имеют воздействие двух вредных факторов (19,4 и 18,2% соответственно), а 7,3% учащихся – трех (8,1 и 6,1% соответственно).

Как оказалось, среди причин, побуждающих впервые попробовать психоактивные вещества, были названы желание испытать новые ощущения, любопытство, интерес, стремление быть «не хуже других», экономические и личные проблемы. Побудители к употреблению подростками различных психоактивных веществ непосредственно связаны с психологической обстановкой в семье, отношением родителей к спиртным напиткам, другая причина – стремление к подражанию.

Поэтому вся работа должна быть направлена на работу с семьей, коллективом, окружающей средой.

**УДК 616-055.23**

## **ДИНАМИКА ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, ИМЕВШИХ В АНАМНЕЗЕ ОТКЛОНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО КОМПОНЕНТА ЗДОРОВЬЯ**

**О.В. Козицкая, Е.И. Зорина, Е.В. Немвержицкая, В.Н. Шестакова**  
ГОУ ВПО «Смоленская медицинская академия», РМАПО

Здоровье детей и подростков жизненно важно для будущего любой нации. В течение последних лет в России сложилась крайне неблагоприятная ситуация в отношении состояния здоровья населения, и особенно подрастающего поколения. Неблагоприятные тенденции в демографической ситуации в стране и состоянии здоровья детей и подростков подтверждаются многочисленными исследованиями (Баранов А.А., 2000; Кучма В.Р., 2001; Онищенко Г.Г., 2002; Доскин В.А., 2003; Баранов А.А., Щеплягина Л.А., Ильин А.Г., Кучма В.Р., 2005). Подростковый возраст представляет собой особый критический период развития организма, переход от детства к зрелости. В этот период жизни ребенка происходят изменения в физиологических функциях и системах органов, быстрый рост, завершение умственного, психоэмоционального и полового развития. Именно на этом этапе формируются навыки поведения, привычки, связанные со здоровьем. При патологическом пубертате выявляются выраженные вегетативные и гормональные дисфункции, которые и определяют ведущие хронические проявления соматических и репродуктивных нарушений. Состояние здоровья детей подросткового возраста в значительной степени определяет заболеваемость, инвалидизацию, продолжительность жизни и последующие возрастные периоды. Начиная с 70-х годов в РФ отмечается неуклонный рост патологии среди детей подросткового возраста. Отмечается рост анемий в 1,8 раза, болезней эндокринной

системы – в 1,9, аллергических заболеваний – в 1,6, болезней системы кровообращения – в 1,5, новообразований – в 1,8, болезней мочеполовой системы – в 1,5, костно-мышечной системы – в 1,8 раза. Среди заболеваний в этом возрасте преобладают болезни центральной и вегетативной нервной системы, органов чувств и дыхания. За последнее десятилетие вследствие увеличения длительно текущих, хронических соматических болезней вдвое возросла психосоматическая патология, которая достигает в настоящее время 79,0%. У несовершеннолетних детей в возрасте 15–17 лет психические расстройства регистрируются в 1,5 раза чаще, чем у детей до 14 лет. При половом созревании наблюдается рост хронической патологии органов пищеварения до 20%, нервной системы – до 14,5%, обмена веществ и органов зрения – до 30%. В 15–17-летнем возрасте хронические заболевания выявляются у 35,3% мальчиков и у 75% девочек. В этом периоде у 81,7% детей подросткового возраста диагностируются функциональные нарушения в виде поражений опорно-двигательного аппарата у 16,7%, органов зрения – у 12,7%, а также проявляются многие заболевания, такие как артериальная гипертензия, вегето-сосудистая дистония, неврозы, сахарный диабет, нарушения функций щитовидной железы. При этом хроническая патология диагностируется у девушек до 18 лет чаще, чем среди сверстников мужского пола и девушек старшей возрастной группы. У девочек до 14-летнего возраста в 1,2 раза возросли

заболевания женской половой сферы. Увеличилось число детей подросткового возраста со сколиозом в 3,5 раза, нарушением слуха – в 1,3 раза и зрения – в 3 раза, с онкологическими поражениями половой сферы – в 1,1 раза. Среди выпускников инновационных школ только 3,4% являются здоровыми.

По данным С.А. Молодцова (1997), девочки на этом этапе чаще страдают болезнями органов дыхания и эндокринной системы (15,7 и 7,8%) по сравнению с мальчиками (6,7 и 2,7%). Уровень заболеваемости у девочек относительно стабилен во всех возрастных группах. Обращает на себя внимание бурный рост в подростковом периоде социальных недугов – туберкулеза и болезней, передаваемых преимущественно половым путем. Также быстро растет инвалидизация среди подростковых популяций, обусловленная этими заболеваниями, особенно у девочек 10–14 лет, в период бурного роста и полового созревания. Установлено, что организм девочки подросткового возраста даже при физиологическом течении полового созревания находится в состоянии определенной функциональной напряженности, поэтому часто возникают не только функциональные, но и хронические заболевания многих органов и систем. С возрастом наблюдается накопление хронической патологии, и к периоду половой зрелости каждая девушка в среднем имеет около трех заболеваний. Соматические заболевания выявляются у 65–72% девушек. Среди этих патологий преобладают болезни центральной и вегетативной нервной системы, органов чувств, органов дыхания, психические расстройства, нарушения костно-мышечной системы и соединительной ткани. В подростковом периоде девочки, имеющие соматические заболевания, чаще страдают гинекологическими болезнями и нарушениями половой сферы. В структуре гинекологических заболеваний на этом этапе первое место отводится воспалительным заболеваниям гениталий (40–70%), затем идут нарушения менструальной функции (13–28%), травмы гениталий и нарушения полового развития (1,2–7,0%), пороки развития гениталий (0,5%). Наиболее значимыми в структуре гинекологических заболеваний являются нарушения менструального цикла (34–80%). Наибольший удельный вес нарушений менструального цикла (90,4%) приходится на 16-летний возраст, воспалительных заболеваний гениталий и патологий матки – на 17 лет, нарушений полового развития – на 15 лет. У девочек в возрасте 15 лет гинекологические заболевания составляют 77,6%. Воспалительные заболевания наружных половых органов наиболее широко распространены у девочек младшего возраста (41%). У девушек 15–17 лет в 30–56% случаев выявляются инфекции, передающиеся половым путем. Особенно быстрыми темпами растет заболеваемость трихомониазом (в 25,1 раза), хламидиозом (в 15 раз), герпетической инфекцией (в 2,2 раза), уреаплазмой (в 2,1 раза), гарднереллезом (в 1,9 раза), урогенитальным кандидозом (в

3,8 раза), острыми кондиломами (в 2 раза). Учащаются поражения невоспалительного характера. Выявленные изменения у девушек, имеющих отклонения в половом развитии, функциональные и хронические заболевания половой сферы свидетельствуют о низком уровне репродуктивного здоровья.

С этой целью нами проводилось динамическое наблюдение за 520 девочками подросткового возраста, из них 220 имели нарушения репродуктивного здоровья (основная группа наблюдения) и 300 не имели нарушений репродуктивного здоровья (группа сравнения). Программа исследования включала анкетирование, интервьюирование, опрос девочек, родителей, учителей, медицинских работников, психологов, социальных педагогов, проведение углубленного медицинского осмотра девочек подросткового возраста с участием узких специалистов. Параллельно проводились социологические исследования по изучению условий и образа жизни девочек. Установлено, что у школьниц основной группы наблюдения нарушения психологического компонента здоровья (96,4%) выявлялись чаще, чем соматического (94,1%) и физического (68,2%), психического (39,5%) и социального (35,0%). В группе сравнения нарушения психологического и соматического здоровья встречались практически с одинаковой частотой (89,0 и 86,7%), в то время как отклонения физического (56,7%), психического (28,7%) и социального здоровья (25,7%) наблюдались реже.

Обращало на себя внимание, что большинство учениц, как основной группы наблюдения (56,8%), так и группы сравнения (59,3%), имели II группу здоровья, которая характеризовалась функциональными нарушениями основных лидирующих систем. Среди ведущих нарушений выступали поражения сердечно-сосудистой (44,5%), центральной нервной (37,3%) и костно-мышечной (36,4%) систем, органов пищеварения (35,5%) и зрения (32,7%) и опорно-двигательного аппарата (31,8%), в то время как в группе сравнения лидировали поражения опорно-двигательного аппарата (44,3%), сердечно-сосудистой (39,3%) и центральной нервной (29,3%) систем, органов зрения (26,3%) и пищеварения (25,7%). Следует подчеркнуть, что девочки группы сравнения чаще имели I группу здоровья (10,7%), чем школьницы основной группы наблюдения (5,9%). Следовательно, у девушек при отклонении репродуктивного здоровья чаще формируются нарушения трех и более систем (40,9 и 33,0%) и реже – поражения одной или двух систем. Это, вероятно, обусловлено особенностями комплекса факторов, где немаловажную роль имеют и отклонения репродуктивного здоровья. Необходимо отметить, что девочки из группы сравнения реже болели острыми респираторно-вирусными заболеваниями, а если и болели, то не чаще 3 раз в год, в то время как 24,5% девочек основной группы наблюдения болели более трех раз в год и 14,0% более 6 раз в год, что свидетельствует о сниженной резистентности

у данного контингента школьниц. Анализ генитальной патологии показал, что гинекологические заболевания у девушек первоначально характеризовались нарушениями менструального цикла (39,4%), что свидетельствовало о снижении репродуктивной функции на данном этапе развития. В последующем гинекологические нарушения проявлялись специфическими и неспецифическими вульвовагинитами (54,3 и 32,1%,  $p < 0,05$ ). Среди генитальной патологии ведущими являлись воспалительные заболевания половых органов, доля которых возрастала из года в год. Сочетанные поражения вульвы и влагалища диагностировались в 73,1% случаев, с большей достоверностью у девочек 15–16-летнего возраста (85,4%), в то время как поражения шейки матки чаще регистрировались у респонденток 17-летнего возраста (33,7 против 19,2%). Следует отметить, что сочетанная генитальная патология (нарушения менструальной функции, отклонения в половом развитии) диагностировалась у 32,7% больных вульвовагинитом. Поэтому девочки являются группой риска по формированию сочетанной патологии вульвы, влагалища и шейки матки и должны браться на диспансерное наблюдение в более ранние сроки. Установлено, что изолированный вульвовагинит был диагностирован у 46,2% девочек во время профилактического осмотра (63,6%), что свидетельствовало о плохой медицинской активности и поздней диагностике. При этом 57,7% школьниц жалоб не предъявляли. У всех обследованных в этой возрастной категории при осмотре выделения из влагалища носили умеренный характер, у 40,4% пациенток воспалительный процесс носил острый характер, у 22,1% – хронический, что свидетельствует о несвоевременной диагностике и недостаточной настороженности по формированию данной патологии у девочек.

Среди факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье девочек и способ-

ствующих формированию сочетанных поражений, являлись: перенесенные гинекологические заболевания в раннем возрасте ( $J=9,3$ ) частые ОРВИ ( $J=7,6$ ); наличие патологии мочевыделительной системы в дошкольном возрасте ( $J=6,5$ ); наличие патологии желудочно-кишечного тракта и ЛОР-заболеваний с раннего возраста ( $J=5,9$ ); низкая медицинская активность ( $J=5,8$ ); неправильные гигиенические установки в семье ( $J=5,5$ ); низкий культурный уровень семьи ( $J=5,3$ ); плохие условия проживания ( $J=4,6$ ); нарушения режимных моментов ( $J=3,9$ ); раннее начало половой жизни ( $J=3,6$ ); наличие вредных привычек у ребенка ( $J=3,0$ ), повышенные психологические и физические нагрузки ( $J=2,9$ ) и сочетанная патология ( $J=2,1$ ).

Следовательно, при нарушенном репродуктивном здоровье возникают отклонения не только соматической, физической, но и социальной и психологической направленности, что необходимо учитывать при разработке программ по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья девочек подросткового возраста. Своевременная коррекция нарушений, профилактические мероприятия, проводимые совместно педиатром и гинекологом, будут способствовать укреплению репродуктивного здоровья и профилактике осложненных и сочетанных форм заболеваний половой сферы. Особое внимание должно быть уделено девочкам с сочетанной патологией, у которых воспалительный процесс вульвовагинальной сферы приобретает длительный, рецидивирующий характер и плохо поддается лечению. Девочек с нарушениями репродуктивного возраста необходимо считать группой высокого риска по нарушению здоровья. В период полового созревания происходит бурный рост девочек, начинающийся значительно раньше, чем у мальчиков, и занимающий продолжительный период.

УДК 616.346.2-089.87-053.5

## РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ИМЕВШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Д.С. Лабузов, А.А. Тарасов, В.Н. Шестакова

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Во многих работах раскрываются проблемы нарушения состояния здоровья детей в процессе школьного обучения. Имеются убедительные данные о значительном влиянии образования, социально-экономического статуса родителей, их образа жизни на здоровье детей в процессе их роста и развития (Максимова Т.М., Гашко О.Н., 2003; Шестако-

ва В.Н., 2005; Лукина Г.П., 2006; Пунина М.А., 2008). Но до сих пор в доступной литературе отсутствуют убедительные данные о влиянии факторов риска на состояние здоровья ребенка, имевшего оперативное вмешательство по поводу острого аппендицита в период школьного обучения, с учетом первоначального состояния здоровья. Не освещены вопро-

сы, касающиеся ретроспективной оценки состояния здоровья таких детей в периоде новорожденности, не выделены критические периоды нарушения их здоровья, не уточнена структура заболеваний, не определена группа риска по формированию острого аппендицита. Поэтому нами проводилась ретроспективная оценка состояния здоровья детей, которые подвергались оперативному вмешательству по поводу острого аппендицита в школьном возрасте (основная группа наблюдения  $n=197$  детей); группой сравнения являлись дети, не имевшие оперативного вмешательства ( $n=240$ ).

Анализируя состояние здоровья детей, установлено, что в периоде новорожденности у респондентов, рожденных от женщин основной группы наблюдения, достоверно чаще выявлялись: врожденные пороки развития (23,9 против 16,2%,  $p<0,05$ ), морфофункциональная незрелость (22,8 против 17,4%,  $p<0,05$ ), поражения центральной нервной системы (18,8 против 7,3%,  $p<0,05$ ). Кроме того, у них чаще встречались внутриутробные инфекции (10,7 против 6,5%), конъюгационные желтухи (26,4 против 21,1%), задержка внутриутробного развития (7,1 против 2,8%,  $p<0,05$ ) и кардиопатии (4,4%). Вероятно, наличие хронической патологии у матери (51,1%), неблагоприятное течение беременности (50,0%), развитие фетоплацентарной недостаточности (16,9%) и гипоксия плода (40,1%) способствовали проявлению задержки внутриутробного развития (ЗВУР), которая выявлялась у 4,7% новорожденных, чаще в основной группе наблюдения (7,1 и 2,8%). Как отметили Ю.А. Гуркин, Л.А. Суслопаров, Е.А. Островская (2003), заболевания беременных анемией усугубляют ситуацию, так как количество детей с задержкой развития увеличивается, особенно в поздний фетальный период, что и наблюдалось в нашем случае. Помимо различных патологических состояний у 7,9% респондентов выявлялись и стигмы дизэмбриогенеза (12,7 и 4,0% соответственно,  $p<0,05$ ) и у 1,6% – врожденные пороки сердечно-сосудистой системы (2,5 и 0,8% соответственно). Среди пограничных состояний периода новорожденности у детей (16,5%) чаще встречались родовая опухоль (5,4%) и транзиторные изменения кожных покровов (4,2%). Необходимо подчеркнуть, что большинство детей имели II группу здоровья (68,5 и 69,2%). Причем количество детей, имеющих I группу здоровья среди новорожденных, которые родились от матерей группы сравнения, больше (28,3%), а количество детей с III группой здоровья меньше (2,9%), чем в основной группе наблюдения (27,9 и 3,6%).

Таким образом, можно предположить, что осложненная беременность, проявляясь гестационной анемией, пиелонефритом, инфицированием родовых путей, перенесенными острыми респираторно-вирусными заболеваниями, обостре-

ниями хронической патологии, и осложненные роды увеличивали риск развития травматического поражения нервной системы у детей, способствуя задержке их внутриутробного развития, формированию морфофункциональной незрелости, возникновению врожденных пороков и инфицированию, нарушая соматическое здоровье. Относительно высокий уровень патологии у новорожденных детей может быть обусловлен и несвоевременной коррекцией, недостаточным наблюдением беременных женщин, характеризуя высокий риск формирований антенатальных, интранатальных и постнатальных осложнений как со стороны плода, так и ребенка, что требует продолжения научного исследования в этом направлении. Следовательно, наши данные еще раз подтверждают мысль о том, что любые отклонения в раннем онтогенезе препятствуют полной реализации генетической программы ребенка, нормальному физиологическому развитию, способствуя формированию отклонений в состоянии здоровья в последующем. Генетическая отягощенность определяет качество, нозологическую форму отклонения, условия биологического и социального созревания, в большей степени – время и интенсивность его манифестации. Появление манифестных форм происходит уже под влиянием неблагоприятных постнатальных факторов (Макарова З.С., 2002).

Последующее наблюдение показало, что состояние детей оставалось нестабильным. На естественном вскармливании с рождения находилось более половины детей. Все дети были выписаны на 5–6-е сутки домой в удовлетворительном состоянии под наблюдением врачей амбулаторно-поликлинического звена. Необходимо подчеркнуть, что большинство детей при выписке из родильного отделения имели II группу здоровья (68,5 и 69,2%), количество детей, имеющих III группу здоровья, не превышало 3,4%. I группа здоровья составляла 29,5% респондентов. В конце периода новорожденности количество детей со II группой здоровья составило 66,2% (69,0 и 66,0%), уменьшилась доля детей, имевших I группу здоровья, с 29,5 до 28,4% (с 27,9 до 26,4% детей основной группы наблюдения и с 30,8 до 30,0% группы сравнения). Третья группа здоровья возросла с 3,4 до 4,3% (с 3,6 до 4,6% и с 3,2 до 4,0% соответственно). Следовательно, 5 детей, имевших первую группу здоровья (1,1%), при уточнении анамнестических данных были переведены во вторую А группу здоровья, в то время как из второй А группы здоровья 19 респондентов (4,3%) были переведены во вторую Б группу здоровья, так как у них проявилась фоновая патология. У 4 детей (0,9%) из второй Б группы здоровья были установлены органические заболевания, что послужило поводом перевода их в третью группу здоровья (табл. 8). Следовательно, за период новорожденности 28 детям была проведена переоценка состояния

здоровья (6,3%). Фоновые нарушения выявлялись у 24,3% новорожденных (27,9 и 21,5% соответственно,  $p < 0,05$ ), в конце периода новорожденности их количество увеличилось на 3,4% (до 27,9 и до 24,3%,  $p < 0,05$ ).

Сохраняли высокую направленность риска 39,9% детей (37,1 и 41,7%,  $p < 0,05$ ). Обращало на себя внимание, что уже 32,0% детей имели те или иные нарушения (36,5 и 29,6%,  $p < 0,05$ ), что на 4,1% больше, чем при рождении, среди них органическая патология встречалась у 4,3% новорожденных, у 4,6% детей основной группы наблюдения и у 4,0% респондентов группы сравнения.

У детей выявлялась высокая направленность риска (42,8% – при рождении и 39,9% – в периоде новорожденности), что позволило их включить во вторую А группу здоровья (согласно методическим рекомендациям 1995 года). Более высокую направленность риска имели дети из группы сравнения (41,7 против 37,1%,  $p < 0,05$ ), в то время как у них реже встречались фоновые нарушения (32,0 против 24,3%) и органические поражения (4,6 и 4,0%), но это не давало повода для успокоения, так как в любой момент могла произойти реализация риска.

Как и при рождении, у детей в периоде новорожденности по-прежнему лидировали фоновые состояния (24,4%), среди которых поражения сердечно-сосудистой (16,9%) и центральной нервной систем занимали первое место (15,5%), но с большей достоверностью – в основной группе наблюдения (22,8 против 12 и 23,9 против 8,9%,  $p > 0,05$ ).

На втором месте размещались заболевания органов кроветворения (13,4%) и пищеварения (12,6%), третью позицию занимали болезни костно-мышечной системы (9,0%), на четвертом месте располагалась патология органов дыхания (4,5%), на пятом – поражения ЛОР-органов (3,6%), на шестом – заболевания эндокринной системы (3,2%), на седьмом – нарушения мочеполовой системы (2,3%) и органов зрения (2,3%).

Из 129 случаев поражений одна система была нарушена у 100 респондентов (22,5%), две системы – у 23 детей (5,2%) и три системы – у 5 респондентов (1,1%). Поражения одной системы чаще встречались у детей группы сравнения (24,3 против 18,8%,  $p < 0,05$ ), а двух и более систем – в основной группе наблюдения (12,7 против 2,4%,  $p < 0,05$ ).

Следовательно, здоровье детей периода новорожденности в обеих группах наблюдения вызывает тревогу, так как достаточно высок процент фоновых состояний, которые не диагностированы в первые недели жизни ребенка, требующие коррекции и динамического наблюдения по мере его роста и развития. При отсутствии должного внимания со стороны врачей амбулаторно-поликлинического звена достаточно высок и процент детей с риском реализации патологического процесса. Это подтверждает необ-

ходимость индивидуального подхода к наблюдению детей в динамике. Поэтому – еще задолго до рождения ребенка – необходимо брать на индивидуальный учет всех женщин групп риска, уточняя их состояние здоровья, меры профилактики текущих заболеваний и причин, способствующих их формированию. Профилактические мероприятия должны включать: соблюдение здорового образа жизни; планирование беременности, родов; высокую медицинскую активность.

Как известно, грудничковый период – это время, когда происходят быстрые темпы увеличения длины и массы тела, интенсивный обмен веществ, совершенствование функциональной активности центральной нервной системы. В этот период возможна реализация факторов риска, высока вероятность проявления врожденных и наследственных заболеваний, возникновения контролируемых патологий (рахит, анемия, аллергический дерматит). Поэтому анализ состояния здоровья в этом периоде необходим, так как в последующем его результаты помогут реально оценить динамику его отклонений и детализировать причины его нарушений.

Отмечено, что у детей до года состояние здоровья продолжало ухудшаться. Это происходило преимущественно за счет уменьшения количества здоровых детей на 1,4% (6 человек), формируя высокий риск по фоновой патологии, что послужило поводом перевода их во вторую А группу здоровья. На данном этапе она не превышала 38,3% (35,5 и 40,5% соответственно), что на 1,6% меньше, чем в периоде новорожденности, так как 12 детей (2,7%) сформировали фоновые заболевания (2,5 и 2,8% соответственно) и были переведены во вторую Б группу здоровья (30,5 и 22,3%,  $p < 0,05$ ). Из второй Б группы здоровья 20 детей (4,5%) пополнили третью группу здоровья, увеличивая ее на 4,5% за счет хронической патологии (в основной группе наблюдения – на 4,1%, в группе сравнения – на 4,9%). Потеря здоровья на данном этапе жизни ребенка составляла 8,6%. В основной группе ухудшили здоровье 7,6% респондентов, что на 1,7% меньше, чем в группе сравнения (9,3%).

Ранговую таблицу у детей основной группы наблюдения открывали перинатальные поражения центральной нервной (25,4%) и сердечно-сосудистой (25,4%) систем, анемии (22,8%), болезни органов пищеварения (14,7%) и опорно-двигательного аппарата (13,7%). Вторую позицию занимали заболевания ЛОР-органов (8,6%), болезни органов дыхания (6,6%) и эндокринной системы (5,1%), патология почек (3,0%), что требовало привлечения к работе узких специалистов по профилю. В группе сравнения первое место занимала патология сердечно-сосудистой системы (14,2%), второе – заболевания органов пищеварения (11,7%), третье – болезни крови (10,9%). На четвертом месте находились по-



ражения центральной нервной системы (9,7%), на пятом – заболевания опорно-двигательного аппарата (6,5%). На шестом месте располагались болезни органов дыхания (3,2%) и ЛОР-органов (2,8%), на седьмом – поражения эндокринной (2,0%) и мочеполовой (1,6%) систем. Обращало на себя внимание, что частота встречаемости лидирующих заболеваний достоверно выше у детей основной группы наблюдения ( $p < 0,05$ ).

Как оказалось, более 8,8% детей наблюдались по III группе здоровья. Пациенты основной группы наблюдения на 0,3% реже имели III группу здоровья (8,6%) и на 5,0% реже вторую А группу здоровья (35,5%), чем груднички группы сравнения (8,9 и 40,5%), но на 8,2% они имели чаще вторую Б группу здоровья (30,5%), чем их сверстники группы сравнения (25,5%), тем самым подтверждая реализацию риска у 2,7% детей, сохранение направленности его у 38,3% респондентов и отсутствие патологии у 27,0%. Кроме того, установлено, что 34,7% пациентов к году сформировали различные нарушения, что на 7,0% больше, чем в периоде новорожденности. Отмечено, что темп нарушения состояния здоровья в группе сравнения более выражен (9,3 против 7,6%). Это, вероятно, обусловлено первоначальным состоянием здоровья ребенка и комплексом факторов, которые необходимо проанализировать и уточнить. Сочетанные поражения двух и более трех систем возросли на 4,2% и составляли 11,9% (20,8 и 5,8%).

У детей основной группы наблюдения чаще формировались сочетанные нарушения двух и более систем (20,8%) и реже – поражения одной системы (18,8%). У респондентов группы сравнения сочетанные нарушения формировались достоверно реже (4,9%), чем поражения одной системы (24,3%,  $p < 0,05$ ), что свидетельствовало о более благоприятном состоянии здоровья. Сниженные адаптационные возможности выявлялись у 11,7% детей, чаще в основной группе наблюдения (11,7 против 10,9%).

Острые респираторно-вирусные заболевания перенесли около 2/3 респондентов, 65,0% пациентов основной группы наблюдения и 62,8% детей группы сравнения болели острыми респираторно-вирусными заболеваниями до 3 раз в год. Более 4 раз в год переболело 4,3% обследованных детей (4,1 и 4,8%). Следует подчеркнуть, что ни в той, ни в другой группе не наблюдалось детей с высокой группой риска по нарушению нервно-психического развития, но имелись достоверные различия в физическом развитии, что требует дальнейшего уточнения и анализа.

Таким образом, течение раннего и позднего неонатального периодов у детей имеет свои особенности, которые характеризуются более высокой заболеваемостью, сочетанной патологией и возрастанием по мере роста ребенка, требуя своевременной коррекции и динамического наблюдения.

Как известно, возраст от года до 3 лет включительно характеризуется менее интенсивным, но также довольно бурным ростом и развитием ребенка. Совершенствование центральной нервной системы и познание окружающего мира способствуют формированию двигательных навыков. В связи с увеличением контактов и отсутствием пассивного иммунитета дети этого возраста наиболее подвержены острым респираторным заболеваниям, инфекциям и реализации риска формирования фоновой патологии. Эмоционально-поведенческая жизнь ребенка дошкольного возраста перенасыщена, что требует индивидуальных воспитательных приемов и навыков, упущение которых приводит к плачевным результатам в последующие годы и большому напряжению. Поэтому организм ребенка в период раннего детства становится более чувствительным к повреждающим факторам. Любые, даже минимальные, перегрузки будут способствовать нарушению здоровья и прогрессированию любого патологического процесса.

Доказано, что в основной группе наблюдения она возросла на 1,0%, в группе сравнения – на 0,8%, то есть достоверных различий нет. Первая группа здоровья не превышала 24,5% (22,3 и 26,3% соответственно), что на 2,5% меньше, чем в предыдущем возрастном периоде. В третью группу здоровья вошли дети с врожденными пороками, аномалиями развития костно-мышечной и сердечно-сосудистой систем, и она не превышала 14,6% (13,2 и 15,8% соответственно), но в 1,66 раза была больше, чем у детей годовалого возраста. Следует подчеркнуть, что от года к году количество детей I группы здоровья уменьшается и увеличивается доля детей с III группой здоровья. Это, вероятно, обусловлено возрастными особенностями и реализацией факторов риска. Установлено, что темпы нарушения состояния здоровья с возрастом более четко выражены. Больных детей в периоде раннего детства на 6,7% стало больше (41,4%), чем в грудничковом возрасте (34,7%). Это происходило преимущественно за счет уменьшения количества здоровых детей (11 человек, 2,5%), которые сформировали высокий риск по фоновой патологии, что послужило поводом перевода их во вторую А группу здоровья. В основной группе наблюдения доля детей с вновь выявленным риском возросла на 3,0%, в группе сравнения – на 2,0%. В этом возрасте у 6,8% пациентов из второй А группы здоровья была диагностирована фоновая патология (у 5,6% респондентов из основной группы наблюдения и у 7,7% группы сравнения), что послужило поводом для их перевода во вторую Б группу здоровья. Потеря здоровья в этом возрастном периоде составляла 15,1%, что на 6,5% больше, чем у детей до года. В основной группе она была достоверно меньше, чем в группе сравнения (13,2 против 16,6%,  $p < 0,05$ ).

Из второй Б группы здоровья 26 детей (5,9%)полнили третью группу здоровья, увеличивая ее за счет формирования хронической патологии (в основной группе наблюдения на 4,6%, в группе сравнения – на 8,6%). На данном возрастном этапе ухудшили здоровье 67 человек (15,7%), что на 6,5% больше, чем в предыдущем периоде (8,6%).

В обеих группах наблюдения превалировала заинтересованность одной (17,8 и 22,7%,  $p < 0,05$ ) или двух (17,3 и 14,2%) систем. Патологию имели 41,4% респондентов (44,4 и 38,9% соответственно,  $p < 0,05$ ), что на 6,7% больше, чем у детей годовалого возраста. В это время функциональные нарушения возросли на 0,9% и составили у детей основной группы наблюдения 31,5%, что на 8,4% больше, чем у пациентов группы сравнения (23,1%). В этот период 34,0% детей сохранили направленность риска.

У детей основной группы наблюдения по-прежнему лидировали заболевания сердечно-сосудистой (25,4%), центральной нервной (21,8%) систем, органов кроветворения (17,8%), опорно-двигательного аппарата (16,8%) и органов пищеварения (16,2%). На втором месте расположились болезни органов дыхания (7,6%), ЛОР-заболевания (5,1%) и эндокринные заболевания (5,1%). На третьей позиции разместились поражения органов зрения (2,0%) и мочевыделительной системы (1,0%). По сравнению с предыдущим возрастом доля детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата возросла на 3,1%, органов дыхания – на 1,0%, а количество пациентов с заболеваниями органов кроветворения, пищеварения, центральной нервной системы снизилось на 5,0, 1,6 и 3,6% соответственно.

У детей второй группы также лидировали нарушения сердечно-сосудистой системы (14,2%), органов пищеварения (11,3%) и центральной нервной системы (8,9%), которая с четвертого места переместилась на третью позицию. На четвертом месте расположились заболевания крови и кроветворных органов (8,1%) и опорно-двигательного аппарата (8,1%). Пятую позицию заняли болезни органов дыхания (4,0%) и эндокринной системы (3,2%). На шестом месте разместились заболевания мочеполовой системы (2,0%) и ЛОР-органов (2,0%). Хирургическая патология реже встречалась у детей (8,1% случаев), преимущественно в основной группе наблюдения (9,6 против 6,9%), что на 2,5 чаще, чем в предыдущем периоде.

Отмечено, что перенесли инфекционные заболевания более 20,7% пациентов (21,3 и 20,2%). Острыми респираторно-вирусными заболеваниями до 3 раз переболели 81,1% детей, чаще респонденты основной группы наблюдения (83,8 против 78,9%,  $p < 0,05$ ). Низкую и очень низкую резистентность не имели дети данных возрастных групп. Недостаточные адаптационные возможности имели 19,4% ре-

спондентов, несколько чаще в основной группе наблюдения (23,1 против 16,2%).

Нормальное нервно-психическое развитие формировалось более чем у 2/3 пациентов, отклонения в нервно-психическом развитии зафиксировано у 14,6% респондентов, достоверно реже – в группе сравнения (8,9 против 21,8%,  $p < 0,05$ ). Отклонения в поведении возникали у 8,9% детей, чаще – в основной группе наблюдения (12,7 против 5,7%), это и естественно, так как в этой группе чаще возникали нарушения центральной нервной системы, приводя к своеобразным поведенческим реакциям; нельзя исключить и дефекты в воспитании, что требует дополнительного анализа и уточнения.

На данном возрастном этапе средний уровень физического развития имели 58,8% респондентов (57,4 и 59,9% соответственно), что на 3,8% меньше, чем в предыдущем возрастном периоде. Показатели уровня физического развития выше средних (19,6%) и высоких (5,4%) величин встречались чаще, чем ниже средних (16,2%), не выявлялось детей с низким уровнем физического развития. Следует отметить, что количество детей с уровнем физического развития ниже средних величин на данном этапе развития возросло с 11,0 до 16,1%, преимущественно за счет детей основной группы наблюдения. Количество детей из основной группы наблюдения с показателями физического развития ниже средних величин возросло с 10,2 до 17,3%, в группе сравнения – с 11,3 до 15,4%. Установлено, что количество детей в основной группе наблюдения с уровнем физического развития выше средних величин снизилось на 2,0% (с 21,8 до 19,8%), в группе сравнения на 3,3% (с 22,7 до 19,4%). В то же время возросла доля детей с высокими параметрами физического развития в основной группе на 0,5% (с 5,1 до 5,6%), в группе сравнения – на 2,1% (с 3,2 до 5,3%), отражая более высокие параметры физического развития у детей группы сравнения. Это способствовало росту количества детей, имевших отклонения в физическом развитии. Выявлено, что 78,2% пациентов имели параметры физического развития, укладывающиеся в диапазон 25–90 перцентиля (у 77,7 и 79,4% соответственно), что на 6,4% чаще, чем у детей до года (78,4 и 80,9% соответственно). Параметры уровня физического развития, размещавшегося в диапазоне 25–10 перцентиля, встречались у 16,2% респондентов (17,3 и 15,4% соответственно), что на 5,2% чаще, чем на первом году жизни. Только в 5,4% случаев параметры физического развития располагались в диапазоне 90–97 перцентиля (5,6 и 5,3%), что требовало консультации узких специалистов и детального наблюдения.

Отклонения в физическом развитии возрастали преимущественно за счет избыточной массы тела (с 7,4 до 8,1%), реже – за счет ее дефицита (с 0,0 до 4,3%) и за счет высокого роста (с 4,1 до 5,4%). Дис-

гармоничное развитие встречалось у 25,0% детей (24,4 и 23,1% соответственно), что на 1,4% больше, чем в грудничковом периоде.

Следовательно, на этапе раннего детства состояние здоровья ребенка имеет тенденцию к ухудшению с большим прогрессированием, чем в годовалом возрасте, особенно из групп высокого риска, куда входят и дети с риском по острой хирургической патологии,

а именно по острому аппендициту. Структура заболеваний, уровень физического развития, адаптационные возможности их тесно связаны с возрастом, что необходимо учитывать при оформлении их в детское учреждение, проводя обязательную санацию всех источников инфекции, соблюдая динамические осмотры узкими специалистами с индивидуальной коррекцией как основной, так и фоновой патологии.

УДК 616-058.87

## **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ИСПЫТЫВАЮЩИХ ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ СО СТОРОНЫ ВЗРОСЛЫХ И СВЕРСТНИКОВ**

**Е.А. Малявина, Ж.Г. Чижова, Ю.В. Макарова**

*Смоленский государственный университет, РМАПО,  
ГОУ ВПО «Смоленская медицинская академия»*

Тема насилия над детьми не сходит со страниц газет. По нашим данным и данным средств массовой информации, к этой теме обращаются от 50 до 89 раз в год. Так, газета «Комсомольская правда» (№ 26 от 22.02.2008) сообщала, что в России за год родители избивают от 2 млн. детей. Около 7 тысяч детей в возрасте от 4 до 15 лет ежегодно становятся жертвами сексуальных преступлений. Более 50 тысяч детей убегают из дома, спасаясь от родительского насилия. Несмотря на большую научно-практическую значимость проблемы, актуальность имеющихся в настоящее время исследований выходит в плоскость общественных. Следует отметить, что насилие как предмет научного исследования весьма труден для изучения: нет четкого определения сущности насилия. Насилие – это крайне расплывчатый и сложный феномен. Представление о том, что приемлемо, а что неприемлемо в поведении человека, а также что считать вредом или ущербом, зависит от культурных норм, существующих в данном обществе, и постоянно пересматривается, по мере того как меняются ценности и культурные нормы. В литературе мы часто сталкиваемся с термином «жестокое обращение». Одни авторы пытаются разграничить это понятие от насилия. Большинство же исследователей рассматривают эти определения как синонимы. Последняя точка зрения наиболее близка нам, так как все определения, которые встречаются в литературе, основываются на концепции вреда, где вред – это что-то неблагоприятное для здоровья и развития ребенка (ВОЗ, 1999). В обоих случаях подразумевается какое-то воздействие на личность (физическое,

психологическое или социальное), а чаще всего это воздействие комплексное, которое в конечном итоге несет угрозу или вред. Есть объект воздействия, им может быть любой человек или группа лиц любого возраста и пола; есть предмет воздействия, в роли чего выступает здоровье человека (в нашем случае – здоровье ребенка). Исходя из этого, насилие или жестокое обращение с детьми – это преднамеренное физическое, психологическое, социальное или же комплексное воздействие на ребенка со стороны другого человека (ребенка или взрослого), а также группы лиц, несущее угрозу или вред его здоровью. По природе насилия большинство авторов придерживаются следующей типологии, предложенной ВОЗ: физическое насилие; психологическое насилие (психозомоциональное); сексуальное насилие; пренебрежение основными нуждами ребенка. Несмотря на это деление, жертва испытывает чаще всего комплексное воздействие сразу нескольких видов насилия. Например, сексуальное насилие сопровождается психологическим, а порой и физическим насилием. Физическое насилие трудно представить без психологического. При изучении проблемы насилия распространено выделять следующие категории: школьное насилие и семейное насилие. По частоте выделяют разовое, повторяющееся и хроническое насилие.

Поэтому нами велось динамическое наблюдение за детьми подросткового возраста в течение 10 лет. При опросе более полутора тысяч учащихся старших классов отметили, что из них более 25,0% ежедневно испытывали и испытывают жестокое физическое и психологическое давление

со стороны взрослых и сверстников, психотравмирующий синдром зафиксирован у 7,15%. Возраст пострадавших – от 7 до 17 лет включительно. Чаще подвергались насилию дети 13–14-летнего возраста, их доля составила 44,7%; 10,6% школьников испытали насилие в возрасте 17 лет; 7,15% – в 16 лет; 9,1 – в 15; 10,6 – в 11–12; 4,2 – в 9–10 и 4,2% – в 7–8 лет. Реже насилие испытывали мальчики (в 5,2 раза). Установлено, что однократное насилие встречалось в 86,7% случаев, двухкратное – в 3,3% и трехкратное и более – в 10,0% случаев. Согласно данным зарубежного исследования, проведенного среди жертв изнасилования, лишь 10,0% не проявляли никаких нарушений поведения после нападения. Поведение 55,0% жертв изменено умеренно, а у 35,0% жертв наступает тяжелая дезадаптация. Спустя несколько месяцев после такой ситуации 55,0% жертв испытывают длительные последствия травмы. Нами установлено, что из опрошенных девочек 15–17-летнего возраста, которые испытали сочетанное жестокое обращение с сексуальным насилием, у 37,8% это произошло в возрасте 14 лет, у 18,9% – в возрасте 15 лет, у 10,8 в 16 лет и у 10,7 – до 13-летнего возраста. Обратились за медицинской помощью после изнасилования всего 61,7% респондентов. Из них сразу после насилия толь-

ко 11,8%, через месяц – 17,6, через 6 месяцев – 11,7, через год – 14,7 и через 2–3 года – 5,9%. Следует отметить, что за психологической помощью ни девочки, ни их родители не обращались. Большинство из них скрывали свои проблемы от родителей и только при наступлении беременности родители получали информацию о состоянии. Все девочки находились на лечении по поводу инфекций, передающихся половым путем, более половины девочек получали лечение неоднократно. Установлено, что гинекологические заболевания у девушек во всех возрастных группах встречались практически с одинаковой частотой, но с возрастом структура заболеваний менялась. У 16,2% в анамнезе имелось указание на прерывание беременности по медицинским показаниям. У 5,4% девушек беременность закончилась родами. Среди соматической патологии лидирующими являлись нарушения 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. Оказалось, что среди девочек, которые испытали сексуальное насилие, нарушения в поведенческой сфере возникали в 65,7% случаев.

### Пути оздоровления детей с психотравмирующим синдромом

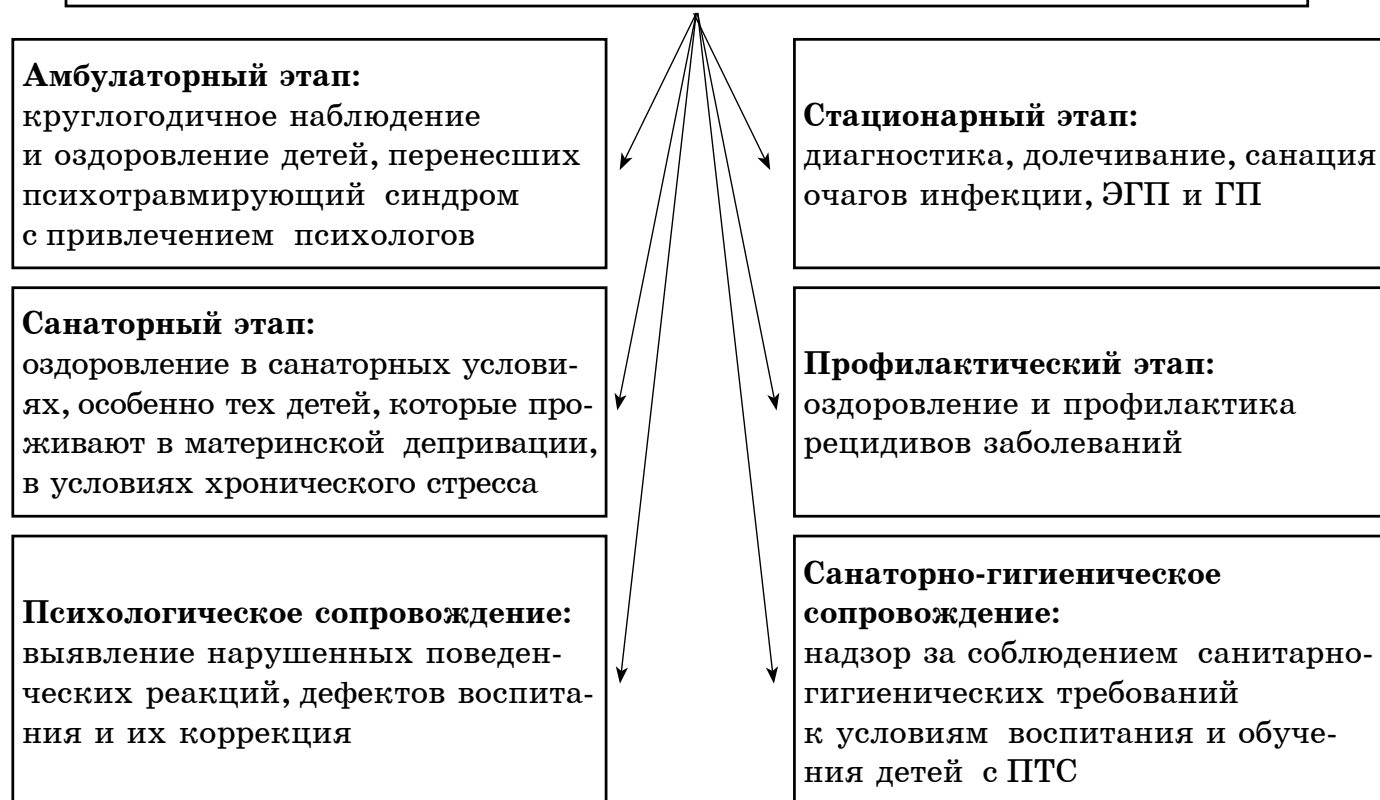


Схема 1. Пути оздоровления детей с психотравмирующим синдромом

Таким образом, проведенное исследование, а также оценка современной системы образования в школах свидетельствуют о необходимости пересмотра подходов к данной проблеме. В первую очередь необходимо начинать процесс сохранения и укрепления здоровья детей с осуществления здоровьесберегающей деятельности, создавая систему партнерства. Основные направления работы представлены в схеме 1.

Только имея достаточно полное и емкое представление о составляющих здоровья, мы можем выстраивать работу с детьми – жертвами насилия.

**Таблица 1. Ведущие факторы риска, предрасполагающие к сексуальному насилию девочек подросткового возраста**

№	Факторы риска	J
	Социальные	
1	Патологические привычки близкого окружения (друзья, знакомые) девушки: употребление наркотических веществ; употребление алкоголя; курение	4,4 3,5 2,8
2	Неблагоприятное психоэмоциональное воздействие на ребенка в семье	2,9
3	Неудовлетворительные жилищно-бытовые условия	2,5
4	Недостаток воспитания	2,1
5	Конфликтные взаимоотношения между родителями	1,9
6	Проведение времени в дружеской компании	1,7
7	Низкий образовательный уровень родителей	1,7
8	Патологические привычки родителей	1,5
9	Низкое материальное благосостояние	1,5
	<b>Медико-биологические</b>	
1	Перенесенные травмы головного мозга	2,5
2	Психоневрологическая симптоматика	2,5
3	Наследственная отягощенность по линии отца (алкоголизм)	1,4

**Таблица 2. Ранговые места по жалобам: Жалобы на момент обследования (через 1–2 года). Нарушение соматического здоровья**

№	Жалобы	J
1	Нарушение аппетита	4,5
2	Боли в животе	2,0
3	Головные боли	1,7
4	Двигательная расторможенность	1,5
5	Насморк, кашель	1,5
6	Нарушение сна	1,2
7	Нарушение мочеиспускания	1,1
8	Аллергические реакции	1,0
9	Нарушение стула	1,0

**Таблица 3. Нарушение психического здоровья**

№	Компоненты психического здоровья	J
1	Нервно-психическое напряжение	3,2
2	Эмоциональная неустойчивость	2,5
3	Депрессивное состояние	2,2
4	Чувство вины	2,1
5	Низкая вегетативная устойчивость	1,5
6	Высокий уровень тревожности	1,5
7	Агрессивность	1,5
8	Астения	1,1
9	Нарушение социальной адаптации	1,1

**Нарушения в поведенческой сфере**

№	Компоненты	J
1	Агрессивное поведение	5,5
2	Употребление алкоголя	3,7
3	Мысли о самоубийстве	3,1
4	Курение	2,4
5	Неблагоприятные взаимоотношения с родителями	1,6
6	Низкая учебная успеваемость	1,5
7	Неблагоприятные взаимоотношения со сверстниками	1,4
8	Употребление токсических наркотических веществ	1,0
9	Случаи незапланированной беременности	1,0

**Таблица 4. Возраст пострадавших на момент насилия**

Лет	%
13–14	44,7
15	19,1
17	10,6
11–12	10,6
16	7,1
9–10	4,2
7–8	4,2

#### **Время суток**

Вечер – 48%; ночь – 28%; день – 24%; утро – 0%.

#### **Характер насилия**

Групповое – 31%; одиночное – 69%.

#### **Преступник**

Из близкого окружения пострадавшей – 48,3%; посторонний – 41,4%; родственник – 10,3%.

#### **Количество эпизодов насилия**

1 – 86,7%; 2 – 3,3%; 3 и более – 10,0%.

Таблица 5. Характер насилия

	Вагинальный кон- такт, %	Анальный кон- такт, %	Оральные кон- такт, %	Петтинг %	Беседа на сексу- альную тему, %	Экзгибиционизм, %	Принуждение к порнографии, %
Да	86,67	36,67	26,67	34,48	65,52	10,34	17,24
По- пыт- ка	6,67	–	6,67	3,45	****	****	

Таблица 6. Повреждения во время насилия

Характер повреждений	Частота встре- чаемости, %
Гематомы единичные	34,4
Гематомы множественные	44,1
Травмы наружных и внутренних половых органов, анального отверстия	8,8
Переломы конечностей	2,9
Травма головного мозга	11,8

Таблица 7. Структура заболеваемости девочек подросткового возраста, подвергшихся сексуальному насилию (функциональные и органические нарушения)

№		Девочки, не живущие по- ловой жизнью, %	Девочки, живущие по- ловой жизнью, %	Девочки, подверг- шиеся сек- суальному насилию, %
1	Костно-мышечная	35,7	40,0	42,9
2	Сердечно- сосудистая	25,8	26,7	26,0
3	Желудочно- кишечный тракт	26,7	32,3	40,0

№		Девочки, не живущие по- ловой жизнью, %	Девочки, живущие по- ловой жизнью, %	Девочки, подверг- шиеся сек- суальному насилию, %
4	Дыхательная система	9,7	13,3	14,3
5	Мочеполовая система	16,1	26,7	29,7
6	Эндокринная система	19,4	30,0	25,7
7	Органы чувств	25,8	23,3	25,7
8	Нервная система	35,5	30,0	42,7
9	Иммунная система	9,7	16,7	18,1
10	Психические заболевания	0	0	11,4

Таблица 8. Распределение по группам здоровья

	Группы здоровья, %			
	1	2	3-4	5
Девочки, не живущие поло- вой жизнью, n=31	9,8	38,7	51,6	–
Девочки, живущие половой жизнью, n=30	6,7	40,0	53,3	–
Девочки, подвергшиеся сек- суальному насилию, n=32	3,1	25,0	68,7	3,1

Обращаемость за терапевтической помощью де-  
вочек, подвергшихся сексуальному насилию (в %):

всего человек – 61,7;  
из них сразу после насилия – 11,8;  
через 1–3 мес – 17,6;  
через 6 мес – 11,7;  
через 1 год – 14,7;  
через 2–3 года – 5,9.

УДК 616-053.7-084

## ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНОЙ И СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

М.С. Соколова, В.Н. Шестакова, В.А. Доскин

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия», РМАПО

Эффективное социально-экономическое раз-  
витие общества определяется в расчете на идеаль-  
ное функционирование и поведение индивидов.  
Таким идеальным элементом, обеспечивающим  
развитие общества, является человеческая лич-  
ность, обладающая высоким потенциалом свое-  
го здоровья. Резкое падение жизненного уровня  
граждан российского общества за годы реформ,  
снижение уровня социально-гарантированной ме-  
дицинской помощи, рост безработицы, повышение  
психосоциальных нагрузок, вызванных кардиналь-  
ным реформированием всех сторон жизни, нега-  
тивно сказались на состоянии здоровья населения.  
Продолжительность предстоящей жизни россиян,  
как индикатор качества здоровья, продолжает со-

кращаться с 60-х гг. XX века и достигла беспреце-  
дентного для мирного времени уровня: Россия зани-  
мает 135-е место среди стран мира. Медицинская  
статистика на протяжении всего постреформенно-  
го периода фиксирует рост числа заболеваний прак-  
тически по всем нозологическим формам. Кроме  
того, длительное пребывание населения в состоя-  
нии социального и психоэмоционального стресса  
истощает адаптационные и компенсаторные меха-  
низмы, поддерживающие здоровье людей, и ведет  
к увеличению заболеваний, росту психозов, невро-  
зов, депрессий, алкоголизма и наркомании. Резкое  
увеличение заболеваемости обусловлено изменив-  
шимися условиями жизни населения. Исследования  
показывают, что здоровье нации на 55,0% опреде-

ляется социально-экономическими условиями и образом жизни человека. Следует признать, что социальное здоровье страны серьезно подорвано: высокий уровень бедности, резкая поляризация доходов, уравновесить которую не может даже рост общего благосостояния граждан. В современном российском обществе социально уязвимой группой в отношении своего здоровья продолжает оставаться молодое поколение. Так, по данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, только 30,0% российских школьников остаются относительно здоровыми. При этом десять лет назад практически здоровых школьников было 50,0%. В школьные годы на 20,0% увеличивается число детей, имеющих хронические заболевания, а частота хронической патологии возрастает в 1,6 раза. В российском обществе резко возросло число подростков, состоящих на диспансерном учете по поводу социально значимых заболеваний: сифилиса, нарко- и токсикомании, туберкулеза, а среди молодежи призывного возраста – непригодных по состоянию здоровья к военной службе. Как следствие, в течение длительного времени сохраняются негативные тенденции в состоянии физического, психического и социального здоровья российской молодежи, имеющие характер угрозы для генофонда нации.

Учащаяся молодежь – будущее страны, но она несет ответственность и перед настоящим. Ее задача обществу в условиях ускорения социально-экономического развития страны нужна уже сейчас. И только здоровая, физически крепкая молодежь в состоянии справиться с возложенными на нее задачами. Вместе с тем на новые поколения людей, их здоровье и работоспособность действуют такие факторы, о существовании которых несколько десятилетий назад и не подозревали. Причем различные факторы внутренней и внешней среды, провоцирующие возникновение или неблагоприятное течение разнообразных заболеваний, начинают интенсивно действовать уже в молодом возрасте и обозначаются как факторы риска. Что же влияет на молодых людей? Новая экологическая, психологическая и социальная среда, складывающаяся из ускорения темпов труда и жизни, быстрого изменения окружающей среды, роста городов, стремительно возрастающей автоматизации и механизации производственных процессов, снижения физической и повышения нервно-психической нагрузки, а также нарастающего информационного бума. В числе наиболее важных факторов ухудшения здоровья находятся нестабильное экономическое положение страны, региональные конфликты, рост числа социально неблагополучных семей, кризис духовных ценностей, падение нравственного уровня населения. Эта среда непосредственно влияет, с одной

стороны, на здоровье молодежи, возникновение и распространение среди этой категории населения различных заболеваний, с другой – на возможности их профилактики и лечения. Таким образом, объективные изменения в характере труда и жизнедеятельности людей повышают уровень требований к поддержанию, сохранению и укреплению здоровья. К сожалению, среди молодежи распространено ложное представление о том, что болезни приходят в старости, когда активная жизнь уже позади. Формируется совершенно необоснованная уверенность в том, что здоровье гарантировано само по себе молодым возрастом, что любые запредельные нагрузки, которым подвергает себя значительная часть молодежи в разные возрастные периоды (будь то употребление в больших количествах алкоголя, табака, наркотиков либо грубые нарушения питания, режима дня, недостаточная физическая активность, стрессы и другие факторы риска), по плечу молодому организму и он справится со всеми выпавшими на его долю испытаниям. Однако это далеко не так, и сегодня у молодежи все чаще и чаще отмечаются заболевания, которые раньше были уделом лиц более старшего возраста. Стереотипы сексуального поведения увеличивают риск распространения болезней, передающихся половым путем. В конечном итоге сама мысль о том, что здоровье не растрачивается, остается незыблемым, рождает абсолютно неоправданную самоуспокоенность, наносит вред здоровью молодежи и несет реальную угрозу человеческому ресурсу российского общества на длительную перспективу. Сохранение и повышение уровня здоровья молодых людей в значительной степени детерминировано, с одной стороны, низким уровнем потребностей вести здоровый образ жизни, с другой – высокой интенсивностью процесса социализации. Как следствие, достаточно сжатый период взросления влечет за собой значительные психофизические нагрузки и появление серьезных проблем со здоровьем. Способность выполнять общественные, и прежде всего трудовые, производственные, функции, как важный критерий социального здоровья молодежи, обуславливает необходимость оптимизации политики по укреплению ее здоровья. Ибо, помимо своей непосредственной самооценки улучшения качества жизни, социальная и медицинская политика охраны здоровья является также и вкладом в развитие стратегических ресурсов экономики и производительных сил общества. Предполагается, что здоровье молодежи, а также профилактика ее заболеваний обусловлены радикальными изменениями образа жизни в трансформирующемся российском обществе, возрастанием в нем роли факторов риска, а также снижением самоохранительных установок и мотивов поведения изучаемой проблемной группы. В со-

вокупности с низкой эффективностью социальной политики государства в области сохранения здоровья нации, прежде всего молодого поколения, усиливается опасность дальнейшего снижения показателей социального здоровья российского общества и сокращения его человеческого ресурса как источника социально-экономического развития. Необходимо помнить, что общество, которое игнорирует важность профилактики и гигиенического воспитания среди школьников и студентов, занимает очень низкую ступень по отношению к ценностям своего собственного здоровья, счастья и благосостояния. В прошлом году президент Российской академии медицинских наук в докладе Общественной палате России привел цифры, которые ввергли в шок всех родителей страны. Оказывается, среди выпускников школ сегодня нет ни одного абсолютно здорового ученика. Вчерашний школьник, у которого уже обозначились проблемы со здоровьем, переходя на новую ступень обучения, сразу попадает в группу высокого риска. Ученые констатируют: почти у всех первокурсников высокая заболеваемость органов дыхания, расстройство обмена веществ, болезни эндокринной системы и пищеварения. А повышенная степень тревожности у большинства студентов первых курсов, как правило, приводит к формированию хронической патологии. Так что к окончанию обучения молодой специалист уже имеет амбулаторную карту с такими серьезными заболеваниями, как гипертония и неврозы.

Проблема здоровья школьной и студенческой молодежи давно уже приобрела статус общегосударственной, только решают ее в городах и всех странах по-разному. Словом, сколько регионов, вузов, медицинских учреждений, столько и подходов к проблеме сбережения здоровья студенческой молодежи. Только вот результат в основном один – нулевой. Немногим более десяти лет назад у 48% студентов выявлялись хронические заболевания. Сегодня 80% молодежи этой категории хронички. Речь идет уже об угрозе национальной безопасности страны. Особую актуальность представляет проблема репродуктивного здоровья молодежи. От этого зависят благополучие будущей молодой семьи, производственный потенциал и обороноспособность страны. Данные статистики свидетельствуют о том, что по состоянию 2002 года только 6–8% выпускников общеобразовательной школы признаны здоровыми, каждый второй имеет морфофункциональную патологию, 42,0% – хронические заболевания. Уровень алкоголизации среди юношей в одиннадцати регионах России колеблется от 72 до 92%, а среди девушек – от 80 до 94%. Отсутствие знаний по культуре здоровья, пренебрежение здоровьем являются одной из причин того, что 40% студентов не имеют представления о здоровом образе жизни; около 50%

студентов пробовали наркотики. Эти данные говорят о том, что сохранение и укрепление здоровья студентов – это прежде всего нравственная и педагогическая проблема. Тем не менее состояние репродуктивного здоровья населения, и в том числе наиболее важной с позиций демографической безопасности его группы – молодежи, можно охарактеризовать как кризисное. Сохраняются негативные тенденции в динамике показателей соматического и генитального статуса молодежи. Сложности во взаимоотношениях врач – пациент особенно актуальны в отношении молодежи. Социологи отмечают, что молодежь – понятие не столько возрастное, сколько социальное. В то же время, по мнению академика РАМН А.В. Решетникова, медицину следует рассматривать в качестве совокупности социальных ролей врачей и больных. Роль врача находится на более высоком уровне относительно роли больного; таким образом, формируется неоправданная управленческая вертикаль, в которой молодежь (и особенно подростки) наиболее уязвима. Так, подростки не приходят на прием к гинекологу, работающему в женской консультации, из боязни быть замеченным знакомыми, осужденными медицинскими работниками; практически нет профилактических посещений. Ситуация осложняется тем, что профилактическая работа медицинских учреждений по предупреждению ИППП является вторичной; первичной профилактике не уделяется должного внимания. Обнадеживают первые результаты работы центров службы, дружественной к подросткам: налаживание взаимодействия с учреждениями образования, развитие волонтерского движения в поддержку здорового образа жизни, выход медицинской информации в Интернет, взаимодействие со СМИ. Проблемы в области репродукции являются причиной обращения подростков в центры более чем в половине случаев, однако среди посетителей менее трети составляют юноши.

С учетом вышесказанного, здоровье молодежи является не только общечеловеческой ценностью, но и геополитическим ресурсом сохранения целостности российского государства. В то же время статистические данные свидетельствуют о росте заболеваемости населения детского и подросткового возраста практически в каждом регионе страны, что подрывает фундаментальные основы ее человеческого потенциала. Одновременно происходит ухудшение трудового потенциала региона как базисной составляющей социально-экономического развития по причине высокой смертности трудоспособного населения и его старения. Как следствие, формируется маргинальный слой людей, неспособных производительно трудиться, создавать полноценные семьи, нести службу в Вооруженных силах и органах, обеспечивающих безопасность граждан.



Поэтому нами велось динамическое наблюдение за состоянием юношей призывного возраста, играющих особую роль в формировании трудового потенциала страны. Это наиболее мобильная часть трудовых ресурсов. Именно за ее счет обновляется рабочая сила, изменяется профессиональный и образовательный состав работников, в значительной мере обеспечиваются кадрами новые производства. Под наблюдением находилось 119 юношей, которым проводилось медицинское обследование с обязательным осмотром врача-педиатра и узких специалистов с оценкой уровня физического развития, морфофункциональных и психологических особенностей, групп здоровья. Среди наблюдавшихся получены следующие результаты: с I и V группами здоровья юношей выявить не удалось. Один подросток состоял на учете по IV группе здоровья, что составляло 0,8%; 99,2% юношей наблюдались по II (58,8%) и III (40,3%) группам здоровья. Большинство респондентов имели средний уровень физического развития (58,8%), когда его параметры укладывались в диапазон 25–75 перцентилей. У 24,4% обследованных встречались показатели уровня физического развития выше 90 и у 17,6% ниже 10 перцентилей, что отражало нарушение гармоничности в развитии. Как известно, дисгармоничность физического развития является предрасполагающим фактором к возникновению диссинхроза в функционировании ряда систем, особенно в условиях неадекватного режима питания, быта и деятельности, а гармоничность физического развития отражает нарастание силы и выносливости, расширение адаптационных возможностей, адекватности реакций поведения. Поэтому можно предположить, что подрастающее поколение имеет более низкие резервные возможности, которые не позволяют адекватно адаптироваться юношам в сложившихся условиях, приводя к нарушению многих компонентов здоровья. По соматической патологии в структуре заболеваний ведущее значение имели патология костно-мышечной (53,8%) и эндокринной (41,2%) систем. Практически все юноши (95,8%) имели заболевания полости рта (в основном кариес). Также высока доля респондентов (42,0%), у которых диагностированы различные нарушения со стороны центральной и вегетативной нервной системы. Отклонения в психоэмоциональной и интеллектуальной сфере наблюдались у 11,0% юношей. Более 8,0% из них нуждались в медико-педагогической и 3,0% – в медико-социальной коррекции. Неблагополучная картина складывалась и по данным дополнительных методов обследования: у 100,0% пациентов (по данным ЭхоКГ) выявлялись МААС (ООО, АРХ) и пролапсы МК I–II ст. Нарушения сердечно-сосудистой системы возникали у 70,0% мальчиков и требовали динамического наблюдения узких специалистов. Бо-

лее 50,0% респондентов страдали заболеваниями гепатобилиарной системы и нарушениями поджелудочной железы (15,3%). Менее 17,6% пациентов имели различную патологию мочевыделительной системы, которая была подтверждена при ультразвуковом исследовании. Поэтому забота о состоянии здоровья учащейся молодежи должна проводиться комплексно, соблюдая преемственность между медицинскими службами и смежными структурами общества. Особое внимание должно отводиться стилям поведения педагогов, т. к. низкая отзывчивость к проблемам подростка способствует невротизации, усугубляя течение имеющейся патологии и снижая умственную и физическую работоспособность. Многие российские ученые, такие как Э.Н. Вайнер, Н.К. Иванова, А.М. Куликов, М.М. Безруких, В.Н. Шестакова, Е.А. Ямбург, относят перегрузку учебными занятиями, авторитарный стиль взаимоотношений педагогов, недостаточный учет индивидуальных особенностей в обучении и воспитании, гиподинамию к числу факторов, отрицательно влияющих на здоровье студентов и учащихся.

В современных условиях развития отечественной высшей школы становится очевидным, что успешное решение проблемы сохранения и укрепления здоровья подрастающей молодежи во многом зависит от совместных усилий педагогов, социальных служащих, психологов, социальных психологов и медиков. Возникла потребность обоснования педагогических технологий решения этой проблемы в рамках педагогики и психологии высшей школы. Отбор в учебные заведения необходимо проводить с учетом врачебной, профессиональной, психологической и социальной ориентации. Обязательными являются учет возможных профессиональных вредностей и гигиенических условий труда; повышение заинтересованности подростка в сохранении и укреплении своего здоровья; проведение пропаганды и формирование стереотипа здорового образа жизни; личностно-ориентированное обучение студентов как фактор сохранности здоровья. Безразличное или негативное отношение молодежи к профилактике болезней формируется, с одной стороны, вследствие однотипности и стандартности профилактических рекомендаций. С другой стороны, оно обусловлено явным непониманием всех грозных последствий и осложнений, возникающих как следствие развившегося заболевания. Молодежь должна помнить, что для каждого человека здоровье является главной ценностью жизни. Его нужно сохранять, оберегать и улучшать, это должно стать постулатом жизни каждого. Здоровье – это один из важнейших компонентов человеческого счастья, одно из неотъемлемых прав человеческой личности, одно из условий успешного социального и экономического развития.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Блинов А.В., Петров М.В. / Здоровье подростков призывного возраста // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины: Сб. тезисов научно-практич. конф. молодых ученых. – СПб., 2007. – С. 9–10.
2. П.Д. Гуляй [и др.] Социально-поведенческие факторы, влияющие на распространение венерических болезней среди подростков // Мед. новости. – 2004. – № 12. – С. 57–58.
3. Е.В. Дмитриева / Форум европейских социологов медицины // Социологические исследования. – 2000. № 4. – С. 140–141 [Статья].
4. Ключенович В.И. / Общественное здоровье: концептуальные подходы при создании модели управления // Мед. новости. – 2005. – № 3. – С. 65–70.
5. В.В. Колбанов [и др.] / О состоянии здоровья детей и подростков, проблемах и развитии детского здравоохранения // Вопр. организации и информатизации здоровья. – 2006. – № 1. – С. 17–20.
6. Т.В. Лопатина, Г.В. Пискунова / Роль общественных организаций в охране и укреплении репродуктивного здоровья населения [Доклад на интернет-конференции].
7. Можейко Л.Ф. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек-подростков / Л.Ф. Можейко, М.В. Буйко // Вопр. организации и информатизации здоровья. – 2005. – № 4. – С. 50–52.
8. Москвич А.С. Здоровье молодежи как фактор детерминации социальной среды / А.С. Москвич // Экономика, управление, общество: история и современность: материалы Шестой Всероссийской науч.-практ. конф. молодых исследователей, аспирантов и соискателей. Ч. 2. – Хабаровск, 2008. – С. 40–46.
9. Москвич А.С. Социальное здоровье городской молодежи: проблемы и пути их решения / А.С. Москвич // Технологии социально-экономических инноваций в управлении устойчивым развитием муниципального сектора экономики: материалы Международной науч.-практ. конф. – Ч. 2. – Хабаровск, 2008 – С. 27–34.
10. Петрова Н.Г., Петров М.В., Блинов А.В. Современные тенденции в состоянии здоровья призывников // Проблемы городского здравоохранения: Сб. науч. тр. / Под. ред. проф. Н.И. Вишнякова. – СПб., 2007. – Вып. 12. – С. 232–238.
11. Пиетиля И., Дворянчикова А.П., Шилова Л.С. Российское здравоохранение: ожидания населения // Социологические исследования. – 2007. – № 5. – С. 81–88 [Статья].
12. Сурмач М.Ю., Сурмач М.Ю. Социальная эффективность как основной показатель деятельности здравоохранения по формированию здоровья молодежи [Интернет-конференция «Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности», с 16.04 по 15.06.2007].
13. Решетников А.В. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи / А.В. Решетников Л.М. Астафьев // Социология медицины. – 2005. – № 1 (6). – С. 32–38.
14. Хамошина, Л.А. Кайгородова // Дальневосточный мед. журнал. – 2001. – № 2. – С.22–27.
15. О.П. Щепин [и др.] / Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества // Проблемы соц. гигиены, здоровья и истории медицины. – 2005. – № 5. – С. 3–6.
16. Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение / В.К. Юрьев, Г.И. Куценко. – СПб: Петрополис, 2000. – 914 с.

# ДЕРМАТОЛОГИЯ, ВЕНЕРОЛОГИЯ

УДК 616.972-056.7 (470.332)

## ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ: АНАЛИЗ СИТУАЦИИ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

И.Е. Торшина

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии

Врожденный сифилис является отражением динамики эпидемического процесса распространения инфекции. Так, в период эпидемического благополучия по сифилису в Смоленской области (с 1983 по 1994) врожденный сифилис в Смоленской области не регистрировался. Однако в период массового распространения инфекции как в РФ, так и в Смоленской области были зарегистрированы случаи врожденного сифилиса.

В период эпидемического распространения сифилиса (с 1994 по 1999) в регионе наблюдалось 20 детей с ранним врожденным сифилисом. Несмотря на снижение общей заболеваемости сифилисом в Смоленской области, начиная с 1998 по 1999 год частота встречаемости врожденного сифилиса остается неизменной.

Представляет научный и практический интерес установление причин развития врожденного сифилиса в регионе. С этой целью нами проведен клинико-эпидемиологический анализ всех случаев врожденного сифилиса в период снижения общей заболеваемости сифилисом (2000–2007). Общее количество детей с врожденным сифилисом за этот период составило 27. Данные по частоте встречаемости и распространенности врожденного сифилиса приведены в таблице 1.

Врожденный сифилис неизменно связан с наличием инфекции у беременной женщины. С целью выявления групп риска среди беременных по риску развития врожденного сифилиса проведен анализ данных эпидемиологического анамнеза матерей,

Таблица 1. Динамика общей заболеваемости сифилисом и врожденного сифилиса в Смоленской области за 2000–2007 гг.

Годы	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Абс. число впервые выявленного сифилиса	1941	1617	1421	1160	1041	829	656	621
Абс. число случаев врожденного сифилиса	6	8	2	0	3	6	1	1
Показатель общей заболеваемости (‰)	165	142,4	127,6	111,6	100,9	81,3	65,2	62,5
Доля врожденного сифилиса (%) в структуре общей заболеваемости	0,3	0,5	0,2	–	0,28	0,72	0,15	0,16

Таблица 2. Эпидемиологический анамнез матерей, родивших детей с врожденным сифилисом

Годы	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Мать на учете по беременности не состояла	6	6	1	–	1	4	1	1
Беременность нежеланная	2	2	–	–	–	1	1	–
В анамнезе сифилис	1 (дважды реинфекция)	1	–	–	–	–	–	–
Сифилис у матери выявлен после родов	–	1 (через 3 мес)	–	–	–	–	–	–
Сифилис выявлен в родах	5	5	1	–	1	4 (из них 1 роды домашние)	1	1
Сифилис выявлен в третьем триместре беременности	–	–	1	–	2	–	–	–
Сифилис выявлен во втором триместре	–	1	–	–	–	–	–	–
Отказ от ребенка	1	1	–	–	–	1	1	–

родивших детей с врожденным сифилисом. Данные представлены в таблице 2.

Матери больных ранним врожденным сифилисом детей в 40,0% случаев были городскими жительницами, а в 60,0% – селянками.

Состояли в официальном браке лишь 22,2% женщин.

Средний возраст родильниц составил 23,8 года.

Установлено, что к моменту рождения больного ребенка будущие матери были больны преимущественно скрытыми или рецидивными формами сифилиса:

- 1) вторичный рецидивный сифилис был выявлен у 42% матерей;
- 2) ранний скрытый – у 50,6%;
- 3) дважды реинфекция сифилиса зарегистрирована у одной пациентки (3,7%).

Одна женщина (3,7%) находилась на диспансерном учете по сифилису до наступления настоящей беременности. Половой партнер ее не был установлен. Из-за уклонения пациентки от медицинской помощи курс специфической терапии был для нее неполноценным, а профилактическое лечение не проводилось.

За медицинской помощью к акушеру-гинекологу не обращались, не обследовались и не лечились до родов 20 женщин (74,1%). У 6 из них беременность не была нежеланной. Следует отметить, что первое обращение женщин с незапланированной беременностью за медицинской помощью было связано лишь с наступлением родовой деятельности. Эти женщины социально дезадаптированы, не работают, не состоят в браке, имеют беспорядочные половые связи, злоупотребляют алкоголем; у 5 из них отец ребенка неизвестен. Четверо женщин отказались от ребенка сразу после родоразрешения.

Две пациентки (7,4%), переболевшие сифилисом до наступления беременности, уклонились от обследования как у акушера-гинеколога, так и у дерматовенеролога.

Из 5 женщин, состоявших на учете по беременности, завершившейся рождением больного ребенка, обратившихся к акушеру-гинекологу в первом триместре не было, одна – во втором триместре (3,7%), в третьем триместре беременности – 3 (10,8%).

#### **Клиническое наблюдение**

Мать ребенка Елена Я., 29 лет, сельская жительница, замужняя, согласно данным диспансерной книжки беременной, взята на учет по беременности при сроке гестации 6 недель по месту жительства. На момент постановки на учет результат МРП на сифилис отрицательный. От диспансерного наблюдения не уклонялась, посещала акушера-гинеколога ежемесячно, но за весь дальнейший период наблюдения на сифилис не обследована.

Родоразрешение (по желанию пациентки) проводилось в ЦРБ соседнего района в срок 40 недель путем операции кесарева сечения. При поступлении в родильный дом проведено скрининговое исследование крови на сифилис, результат 2+. Была осмотрена районным дерматовенерологом, клинических проявлений специфического процесса у родильницы и новорожденного выявлено не было. Дерматовенеролог не посчитал необходимым провести клинко-серологическое обследование на сифилис мужа пациентки, старшего (8-летнего) сына, а также (повторно) родильницы и новорожденного с использованием КСР.

Мать с ребенком были выписаны из родильного дома через 10 дней после родоразрешения без рекомендаций повторного обследования на сифилис.

Новорожденный Антон Г. (вес при рождении 4500 г) наблюдался по месту жительства педиатром и, согласно записи в детской амбулаторной карте, развивался нормально. Однако мать ребенка постоянно наблюдала затруднение носового дыхания в течение двух месяцев жизни ребенка, в связи с чем обращалась к педиатру по месту жительства, которым был установлен диагноз аллергический ринит на фоне анатомически узких носовых ходов. Были даны рекомендации закапывать грудное материнское молоко в носовые ходы ребенку. В возрасте 2 месяцев 10 дней у ребенка молниеносно развилась лихорадка, появилась сыпь на кожных покровах, гнойно-геморрагическое отделяемое из носовых ходов.

Ребенок был госпитализирован в детскую областную больницу с диагнозом экссудативно-катаральный диатез. В связи с общим тяжелым состоянием в первые же сутки был переведен в отделение детской реанимации инфекционной больницы областного центра.

На момент поступления состояние ребенка тяжелое, кожа бледная, мышечный тонус, эластичность кожи резко снижены. На волосистой части головы были выявлены импетигиозные высыпания с выраженным шелушением, на ладонях, подошвах синюшного цвета – сгруппированные папулы, отдельные папулы с шелушением по типу «воротничка Биетта». В пахово-бедренных складках, под подбородком – мацерированные папулы, в полости рта – эрозированные папулы. Слизистые носа инфильтрированы, застойно синюшного цвета, отделяемое из носовых ходов гнойное с геморрагическим компонентом. Выражена гепатоспленомегалия. Печень выступает из-под реберной дуги +6 см. Результаты КСР на сифилис резко положительные – 4+, титр 1:320.

На основании клинических данных (сифилитический ринит, II стадия; папулезный сифилид,

импетинозный сифилид); резкоположительные результатов КСР; темнопольной микроскопии отделяемого носовых ходов, где обнаружены бледные трепонемы, ребенку был установлен диагноз ранний врожденный сифилис грудного возраста с симптомами.

Проведено обследование матери ребенка. На момент осмотра клинических признаков сифилиса не обнаружено; КСР 4+, титр 1:10. Установлен диагноз ранний скрытый сифилис.

Был привлечен к обследованию отец ребенка. Оказалось, что ему проводилось специфическое лечение раннего скрытого сифилиса 10 мес назад в анонимном кабинете. Однако он скрыл факт лечения от жены. На основании клинико-серологических данных ему был установлен диагноз ранний скрытый сифилис (реинфекция). Старшему сыну проведено превентивное лечение.

Факт сокрытия отцом ребенка характера своего заболевания поставил под угрозу здоровье жены и новорожденного. Однако данное клиническое наблюдение выявило и ряд недостатков в работе дерматовенерологической, педиатрической и акушерско-гинекологической помощи. Явные признаки специфического процесса у ребенка не были диагностированы вовремя, что привело к необходимости проведения специфической терапии в условиях реанимационного отделения.

Сифилитическая инфекция имеет тенденцию эволюционировать во времени, поэтому важным, на наш взгляд, представляется уточнение современных особенностей врожденного сифилиса.

С этой целью был проведен анализ клинических проявлений врожденного сифилиса у 41 ребенка за период эпидемического неблагополучия.

Таблица 3. Клинические проявления раннего врожденного сифилиса в Смоленской области (1994–2008)

Клинические признаки	бс. ч.	Удельный вес, %
Сифилитическая пузырчатка	8	19,5
Сифилитический ринит	12	29,3
В том числе: сухая стадия	7	17,1
катаральная (экссудативная) стадия	5	12,2
Диффузная папулезная инфильтрация	9	22
Сифилитический остеохондрит и периостит	15	36,6
Папулезный сифилид ладоней и подошв	9	22
Папулезный сифилид складок	5	25

Клинические признаки	бс. ч.	Удельный вес, %
Розеолезный сифилид	5	12,2
Постнатальная энцефалопатия	5	12,2
Перинатальная энцефалопатия	7	17,1
Гидроцефалия	6	14,6
Неврологическая симптоматика	6	14,6
Гипотрофия	12	29,3
Гепатоспленомегалия	9	22
Задержка внутриутробного развития	11	26,9
Синдром дыхательных расстройств	6	14,6
Внутриутробная пневмония	6	14,6
Синдром повышенной рефлекторной возбудимости	5	12,2
Гипертензионно-гидратационный синдром	4	9,8
Кардиоваскулярный синдром	2	4,9
Синдром вегето-висцеральных дисфункций	7	17,1
Нефропатия	1	2,4

### Выводы

1. Сочетание беременности и сифилиса является крайне неблагоприятным фактором, способствующим развитию врожденного сифилиса.

2. Группу риска рождения детей с врожденным сифилисом составляют женщины, характеризующиеся маргинальным поведением, скрывающие нежеланную беременность, уклоняющиеся от лечения, безразличные к своему здоровью и здоровью будущего ребенка. Эти женщины не обследуются до родов либо обращаются в сроки, когда невозможно провести полноценное специфическое и профилактическое лечение до родов.

3. Недостаточное внимание и контроль за обследованием на сифилис всех беременных, обращающихся к акушеру-гинекологу, могут приводить к запоздалому выявлению инфекции у беременных и, как следствие, рождению больных детей.

4. Наиболее часто встречающимися из достоверных признаков врожденного сифилиса являются специфический ринит и специфический остеохондрит. Учитывая частоту встречаемости специфического поражения костной системы, оправданно проведение рентгенодиагностики в ранние сроки для подтверждения диагноза, особенно в случаях отсутствия других клинических проявлений врожденного сифилиса на коже и слизистых.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова М.А. Диагностическое и прогностическое значение комплекса факторов, влияющих на исход беременности у женщин, больных и болеющих сифилисом: дис. ... канд. мед. наук / М.А. Иванова. – М., 2000.
2. Панкратов О.В. Врожденный сифилис: Учебно-методическое пособие / О.В. Панкратов, В.Г. Панкратов. – Минск: БелМАПО, 2005. – 113 с.
3. Привалова Н.К. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации: анализ тенденций и прогноз развития эпидемической ситуации / Н.К. Привалова, Л.И. Тихонова // ИППП. – 2000. – № 5. – С. 35–40.
4. Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. Panchaud C; Singh S; Feivelson D. et al. Alan Guttmacher Inst. New York, USA. Fam Plann Perspect 2000 Jan–Feb; 32(1): 24–32, 45.
5. Missed opportunities to assess sexually transmitted diseases in U.S. adults during routine medical checkups [see comments]. CM: Comment in: Am J Prev Med 2000 Feb;18(2):183–185. Tao G; Irwin KL; Kassler WJ. Division of STD Prevention, Nat Center for HIV, STD, and TB Prevention, CDC, Atlanta, Georgia 30333, USA. Am. J. Prev. Med. 2000 Feb; 18(2): 109–114.

УДК 616.972

## АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ БОЛЬНЫХ СТАЦИОНАРА ОГУЗ СКВД ЗА 2007–2008 ГГ.

Е.П. Цыганкова, В.К. Макушкина, О.А. Мантурова, Е.Б. Грибанова  
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия», ОГУЗ СКВД

Сифилис – одна из наиболее распространенных и социально опасных инфекций, быстро реагирующих как на общебиологические (экология, питание, адаптационные возможности микробов), так и на социальные факторы (миграция, коммерческий секс, изменения уровня жизни, вредные привычки и т. д.). Это хроническое системное инфекционное заболевание, вызываемое *Treponema pallidum*, характеризующееся периодичностью в течении и разнообразием клинических проявлений.

По образному выражению французского сифилитолога F. Ricord, классическое течение сифилитической инфекции напоминает театральное представление: акт (манифестация) сменяется антрактом (скрытое течение) и включает следующие периоды: инкубационный, первичный, вторичный, третичный, которые последовательно сменяют друг друга.

Следует отметить, что классическое течение сифилиса в настоящее время наблюдается довольно редко (патоморфоз).

1. Удлинился инкубационный период – 5–6 недель и более (вместо классических 3–4 недели).

2. Увеличился процент скрытых форм сифилиса, без манифестации, что может быть связано с использованием неадекватных доз противотрепонемных средств, в том числе при самолечении или лечении интеркуррентных заболеваний.

3. На течение и исход заболевания может влиять вовлечение в инфекционный процесс других патогенов

(вирусов, бактерий, простейших), так как сифилис часто сочетается с разными ИППП (инфекциями, передаваемыми половым путем).

Помимо патоморфоза наблюдался беспрецедентный резкий рост заболеваемости сифилисом с 1989 до 1997 год (почти на протяжении 8–9 лет). Уровень распространенности сифилиса тогда достиг 277 случаев на 100 тыс. населения, что в 60 раз больше по сравнению с 1989 годом.

С конца 90-х годов отмечается тенденция к снижению уровня заболеваемости, однако и сейчас интенсивный показатель по РФ в целом остается довольно высоким и составляет 63,1 случая на 100 тыс. населения (2007). Одновременно до сих пор в обществе ощущаются последствия эпидемии: участились случаи врожденного сифилиса, нейросифилиса, серорезистентности и др.

В настоящее время в Смоленской области интенсивный показатель заболеваемости сифилисом практически полностью соответствует среднероссийскому и составляет 62,5 случая на 100 тыс. населения (2007).

Несмотря на снижение интенсивного показателя заболеваемости, проблема сифилиса остается актуальной, что служит причиной ее дальнейшего изучения.

На кафедре кожных и венерических болезней Смоленской государственной медицинской академии и ОГУЗ СКВД был проведен анализ заболеваемости

сифилисом с целью выявления особенностей распространения и течения сифилитической инфекции.

За 2007–2008 годы в стационар ОГУЗ СКВД было госпитализировано 467 человек по поводу сифилиса.

В структуре клинических форм заболевания значительно преобладал вторичный (45,4%) и ранний скрытый сифилис (34,5%). Доля первичного сифилиса составила всего 7%. Это связано с тем, что большинство пациентов неадекватно оценивают клинические проявления первичного периода ввиду отсутствия субъективных ощущений и обращаются уже на более поздних стадиях сифилиса.

Анализируя соотношение мужского и женского населения в зависимости от клинических форм сифилиса, было установлено, что в структуре первичного сифилиса половых органов значительно превалирует доля мужского населения над женским (70,2 и 29,8% соответственно). Такое распределение объясняется особенностями анатомического строения наружных половых органов женщин, и становится понятным, почему большинство из них не замечают клинических проявлений первичного сифилиса.

В структуре вторичного сифилиса кожи и слизистых показатели мужского и женского населения относительно выравниваются и составляют 42,5% у мужчин и 57,5% у женщин.

В числе госпитализированных по поводу раннего скрытого сифилиса доля женщин преобладала (62,3%) по сравнению с мужчинами (37,7%).

Более частая выявляемость скрытого сифилиса у женщин по сравнению с мужчинами объясняется тем, что первые чаще проходят текущие медицинские осмотры в силу профессиональной деятельности (как часть декретированного населения). Кроме того, большая доля скрытого сифилиса у женщин была выявлена в женских консультациях при постановке на учет в связи с беременностью.

При исследовании распространенности сифилитической инфекции в различных возрастных группах было установлено, что наибольшее число больных с ранними формами сифилиса зарегистрировано в возрастной категории от 20 до 40 лет (55,2%). На втором месте – пациенты в возрасте до 20 лет (почти 29,5%). Возрастная группа старше 40 лет составила 15,3%.

Следовательно, наибольшее число пациентов находилось в наиболее активном, репродуктивном возрасте.

Анализ семейного положения больных СКВД показал, что подавляющее число из них не состоят в официально зарегистрированном браке и имеют случайные половые связи (64,4%). В гражданском браке состояло 24,3% пациентов, в официальном браке – всего лишь 11,3%.

При изучении социального статуса пациентов, госпитализированных в стационар СКВД, оказалось, что подавляющее большинство дееспособных боль-

ных (53,8%) не заняты постоянным трудом, не зарегистрированы в каких-либо сферах производства. Работоспособное население составило лишь 28,3%.

На долю инвалидов, учащихся СОШ (средняя образовательная школа), студентов, пенсионеров, детей в возрасте до 6 лет (с диагнозом превентивное лечение) пришлось менее 18%.

Таким образом, наибольшее число пациентов, госпитализированных в стационар по поводу сифилиса, являются социально малоадаптированными.

Изучая наличие сопутствующих ИППП у пациентов с первичным, вторичным и ранним скрытым сифилисом было выявлено, что из 406 пациентов сопутствующие заболевания были зарегистрированы у 20,1% (80 человек). В структуре сопутствующих ИППП наибольший удельный вес занимал уrogenитальный трихомониаз. На его долю пришлось 61,9% от всех ИППП. Уrogenитальный хламидиоз составил 19,9%, генитальная папилломавирусная инфекция – 14,3%. На долю гонореи пришлось 3,9%.

Таким образом, уrogenитальный трихомониаз и хламидиоз регистрировались значительно чаще, чем другие инфекции. Учитывая высокую распространенность этих заболеваний, а также склонность к бессимптомному течению, встает вопрос о необходимости внедрения методов диагностики этих инфекций в стандарты обследования больных сифилисом.

Как известно, лабораторная диагностика сифилиса базируется на микроскопии бледной трепонемы из отделяемого сифилидов (прямой метод) и серологических методах исследования.

Актуальность последних на сегодняшний день высока, особенно в связи с наблюдающейся тенденцией увеличения скрытых форм заболевания. В связи с этим изучались результаты различных серологических тестов с кардиолипиновыми и трепонемными антигенами у пациентов с ранними формами сифилиса до начала специфической терапии и по ее окончании.

Анализируя полученные данные реакции Вассермана (РСК), было установлено, что в структуре первичного сифилиса половых органов положительные результаты наблюдались у 75,8% пациентов. У пациентов с вторичным сифилисом кожи и слизистых положительные результаты отмечались у 97,3%, а при раннем скрытом сифилисе – у 81% больных.

При оценке РПГА (реакции пассивной гемагглютинации) оказалось, что в структуре первичного сифилиса реакция была положительной у 89%; у пациентов с вторичным сифилисом кожи и слизистых – у 97,1%, а при раннем скрытом сифилисе – у 98,4% пациентов.

При постановке ИФА (иммуноферментный анализ) коэффициент позитивности (КП) у пациентов с первичным сифилисом половых органов составил 91,8%. При вторичном и раннем скрытом сифилисе КП данной реакции был также высоким – 98,2%.

Как известно, РИФ abs (реакция иммунофлюоресценции с абсорбцией) является одной из самых информативных серологических реакций и занимает центральное место среди всех серологических тестов. Данный метод продемонстрировал 100%-ную позитивность у обследуемых пациентов с ранними формами сифилиса.

Следовательно, такие видоспецифические трепонемные тесты, как ИФА, РИФ abs, РПГА, подтверждают наиболее высокую информативность по сравнению с групповыми тестами (RW). Использование данных методов позволяет оптимизировать лабораторную диагностику у пациентов не только с активными, но и со скрытыми формами сифилиса.

Однако, несмотря на внедрение новых и более достоверных методов диагностики сифилиса, реакция Вассермана (RW) все еще остается актуальной для контроля эффективности противосифилитической терапии. Это объясняется тем, что видоспецифичные трепонемные тесты (РПГА, ИФА, РИФ), обладая иммунологической памятью за счет суммарных антител Ig M и G, могут сохранять позитивность и после проведенного лечения неопределенно длительное время.

Кроме того, проведен анализ динамики негативации RW в ходе лечения у пациентов с вторичным сифилисом кожи и слизистых на фоне стандартной пенициллинотерапии.

Для оценки результатов RW было отобрано 62 истории болезни пациентов в возрасте от 17 до 50 лет, не имеющих сопутствующих заболеваний урогенитального тракта, тяжелой соматической патологии, беременности. У всех больных результаты серологических тестов (RW) при поступлении в стационар СКВД были положительными. Все пациенты получили полный курс специфической терапии с соблюдением доз и кратности введения пенициллина.

У 33 пациентов суммарная доза пенициллина составила 80 млн. ЕД (стандарты лечения до 2007 года); у 29 пациентов – 120 млн. ЕД (по современным стандартам лечения с 2008 года).

Для сравнения проведен анализ результатов негативации RW у пациентов при поступлении в стационар и при выписке после проведенного лечения по двум вышеуказанным методикам.

Динамика RW у пациентов, получивших суммарную дозу пенициллина 80 млн. ЕД (по стандартам 2007 года), показала, что снижение титра антител наблюдалось у 49%, повышение – у 33%, а у 18% RW оставалось на прежнем уровне.

Динамика RW у пациентов, получивших суммарную дозу пенициллина 120 млн. ЕД, продемонстрировала, что снижение титра антител наблюдалось у 65% больных, повышение – у 14%, а у 21% титр оставался на прежнем уровне.

Таким образом, сравнивая полученные результаты, можно сделать вывод, что использование новой

схемы лечения вторичного сифилиса кожи и слизистых (суммарная доза 120 млн. ЕД) позволяет добиться более быстрых темпов негативации RW уже по окончании терапии.

В последнее время участились случаи регистрации сифилиса у беременных женщин. В стационар СКВД за период времени с 2007 по 2008 год было госпитализировано по поводу сифилиса на разных сроках беременности 72 женщины, что составило 15,5% от общего числа госпитализированных.

Специфическое лечение сифилиса проводилось 58 (80,5%) беременным пациенткам, профилактическое – 19,5%. Срок беременности на момент поступления в клинику варьировал от 6 до 37 недель. Однако преобладали женщины, находящиеся во втором триместре беременности.

Анализ клинических форм сифилиса у беременных женщин позволил установить, что более чем у 60% из них был диагностирован ранний скрытый сифилис. Большая часть беременных, страдающих сифилисом, была выявлена в женских консультациях при постановке на учет на разных сроках беременности.

Из 96 пролеченных пациентов, являющихся жителями г. Смоленска и Смоленского района, только 39 (41%) прошли КСК (клинико-серологический контроль), что, по-видимому, объясняется легкомысленным отношением к своему здоровью, базирующемся на безграмотности и социально-психологической дезадаптации обследуемых пациентов, больных сифилисом.

### Выводы

1. Несмотря на снижение общей заболеваемости, уровень сифилитической инфекции по-прежнему остается достаточно высоким. Интенсивный показатель в Смоленской области в 2007 году составляет 62,5 случая на 100 тыс. населения (по РФ 63,1 случая на 100 тыс. населения).

2. Сифилис – это комплексная проблема инфекционной патологии, которая требует координированных действий всех сфер здравоохранения.

3. Как правило, заражаются сифилисом лица репродуктивного возраста.

4. Среди заболевших выявлено преобладание лиц из социально неблагополучных слоев населения, неработающих, не имеющих семьи, что свидетельствует о серьезной социально-психологической проблеме.

5. Увеличение количества случаев скрытых форм (особенно среди беременных женщин) и вторичного сифилиса свидетельствует о формировании эпидемиологически опасного резервуара латентных и длительно существующих источников инфекции, невыявление которых способствует формированию иррадиирующих очагов заболевания.



6. Наличие сопутствующих ИППП, в частности урогенитального трихомониаза и хламидиоза, приводит к мысли о необходимости в стандарты обследования больных сифилисом внедрять методы лабораторной диагностики этих инфекций.

7. Анализ различных серологических тестов у пациентов с ранними формами заболевания подтверждает, что такие методы диагностики, как ИФА, РИФ abs, РПГА, обладают наиболее высокой

специфичностью и чувствительностью (не менее 98%), что согласуется с данными ВОЗ. Эти реакции позволяют оптимизировать лабораторную диагностику у больных с вторичным и ранним скрытым сифилисом.

8. Использование новых стандартов лечения сифилиса (суммарная доза пенициллина – 120 млн. ЕД) позволяет добиться более быстрых темпов негативации RW.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриев Г.А. Диагностика инфекций, передаваемых половым путем / Г.А. Дмитриев, И.И. Глазко. – М.: БИНОМ, 2007.
2. Азбука дерматологии. Инфекции, передаваемые половым путем: Учебно-методическое пособие / Е.П. Цыганкова [и др.]. – Смоленск, 2003.
3. Кацамбаса А.Д. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний / А.Д. Кацамбаса, Т.Л. Лотти. – М.: МЕДпресс-информ, 2008.
4. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей / Ю.К. Скрипкин, В.Н. Мордвиков. – М.: Медицина, 1999.
5. Дмитриев Г.А. Сифилис. Дифференциальный клинико-лабораторный диагноз / Г.А. Дмитриев, Н.В. Фриго. – М.: Медицинская книга, 2004.
6. Романенко И.М. Лечение кожных и венерических заболеваний / И.М. Романенко, В.В. Кулага, С.Л. Афанин. – М., 2006.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ЗДОРОВЬЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОСМЕТИЧЕСКОГО СПОСОБА ЗАШИВАНИЯ ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ

С.А. Фомин

Ярославская государственная медицинская академия

Острый аппендицит занимает одно из ведущих мест в структуре неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости [3]. Имеющиеся публикации по данной теме посвящены прежде всего рассмотрению вопросов диагностики, оперативному лечению, а также оценке клинических результатов и эффективности хирургического вмешательства. До настоящего времени эффективность хирургических вмешательств оценивалась по таким показателям, как летальность, частота осложнений, продолжительность пребывания больного в стационаре, результаты лабораторных методов исследования. Почти нет сообщений о психосоциальных последствиях оперативного лечения, изменениях восприятия больным своего здоровья, способности функционировать в физическом смысле [1, 2].

Одним из критериев эффективности лечения является качество жизни (КЖ) – это показатель физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанный на субъективном восприятии своего состояния.

Самым распространенным общим опросником изучения КЖ является MOS SF-36. Он состоит из 36 вопросов и включает 8 шкал, представляющих физический и психологический компоненты здоровья. Категория «Социальное функционирование – Social Functioning» (СФ) отражает способность развиваться, полноценно общаться с родственниками, друзьями, семьей, возможность адекватного профессионального общения. Категория «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, – Role-Emotional» (РЭФ) отражает эмоциональный статус больного, влияние эмоций на повседневные занятия, поведение при общении с окружающими. Категория «Психическое здоровье – Mental Health» (ПЗ) отражает наличие невротизации, склонности к депрессивным состояниям, ощущение счастья, умиротворенности, душевного спокойствия. Эти категории представляют психологический компонент здоровья.

**Цель исследования** – изучить влияние способа зашивания операционной раны при аппендэктомии на психологический компонент здоровья.

**Материалы и методы.** Мы рассматриваем способ зашивания операционной раны как многоэтапное действие, состоящее из нескольких последовательных и значимых мероприятий, направленных на профилактику гнойно-воспалительных осложнений и косметических дефектов. Нами разработан и применяется косметический способ зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии (приоритет № 2008147994/14(062850) от 04.12.2008, положительное решение о выдаче патента от 10.06.2009). Каждый этап в разработанном нами способе имеет свою цель и решает поставленную перед ним задачу.

Косметический способ зашивания операционной раны при аппендэктомии включает периоперационную антибиотикопрофилактику цефалоспориновыми антибиотиками третьего поколения. Далее, после непосредственного выполнения аппендэктомии и проведения санации брюшной полости, герметично зашивается париетальная брюшина рассасывающимся шовным материалом со временем полной абсорбции до 30 дней (Safil-Quick, Dar-Vin). На следующем этапе операционная рана обрабатывается 0,5%-ным водно-спиртовым раствором хлоргексидина с экспозицией 1–2 минуты. Апоневротическая часть наружной косой мышцы живота зашивается отдельными узловыми швами с использованием монофиламентного рассасывающегося шовного материала со временем полной абсорбции около 200 дней (Капролон, Капрофил, Максон). У пациентов с индексом массы тела более 26 и развитой подкожножировой клетчаткой используется активная аспирация из подкожножировой клетчатки через отдельную контрапертуру с помощью устройства для активного дренирования ран однократного применения с баллоном емкостью 250 см<sup>2</sup> (ТУ 64-2-114-82). Кожа зашивается отдельным

Таблица 1. Качество жизни пациентов после различных способов зашивания операционной раны при аппендэктомии на этапе стационарного лечения

Категория опросника	Косметический способ, $M \pm m$ , $n=45$	Традиционный способ, $M \pm m$ , $n=45$	Тест	Уровень значимости, $p$
Социальное функционирование (СФ)	82,5±2,6 StdDv=17,4 $p < 0,01^{***}$	72,2±3 StdDv=20,1 $p > 0,05^{***}$	U=715*	0,016363
Эмоциональный статус (РЭФ)	71,8±5,4 StdDv=36,2 $p < 0,01^{***}$	60,7±5,8 StdDv=39,1 $p < 0,01^{***}$	U=843,5*	0,172638
Психическое здоровье (ПЗ)	68,3±2,1 StdDv=14,4 $p < 0,15^{***}$	63,3±2,4 StdDv=16,4 $p > 0,05^{***}$	T=1,529**	0,129819

Примечания. \* – тест Манна – Уитни;

\*\* – двухвыборочный тест Стьюдента;

\*\*\* – одновыборочный тест Колмогорова – Смирнова.

внутрикожным внутриузловым швом рассасывающимся шовным материалом со временем полной абсорбции до 90 дней (Викрил, ПГА, Дексон).

В исследование вошло 90 пациентов, оперированных в МКУЗ МСЧ НЯ НПЗ города Ярославля по поводу острого аппендицита за период с 2003 по 2008 год. В основной группе у 45 пациентов операционная рана зашивалась разработанным нами косметическим способом. Среди них было 42 (93,3%) женщины и 3 (6,6%) мужчин, возраст больных составлял от 15 до 39 лет (в среднем  $22,2 \pm 0,8$  года). Морфологически подтвержденный диагноз флегмонозный аппендицит – в 34 (75,6%) случаях, катаральный – в 11 (24,4%). В контрольной группе у 45 пациентов операционная рана зашивалась традиционно – нерассасывающимся шовным материалом. Среди них были 41 (91,1%) женщина и 4 (8,9%) мужчин, возраст больных – от 16 до 40 лет (в среднем  $24,1 \pm 1,1$  года). Флегмонозный аппендицит был у 36 (80%) пациентов, катаральный – у 9 (20%) пациентов. Основная и контрольная группа сопоставимы по возрасту ( $U=875,5$ ,  $df=88$ ,  $p=0,268923$ ), различия статистически незначимы. Аппендэктомия выполнялась из разработанного нами косоого параректального мини-доступа (патент № 2346658 РФ).

КЖ изучали с помощью опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item short form health survey). КЖ оценивали в пяти моментах времени: в ближайшем послеоперационном периоде (до момента выписки пациента из стационара), через 1 месяц после операции, через 3 месяца после операции, через 6 месяцев после операции и через 1 год после операции.

При обработке результатов исследования использовали расчет средней арифметической величины ( $M$ ), стандартной ошибки среднего ( $m$ ) и стандартного отклонения (StdDv). Нормальность распределения признака определяли по одновыборочному тесту Колмогорова – Смирнова. Оценка

достоверности различий между средними величинами и показателями осуществлялась по критерию Стьюдента (при нормальном распределении признака) и Манна – Уитни (при ненормальном распределении признака) с помощью компьютерной программы компании «StatSoft» Statistica 6.0.

**Результаты и обсуждение.** Первоначально нами был проведен анализ КЖ пациентов на этапе стационарного лечения до выписки из стационара (табл. 1).

В категории СФ результаты в основной группе значительно превышали показатели в контрольной группе на 10 баллов и были статистически значимы ( $U=715$ ,  $df=88$ ,  $p=0,016363$ ). Различия показателей в категориях РЭФ ( $U=843,5$ ,  $df=88$ ,  $p=0,172638$ ) и ПЗ ( $t=1,529$ ,  $df=88$ ,  $p=0,129819$ ) – на уровне наблюдаемой тенденции.

Следующей точкой исследования мы выбрали 1 месяц после операции. Это период, когда большинство пациентов заканчивают амбулаторное лечение и приступают к выполнению своих обычных обязанностей.

При анализе КЖ пациентов через 1 месяц после оперативного лечения отмечался рост показателей во всех категориях. В категориях СФ ( $U=722$ ,  $df=88$ ,  $p=0,027862$ ) и ПЗ ( $t=1,985$ ,  $df=88$ ,  $p=0,050292$ ) различия в группах на уровне наблюдаемой тенденции. В категории РЭФ различия между группами 6,3 балла, статистически значимые ( $U=744,5$ ,  $df=88$ ,  $p=0,043948$ ), что свидетельствовало о влиянии способа зашивания операционной раны на эмоциональный статус больного, влияние эмоций на повседневные занятия, поведение при общении с окружающими.

Таблица 2. Качество жизни пациентов через 1 месяц после операции при различных способах зашивания операционной раны

Категория опросника	Косметический способ, М±m, n=45	Традиционный способ, М±m, n=45	Тест	Уровень значимости, p
Социальное функционирование (СФ)	84,4±2,6 StdDv=17,5 p<0,01***	76,9±2,3 StdDv=15,8 p<0,15***	U=722*	0,027862
Эмоциональный статус (РЭФ)	80,7±3,9 StdDv=26,1 p<0,01***	64,4±5 StdDv=33,6 p<0,01***	U=744,5*	0,043948
Психическое здоровье (ПЗ)	70,4±2,2 StdDv=14,6 p>0,05***	63,6±2,6 StdDv=17,3 p<0,15***	T=1,985**	0,050292

Примечания. \* – тест Манна – Уитни;  
\*\* – двухвыборочный тест Стьюдента;  
\*\*\* – одновыборочный тест Колмогорова – Смирнова.

Временной промежуток в 3 месяца для исследования КЖ после аппендэктомии был выбран нами потому, что к этому времени происходит полная абсорбция большинства видов шовного материала, используемого нами при косметическом способе зашивания контаминированной операционной раны. Влияние шовного материала на воспалительный процесс заканчивается. Результаты изучения КЖ через 3 месяца после операции при различных способах зашивания операционной раны представлены в таблице 3.

контрольной группе – 11 (24,4%) пациентов. В категории РЭФ в основной группе минимальное влияние эмоциональных проблем на повседневные занятия и поведение при общении с окружающими отметили 32 (71,1%) пациента, в контрольной группе – 21 (46,7%).

На следующем этапе нами было изучено КЖ пациентов через 6 месяцев после хирургического лечения (табл. 4). Мы считали, что к 6 месяцам должно произойти максимальное сближение показателей КЖ во всех категориях, но в категориях

Таблица 3. Качество жизни пациентов через 3 месяца после операции при различных способах зашивания операционной раны

Категория опросника	Косметический способ, М±m, n=45	Традиционный способ, М±m, n=45	Тест	Уровень значимости, p
Социальное функционирование (СФ)	92,2±2,1 StdDv=13,9 p<0,01***	76,7±2,7 StdDv=18,2 p<0,01***	U=533,5*	0,000111
Эмоциональный статус (РЭФ)	87,4±3,2 StdDv=21,7 p<0,01***	71,8±4,5 StdDv=30,1 p<0,01***	U=736*	0,025664
Психическое здоровье (ПЗ)	72,2±2 StdDv=13,6 p>0,05***	58,1±2,5 StdDv=16,7 p<0,15***	T=4,372**	0,000034

Примечания. \* – тест Манна – Уитни;  
\*\* – двухвыборочный тест Стьюдента;  
\*\*\* – одновыборочный тест Колмогорова – Смирнова.

В категориях СФ (U=533,5, df=88, p=0,000111) и ПЗ (t=4,372, df=88, p=0,000034) различия статистически значимые. Отмечался рост средних показателей в основной группе в категориях СФ и ПЗ. В контрольной группе рост средних показателей также имел место, но менее выражен. Неожиданно для нас средние показатели в категории ПЗ значительно превысили показатели в контрольной группе на 14,1 балла. В категории СФ 32 (71,1%) пациента дали максимальный результат, в кон-

СФ и ПЗ различия оставались статистически значимыми.

Следующим этапом изучения КЖ стал временной промежуток через 1 год после операции (табл. 5). Результаты исследования КЖ через 1 год после операции аппендэктомии показывали статистически значимые различия в категории ПЗ (t=2,435, df=88, p=0,016920). В категориях СФ (U=842, df=88, p=0,168859) различия на уровне наблюдаемой тенденции. Оставались статистически значимыми отли-

чия между группами в категории ПЗ ( $t=2,435$ ,  $df=88$ ,  $p=0,016920$ ), из чего можно сделать вывод о продолжительном влиянии способа зашивания операционной раны и полученных косметических результатах после операции на психическое здоровье пациентов.

**Заключение.** Разработанный нами косметический способ зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии оказывает положительное влияние на психологический компонент здоровья в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

*Таблица 5. Качество жизни пациентов через 1 год после операции при различных способах зашивания операционной раны*

Категория опросника	Косметический способ, $M \pm m$ , $n=45$	Традиционный способ, $M \pm m$ , $n=45$	Тест	Уровень значимости, $p$
Социальное функционирование (СФ)	$87,5 \pm 2,4$ StdDv=16,4 $p < 0,01^{***}$	$81,4 \pm 3$ StdDv=20,4 $p < 0,05^{***}$	U=842*	0,168859
Эмоциональный статус (РЭФ)	$81,5 \pm 4,6$ StdDv=30,6 $p < 0,01^{***}$	$81,5 \pm 3,9$ StdDv=26,2 $p < 0,01^{***}$	U=968,5*	0,722540
Психическое здоровье (ПЗ)	$70,4 \pm 2,6$ StdDv=17,5 $p > 0,05^{***}$	$61,8 \pm 2,4$ StdDv=16,1 $p < 0,1^{***}$	T=2,435**	0,016920

*Примечания.* \* – тест Манна – Уитни;  
\*\* – двухвыборочный тест Стьюдента;  
\*\*\* – одновыборочный тест Колмогорова – Смирнова.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бонштейн А.С. Валеология: конкретизация понятий «здоровье», «болезнь» / А.С. Бонштейн, В.Л. Ривкин // Международный медицинский журнал – 2001. – № 5. – С. 393–394.
2. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Иванова, П. Кайнд.– СПб.: Элби, 1999. – 40 с.
3. Русанов А.А. Аппендицит / А.А. Русанов. – М.: Медицина, 1979. – 173 с.

УДК 616.895.4:614.23:618.1

## ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА И АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

**И.А. Аргунова**

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра общей врачебной практики с курсом поликлинической терапии*

Согласно определению, депрессия (Д) – сочетание тоскливого настроения со снижением психической и физической активности [1, 12]. Она встречается примерно в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин. Это объясняется наличием чисто женских социально-психологических и семейных проблем (дискриминация, одиночество, бесплодие, разводы, проблемы у детей, неравноправие с мужчинами и др.), связью эмоционального состояния с менструально-генеративной функцией, лучшей выявляемостью. Д повышает риск самоубийства и утяжеляет течение других болезней [1, 3, 4, 10, 12, 15].

Д, связанные с репродуктивным циклом женщины, в последние годы выделяют в самостоятельную категорию. Развитию послеродовой депрессии (ПД) способствуют физиологические особенности послеродового периода: быстрое снижение уровня женских половых гормонов и гормонов щитовидной железы, падение объема циркулирующей крови, изменения метаболизма. Существуют также объективные причины ПД: болевые ощущения в родах, их стрессовое восприятие, кесарево сечение, послеродовые осложнения, проблемы при грудном вскармливании, хронические недосыпания, изменение сексуальных отношений, отсутствие поддержки и финансовая зависимость от семьи [4, 7, 10, 14].

Риск ПД в первые 4–16 недель после родов составляет 10%. Д в анамнезе повышает риск до 25%, ПД в прошлом – до 50%, Д во время настоящей беременности – до 75% [4, 10].

**Клиника.** Как известно, критерии депрессивного эпизода по МКБ-10 делятся на основные и дополнительные [1, 8, 9, 12]. К основным симптомам или классической депрессивной триаде относятся: 1) снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациентке нормой, преобладающее почти ежедневно большую часть дня и продолжающееся не менее двух недель вне зависимости от ситуации; 2) отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями; 3) снижение энергии и повышенная утомляемость. Дополнительные симптомы включают: снижение способности к сосредоточению внимания; снижение самооценки и чувство неуверенности в себе; идеи виновности и унижения (даже при легких Д); мрачное и пессимистиче-

ское видение будущего; идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства; нарушения сна; нарушения аппетита. Для установления диагноза Д достаточно наличия не менее двух основных и четырех дополнительных симптомов. Нередко при Д преобладают соматические жалобы. Возможны снижение либидо, потеря веса, запоры, немотивированные болевые синдромы, тахикардия, повышение артериального давления, выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожи и другие симптомы [1, 5, 8, 12, 15]. Особенности проявления Д у женщин – снижение интереса к детям, мужу, родителям, домашним обязанностям, что отрицательно сказывается на семейных взаимоотношениях. Новорожденные наиболее страдают от нарушения взаимодействий с матерью [14].

ПД может иметь различное происхождение. Манифестация или повторный приступ эндогенной Д начинаются, как правило, на 10–12-й день после неосложненных родов и без внешней причины. Возможны следующие клинические варианты эндогенной Д: классическая (согласно триаде), тревожная (немотивированное беспокойство, страх за ребенка, чрезмерный уход за новорожденным), атипичная (плаксивость, ангедония) [4, 7].

Собственно ПД может также протекать различно. Невротическая Д начинается уже до родов (стресс, страх перед родами) или после родов (психогении – потери и утраты, связанные с семьей и ребенком). В ее клинике преобладают астенодепрессивный и тревожно-депрессивный синдромы. Возникновение послеродового психоза возможно при тяжелом атипичном течении ПД: одновременно появляются депрессивный и маниакальный синдромы. При этом присутствуют психотические симптомы – бред или галлюцинации (наиболее часто депрессивный бред, бред вины и паранойяльного или нигилистического содержания). Возможно развитие депрессивного ступора [1, 11, 12].

**Диагностика.** Врачи общей практики плохо выявляют Д, особенно атипичную или с соматическими проявлениями. Акушеры-гинекологи диагностируют, как правило, только послеродовую психоз. Появление Д в связи с родами ведет к тому, что женщина и ее семья трактуют ухудшение самочувствия как должное, не

осознавая психическую природу заболевания [3, 5, 7]. В анамнезе выявляются данные, предрасполагающие к развитию ПД: отягощенная наследственность по Д и психическим заболеваниям; тяжелый предменструальный синдром; Д или психическое заболевание (эндогенная Д при шизофрении, эпилепсии, маниакально-депрессивном психозе); преморбидный склад личности (повышенная тревожность, инфантилизм и др.); болезни щитовидной железы; отрицательный опыт при предыдущих беременностях; одиночество; злоупотребление алкоголем; наркомания [1, 5, 7, 12, 13].

Тестирование больных с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии [2] – один из наиболее простых методов диагностики ПД. При заполнении анкеты пациентке необходимо внимательно прочитать каждое утверждение и отметить ответ, который наиболее соответствует ее самочувствию на прошлой неделе. Первая реакция является самой верной. Шкала включает 2 части по 7 пунктов. Утверждения, относящиеся к подшкале тревоги, обозначены буквой Т, подшкале депрессии – буквой Д. Интерпретация результатов тестов проводится по арифметической сумме баллов, набранных пациенткой по каждой из подшкал, а также по общему баллу. Сумма по каждой из подшкал в 6–9 баллов указывает на субклинические проявления тревоги/депрессии, требующие профилактических мероприятий, 10 и более – на клинически значимые проявления, требующие лечения. Общий балл  $\geq 19$  соответствует тревожно-депрессивному расстройству.

Необходимо дифференцировать ПД с «синдромом грусти рожениц» и непатологической реакцией горя при тяжелом стрессе. До 50% матерей испытывают ощущение грусти после родов, – это трактуется как нормальная реакция [10, 11]. При «синдроме грусти рожениц» состояние улучшается по мере стабилизации гормонального фона и при наличии моральной поддержки семьи и друзей. Тяжелая психическая травма в анамнезе может привести к развитию непатологической реакции горя. Снижение настроения, тревожность при стрессе чаще всего купируются без лечения при отдыхе, заботливом уходе и участии близких [13]. Психоз может быть признаком послеродового сепсиса, когда требуется госпитализация в стационар для оказания гинекологической и психиатрической помощи [11].

**Лечение.** Если симптоматика ПД не исчезает через 2–3 недели, необходима врачебная помощь. Важную роль в лечении играют эмоциональная и физическая поддержка близких, семейное консультирование и психотерапия. Психотерапия может быть основой лечения при нетяжелой ПД, особенно при предубеждении пациенток против лекарств. Если через 6–8 недель на фоне психотерапии состояние не улучшилось или через 12 недель эффект остается неполным, назначают антидепрессанты. При выраженной симптоматике Д медикаментозная терапия назначается сразу [1, 4, 7, 12].

Наибольшее распространение в мире при определении безопасности лекарственных средств, применяемых у беременных и кормящих, получила классификация «Food and Drug Administration» 1979 года (FDA, Администрация США по контролю за пищевыми и лекарственными продуктами), которой руководствуются и в РФ [6, 17]. Используемые в настоящее время при ПД антидепрессанты относятся (по FDA) к категории С (табл. 1). Антидепрессантов более безопасных категорий А и В не существует. Однако потенциальная польза при лечении Д у беременных и кормящих препаратами этой группы может оправдать возможный риск применения. Изучение антидепрессантов в последние десятилетия расширило представления об их влиянии на плод и новорожденного [4, 7, 11, 16, 17].

При ПД назначение антидепрессантов облегчается возможностью перевода ребенка на искусственное вскармливание. У нелактующих женщин приемлемыми считаются антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), так как они дают меньше побочных эффектов, чем трициклические антидепрессанты (ТЦА). При легкой и умеренной Д у кормящей женщины, решая вопрос о медикаментозной терапии, необходимо хорошо взвесить все «за» и «против», приняв во внимание приведенные данные (табл. 1). По современным сведениям, препаратом выбора у лактирующих женщин является сертралин, альтернативными вариантами могут быть флуоксетин, циталопрам, амитриптилин при их хорошей переносимости [4, 6, 11, 16].

Безуспешность медикаментозной терапии Д чаще всего обусловлена низкой приверженностью к лечению, на втором месте – недостаточные доза или продолжительность приема [1, 7, 12]. Начинать нужно с самой низкой дозы, затем ее быстро (раз в 1–2 нед) повышают, следя за переносимостью. Лечебный эффект антидепрессантов развивается в среднем в течение 2–3 недель, максимальный результат – через 1–1,5 месяца. Так как побочные эффекты возникают чаще в начале лечения, необходим врачебный контроль не реже 1 раза в 7 дней. Если через 4 недели состояние не улучшилось или через 8 недель эффект лечения остается неполным, следует заменить антидепрессант или направить больную к психиатру. При внезапном прекращении приема после длительного лечения возможно развитие синдрома отмены. Во избежание рецидива антидепрессанты следует принимать 6–12 месяцев. 3 приступа Д либо 2 приступа в сочетании с факторами риска рецидива служат показанием к постоянному приему поддерживающей дозы антидепрессанта [1, 5, 9, 12].

Если у женщины с ПД выражены тревожность, психомоторное возбуждение или заторможенность, психоз, анорексия, мания, намерения причинить вред себе или ребенку, это показания к экстренной госпитализации в психиатрический стационар [1, 4, 12, 15].

Длительность нелеченой ПД составляет от нескольких месяцев до года. Последствия нелеченой ПД: повышение частоты случаев синдрома внезапной смерти у младенцев от матерей с ПД; расширенные суициды (вместе с ребенком); развитие в дальнейшем психосоциальных отклонений у детей [14].

**Профилактика** ПД делится на первичную и вторичную. Первичная профилактика включает определение возможных факторов риска у беременной, родильницы. Необходимо собрать анамнез жизни женщины, выяс-

нить наследственность и социальную ситуацию, провести психопрофилактическую подготовку к родам, рекомендовать рациональный режим дня и ночи. Вторичная профилактика необходима при наличии Д в анамнезе: следует следить за самооценкой женщины; провести консультирование семьи по распределению домашних обязанностей; рекомендовать близким уделять женщине больше внимания; своевременно обращаться за помощью к психиатру или семейному врачу при появлениистораживающих симптомов [1, 4, 7, 12].

Таблица 1. Безопасность антидепрессантов, применяемых для лечения депрессии у беременных и кормящих согласно «Food and Drug Administration» [4, 6, 11, 16, 17]

Название, синонимы, дозы	Группа, кат. FDA	Общие свойства: в опытах на беременных крысах и кроликах неблагоприятного влияния на фертильность и плод не установлено. Проникают через плаценту и в грудное молоко. Не выявлено противопоказаний к применению в терапевтических дозах при беременности и после родов
<b>Флуоксетин</b> (прозак, профлузак, продеп). От 10–20 мг утром до 60 мг/сут. Обычная доза: 20 мг/сут или 90 мг/нед	СИОЗС, С	Отсутствие тератогенности наиболее подтверждено. 11% суточной дозы матери проникает в грудное молоко. Серьезных последствий для ребенка не выявлено: возможны нарушение стула, рвота, беспокойство. Из-за медленного выведения эффективен у недисциплинированных больных. Противопоказан при суицидальной настроенности
<b>Сертралин</b> (золофт, стимултон, торин, депрефолт). От 25-50 до 200 мг/сут. Обычно 100 мг/сут	СИОЗС, С	Можно назначать кормящим женщинам, так как в грудном молоке обнаруживается в ничтожных концентрациях. Реже других СИОЗС вступает в лекарственные взаимодействия
<b>Циталопрам</b> (опра, ципрамил). От 10-20 мг на ночь до 60 мг/сут. Обычная доза 20 мг/сут	СИОЗС С	На крысах и кроликах – отсутствие эмбриотоксического и тератогенного эффекта в дозах, в 4–5 раз превышающих максимальную разовую дозу для человека. Проникает в грудное молоко. Применение при беременности и кормлении грудью возможно, если ожидаемый эффект терапии превышает потенциальный риск для плода и ребенка
<b>Пароксетин</b> (паксил, рексетин). От 10 до 60 мг/сут. Обычная доза 20–30 мг утром	СИОЗС С	На крысах и кроликах – отсутствие тератогенного эффекта в дозах, в 2–9 раз превышающих максимальные терапевтические для человека. Применяется при беременности, если потенциальная польза превосходит возможный риск. При кормлении не рекомендуется: концентрация в грудном молоке равна плазменной
<b>Амитриптилин</b> Начальная доза 25–50 мг на ночь. 50–150 мг/сут амбулаторно, до 300 мг/сут стационарно	ТЦА, С	Проходит через плаценту. Установлен тератогенный эффект у беременных самок в концентрациях, во много раз превышающих терапевтические дозы для человека. Противопоказан в I триместре беременности. Проникает в грудное молоко. Кормление возможно при отсутствии побочных эффектов у младенца
<b>Кломипрамин</b> (анафранил, клофранил). 25–150 мг на ночь. Обычно 75 мг/сут	ТЦА, С	Проникает в грудное молоко. При кормлении не применять. Чаше других ТЦА вызывает судороги и множество других побочных эффектов

#### Приложение

#### Госпитальная шкала тревоги и депрессии (2)

Я испытываю напряженность, мне не по себе

3 – все время

2 – часто

1 – время от времени, иногда

0 – совсем не испытываю

Т Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь

0 – совсем не испытываю

1 – иногда

2 – часто

3 – очень часто

Т Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться

3 – определенно, это так, и страх очень сильный

2 – да, это так, но страх не очень сильный

1 – иногда, но это меня не беспокоит

0 – совсем не испытываю

Т Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться

3 – определенно, это так

2 – наверное, это так

1 – лишь в некоторой степени это так

0 – совсем не испытываю

Т Беспокойные мысли крутятся у меня в голове

3 – постоянно

2 – большую часть времени

1 – время от времени, не так часто

0 – только иногда

Т У меня бывает внезапное чувство паники

3 – очень часто

2 – довольно часто



1 – не так уж часто

0 – совсем не бывает

**Т** Я легко могу сесть и расслабиться

0 – определенно, это так

1 – наверное, это так

2 – лишь изредка это так

3 – совсем не могу

**Д** Мне кажется, что я все стал делать очень медленно

3 – практически все время

2 – часто

1 – иногда

0 – совсем нет

**Д** То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство

0 – определенно, это так

1 – наверное, это так

2 – лишь в очень малой степени это так

3 – это совсем не так

**Д** Я не слежу за своей внешностью

3 – определенно, это так

2 – я не уделяю этому столько времени, сколько нужно

1 – может быть, я стал меньше уделять этому

внимание

0 – я слежу за собой так же, как и раньше

**Д** Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное

0 – определенно, это так

1 – наверное, это так

2 – лишь в очень малой степени это так

3 – совсем не способен

**Д** Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения

0 – точно так же, как и обычно

1 – да, но не в той степени, как раньше

2 – значительно меньше, чем обычно

3 – совсем так не считаю

**Д** Я испытываю бодрость

3 – совсем не испытываю

2 – очень редко

1 – иногда

0 – практически все время

**Д** Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы

0 – часто

1 – иногда

2 – редко

3 – очень редко

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 637 с.
2. Выявление депрессии в общей практике // КОМПАС в мире депрессии. – 2006. – № 15 (февр.). – С. 4.
3. Глушков Р.Г., Андреева Н.И., Алеева Г.Н. Депрессии в общемедицинской практике // Рус. мед. журн. – 2005. – № 12. – С. 858–860.
4. Диагностика и лечение депрессии у женщин: Рекомендации Бостонской больницы «Brigem and Womens», 2001 // Стандарты мировой медицины. – 2004. – № 1. – С. 24–30.
5. Дороженко И.Ю. Клинико-терапевтические аспекты депрессивных расстройств в общеврачебной практике / И.Ю. Дороженко. – М., 2007. – 24 с.
6. Лекарственные средства / Под ред. Р.У. Хабриева, А.Г. Чучалина – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 800 с.
7. Никишова М.Б. Послеродовая депрессия / М.Б. Никишова // Психофармакология депрессии, 2007. – № 9. – С. 19–21.
8. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р.Г. Органов [и др.] // Кардиология. – 2005. – № 8. – С. 38–44.
9. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники: Методические рекомендации. – М.: Медиа-Сфера, 2004. – 24 с.
10. Погосова Н.В. Депрессивные расстройства у женщин / Н.В. Погосова // КОМПАС в мире депрессии. – 2005. – Июнь. – С. 1–2.
11. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1056 с.
12. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике / А.Б. Смулевич. – М.: Медицина, 2000. – 276 с.
13. Топчий Н.В. Депрессии в практике семейного врача / Н.В. Топчий // Вестник семейной медицины. – 2006. – № 2. – С. 30–36.
14. Тювина Н.А. Депрессия у женщин. Клинические случаи / Н.А. Тювина. – М., 2004. – 17 с.
15. Ушкалова А.В. Депрессии в общесоматической практике: эпидемиология, скрининг, диагностика и фармакотерапия / А.В. Ушкалова // Фарматека. – 2006. – № 7. – С. 28–36.
16. Энциклопедия лекарств. – Вып. 14 – М.: ООО РЛС – 2007. – 1440 с.

УДК 616.12-008.331.1-055

## ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**В.В. Максименкова, Д.С. Михалик**

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра терапии педиатрического и стоматологического факультетов*

Создание условий для максимально возможного увеличения продолжительности жизни людей является главной задачей, а сохранение состояния активного долголетия – непреходящей ценностью любого современного общества. Одним из условий является готовность следовать рекомендациям медицинских работников и соблюдать врачебные назначения, то есть приверженность к лечению (комплаентность). Нет сомнения, что повышение эффективности терапии артериальной гипертензии невозможно без повышения приверженности пациентов к лечению [1,3]. В настоящее время недостаточно изучены факторы, повышающие комплаентность пациентов, страдающих артериальной гипертензией. Полученные при исследовании данные должны повысить эффективность проводимой терапии, снизить риск возникновения осложнений и улучшить качество жизни пациентов.

**Цель исследования** – изучение основных факторов комплаенса у пациентов, страдающих артериальной гипертензией, в зависимости от пола для выявления потенциальных возможностей улучшения приверженности к лечению.

**Материалы и методы.** Нами обследовано 145 больных эссенциальной артериальной гипертензией в возрасте от 24 до 69 лет (средний возраст –  $53,8 \pm 2,7$  года), находившихся на амбулаторном лечении в МЛПУ «Поликлиника № 3» г. Смоленска. Женщин было 89, мужчин – 56.

Приверженность к лечению определяли по методу С.В. Давыдова, суть которого состоит в вычислении ее суммарного показателя с учетом выраженности силы влияния факторов, характеризующих готовность индивидуума следовать рекомендациям медицинских работников. Уровень приверженности к лечению у индивидуума формируется в силу определенной выраженности влияния следующих 9 факторов комплаенса, выделяемых как наиболее значимых: 1) финансовая готовность оплачивать лечение; 2) медико-социальная адаптированность индивидуума; 3) медико-социальная информированность; 4) отсутствие привержен-

ности к лечению нетрадиционными способами; 5) медико-социальная коммуникабельность; 6) удовлетворенность режимом назначенной терапии; 7) отсутствие склонности к медико-социальной изоляции; 8) доверие к терапевтической стратегии лечащего врача; 9) результативность проводимой или ранее проведенной терапии [2].

Методика представляет собой анкетный опросник, включающий в себя 9 оценочных шкал (9 вопросов), каждая из которых предназначена для оценки силы влияния соответствующего ей фактора комплаенса. В свою очередь, каждый из 9 вопросов содержит формулировку, раскрывающую особенности влияния рассматриваемого фактора, а также по 5 альтернатив (вариантов ответа) с соответствующим каждой из них определенным числовым значением баллов в диапазоне от -2 до +2, характеризующим выраженность силы влияния данного фактора на приверженность к лечению.

**Полученные результаты.** Выявлено, что практически все основные факторы комплаенса у пациентов с артериальной гипертензией (за исключением четвертого – отсутствие приверженности к лечению нетрадиционными способами) достоверно не отличаются в группе мужчин и в группе женщин ( $p > 0,05$ ).

Статистическое распределение градаций фактора 4 в зависимости от пола представлено в таблицах 1 и 2.

*Таблица 1. Статистическое распределение градаций фактора 4 комплаенса у женщин*

Градация признака	Абсолютные частоты	Относительные частоты (доли)	95% доверительный интервал для долей	
			нижняя граница	верхняя граница
-2	13	0,232	0,130	0,364
-1	15	0,268	0,158	0,403
0	11	0,196	0,102	0,324
1	7	0,125	0,052	0,241
2	10	0,179	0,089	0,304

При  $\chi^2_{\text{расч}} = 3,286 < \chi^2_{\text{кр}} (k = 4; \alpha = 0,05) = 9,488$ ;  $p = 0,511 > 0,05$  есть основание считать, что статистическое распределение фактора 4 у женщин значительно не отличается от равномерного.

Таблица 2. Статистическое распределение градаций фактора 4 комплаенса у мужчин

Градация признака	Абсолютные частоты	Относительные частоты (доли)	95% доверительный интервал для долей	
			нижняя граница	верхняя граница
-2	3	0,1	0,021	0,265
-1	6	0,2	0,077	0,386
0	7	0,233	0,099	0,423
1	6	0,2	0,077	0,386
2	8	0,267	0,123	0,459

При  $\chi^2_{\text{расч}} = 21,33 > \chi^2_{\text{кр}} (k = 4; \alpha = 0,05) = 9,488$ ;  $p = 0,0275 < 0,05$  есть основание считать, что статистическое распределение фактора 4 у мужчин значительно отличается от равномерного.

Частота встречаемости градаций фактора 4 комплаенса среди женщин и мужчин представлена на рис. 1.

Следует отметить, что ни у женщин, ни у мужчин достоверно значимых различий от среднего уровня

не было выявлено ни по одной из градаций, однако хорошо заметна тенденция в увеличении среди женщин отрицательных градаций, а у мужчин – положительных.

Выясним, достоверно ли различается типичный уровень ответов (центральная тенденция) в группе женщин и в группе мужчин.

Проверку будем осуществлять на уровне значимости  $\alpha = 0,05$  при помощи непараметрического критерия Манна – Уитни.

**Результаты вычислений.** Средний ранг в группе женщин – 39,9286.

Средний ранг в группе мужчин – 50,1667.

Статистика критерия –  $W = 200$ ;  $p = 0,032 < 0,05$ .

Нами показано, что типичный уровень ответов (центральная тенденция) по четвертому фактору комплаенса в группе женщин значительно отличается (достоверно меньше) от типичного уровня (центральной тенденции) в группе мужчин. Это свидетельствует о том, что женщины имеют достоверно более высокую приверженность к нетрадиционным способам диагностики и лечения по сравнению с мужчинами. Таким образом, разъяснительную работу с пациентами о вреде самолечения и так называемого целительства необходимо начинать именно с женщин.

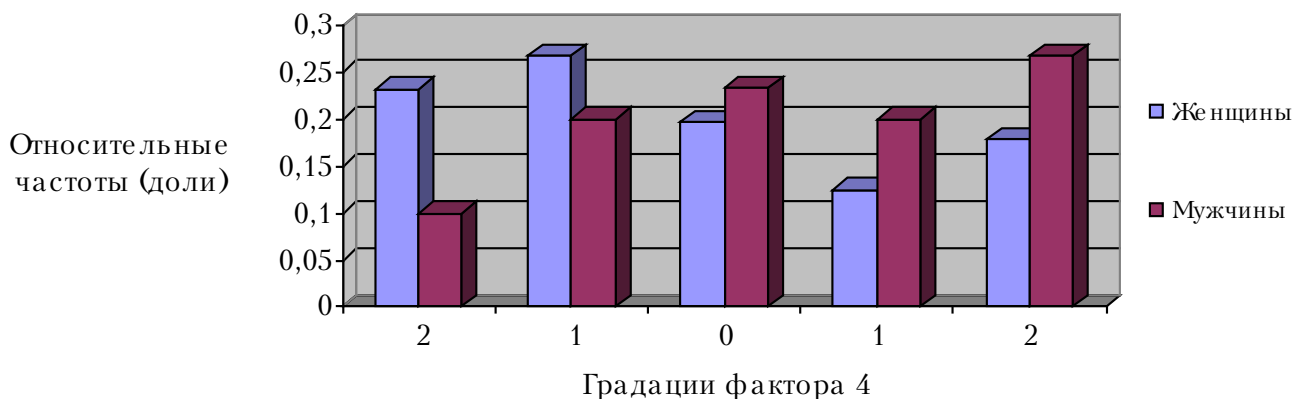


Рис. 1. Частота встречаемости градаций фактора 4 комплаенса среди женщин и мужчин

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бурсигов А.В. Типы отношения к болезни, качество жизни и приверженность лечению в дебюте гипертонической болезни / А.В. Бурсигов, Ю.С. Тетерин, О.В. Петров // Клиническая медицина. 2007. – № 8. – С. 44–46.
2. Давыдов С.В. Медицинские аспекты качества жизни у больных гипертонической болезнью / С.В. Давыдов // Казанский медицинский журнал. – 2001. – № 1. – С. 35–37.
3. Phillips B, Mannino D.M. Do insomnia complaints cause hypertension or cardiovascular disease? // J. Clin. Sleep. Med. – 2007. – Vol. 15; 3 (5). – P. 489–494.

УДК 616.314-089.87-06

## АЛЬВЕОЛИТ. ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЯ ПО ДАННЫМ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИК И КАБИНЕТОВ

**Н.М. Стефанцов, Д.В. Желанов***ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра стоматологии ФПК и ППС*

Одним из осложнений при операции удаления зуба является ограниченный воспалительный процесс в лунке и окружающих тканях, сопровождаемый болевым симптомом. В литературе встречаются разные названия этого осложнения: альвеолит, постэкстракционная боль, альвеолярный остит, сухая лунка и др. Большинство авторов воспаление лунки, сопровождающееся некрозом кровяного сгустка, называют альвеолитом.

Вопросы этиологии и патогенеза альвеолита достаточно часто обсуждаются в стоматологической литературе, однако и к настоящему времени отсутствует строго определенное мнение о причинах, частоте развития осложнения, методах лечения и профилактики. Считают, что причинами альвеолита могут быть травматичность хирургического вмешательства, спазм сосудов из-за применения вазоконстриктора, инфицирование сгустка (первичное, вторичное), обильная саливация, фибринолиз, снижение реактивности организма. Если роль травматичности операции удаления зуба в возникновении альвеолита неоднозначна, то значение бактериального загрязнения кровяного сгустка в этиологии альвеолита не вызывает сомнений.

Инфицирование кровяного сгустка может быть обусловлено воспалительным процессом, развившимся в периодонте до операции удаления зуба, но может произойти и вторично, в процессе вмешательства и после вмешательства.

Частота развития альвеолита всегда считалась одним из показателей качества стоматологической помощи. Нередко воспалительный процесс в лунке зуба может приводить к развитию более тяжелых осложнений: абсцессов, флегмон, остеомиелита челюстей. Поэтому профилактика и эффективное лечение этого осложнения имеет важное значение для стоматологической практики.

В последнее время стоматологические МЛПУ за развитие определенных осложнений операций удаления зуба подвергаются и административным санкциям, так как контролирующие органы Госсанэпиднадзора расценивают развитие альвеолита после удаления зуба как следствие нарушения правил асептики и антисептики. Можно предположить, что как МЛПУ, так и отдельные врачи не заинтересованы

в регистрации этих осложнений и публикации объективных данных. Обычно в отчетах МЛПУ частота альвеолита не превышает 1%. В научных публикациях частота альвеолита после операции удаления зуба колеблется от 1 до 30% [ 1 ].

Для изучения частоты развития альвеолита после операции удаления зуба мы проанализировали отчеты стоматологических МЛПУ Смоленской области за 2006–2008 годы. Данные представлены в таблицах 1 и 2.

Обращает на себя внимание неоднородность этих показателей как среди стоматологических поликлиник, так и в отдельных кабинетах в разные годы. В ряде районов альвеолиты не регистрируются на протяжении ряда лет (Велижский, Глинковский, Сычевский). С одной стороны, это может свидетельствовать о высоком уровне качества хирургической стоматологической помощи, с другой – может быть следствием субъективного подхода к ведению отчетной документации.

Частота развития альвеолита, по данным большинства стоматологических учреждений районов области, не превышает 1% к числу удалений зубов (табл. 2). Тяжесть их клинического течения несколько различается в разных районах, о чем свидетельствуют количество случаев временной нетрудоспособности и средняя продолжительность нетрудоспособности одного случая. Так, в Дорогобужском районе средняя продолжительность нетрудоспособности одного случая при альвеолите в 2006 году составила 10,5 дня, в 2007 – 8,5, в 2008 году – 6,7 дня. Частота альвеолита на протяжении трех лет составляла 0,6%. В Моностырщинском районе средняя продолжительность временной нетрудоспособности при альвеолите в течение трех лет была равна 3,5 дня, а частота альвеолита в эти годы 3,48; 3,07 и 5,56% соответственно.

Такую же неоднородность характеристик альвеолита в пределах одного региона можно наблюдать и в отчетах стоматологических поликлиник (табл. 1).

Приведенные данные свидетельствуют, что для изучения причин развития альвеолита, разработки адекватных мер их профилактики и лечения необходимо проведение целенаправленного научного исследования.

Таблица 1. Частота развития альвеолитов (по данным стоматологических поликлиник Смоленской области)

	2006					2007					2008				
	Количество удалений	Число альвеолитов / %	Число случаев нетрудоспособности	Общее число дней нетрудоспособности	Продолжительность одного случая нетр.	Количество удалений	Число альвеолитов / %	Число случаев нетрудоспособности	Общее число дней нетрудоспособности	Продолжительность одного случая нетр.	Количество удалений	Число альвеолитов / %	Число случаев нетрудоспособности	Общее число дней нетрудоспособности	Продолжительность одного случая нетр.
Областная стомат. п-ка	11039	–	–	–	–	9794	27/ 0,28	1	1	1,0	9782	37/ 0,37	3	11	3,3
Гор. стом. п-ка № 1	12728	31/ 0,24	1	4	4,0	12798	36/ 0,28	1	3	3,0	11585	38/ 0,33	–	–	–
Гор. стом. п-ка № 2	8098	17/ 0,21	3	16	5,3	8657	14/ 0,16	5	19	3,8	7831	9/ 0,11	7	23	3,2
Гор. стом. п-ка № 3	10552	29/ 0,27	2	6	3,0	8763	30/ 0,33	2	6	3,0	8975	33/ 0,37	5	24	4,8
Вяземская стом. п-ка	11394	103/0,90	5	26	5,2	10897	108/0,99	10	60	6,0	10113	190/1,8	6	37	6,1
Гагаринская стом. п-ка	8324	18/ 0,22	2	6	3,0	7609	18/ 0,24	–	–	–	8253	11/ 0,13	–	–	–
Починковская стом. п-ка	5283	11/ 0,21	1	4	4,0	4613	12/ 0,26	–	–	–	4373	10/ 0,23	–	–	–
Рославльская стом. п-ка	7173	48/ 0,67	11	81	7,3	7127	45/ 0,63	21	113	5,4	7091	41/ 0,58	12	79	6,6
Сафоновская стом. п-ка	5754	38/ 0,66	13	91	7,0	6242	28/ 0,45	18	111	6,2	4847	40/ 0,82	10	83	8,3
Ярцевская стом. п-ка	10540	40/ 0,37	7	24	3,4	9807	39/ 0,39	7	15	2,1	10478	41/ 0,39	7	34	4,8
ИТОГО	90885	335/0,37	45	258	5,7	86307	384/0,44	65	328	5,0	83328	450/0,54	50	291	5,8

Таблица 2. Частота развития альвеолитов (по данным районных стоматологических отделений и кабинетов Смоленской области)

	2006					2007					2008				
	количество удалений	число альвеолитов / %	число случаев нетрудоспособности	общее число дней нетрудоспособности	продолжительность одного случая нетр.	количество удалений	число альвеолитов / %	число случаев нетрудоспособности	общее число дней нетрудоспособности	продолжительность одного случая нетр.	количество удалений	число альвеолитов / %	число случаев нетрудоспособности	общее число дней нетрудоспособности	продолжительность одного случая нетр.
Велижский р-н	2586	–	–	–	–	2786	0/0	–	–	–	2444	0/0	–	–	–
Глинковский р-н	576	–	–	–	–	339	0/0	–	–	–	487	0/0	–	–	–
Демидовский р-н	3064	3/ 0,09	–	–	–	3479	4/ 0,11	–	–	–	3871	5/ 0,13	1	4	4,0
Дорогобужский р-н	3033	2/0,6	2	21	10,5	2926	2/ 0,06	2	17	8,5	3108	20/ 0,64	3	20	6,7
Духовщинский р-н	2048	10/ 0,49	3	15	5,0	2115	12/ 0,56	10	34	3,4	1862	0/0	–	–	–
Ельнинский р-н	858	2/ 0,23	–	–	–	1297	2/ 0,15	–	–	–	1083	2/ 0,18	–	–	–
Ершицкий стом. к-т	763	6/ 0,78	–	–	–	857	5/ 0,58	–	–	–	897	10/ 1,15	–	–	–
Кардымовский р-н	1748	5/ 0,28	5	23	4,6	1544	5/ 0,32	5	21	4,2	1785	6/ 0,33	6	24	4,0
Краснинский р-н	2194	1/ 0,04	–	–	–	1987	1/ 0,5	–	–	–	1994	2/ 0,10	–	–	–
Монастырщинский р-н	2638	92/ 3,48	2	7	3,5	2344	72/ 3,07	2	7	3,5	1994	113/5,66	2	7	3,5
Новодугинский р-н	1307	8/ 0,61	–	–	–	1004	8/ 0,79	–	–	–	1183	12/ 1,01	–	–	–
Руднянский р-н	4384	5/ 0,11	–	–	–	5056	5/ 0,09	–	–	–	4194	9/ 0,09	1	9	9,0
Смоленский р-н	3646	30/ 0,08	–	–	–	4908	36/ 0,73	2	18	9	5056	41/ 0,81	2	11	5,5
Сычевский р-н	3588	0	–	–	–	3301	–	–	–	–	3002	0	–	–	–
Темкинский р-н	885	12/ 1,35	–	–	–	664	–	–	–	–	284	4/ 1,40	1	3	3,0
Угранский р-н	1630	–	–	–	–	2226	–	–	–	–	1111	2/ 0,18	2	6	3,0
Хиславичский р-н	1102	17/ 1,54	–	–	–	1397	14/ 1,00	–	–	–	1092	18/ 1,64	–	–	–
Холм-Жирковский р-н	1401	14/ 0,99	3	12	4,0	1780	12/ 0,67	2	8	4,0	1480	9/ 0,60	3	14	4,7
Щумяцкий р-н	1866	7/ 0,16	1	5	5,0	2092	3/ 0,14	–	–	–	2621	7/ 0,26	1	8	8,0
ИТОГО	42317	214/ 0,50	16	83	5,2	42102	176/ 0,42	22	115	5,4	37554	260/ 0,69	22	106	4,8

Обращает на себя внимание неоднородность этих показателей как среди стоматологических поликлиник, так и в отдельных кабинетах в разные годы. В ряде районов альвеолиты не регистрируются на протяжении ряда лет (Велижский, Глинковский, Сычевский). С одной стороны, это может свидетельствовать о высоком уровне качества хирургической стоматологической помощи, с другой – может быть следствием субъективного подхода к ведению отчетной документации.

Частота развития альвеолита, по данным большинства стоматологических учреждений районов области, не превышает 1% к числу удалений зубов (табл. 2). Тяжесть их клинического течения несколько различается в разных районах, о чем свидетельствуют количество случаев временной нетрудоспособности и средняя продолжительность нетрудоспособности

одного случая. Так, в Дорогобужском районе средняя продолжительность нетрудоспособности одного случая при альвеолите в 2006 году составила 10,5 дня, в 2007 – 8,5, в 2008 году – 6,7 дня. Частота альвеолита на протяжении трех лет составляла 0,6%. В монастырщинском районе средняя продолжительность временной нетрудоспособности при альвеолите в течение трех лет была равна 3,5 дня, а частота альвеолита в эти годы 3,48; 3,07 и 5,56% соответственно.

Такую же неоднородность характеристик альвеолита в пределах одного региона можно наблюдать и в отчетах стоматологических поликлиник (табл. 1).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что для изучения причин развития альвеолита, разработки адекватных мер его профилактики и лечения необходимо проведение целенаправленного научного исследования.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бахмудов Б.Р. Частота и динамика развития альвеолита в течение года / Б.Р. Бахмудов // Стоматология. – 1992. – № 3–6. – С. 37–38.

УДК:616.24-002.5-053.82+615.015

## ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА ПРОТИОКОМБ

Т.В. Мякишева, Т.Г. Морозова, Н.Г. Чистякова

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра фтизиопульмонологии

Проблема лечения туберкулеза легких никогда не теряет своей актуальности. Причины этого многообразны, но основные хорошо известны. Как правило, это мутации микобактерий туберкулеза (МБТ), очень скоро приобретающих лекарственную устойчивость, и ошибки в диагностике [2]. Способствует этому и неадекватный режим химиотерапии, даже в тех случаях, когда он соответствует рекомендациям приказа № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ» от 21.03.2003 [3], вследствие того что распространение резистентности возбудителя опережает возможности ее диагностики [1].

**Целью настоящего исследования** явилось изучение эффективности и переносимости ИБ – режима химиотерапии (Приказ № 109 МЗ РФ) с включением в интенсивную фазу лечения комбинированного препарата протиокомб у пациентов молодого возраста, больных туберкулезом легких.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 60 больных в возрасте от 18 до 40 лет. Критериями включения пациентов в исследование были: впервые выявленное заболевание, обнаружение МБТ методом микроскопии и посева мокроты и выявляемые при рентгено-томографическом исследовании деструктивные изменения в легких. Всем пациентам до начала лечения и ежемесячно в течение интенсивной фазы терапии (2–3 месяца) проводилось общеклиническое, микробиологическое и рентгено-томографическое обследование. Микробиологическое исследование включало анализ мазков мокроты методами люминесцентной микроскопии и микроскопии с окраской по Цилю – Нильсену. Всем больным проводился посев мокроты на питательные среды с определением лекарственной чувствительности (ЛЧ) выделенных культур МБТ к противотуберкулезным препаратам (ППП). Лекарственная чувствительность МБТ определялась при использовании непрямого метода абсолютных концентраций.

Пациенты были распределены на 2 группы. В I группу (основную) вошли 30 больных, у которых применялся комбинированный ППП препарат протио-

комб, 1 таблетка которого содержит ломефлоксацин – 200 мг, протионамид – 150 мг, пиразинамид – 370 мг, этамбутол – 325 мг, пиридоксина гидрохлорид – 10 мг. Протиокомб назначался 1 раз в сутки перорально в течение 3 месяцев, дозировался по ломефлоксацину – 13,2 мг/кг массы тела. В среднем пациенты с массой тела 40–50 кг получали 3 таблетки, 50–60 кг – 4 таблетки и более 60 кг – не более 5 таблеток. К режиму химиотерапии добавлялся рифампицин 10 мг/кг и изониазид 5 мг/кг массы тела 1 раз в сутки перорально на 2–3 месяца. Данная комбинация ППП соответствует ИБ режиму химиотерапии. Вторая (контрольная) группа – 30 человек, которые получали изониазид 5 мг/кг массы тела, рифампицин 10 мг/кг, пиразинамид 25 мг/кг перорально, стрептомицин 10 мг/кг внутримышечно 1 раз в сутки или этамбутол 15 мг/кг 1 раз в сутки перорально. Данная комбинация ППП соответствует I режиму химиотерапии (Приказ № 109 МЗ РФ) для лечения впервые выявленных больных туберкулезом.

Группы наблюдаемых больных по полу и возрасту были практически идентичны: мужчин в I группе было 23 (76,7%), во II – 19 (63,3%), женщин – 7 (23,3%) и 11 (36,7%) соответственно ( $p > 0,05$ ). В I группе 30% наблюдаемых и 40% во II были в возрасте от 18 до 24 лет и по 70 и 60% соответственно пациентов от 25 лет и старше ( $p > 0,05$ ). Клинические формы туберкулеза легких в наблюдаемых группах достоверно не различались ( $p > 0,05$ ): наиболее часто встречался инфильтративный туберкулез – по 60%, на втором месте был диссеминированный – 26,7% в I и 30,0% во II группе, на третьем – казеозная пневмония – 6,6 и 10,0% соответственно. Распределение пациентов в наблюдаемых группах по распространенности специфических воспалительных изменений в легких показало, что достоверных различий по распространенности туберкулезного процесса в исследуемых группах не установлено. Поражение до одной доли легкого имели 15 (50,0%) пациентов I группы и 14 (46,7%) II группы, 2 доли – 7 (23,3%) и 6 (20,0%), 3 и более долей – 8 (26,7%) и 10 (33,3%) наблюдаемых соответственно ( $p > 0,05$ ). В том числе

двусторонний процесс имел место у 14 (46,7%) и 13 (43,3%) больных ( $p > 0,05$ ).

При поступлении у пациентов в обеих группах преобладал выраженный синдром интоксикации: лихорадка, слабость, одышка – у 26 (86,7%) человек. При объективном обследовании изменения аускультативных данных в виде ослабленного везикулярного дыхания были у 28 (93,3%) и 23 (76,7%) больных соответственно ( $p > 0,05$ ). В клиническом анализе крови при поступлении чаще отмечались лейкоцитоз и ускорение СОЭ – у 25 (83,3%) и 23 (76,7%) обследуемых ( $p > 0,05$ ).

Все больные I и II групп были бактериовыделителями по микроскопии и посеву мокроты. Распределение пациентов в группах по частоте и характеру первичной лекарственной устойчивости МБТ было следующим: в первой группе у 18 (60,0%) больных лекарственная чувствительность сохранена, монорезистентность у 2 (6,7%), полирезистентность – у 8 (26,6%), множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) – у 2 (6,7%), а во II группе – 16 (53,4%), 6 (20,0%), 7 (23,3%), 1 (3,3%) соответственно ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, в наблюдаемых группах пациенты были практически идентичны по половым, возрастным, клиническим и лабораторным параметрам, что позволило объективно оценить эффективность ИБ режима химиотерапии с применением протиокомба в сравнительном аспекте с I стандартным режимом при лечении впервые выявленных больных молодого возраста деструктивным туберкулезом легких с бактериовыделением.

**Результаты и обсуждения.** Клиническая эффективность оценивалась в группах через 2, 3 месяца лечения по исчезновению симптомов интоксикации: лихорадки, слабости и одышки. В I группе температура тела нормализовалась через 2 месяца у 22 (73,3%) пациентов, а во II лишь у 7 (23,3%) ( $p < 0,001$ ). После 3 месяцев лечения нормальная температура тела отмечалась у 30 (100%) больных основной группы, в то время как в контрольной этот показатель наблюдался у 17 (56,7%) больных ( $p < 0,001$ ). Лечение с протиокомбом быстро приводило к нивелированию слабости – после двух месяцев лечения этот показатель в основной группе был почти в 4 раза меньше, чем в контрольной: 19 (63,3%) против 5 (16,7%;  $p < 0,05$ ). Через 3 месяца признаки слабости в I группе отсутствовали у всех больных, а в контрольной сохранялись у 56,7% пациентов. Через 2 месяца лечения одышка купировалась у 28 (93,3%) человек I группы и лишь у 17 (56,7%) во II ( $p < 0,001$ ). К концу интенсивной фазы лечения данный симптом исчез у всех пациентов основной группы, а во II – у 20 (66,7%;  $p < 0,001$ ).

Установлены достоверно более быстрые положительные изменения маркеров воспаления в общем анализе крови: снижение уровня СОЭ и лей-

коцитов ( $p < 0,05$ ). Нормализация данных показателей через 2 месяца лечения в I группе наступила у 16 (53,3%) больных, во II группе только у 7 (23,3%), а к концу третьего месяца лечения – у 20 (66,7%) и у 11 (36,7%).

Прекращение бактериовыделения по микроскопии мокроты в I группе через 3 месяца произошло у всех 30 пациентов, а во II – у 27 (90%), причем скорость абациллирования была выше: через 1 месяц химиотерапии у 27 (90,0%) человек I группы, а во II группе – у 19 (63,3%)  $p < 0,05$ . Прекращение бактериовыделения по методу посева зарегистрировало следующее: через 1 месяц лечения МБТ не обнаруживали у 13 (43,3%) пациентов I группы, а во II группе – у 1 (3,3%)  $p < 0,001$ . Через 3 месяца лечения абациллирование наступило в I группе у 27 (90,0%), а во II – у 11 (36,6%) пациентов ( $p < 0,001$ ). Частота и сроки прекращения бактериовыделения по методу посева мокроты в зависимости от первичной лекарственной устойчивости МБТ выглядели следующим образом: через 1 месяц терапии абациллированы были 13 (43,3%) в I группе и только 1 (3,3%) во II, к концу 3 месяца химиотерапии был абациллирован 61 (90,0%) пациент I группы и 11 (36,7%) – II группы ( $p < 0,001$ ). При сохраненной лекарственной чувствительности МБТ прекращение бактериовыделения через 3 месяца лечения удалось добиться в 100% случаев у больных I группы и в 81,8% – у II группы. При монорезистентности эти показатели также существенно не отличались в наблюдаемых группах: мокрота абациллирована у 100% больных I группы и у 33,3% II группы ( $p > 0,05$ ). При полирезистентности МБТ и МЛУ этот показатель существенно различался. У больных I группы с полирезистентностью санация мокроты наблюдалась через 3 месяца химиотерапии у 6 из 8 пациентов (75%) и с МЛУ у 1 из 2 (50%), во II группе при данных видах резистентности прекращение бактериовыделения не было достигнуто ( $p < 0,001$ ). У пациентов I группы через 2 месяца лечения каверны в легких закрылись в 13,3% случаев (4 чел.), а во II группе только в 3,3% (1 чел.), а к четвертому месяцу этот показатель составил 33,3% (10 чел.) и 10,0% (3 чел.;  $p < 0,05$ ) соответственно.

Побочные реакции при лечении с протиокомбом были выявлены у 9 больных: 7 имели транзиторное повышение аминотрансфераз, 2 – диспепсические расстройства. Все побочные реакции носили устраняемый характер и купировались применением патогенетической терапии. Проведенные исследования эффективности протиокомба у молодых пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких показали хорошую переносимость препарата, а также его высокую клиническую, лабораторную и рентгенологическую эффективность.

**Выводы.** 1. Применение ИБ режима химиотерапии с включением протиокомба позволяет в бо-



лее быстрые сроки купировать синдром интоксикации, сократить сроки нормализации показателей маркеров воспаления в периферической крови. 2. Использование в лечении протиокомба позволяет к концу интенсивной фазы абациллировать всех пациентов методом микроскопии и большой процент – методом посева, повысить эффективность

закрытия каверн в легких. 3. Протиокомб в сочетании с изониазидом и рифампицином способствует преодолению полирезистентности МБТ и существенному повышению эффективности лечения впервые выявленных больных молодого возраста с деструктивными формами туберкулеза легких с бактериовыделением.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мишин В.Ю. Химиотерапия туберкулеза легких / В.Ю.Мишин // Пульмонология. – 2008. – № 3. – С. 5–13.
2. Мишин В.Ю., Наумова А.Н., Комиссарова О.Г. Химиотерапия больных с лекарственной устойчивостью *M. tuberculosis* к основным и резервным препаратам // Туберкулез сегодня: Материалы VII Российского съезда фтизиатров. – М.: БИНОМ, 2003. – С. 257–258.
3. Приказ № 109 от 21 марта 2003 года «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» // Пробл. туб. – 2004. – № 1. – С. 40–65.

УДК 618.15-002+615.256.56

## ТИНИДАЗОЛ: ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ В ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Ю.А. Белькова

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра клинической фармакологии ГОУ ВПО СГМА Росздрава

Бактериальный вагиноз (БВ) является широко распространенным во всем мире заболеванием женской репродуктивной сферы, проявляющимся замещением доминирующих в микрофлоре лактобактерий ассоциацией *Gardnerella vaginalis* и анаэробов (*Prevotella* spp., *Mobiluncus* spp., *Atopobium vaginae* и др). По данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность БВ в мире варьирует от 5 до 50% в зависимости от географического региона, возрастной и социальной принадлежности. По данным отечественных авторов, БВ страдают 17–19% женщин в группах планирования семьи, 24–37% лиц, находящихся на лечении от венерических заболеваний, и 15–37% беременных женщин [2].

Основным клиническим проявлением БВ являются характерные выделения из влагалища, как правило, не сопровождающиеся субъективными ощущениями. Необходимо отметить, что до 50% случаев заболевания протекают асимптомно [12]. В то же время, несмотря на относительно легкое течение, БВ является серьезной медицинской и социальной проблемой, так как сказывается на репродуктивном здоровье женщины, а при возникновении в период беременности и на здоровье ребенка [15], предрасполагает к заражению рядом инфекций, передающихся половым путем [2].

В диагностике БВ используют критерии, предложенные R. Amsel. Наличие трех из приведенных ниже признаков считается достаточным для постановки диагноза: 1) жидкие гомогенные белые с сероватым оттенком выделения из влагалища; 2) pH выделений из влагалища >4,5; 3) выявление не менее 20% «ключевых» клеток в мазке из влагалища; 4) положительный аминотест – появление специфического «рыбного» запаха при добавлении к выделениям из влагалища 10% раствора гидроксида калия. Диагностическим признаком БВ является также выявление характерных бактериальных морфотипов в мазке из влагалища, окрашенном по Граму (критерий Nugent: 4–6 – промежуточное значение,  $\geq 6$  – БВ; критерий Hay/Ison: 2 – промежуточное значение, 3 – БВ) [6, 13].

Проведение культурального исследования для выделения *G. vaginalis* считается нецелесообразным, однако выявление ДНК микроорганизма (Affirm™ VP III, Becton Dickinson) в ряде случаев используется в качестве вспомогательного метода диагностики. Для быстрой диагностики БВ может применяться OSOM® BVBlue (Genzyme Corporation) – тест на выявление повышенной активности в отделяемом влагалища сиалидазы, фермента, продуцируемого *G. vaginalis*, а также представителями *Bacteroides* spp., *Prevotella* spp. и *Mobiluncus* spp. Нельзя не отметить, что хотя многие лабораторные методы диагностики БВ основываются на выявлении *G. vaginalis*, данный микроорганизм определяется почти у 50% здоровых женщин, что не позволяет рассматривать его в качестве специфичного для БВ [12].

Антибактериальная терапия является основным методом лечения БВ и обладает достаточно высокой эффективностью. Препаратами выбора в терапии БВ (согласно как отечественным, так и зарубежным рекомендациям) являются метронидазол и клиндамицин в формах для перорального и интравагинального введения [12, 17, 5, 1]. В качестве альтернативных средств рассматриваются другие препараты группы нитроимидазолов, в частности тинидазол. Данный препарат вот уже несколько лет входит в рекомендации ВОЗ [17], рекомендации Британской ассоциации по борьбе с инфекциями, передающимися половым путем, и ВИЧ-инфекцией [12], а также в отечественной рекомендации по лечению БВ [1]. Недавно тинидазол получил одобрение Управления по контролю за продуктами питания и лекарственными препаратами США (FDA) для использования при указанном заболевании.

### Особенности фармакодинамики и фармакокинетики тинидазола в сравнении с метронидазолом

Тинидазол является синтетическим антипротозойным и антибактериальным препаратом второго поколения группы 5-нитроимидазолов. По химической структуре он представляет собой 1-[2-(этилсульфонил) этил]-2-метил-5-нитроимидазол (рис. 1).

Бактерицидный эффект тинидазола, как и других препаратов данной группы, обусловлен образованием под действием редуктаз микроорганизмов веществ, способных повреждать ДНК. Наличие в молекуле тинидазола дополнительной этилсульфонильной группы способствует быстрому развитию эффекта и обеспечивает более высокую активность препарата *in vitro* по сравнению с метронидазолом. Спектр активности тинидазола охватывает не только простейших (трихомонады, лямблии, лейшмании, амебы, балантидии), но и спорообразующих и неспорообразующих анаэробных бактерий (клостридии, бактероиды, фузобактерии, пептострептококки) и микроаэрофилов (в том числе *G. vaginalis*), принимающих участие в развитии БВ. В то же время тинидазол не оказывает подавляющего влияния на естественную микрофлору влагалища [14].

Резистентность к препарату является относительно редкой. Так, *in vitro*-тестирование 470 изолятов из влагалища женщин, страдавших БВ, не выявило резистентных как к метронидазолу, так и к тинидазолу штаммов [3]. В то же время по результатам другого исследования уровень резистентности влагалищной микрофлоры страдавших БВ женщин к клиндамицину достигал 17% и значительно увеличивался на фоне терапии, тогда как для метронидазола данный показатель не превышал 1% [4]. Все вышесказанное позволяет говорить о не меньшей активности тинидазола по сравнению с метронидазолом в отношении микроорганизмов, ответственных за развитие БВ.

Преимуществом тинидазола над метронидазолом являются более высокая пиковая концентрация при пероральном приеме и длительный период полувыведения, что обеспечивает стабильные концентрации препарата в организме (табл. 1). При системном введении тинидазол создает более высокие концентрации в тканях женской репродуктивной системы по сравнению с метронидазолом, тогда как при интравагинальном введении биодоступность препарата значительно уступает таковой для метронидазола [14, 8]. Еще одним преимуществом тинидазола является улучшенная переносимость, в том числе менее выраженная гастротоксичность [14, 11].

#### **Клинические аспекты применения тинидазола при бактериальном вагинозе**

Предпринятые в последние годы сравнительные рандомизированные клинические исследования эффективности использования тинидазола в терапии БВ хотя и являются единичными, показывают не меньшую, а в отдельных случаях большую эффективность препарата по сравнению со стандартными средствами терапии заболевания на фоне значимо лучшей переносимости [11].

Так, пероральная терапия пациенток с БВ метронидазолом и тинидазолом в дозе 2 г однократно со-

провождалась 79- и 92%-ной клинической эффективностью соответственно [10]. По результатам другого рандомизированного клинического исследования, включавшего 75 пациенток с указанной патологией, однократный прием тинидазола в дозе 2 г перорально превосходил по эффективности интравагинальное введение 2 таблеток метронидазола по 400 мг в течение 5 дней (97 против 84% соответственно), хотя различия между группами не были статистически достоверными [16].

В ходе еще одного многоцентрового рандомизированного слепого контролируемого исследования, включавшего 64 пациентки с БВ, использование тинидазола однократно в дозе 2 г в комбинации с влагалищным гелем с кислой реакцией среды показало более высокую эффективность по сравнению с интравагинальным ведением 2% крема клиндамицина в течение 7 дней. Так, хотя к концу 1-й недели наблюдения клиническая эффективность обоих режимов терапии была сопоставимой и составляла 84%, к 4-й неделе наблюдения данный показатель достигал 94% у пациенток, получавших терапию тинидазолом, по сравнению с 77% у пациенток, получавших терапию клиндамицином. Микробиологическая эффективность составила 81 и 59% соответственно [9].

#### **Режим дозирования тинидазола при бактериальном вагинозе**

Рекомендуемая доза тинидазола для лечения БВ у взрослых небеременных женщин составляет 2 г внутрь однократно [12, 17, 1] или 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 суток [17]. При этом было показано, что использование препарата в более низких дозах в течение нескольких суток превосходит по эффективности его однократный прием. Так, прием тинидазола в дозе 1 г в сутки в течение 5 дней сопровождался 36,8% клинической эффективностью, тогда как при его приеме в дозе 2 г в сутки в течение 2 суток данный показатель не превышал 27,4%,  $p < 0,001$ . Комплаентность и переносимость обоих режимов терапии значительно не различались [7].

Рекомендуется принимать тинидазол вместе с едой для уменьшения риска развития нежелательных лекарственных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта, а также избегать употребления алкогольных напитков в течение всего курса терапии и в последующие 3 дня [12].

#### **Заключение**

Как показывают результаты рандомизированных контролируемых исследований, тинидазол не уступает по эффективности стандартным средствам терапии БВ, таким как метронидазол и клиндамицин, и обладает лучшей переносимостью по сравнению с метронидазолом, что позволяет рассматривать данный препарат в качестве хорошей терапевтической альтернативы метронидазолу при указанном заболевании.

Таблица 1. Сравнительная характеристика фармакокинетики тинидазола и метронидазола для различных путей введения

Препарат	$C_{\max}$ , мкг/мл	$t_{\max}$ , ч	ПФК, мкг*ч/мл	$t_{1/2}$ , ч
<i>Инфузионный путь введения (500 мг/20 мин)</i>				
Метронидазол	9,4±0,5	-	106,9±10,7	7,9±0,6
Тинидазол	7,5±1,2	-	175,8±12,7	14,0±0,7
<i>Пероральный путь введения (500 мг)</i>				
Метронидазол	9,0±0,5	1,9±0,2	122,2±10,3	8,9±0,6
Тинидазол	10,1±0,6	1,6±0,2	216,8±15,0	14,7±0,7
<i>Интравагинальный путь введения (500 мг)</i>				
Метронидазол	1,9±0,2	7,7±1,6	31,0±5,0	нд
Тинидазол	1,0±0,2	8,7±1,2	22,6±3,3	нд

$C_{\max}$  – пиковая концентрация,  $t_{\max}$  – время достижения пиковой концентрации, ПФК – площадь под фармакокинетической кривой,  $t_{1/2}$  – период полувыведения, нд – нет данных.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Кубанова А.А. Методические материалы по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и заболеваний кожи. Протоколы ведения больных, лекарственные средства. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2003.
- Бактериальный вагиноз: пособие для врачей // Л.В. Кудрявцева [и др.] – М., 2001.
- Austin M.N., Meyn L.A., Hillier S.L. Susceptibility of vaginal bacteria to metronidazole and tinidazole // *Anaerobe*. – 2006. – № 12. – P. 227–230.
- Beigi R.H., Austin M.N., Meyn L.A. et al. Antimicrobial resistance associated with the treatment of bacterial vaginosis // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2004. – № 4. – P. 1124–1129.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006 // *MMWR Recomm. Rep.* – 2006. – № 55. – P. 1–94.
- Ison C.A., Hay P.E. Validation of a simplified grading of Gram stained vaginal smears for use in genitourinary medicine clinics // *Sex. Transm. Infect.* – 2002. – № 6. – P. 413–415.
- Livengood C.H. 3rd, Ferris D.G., Wiesenfeld H.C. et al. Effectiveness of two tinidazole regimens in treatment of bacterial vaginosis: a randomized controlled trial // *Obstet. Gynecol.* – 2007. – № 110. – P. 302–309.
- Mattila J., Männistö P.T., Mäntylä R. et al. Comparative pharmacokinetics of metronidazole and tinidazole as influenced by administration route // *Antimicrob. Agents Chemother.* – 1983. – № 5. – P. 721–725.
- Milani M., Barcellona E., Agnello A. Efficacy of the combination of 2 g oral tinidazole and acidic buffering vaginal gel in comparison with vaginal clindamycin alone in bacterial vaginosis: a randomized, investigator-blinded, controlled trial // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2003. – № 1. – P. 67–71.
- Mohanty K.C., Deighton R. Comparison of 2 g single dose of metronidazole, nimorazole and tinidazole in the treatment of vaginitis associated with *Gardnerella vaginalis* // *J. Antimicrob. Chemother.* – 1987. – № 3. – P. 393–399.
- Nailor M.D., Sobel J.D. Tinidazole for bacterial vaginosis // *Expert. Rev. Anti. Infect. Ther.* – 2007. – № 3. – P. 343–348.
- National Guideline For The Management Of Bacterial Vaginosis (2006). Clinical Effectiveness Group. British Association for Sexual Health and HIV. Available from: URL: [http://www.bashh.org/guidelines/2006/bv\\_final\\_0706.pdf](http://www.bashh.org/guidelines/2006/bv_final_0706.pdf)
- Nugent R.P., Krohn M.A., Hillier S.L. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation // *J. Clin. Microbiol.* – 1991. – № 2. – P. 297–301.
- Osborne N.G. Tinidazole // *Journal of Gynecologic Surgery.* – 2004. – № 2. – P. 71–73.
- Ralph S.G., Rutherford A.J., Wilson J.D. Influence of bacterial vaginosis on conception and miscarriage in the first trimester: cohort study // *BMJ.* – 1999. – № 319. – P. 220–223.
- Schindler E.M., Thamm H., Ansmann E.B. et al. Treatment of bacterial vaginitis. Multicenter, randomized, open study with tinidazole in comparison with metronidazole // *Fortschr. Med.* – 1991. – № 5. – P. 138–140.
- Sexually transmitted and other reproductive tract infections. World Health Organization, 2005.

УДК 614.23:152.3

## УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Т.В. Николаева

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра иностранных языков

Особое место среди актуальных проблем современной психологии занимает проблема готовности будущих специалистов к профессиональной деятельности, в частности студентов медицинского вуза, к будущей профессии врача. Современный период развития образования в России определяет новые требования к подготовке специалистов. На данном этапе уже недостаточно простой передачи знаний, формирования умений и навыков в образовательном процессе. Становится необходимым развивать профессионально значимые качества будущего специалиста, его способности к самостоятельной креативной профессиональной деятельности.

Проблемы психологической готовности к различным видам деятельности начали широко рассматриваться с конца 1950-х – начала 1960-х годов. Различные авторы по-разному именовали готовность, что обусловлено спецификой структуры изучаемой деятельности и несовпадением теоретических подходов исследователей. В психологической литературе значительное внимание уделяется конкретным формам проявления готовности, таким как установка (Олпорт Г., Прангишвили А.С., Узнадзе Д.Н.), готовность личности к трудовой деятельности (Левитов Н.Д., Кандыбович Л.А., Платонов К.К.), готовность к выполнению боевой задачи (Дьяченко М.И., Столяренко А.М.) и т. д.

Проблема самоопределения личности также имеет множество аспектов как в теоретическом, так и в практическом планах. Все исследования самоопределения личности можно условно отнести к **трем** следующим **направлениям**: *функциональному*, рассматривающему человека прежде всего как сугубо функциональное существо во всех сферах его жизнедеятельности (Ананьев Б.Г., Анцыферова Л.И., Мясичев В.Н., Рокич М., Узнадзе Д.Н.); *субъектно-целевому*, делающему акцент прежде всего на ценностно-смысловых характеристиках личности (Асмолов А.Г., Выготский Л.С., Зинченко В.П., Леонтьев А.Н., Маслоу А., Роджерс К., Франкл В.); *системному*, объединяющему два предыдущих подхода на основе принципа системной детерминации любого события, что обеспечивает целостное видение изучаемого

явления (Абульханова-Славская К.А., Адлер А., Бодялев А.А., Рубинштейн С.Л., Эриксон Э.).

Анализ основных научных подходов к изучению проблем развития и самоопределения личности человека показал, что они значительно различаются между собой и в то же время взаимодополняют и взаимопологают друг друга. Анализ литературы по проблеме готовности позволяет сделать вывод о том, что это особое психическое состояние и относительно устойчивая характеристика личности. Профессиональная готовность является результатом профессиональной подготовки, качеством самой личности и регулирует успешность профессиональной деятельности. Содержание и структура психологической готовности зависят от требований профессиональной деятельности к психическим процессам и состояниям, опыту, свойствам и установкам личности.

Проблему низкой психологической готовности, как нам кажется, необходимо решать уже на этапе обучения студентов-медиков в вузе. Период обучения будущих врачей в вузе является значимым в плане происходящего в это время личностного роста будущего специалиста. Во время этого периода протекает ряд специфических процессов, обусловленных особенностями учебной деятельности и социальной средой, например, профессиональное самоопределение, включающее развитие профессионально значимых качеств; личностное самоопределение, которое включает в себя формирование системы ценностных ориентаций; адаптация к условиям обучения в вузе.

Современные студенты-медики имеют свои особенности по сравнению со студентами предшествующих лет. Они более амбициозны, мобильны, имеют доступ к большим техническим и информационным ресурсам. Но, к сожалению, у них недостаточно сформированы представления о будущей профессии, ими не определены стратегии карьерного роста, у них слабые способности к противодействию стрессу, формированию поведения, которое отвечает требованиям среды.

Совершенно очевидно, что психологической составляющей отведено неоправданно мало места в

процессе обучения будущих врачей. Изучение иностранных языков в медицинском вузе вместе с последовательным психологическим сопровождением способствует, на наш взгляд, постепенной адаптации уже в период обучения к приобретаемой профессии, а также подготовке к существованию в определенной социально-профессиональной среде.

**Структура профессиональной готовности** студентов медицинского вуза к будущей профессии может рассматриваться как **двухуровневая**: профессиональная подготовленность личности к врачебной профессиональной деятельности, т. е. *потенциальная готовность*, и состояние общей мобилизованности, соответствующей настроенности психики врача на решение конкретных задач в определенных обстоятельствах и условиях, т. е. *ситуативная готовность*. Ситуативная готовность возникает вследствие актуализации потенциальной готовности, причем отсутствие или недостаточный уровень развития последней снижает проявление первой.

**Основными компонентами профессиональной готовности** студентов-медиков нам представляются интеллектуально-познавательный, потребностно-мотивационный, компонент волевой саморегуляции, рефлексии, профессиональной компетентности и профессиональной культуры.

Важную роль в формировании профессиональной культуры будущего врача, с нашей точки зрения, играет его коммуникативная готовность, которая предполагает наличие умений и навыков конструктивного взаимодействия с людьми, профессионального общения с коллегами и руководством; а также способности устанавливать, поддерживать и развивать такое взаимодействие. Коммуникативная готовность будущих врачей возможна лишь при достаточном уровне их речевой культуры, их умения правильно пользоваться языком. Как известно, речевая культура человека является важным показателем развития культуры его мышления, следовательно, развитие профессиональной речевой культуры студентов-медиков способствует их личностному и профессиональному становлению.

Показателем наличия профессиональной культуры врача является также наличие эмпатии, доброжелательности, общительности.

Одним из основных условий успешности профессиональной деятельности врача является наличие готовности и способности к профессиональному и

личностному самоутверждению, стремления всесторонне реализовать себя при решении профессиональных задач. Также успешность во многом зависит от стремления будущего специалиста добиться успеха в избранной профессиональной области, где ведущую роль играют личностные особенности будущего специалиста и его сильная мотивация. Многие исследования показали взаимосвязь уровня мотивации и достижения успеха в профессиональной деятельности.

Высокий уровень профессиональной культуры означает обязательное наличие креативного подхода к собственной профессиональной деятельности. Только такой специалист является конкурентоспособным на современном рынке труда.

Практика показывает, что формирование всех составных компонентов профессиональной готовности и профессиональной культуры студентов-медиков возможно на занятиях по изучению иностранных языков. Повышение уровня профессионального самосознания будущих врачей становится возможным при создании условий для познания себя как субъекта образовательной и профессиональной деятельности. Самопознание по своей природе является рефлексивным процессом, и именно оно может помочь специалисту в выполнении своей профессиональной деятельности. Критериями, характеризующими психологическую готовность к профессиональной деятельности, являются стойкость мотива выбора врачебной профессии, сформированная направленность на врачебную деятельность, наличие стойких знаний и умений применять теоретические знания в решении практических медицинских задач, осознание профессиональных задач, четкое представление об образе врача, сформированная самооценка профессионально значимых качеств личности, наличие осознанного уровня собственной готовности к решению врачебных задач, проявление волевых качеств личности, состояние удовлетворенности выбранной профессией врача, потребность в самосовершенствовании.

На основе вышесказанного можно сделать вывод, что формирование психологической готовности к будущей врачебной деятельности у студентов-медиков невозможно без определенной перестройки системы профессиональной подготовки. Нам представляется важным создать особое образовательное пространство, ориентированное на достижение целей психологического обеспечения профессионального образования.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бодалев А.А. Психология межличностного общения / А.А. Бодалев. – Рязань, 1994.
2. Захарова Л.Н. Личностные особенности, стили поведения и типы профессиональной самоидентификации студентов педагогического вуза / Л.Н. Захарова // Вопросы психологии. – 1998. – № 2.
3. Личностное самоопределение как психологическая проблема // Вопросы психологии. – 1987. – № 6.
4. Митина Л.М. Психология профессионального развития учителя / Л.М. Митина. – М.: Флинта, 1998.
5. Митина Л.М. Психология развития конкурентоспособной личности / Л.М. Митина. – М.: МОДЭК, 2002.
6. Образование: философия, культурология, политика. – М.: Наука, 2002.

УДК 61:681.142.37+420

## ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ В ИЗУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО АНГЛИЙСКОГО

А.А. Бодрова, М.В. Ковалькова

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра иностранных языков*

Изучая медицинский английский, вовсе не обязательно ограничиваться стандартными уроками и требованиями программы. В наше время существует масса дополнительных возможностей самосовершенствования. Доступ к дополнительным источникам информации – одно из главных преимуществ изучения иностранного языка. Что же касается изучения медицинского английского, интернет-ресурсы предоставляют нам поистине неограниченные возможности. На наш взгляд, существует несколько наиболее удачных вариантов использования Интернета в целях совершенствования владения профессиональным языком.

**Онлайн-газеты и журналы** – прекрасная возможность получить актуальную информацию по медицинской тематике на английском языке. Читая медицинские журналы, мы подсознательно (а иногда и осознанно) запоминаем клише и устойчивые фразы, которые помогут создать качественный словарный запас. К тому же средства информации дают актуальные знания в области языка – то, что еще не успели учесть авторы учебников: модные слова, новые лексические и грамматические конструкции. Существует несколько приемов работы с онлайн-изданиями. После прочтения каждой статьи можно потренироваться в создании 3–5 альтернативных заголовков к ней. Затем неплохо бы заняться выделением основных мыслей и ключевых слов, конспектированием и созданием «карт памяти», после чего написать краткую рецензию на статью или просто составить к ней комментарий. В Интернете можно найти множество медицинских журналов на английском. Например, [www.freemedicaljournals.com](http://www.freemedicaljournals.com) – превосходный ресурс, в котором собраны ссылки на сайты периодических изданий (журналов, газет, бюллетеней) по медицине и смежным областям знаний; [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov) – очень интересный и полезный сайт, на котором собираются действующие клинические рекомендации (guidelines) всех американских медицинских и врачебных ассоциаций. Сейчас там уже более 1700 клинических рекомендаций и консенсусов по диагностике, лечению и профилактике разнообразных заболеваний человека; [www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/](http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/) – независимый английский журнал по доказательной медицине, ведущийся сотрудниками Оксфордского

университета, публикует краткие систематические обзоры и дайджесты публикаций по всем аспектам медицинской практики.

Работая со статьями, мы часто прибегаем к помощи словарей. **Онлайн-словари** могут оказаться очень полезными. Их даже можно использовать как самостоятельное средство обучения: чтение словаря от корки до корки – один из способов изучения языка. Можно с легкостью оспорить его эффективность, но если набраться терпения и попробовать, действительно, в процессе можно узнать много интересного. Полезно использовать англо-английские словари, такие как [www.online-medical-dictionary.org](http://www.online-medical-dictionary.org), [www.tabers.com](http://www.tabers.com) – бесплатные медицинские толковые словари, где можно найти расшифровку медицинской терминологии и аббревиатуры на английском.

Существует также множество **образовательных сайтов и интернет-энциклопедий**, где можно найти массу полезной и интересной информации, к тому же одновременно попрактиковаться в английском. Самая известная из них – [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org) Википедия (англ. Wikipedia, произносится /w k pi d /) – свободная общедоступная многоязычная универсальная энциклопедия. По объему сведений и тематическому охвату считается самой полной энциклопедией из когда-либо создававшихся за всю историю человечества. Одним из основных достоинств Википедии как универсальной энциклопедии является возможность представить информацию на родном языке, сохраняя ее ценность в аспекте культурной принадлежности. Таким образом, на этом сайте можно попробовать прочитать статью на английском и сравнить с русским вариантом. Образовательные медицинские сайты уникальны для нас в том отношении, что они создают уникальную возможность для изучающих иностранный язык пользоваться аутентичными текстами, они создают естественную языковую среду. Среди них можно отметить такие, как [www.medicineonline.com](http://www.medicineonline.com), [www.medlineplus.gov](http://www.medlineplus.gov), [www.medicinenet.com](http://www.medicinenet.com): здесь можно найти статьи о здоровье и здоровом образе жизни, информацию о лекарствах, новости из мира здоровья и анонс прессы, ссылки на другие ресурсы (организации, международные сайты, книги и др.), поучаствовать в интерактивных семинарах, посмотреть видеозаписи операций.

Интернет необходим нам для создания потребности в общении на иностранном языке – письменном или устном (вспомним, насколько важно реальное общение для формирования коммуникативной компетенции, межкультурного взаимодействия). Эту задачу можно решить, посещая различные медицинские форумы. [www.medicalforum.com](http://www.medicalforum.com), [www.emednews.com](http://www.emednews.com), [www.medhelp.org](http://www.medhelp.org) – форумы для врачей, студентов и людей, интересующихся здоровьем и медициной. На форумах этих сайтов можно задать вопрос врачу, почитать статьи, познакомиться с профессионалами и людьми, интересующимися медициной, из разных стран, обсудить интересующую тему. А это и является подлинной обучающей средой, настоящим погружением не только в исследуемую

проблему, но и в саму иноязычную деятельность, в другую культуру.

Сейчас уже все понимают, что Интернет обладает колоссальными информационными возможностями и не менее впечатляющими услугами. Интернет становится все более необходимым условием получения и передачи информации по любой специальности. Основная информация в Сети – на английском языке. Путь к успеху во многих областях, в том числе и медицине, – доступ к информации и умение работать с ней, разумеется, не только на родном языке. Именно поэтому медикам, изучающим английский язык, не стоит пренебрегать возможностями современных информационных технологий.

УДК 61:471

## ОРГАНИЗУЮЩАЯ РОЛЬ ГРАММАТИКИ В КУРСЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

С.Г. Пашкевич

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра иностранных языков

В медицинских вузах курс латинского языка и медицинской терминологии является не общеобразовательной дисциплиной, а профилирующей. Он выступает как одно из звеньев общей профессиональной подготовки будущих специалистов.

Для успешной учебы и практической деятельности в качестве дипломированного специалиста врач должен сознательно пользоваться терминологией. Содержанием курса латинского языка является медицинская терминология, построенная на базе элементов латинской грамматики и греко-латинского лексического и словообразовательного фондов. В логико-дидактической структуре курса находят отражение не только содержание учебного материала, но и методические принципы его распределения в направлении максимальной синхронизации с курсом нормальной анатомии и интеграции с медико-биологическими и клиническими дисциплинами.

В качестве структурных частей курса латинского языка в медицинском вузе выделяют терминологические разделы: анатомический, клинический и фармацевтический. Практические задачи обучения основам медицинской терминологии выдвигают свои требования к отбору учебного материала. В нем выделяются два аспекта – грамматический и терминологический, но грамматический аспект носит подчиненный характер: в грамматический материал включаются только те явления, которые помогают лучше понять и усво-

ить терминологический материал. Следовательно, при его отборе учитывается степень охвата данным грамматическим явлением терминологических единиц.

Так как медицинские и фармацевтические термины в основном выражены существительными или сочетаниями существительных с прилагательными или другими существительными, то из грамматики выбирается система имени (существительное и прилагательное со степенями сравнения). В системе латинских склонений изучаются именительный и родительный падежи единственного и множественного числа как обязательные компоненты в структуре термина. Другие падежи, как менее употребительные, привлекаются для иллюстрации некоторых терминов и рецептурных формулировок.

В целях максимальной синхронизации с курсом нормальной анатомии несколько первых занятий по латинскому языку посвящены введению в анатомическую терминологию с параллельным введением в систему имени. Отдельные занятия посвящены имени существительному и прилагательному, их грамматическим категориям, распределению по склонениям, общим принципам определения рода и др. Особое внимание уделяется словарной форме существительных и прилагательных, в которой они должны записываться в словаре и запоминаться. Знание словарной формы помогает определить склонение, род, найти основу слова, а это, в свою



очередь, помогает правильно провести словообразовательный анализ производного слова и образовать новое производное. Степени сравнения прилагательных изучаются в связи с употреблением в анатомической терминологии.

Последовательность введения грамматического материала диктует сочетание внутри грамматики морфологических и синтаксических явлений, поскольку изучение форм должно быть не само по себе, а в связи с их употреблением в синтаксических структурах терминов. Поэтому уже на первых занятиях вводятся такие синтаксические понятия, как согласованное и несогласованное определение, синтаксическая структура несколькословных терминов.

Так как глагол употребляется только в рецептах и в латинских медицинских выражениях, пословицах и поговорках, то его включение в грамматический материал ограничено формами инфинитива, повелительного и сослагательного наклонений, настоящего времени, 3-е л. ед. и мн. числа. Все грамматические явления, связанные с глаголом, включаются в «фармацевтический» раз-

дел курса после словообразования и клинической терминологии.

Причастия настоящего времени вводятся потому, что употребляются во всех подсистемах медицинской терминологии. Причастия прошедшего времени, как малочастотные, включаются в терминологический минимум в словарной форме и запоминаются как лексические единицы.

Числительные, хотя и малоупотребительны в медицинской терминологии, дают богатый материал для сопоставления и участвуют в словообразовании в качестве первого компонента сложных медицинских терминов, поэтому они включены в грамматический материал, но в очень ограниченном количестве и в исходных словарных формах.

Наречия и местоимения, употребляемые в рецептуре, даются как лексические единицы.

Таким образом, грамматический материал выполняет организующую функцию, определяет последовательность введения терминологического материала и обеспечивает практические потребности владения терминологией.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Примерная программа по дисциплине «Латинский язык и основы медицинской терминологии». – М., 2002.
2. Методические указания к преподаванию латинского языка и медицинской терминологии. – 1989.
3. Чернявский М.Н. и др. Латинский язык и основы медицинской терминологии. – М.: Шико, 2007.

УДК 611: 471

## АНАТОМИЧЕСКАЯ ЛЕКСИКА И ПУТИ ЕЕ ОПТИМАЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ В КУРСЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА

**Е.В. Дружинина, И.В. Васильева**

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра иностранных языков*

Изучение анатомической лексики в курсе латинского языка имеет свою специфику. Если изучение фармацевтической и клинической терминологии на занятиях по латинскому языку предшествует их изучению на специальных кафедрах и может проводиться в полном соответствии с логической структурой курса латинского языка, то анатомическая терминология изучается одновременно с изучением ее на кафедре нормальной анатомии, где она дается, естественно, в значительно большем объеме, с включением терминов сложной структуры. В связи с этим перед курсом латинского языка стоит задача не только дать студентам навыки произношения, но с первых же занятий дать ключ к правильному по-

ниманию структуры простых и составных терминов, ознакомить с основными моделями составных терминов, начать работу по привитию навыков их конструирования. Решение этой задачи должно начинаться с первого занятия путем введения в качестве иллюстраций терминов, с которых начинается изучение терминологии в курсе латинского языка. На последующих занятиях целесообразно использование учебника нормальной анатомии – тех его разделов, которые студенты изучают в это время на специальной кафедре.

Следует, однако, подчеркнуть, что без подкрепления знаний, полученных студентами во время вводных занятий, с помощью систематических

упражнений на последующих занятиях, обзорный курс в значительной степени утрачивает свою эффективность и остается искусственным придатком к курсу латинского языка. Так, при изучении существительных и прилагательных 1-го и 2-го склонения могут выполняться упражнения на согласование прилагательных 3-го склонения с существительными 1-го и 2-го склонения, прилагательных 1-го и 2-го склонения – с существительными всех пяти склонений. Разработка такой системы упражнений с привлечением терминов, параллельно изучаемых на кафедре нормальной анатомии, для преподавателей латинского языка является первоочередной задачей. От ее решения в значительной степени зависит сознательное усвоение студентами анатомической терминологии.

Лексический минимум должен включать наиболее важные и употребительные анатомические термины. При изучении лексики необходимо обращать особое внимание на значения, возникшие в рамках терминологии, специализацию в употреблении ряда слов, близких по значению, особенно латинских и греческих эквивалентов, а также на явления полисемии в терминологии.

Изучая анатомическую лексику, нельзя, на наш взгляд, затушевывать некоторые сложные вопро-

сы, такие как различия в произношении и ударении в определенном слое терминов с точки зрения норм классического латинского языка и традиций, сложившихся среди специалистов. Необходимо отграничивать явные ошибки в произношении и ударении от особенностей, связанных с гибридным характером терминологии, а также значительной условностью латинского произношения, влиянием различных традиций, сложившихся в различных лингвистических школах и т. п.

В связи с этим эффективность обучения студентов основам анатомической терминологии зависит также от координации преподавания с кафедрой нормальной анатомии. Единству может способствовать проведение преподавателями латинского языка цикла занятий с преподавателями анатомии. Целесообразно также посещение преподавателями латинского языка лекций, практических занятий и экзаменов на кафедре нормальной анатомии.

Естественно, решение проблем, связанных с оптимизацией изучения анатомической лексики, как и терминологической лексики в целом, невозможно без углубленной работы самих преподавателей латинского языка по изучению медицинской терминологии и теории терминологии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Авксентьева А.Г. Латинский язык и основы медицинской терминологии / А.Г. Авксентьева. – Минск: Новое знание, 2007.
2. Казаченок Т.Г. Анатомический словарь / Т.Г. Казаченок. – Минск: Вышэйшая школа, 1990.
3. Цисык А.З. Латинский язык / А.З. Чисик. – Минск: ТетраСистемс, 2006.
4. Чернявский М.Н. Латинский язык и основы медицинской терминологии / М.Н. Чернявский. – М.: Шико, 2007.

УДК 618.19-006.6-089.844

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

**В.С. Зуй, В.И. Соловьев**

*Смоленский областной онкологический клинический диспансер,  
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»*

Достижения современной онкологии позволяют с оптимизмом смотреть на результаты лечения рака молочной железы. Длительный срок проживания пациентов после радикального лечения благодаря высокой чувствительности к химиотерапии и лучевому лечению, молодой возраст больных и психологические постмастэктомические проблемы, достижения пластической хирургии вызвали необходимость повсеместного внедрения объемзамещающей пластики молочной железы.

За 6 лет в хирургическом отделении № 2 Смоленского областного онкологического клинического диспансера (СООКД) выполнено 19 пластик молочных желез после мастэктомии по Мадену. Средний возраст больных составил 36,5 года. Все операции проводились при одностороннем поражении. Согласно действующей классификации Международного противоракового союза 2003 года (шестое издание), по стадиям больные распределились следующим образом: I стадия – 6, IIА – 10, II В – 1, IIIА – 2. Одномоментно пластика выполнена в трех случаях у пациентов после предоперационного облучения по интенсивно-концентрированной методике, в остальных – через 6 месяцев после окончания специализированного лечения (комбинированного либо комплексного).

Пластическое замещение объема удаленной молочной железы выполнялось по методике Millard (1982) перемещенным кожно-мышечным лоскутом из широчайшей мышцы спины с дополнительным использованием импланта с текстурированной оболочкой. Размеры импланта определялись расчетом необходимой величины по высоте и проекции. Как мастэктомия, так и пластическая операция выполнялась одним хирургом, так как при обеспечении необходимого радикализма основной операции требовалось

отсутствие травматизма питающего сосудистого пучка широчайшей мышцы спины. Это позволило при проведении пластической операции брать кожи и ткани мышцы столько, сколько было необходимо, при этом направление послеоперационного рубца на спине в последующем полностью закрывается лифом.

Из 19 операций лишь в одном случае развилось осложнение – краевой некроз широчайшей мышцы спины. Во всех остальных случаях раны зажили первичным натяжением. Объем и контурность достигнуты во всех случаях. Пациентки наблюдаются у районных онкологов, лишь у одной из них имеет место прогрессирование процесса на 4-м году диспансерного наблюдения.

Помимо возмещения объема после мастэктомии проводятся: редукция молочных желез и увеличение с одновременной ликвидацией птоза. Всего выполнено 9 двухсторонних редукций, самой молодой из пациенток было 20 лет, самой пожилой – 62 года. Помимо эстетических (макро- и гигантомастия) у всех больных были и медицинские показания для проведения редукции (дыхательная недостаточность). Использовалась методика Pitanguy. Автор удалял не более 25% ткани молочной железы, в наших наблюдениях у всех пациенток пришлось удалять не менее 60%. В одном случае масса удаленных тканей составила около 6 килограмм. Увеличение молочных желез с использованием текстурированных эндопротезов мы применили 5 раз, с хорошим результатом. Осложнений после данных операций мы не наблюдали.

(Статья подготовлена с использованием данных «Популяционного ракового регистра» и программы «Карта выбывшего из стационара» ОГУЗ «Смоленский областной онкологический клинический диспансер»)

УКД 618.19-005.6-036.87

## ЛОКАЛЬНЫЕ РЕЦИДИВЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.С. Зуй, В.И. Соловьев, М.А. Сафронова

Смоленский областной онкологический клинический диспансер,  
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Объем хирургического вмешательства у онкологических больных в первую очередь должен обеспечить радикализм лечения с целью уменьшения возникновения в последующем рецидива заболевания. Исторически в определении объема операции при раке молочной железы с учетом нарастающего изучения и внедрения в практику химиотерапии и облечения данный подход от обширных и суперобъемных операций пришел к функционально-щадящим. Так, в 1889–1892 годах W. Halsted. и W. Meyer независимо друг от друга предложили радикальную мастэктомию, однако в 1948 году D. Patey, W. Dyson доказали возможность уменьшения объема операции с оставлением большей грудной мышцы. Маденом предложена новая операция, при которой не удалялась и малая грудная мышца. Местные рецидивы встречаются с частотой от 3,2 до 10,2% на 3–5 году наблюдения и не связаны, по мнению авторов, с объемом операции.

По данным ОМК Смоленского областного онкологического клинического диспансера, за период с 2002 по 2006 год взято на учет 2149 больных раком молочной железы. В I стадии – 255, во II – 354, IIA – 308, IIB – 256, III – 225, IIIA – 111, IIIB – 407, IV – 233. Из 2149 больных мастэктомию выполнена у 946 (44,02%). Необходимо учесть, что с 2002 по 2004 год выполнялась операция Пейти и лишь в 2005–2006 годах – Мадена. Результаты лечения представлены в таблицах.

Таблица 1. Число больных, объем операции, прогресс опухоли

Стадия	Кол-во больных	Операции				Прогресс заболевания	
		Пейти	Мадена	все-го	%	все-го	% от оперированных
I	255	79	54	133	52,1	11	8,3
II	354	88	79	167	47,2	16	9,6
IIA	308	140	54	194	62,9	10	5,2
IIB	256	83	52	135	52,7	22	16,3
III	225	33	62	95	42,2	13	13,7
IIIA	111	34	23	57	51,3	9	15,8
IIIB	407	129	60	189	46,4	34	17,9
IV	233	3	7	10	4,3	–	–
Всего	2149	555	391	946		115	12,1

Только при IV стадии хирургическая активность значительно ниже, при остальных стадиях выше 42%.

Таблица 2. Число местных рецидивов в общем показателе прогресса рака

Стадия	Прогресс заболевания	Местные mts		
		всего	% от числа больных	% прогресса
I n=255	11	1	0,75	9,1
II n=354	16	–	–	–
IIA n=308	10	3	1,55	30,8
IIB n=256	22	2	1,46	9,1
III n=225	13	–	–	–
IIIA n=111	9	–	–	–
IIIB n=407	34	3	1,58	8,8
IV n=233	–	–	–	–
Всего	115	9	0,41	7,8

Как видно из таблицы, частота возникновения местных рецидивов не зависит от стадии заболевания.

Таблица 3. Местные рецидивы в зависимости от стадии рака и операции

	Операция	
	Пейти	Мадена
I	1	–
IIA	2	1
IIB	2	–
IIIB	1	2

В 6 из 9 (66,7%) случаев местным рецидивом были поражены большие грудные мышцы, и в 7 (77,8%) местный рецидив сочетался с метастазами в другие органы. В 5 (55,6%) первичная опухоль была низкой дифференцировки, в 3 (33,3%) – средней степени дифференцировки и в 1 – высокой степени дифференцировки. Развитие местного рецидива возникло в 4 (44,4%) случаях в период наблюдения от 1 до 1,5 лет, в 4 (44,4%) – от 1,5 до 3 лет, 1 – до 4 лет. У пациенток с первичным раком I – IIA стадиями местный рецидив проявился одновременно с множественными метастазами в отдаленные органы. Здесь уместно говорить о генерализации процесса. У больных с IIB и IIIB стадиями, несмотря на применение всех видов специализированного лечения, местные рецидивы поражали большие грудные мышцы и развились в первый год наблюдения.

### Выводы

Показатели возникновения местных рецидивов у больных раком молочной железы Смоленской об-

ласти не отличаются от таковых по данным литературы.

В связи с ранним проявлением данного осложнения раковой болезни в IIВ и IIIВ стадиях рака молочной

железы, при близко расположенной опухоли к большой грудной мышце или при врастании в нее нужно ставить вопрос о расширении операции до мастэктомии по Холстеду.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин Н.Н. Клиническая онкология / Н.Н. Блохин, Б.В. Петерсон. – М., 1997. – Т. 1. – С. 408.
2. Крючков А.Н. Клинико-морфологическое значение спонтанных некрозов в раке молочной желез / А.Н. Крючков // Вопросы онкологии. – 2007. – Т. 53. – № 2.
3. Нуров А.У. О рецидивировании и регионарном метастазировании рака молочной железы после хирургического лечения / А.У. Нуров, О.М. Магомедов // Вопросы онкологии. – 1991. – Т. 37. – № 5.
4. Подкожные радикальные мастэктомии с одномоментной маммопластикой при лечении больных раком молочной железы / Д.Д. Пак [и др.] // Рос. онколог. журн. – 2007. – № 1.
5. Рак молочной железы / А.П. Боженова [и др.]. – М., 1985. – С. 16, 146, 164.

УКД 618.14-006.6: 616.988.6

## ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

**А.И. Покусаев, В.И. Соловьев, Е.Н. Семкина**

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
Смоленский областной онкологический клинический диспансер*

Рак шейки матки (РШМ) является третьим по распространенности онкологическим заболеванием у женщин, уступая раку молочной железы и эндометрия. Ежегодно, по данным ВОЗ, выявляется около 500 тыс. человек, заболевших раком шейки матки. Это ведущая опухоль в структуре женской онкологической заболеваемости и смертности в развивающихся странах и важная медицинская социальная проблема во всех экономически развитых странах.

Вопрос этиологии неоплазий человека – один из труднейших в современной онкологии: в большинстве случаев не удается установить связь этих заболеваний с канцерогенными факторами окружающей среды.

Концепция вирусной природы РШМ имеет длинную историю и неразрывно связана с исследованиями кондилом различных локализаций. Генитальные кондиломы описаны еще в трудах по античной медицине. Первые предположения об инфекционной природе рака шейки матки высказал в 1842 году Rigoni-Stern. В 1903 году Borrel и Bosc предложили вирусную теорию развития опухолей; Rous, Kidd (1938); Rous, Friedewald (1941) получили доказательства.

Достижения в экспериментальной вирусологии позволили Л.А. Зильберу (1945), позже (1963) Horsfall и (1964) Southam сформулировать положения об опухолеродных вирусах как агентах, превращающих

нормальную клетку в опухолевую посредством воздействия на ее генетический материал.

Barrett (1954) установил факт передачи генитальных кондилом при гетеросексуальных половых сношениях.

Долгое время папилломатозные кондиломы считались единственным морфологическим проявлением папилломавирусной инфекции половых путей.

На протяжении многих лет считалось, что обычные, плоские (ювенильные) и генитальные бородавки вызываются одним типом папилломавируса, а различия в клиническом течении обусловлены различиями в локализации. Взгляды на патологию кондилом шейки матки были радикально пересмотрены после того, как Meisels, Fortin (1976), Purola, Savia (1976) описали генитальные плоские и инвертированные (эндофитные) кондиломы, определив их принципиальное отличие от кондилом других локализаций.

Позже с помощью электронно-микроскопических, иммуногистохимических и ДНК-гибридизационных исследований была подтверждена их папилломавирусная этиология.

Следует подчеркнуть, что определение понятия «вирус как этиологический фактор развития опухоли» основано на сочетании следующих критериев: 1) регулярное обнаружение в опухолевых клетках вирусной ДНК (как в интегрированной, так и в episomal форме); 2) клонированные вирусные гены

в клеточных системах *in vitro* должны индуцировать злокачественную трансформацию клеток, включая клетки человека; 3) регулярная экспрессия вирусных генов в опухолевых клетках; 4) существование в природе сходных вирусов, способных индуцировать образование опухолей у экспериментальных животных; 5) эпидемиологические данные, подтверждающие связь между опухолевым процессом и наличием вирусного генетического материала в опухолевых клетках. Было показано, что в клетках РШМ геном вируса активно транскрибируется, а решающее значение для развития РШМ имеет персистенция вирусного генома.

В настоящее время идентифицировано более 100 типов ВПЧ, подробно описаны более 70 типов, твердо установлен факт, что определенные типы ВПЧ могут инфицировать строго определенный вид эпителия и вызывать характерные изменения. Выявление многовариантности генотипов ВПЧ и идентификация специфически накопленных данных о злокачественной трансформации генитальных кондилом позволили рассматривать папилломавирус как возможный этиологический фактор развития РШМ.

Подавляющее большинство случаев рака шейки матки связаны с воздействием вируса папилломы человека (ВПЧ) – широко распространенной инфекции, передающейся половым путем. При наличии этого вируса риск онкологического заболевания возрастает в 60 раз.

Из всех идентифицированных типов вирусов папиллом 34 ассоциированы с поражением аногенитальной области. Вирусы папиллом инфицируют базальные слои эпителия (наиболее уязвимым участком является зона перехода многослойного плоского эпителия в цилиндрический эпителий). Вызываемые вирусами патоморфологические изменения (Kurz, 1993; Schiffman, 1994), классифицируются как: 1) до-

брокачественная атипия; 2) дисплазия легкой степени без койлоцитоза или с признаками койлоцитоза; 3) умеренная дисплазия; 4) выраженная дисплазия или интраэпителиальный рак (*in situ*).

Онкогенный потенциал папилломавирусов существенно варьирует; по способности инициировать диспластические (предраковые) изменения и рак папилломавирусы условно разделены на группы высокого и низкого риска возникновения опухолевой трансформации инфицированного эпителия. Типы ВПЧ 6, 11, 42, 43, 44 были классифицированы как типы низкого риска развития рака, типы 16, 18, 48, 56 – как высокого риска. ВПЧ-типы 16 и 18 преобладают над другими типами папилломавирусов при РШМ, ВПЧ типа 16 выявляется в 50–70% случаев, в 10–20% выявляется ВПЧ типа 18.

Таким образом, инфекция вирусом папилломы является необходимым, но не решающим фактором развития злокачественного процесса, в процессы иммортализации и трансформации вовлечены клеточные факторы, участвующие в регуляции клеточного цикла и дифференцировки клеток.

В сложной и разветвленной проблеме рака шейки матки ключевое положение занимают два основных направления: 1) патогенетическое обоснование методов профилактики и ранней диагностики; 2) усовершенствование методов лечения дисплазии и преинвазивного рака для предупреждения инвазивного рака. Эти направления должны привести к решению трудной, но реальной задачи – свести к минимуму заболеваемость и смертность от рака шейки матки.

Главным же в борьбе с папилломавирусной инфекцией является ее профилактика, которая должна быть комплексной. Ведущим направлением в ее осуществлении сегодня считают вакцинацию против основных онкогенных типов ВПЧ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Интернет-сайт ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова Росмедтехнологий».
2. Интернет-сайт РАМН РОНЦ им. Н.Н. Блохина.
3. Интернет-портал ROSONCOWEB. Роль вирусов папиллом человека в патогенезе рака шейки матки [обзор литературы], О.В. Сахарова, М.И. Нечушкин.
4. Журнал «Практическая онкология». – Т. 3. – № 3. – 2002.
5. Бохман Я.В. Лекции по онкогинекологии. – М.: МИА, 2007.

УДК 617.711-053.31+615.015

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЦИПРОМЕД 0,3% В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДАКРИОЦИСТИТОВ НОВОРОЖДЕННЫХ

А.А. Луговая, С.В. Морозов, В.Н. Шумейко

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,  
кафедра глазных болезней, детское офтальмологическое отделение СОКБ

Причиной дакриоциститов новорожденных являются аномалии развития носового устья носослезного канала, который в таких случаях заканчивается слепым мешком. В связи с нарушением слезоотведения развивается гнойный дакриоцистит. Микрофлора конъюнктивальной жидкости находит в слезном мешке благоприятную питательную среду в виде желеобразной массы (состоящей из слизи и омертвевших эмбриональных клеток), заполняющей мешок и носослезный канал. Обычно в первые дни и недели после рождения желеобразная пробка самостоятельно устраняется и просвет носослезного канала освобождается. Удаление этой пробки затрудняется при сужении носового устья носослезного канала, а также при кольцевидных складках слизистой оболочки канала. Удаление пробки и восстановление просвета канала затруднены при закрытом носовом устье (слепой конец). Этот нижний конец носослезного канала, находящийся позади переднего конца нижней носовой раковины, закрыт до восьми месяцев гестации. При наличии неблагоприятных анатомических или патологических условий или когда пленка, закрывающая устье, очень толста, просвет носослезного канала не открывается и развивается дакриоцистит.

**Цель исследования** — оценить эффективность применения препарата ципромед 0,3% в комплексном лечении пациентов с дакриоциститом новорожденных.

**Материалы и методы.** Обследовано 36 пациентов с диагнозом дакриоцистит новорожденных в возрасте от 4 до 5 месяцев. У всех пациентов наблюдались слезостояние, гиперемия конъюнктивы, выделение слизисто-гнойного содержимого через слезные точки при надавливании на область слезного мешка. Все пациенты были разделены на две группы. Пациентам первой группы (18 человек) проводилась стандартная консервативная терапия: массаж слезного мешка (прижав большим пальцем левой руки внутренние края обоих век, перекрыв слезные каналы), указательным пальцем правой руки сделать 5–10 толчкообразных движений сверху вниз в строго вертикальном направлении. Стремиться, прижимая к костям носа мягкие

ткани вместе со слезным мешком, продавить содержимое мешка книзу в слезно-носовую проток. Круговые, спиралевидные и др. движения недопустимы, поскольку многократное втирание гнойного содержимого в стенки мешка может привести к его растяжению, деформации и даже разрыву. Начинать движение следует, нащупав внутреннюю спайку век (плотный горизонтальный тяж под кожей у внутреннего угла глаза), ставя подушечку указательного пальца правой руки строго над спайкой, и заканчивать движение на 1 см ниже этой спайки. Массаж следует проводить 2 раза в день (причем до кормления ребенка) и инстилляцией раствора левомицетина 0,25% 3 раза в сутки. Во вторую группу (18 человек) вошли пациенты, которым наряду с массажем слезного мешка проводились инстилляцией ципромед 0,3% 3 раза в сутки. Курс лечения в первой и второй группах составил 7 дней. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

	Слезостояние	Гиперемия конъюнктивы	Выделение слизисто-гнойного содержимого
Первая группа (18 человек)	сохраняется	сохраняется	сохраняется
Вторая группа (18 человек)	отсутствует	конъюнктив бледно-розовая	отсутствует

Проведение курса консервативной терапии у пациентов второй группы привело к их выздоровлению. Отсутствие положительного эффекта от проводимого консервативного лечения у пациентов первой группы явилось показанием к проведению зондирования носослезных путей.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения препарата ципромед 0,3% в комплексной терапии дакриоциститов новорожденных. В 98% случаев такая терапия приводит к выздоровлению и предотвращает проведение зондирования носослезных путей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалевский Е.И. Глазные болезни / Е.И. Ковалевский. – М.: Медицина, 1985.
2. Морозов В.И. Фармакотерапия глазных болезней / В.И. Морозов, А.А. Яковлев. – М.: Медицина, 1998.
3. Копаева В.Г. Глазные болезни / В.Г. Копаева. – 2002.
4. Неотложная офтальмология / Под ред. проф. Е.А. Егорова. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006.
5. Офтальмология / Под ред. чл.-кор. РАМН проф. Е.И. Сидоренко.



УДК 616.22-006.52-02-053.2

## К ВОПРОСУ ЭТИОЛОГИИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕСПИРАТОРНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА У ДЕТЕЙ

Е.И. Каманин, О.А. Егорова, С.И. Демко

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Ювенильный респираторный папилломатоз (ЮРП) – наиболее часто встречающаяся опухоль верхних дыхательных путей, занимающая первое место среди причин возникновения хронической обструкции гортани у детей. Папиллома является доброкачественной опухолью, развивающейся из плоского или переходного эпителия. Однако у детей в связи с частым рецидивированием, бурным ростом и анатомической узостью просвета гортани ЮРП клинически часто протекает тяжело, с явлениями стеноза гортани, который при неоказании своевременной помощи может привести к летальному исходу [1].

Считается, что этиологическим агентом данной патологии служит вирус папилломы человека (ВПЧ) 6 или 11 типа ДНК. До сих пор недостаточно изучены патогенез заболевания и, соответственно, в должной мере не разработаны действенные меры профилактики и лечения папилломатоза. Исследования зарубежных ученых подтверждают значительный риск развития ЮРП у детей, рожденных от матерей, которые имели генитальные папилломы к моменту родов [2]. Вместе с тем в литературе встречаются указания на возможность латентного течения ВПЧ-инфекции половой сферы и дыхательных путей. Исследования при помощи *in situ*-гибридизации показали, что в шейке матки клинически и цитологически здоровых женщин ВПЧ 6 и 11 типа обнаруживаются с частотой 23% [3]. Этот факт представляет интерес в связи с существующим на сегодняшний день положением об инфицировании детей ВПЧ при прохождении родовых путей [4, 5].

**Целью нашего исследования** явилось выявление возможной этиологии папилломатоза респираторного тракта у детей.

Обследовано и пролечено 17 детей в возрасте от 2 до 14 лет с папилломатозом респираторного тракта, находившихся на лечении в детском ЛОР-отделении СОКБ (с 1999 по 2009 год). Отоларингологическое обследование ребенка включало сбор анамнеза, орофарингоскопию, прямую и непрямую ларингоскопию, биопсию. Параллельно собирали гинекологический анамнез матери.

По данным отоларингологического обследования, у 8 детей (47%) был выявлен папилломатоз гортани, у 9 (53%) – папилломы полости рта. Сред-

ний возраст детей с ларингеальным папилломатозом составил  $4,1 \pm 2,5$  года, с папилломами полости рта –  $6,8 \pm 2,2$  года. Среди больных с папилломатозом гортани преобладали девочки (44%), тогда как среди пациентов с папилломами полости рта преобладали мальчики (82%). У 5 детей папилломы наблюдались в передних отделах истинных голосовых связок, у 3 распространялись по всей слизистой оболочке гортани. Клинические проявления папилломатоза гортани варьировали от изменения голоса в виде охриплости до полной афонии и частичной обструкции дыхательных путей. Первым симптомом обычно являлась охриплость, которая постепенно прогрессировала вплоть до афонии. Зачастую первые симптомы заболевания, особенно у детей младшего возраста, ошибочно принимали за проявления острого ларингита; детям назначали различные тепловые процедуры на область гортани, что, возможно, привело к бурному росту папиллом. Стеноз гортани являлся вторым симптомом заболевания и в подавляющем большинстве случаев возникал на фоне уже имевшейся охриплости различной степени выраженности. Чем меньше возраст ребенка, тем быстрее нарастали симптомы дыхательного стеноза, что связано как с возрастными размерами гортани, так и с более активным ростом папиллом.

Папилломы полости рта клиническими жалобами у детей не проявлялись, они выявились случайно на осмотрах у ЛОР-врачей и педиатров. Папилломы полости рта располагались на маленьком язычке у 4 детей, мягком небе – у 2 и на небных дужках – у 3 больных. В 14 случаях (82,3%) была выполнена биопсия, в том числе у 5 пациентов с папилломами гортани и у всех больных с папилломами ротовой полости.

При сборе гинекологического анамнеза у матерей было выявлено, что все матери болели ВПЧ-инфекцией половой сферы. Генитальные папилломы в анамнезе имели 9 матерей, 5 – цервикальные новообразования, 3 – как генитальные папилломы, так и цервикальные новообразования. Гинекологическое лечение до предполагаемой беременности получали 10 из 12 матерей (83%) с генитальными папилломами. К моменту родов клинических проявлений ВПЧ-инфекции у данных женщин не наблюдалось. Две матери (17%) неоднократно лечились ранее по пово-

ду генитальных кондилом, однако, с их слов, имели рецидивы данной инфекции во время беременности и после нее. У этих матерей дети родились с папилломатозом гортани, который выявился в возрасте двух лет. При рождении детей кесарево сечение выполнено 14 матерям (82,4%). Две матери, у которых роды проходили через естественные родовые пути, имели детей с ЮРП гортани.

Как показали наши наблюдения, заражение ЮРП у детей возможно трансплацентарно или во время родов, в том числе и путем кесарева сечения. Одним из методов профилактики возникновения папилло-

матоза у детей считают кесарево сечение, однако этот метод не дает полной гарантии предотвращения развития папилломатоза. До настоящего времени не найдено патогенетического метода лечения ЮРП. В связи с этим на первый план выходит профилактика инфицирования ВПЧ-инфекции у взрослого репродуктивного населения. Для решения проблемы раннего выявления ЮРП у детей необходимо усовершенствование существующей системы скрининговых обследований, объединение усилий врачей разных специальностей: гинекологов, оториноларингологов, педиатров.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Чирешкин Д.Г. Хроническая обструкция гортанной части глотки, гортани и трахеи у детей. Этиология, клиника и методы устранения / Д.Г. Чирешкин. – М: Рапид-Принт, 1994. – 144 с.
2. Vikas I.N., Mehra Y.N., Narech K. Juvenil. Laryngeal Papillomatosis // *Panda Indian J Pediatr.* – 1992. – V. 59, № 2. – P. 619–623.
3. Czegledy J., Veress G., Kenya J., Gergely L. Genital human papillomavirus (HPV) infection in Hungarian women // *Acta Microbiol Hung.* – 2003. – V. 40, N 2. P. 115–122.
4. Kashima H.K., Mounts P., Shah K. Recurrent respiratory papillomatosis // *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, – 2006. – V. 23, N 3. – P. 699–706.
5. Xavier R., Santos G., Medeiros R. et al. Perinatal transmission of human papilloma virus // *7th International Congress of Pediatric Otorhinolaryngology. Helsinki.* – 2004. – P. 210.

УДК 617(09)+614.2

## «ПЕРЕД НАМИ ЗАКРЫТЫ ВСЕ ДОРОГИ» (ИДЕЯ ЭМАНСИПАЦИИ В СМОЛЕНСКОЙ ПРОВИНЦИИ В XIX ВЕКЕ)

Н.А. Дмитриева

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Впервые идеи эмансипации в смоленской провинции появляются в 1830-х годах. На страницах смоленской прессы развернулась яркая дискуссия о роли женщины в обществе, ее месте и предназначении. Учитывая факт, что женщины провинции имели возможность обучаться максимум в частных пансионах, двери в высшие учебные заведения для них были закрыты, единицы (преимущественно переселившиеся иностранки) имели профессию, которая могла стать залогом самостоятельности и независимости женщины, – главный вопрос споров – вопрос женского просвещения и женского труда.

Под влиянием волны европейской эмансипации прогрессивные смоляне (изначально мужчины) стали выступать в защиту равноправия женщины и мужчины в получении образования. Наиболее раннее свидетельство тому сохранившаяся переписка штатного смотрителя сычевских училищ Алексея Баранова с попечителем Московского округа, датированная 1834 годом. В своих донесениях провинциальный чиновник писал: «Самый виднейший и благонадежный способ к просвещению народа заключается в распространении просвещения женского пола. Без просвещения женщины всякого рода предприятия не могут быть столь благоуспешными, сколько ожидания того требуют»<sup>1</sup>. Он доказывал необходимость равного образования лиц женского и мужского пола: «Женщины по одному только телесному сложению слабые, но душою, волею, разумом одарены в равной силе и достоинстве. Женский ум тогда только бывает недальновидным, когда в младенчестве несколько не обращают внимания в образовании оно-го сердца. Нередко случается, что они иногда одною опытностью превосходят мужчин»<sup>2</sup>.

В пользу развития женского образования с конца 1840-х годов активно выступало смоленское духовенство. О тяжелой судьбе представительниц женского пола не раз высказывался архипастырь Тимофей. В своей речи, высказанной при основании женского духовного училища в Вязьме, в 1849 году он указывал на следующее: «Жалок сирота-мальчик, но он все-таки может без особенного затруднения поступить в духовное училище, может получить казенное содержание, может

благополучно дойти до окончания семинарского курса и... получить ту или иную должность. Но совсем не то было с бедными сиротами-девочками. При неимении средств к жизни и своему образованию, многие из них с самого раннего детства знакомилась с нуждой, и она оставалась их неразлучной спутницей навсегда»<sup>3</sup>. Единственное, что, по мнению архипастыря, могло изменить судьбу бедных женщин, дать надежду на успешное будущее – «одно научное образование, соединенное с необходимыми практическими сведениями... может сделать их счастливыми в дальнейшей их жизни»<sup>4</sup>.

С 1850-х годов на страницах смоленской прессы стали активно публиковаться статьи по «женскому вопросу», авторы которых защищали идею женского права на равное с мужчинами образование. Для них равноправие в образовании – первый шаг к эмансипации. (Следует заметить, что, как правило, смоляне – авторы статей публиковались анонимно, поэтому выдержки из ряда работ приводятся без указания авторства.)

В одной из статей, опубликованной в «Смоленских губернских ведомостях» в 1855 году, автор указывает на то, что представление о женском образовании претерпело значительные изменения, но кроме частных пансионов, представительницам женского пола в провинции негде больше получить достойное образование: «Ныне уже перестали смотреть на образование девиц с той точки зрения, как в старину; перестали думать, что для девиц нужно только поверхностное воспитание, ограничивающееся внешним лоском – умением говорить по-французски, играть на фортепиано и вязанием кошельков»<sup>5</sup>.

В ряде работ, опубликованных в «Смоленских губернских ведомостях», критиковалось безразличие населения к проблемам женского просвещения. Автор одной из статей писал: «К чему отнести такое равнодушие к образованию? К тому, что образование наших детей – девочек мы ставим не на первый план. Мы для этого не хотим отказать себе и им в том, без чего можно и даже следовало бы обойтись. А самим нам некогда, скучно... и дети растут, учась чему-нибудь и как-нибудь»<sup>6</sup>. Кроме

---

1 Государственный архив Смоленской области. Ф. 45. О. 1. Д. 208. 1837. Л. 10 об.

2 Там же. С. 11

3 Смоленские Епархиальные ведомости. 1885. № 2. С. 69.

4 Там же. С. 69–70.

5 Смоленские Губернские ведомости. 1855. № 24. С. 148.

6 Смоленские Губернские ведомости. 1857. № 27. С. 230.

этого, подчеркивалась поверхностность всего женского обучения, его недостаточность, особенно в среде средних сословий: «Мы не будем говорить об образовании мальчиков, к тому, по милости правительства, почти нет затруднений... Но бедные девочки, – что сказать об их воспитании, их образовании? Увы! Оно слишком поверхностно, слишком недостаточно. И эта недостаточность особенно заметна в среднем классе»<sup>7</sup>.

Один из авторов подвергает критике существующую концепцию женского образования, называя ее «сердечным воспитанием» девочек. Он пишет: «Чем мы поощряем девочек к учению? Обещанием нарядить ее, купить ей новую шляпку, платье.., и девочки от ранних лет привыкают к суетности, к кокетству, к желанию выказаться»<sup>8</sup>. Схоже содержание статьи, написанной автором-женщиной, «любительницы чтения в провинции», где подчеркивается, что существующая программа женского воспитания направлена не на развитие ума, мысли, нравственного чувства, а на развитие воображения: «Лоск, блеск, внешность, все, что может питать и раздражать воображение, – такова программа их образования»<sup>9</sup>. Эта программа, по мнению автора, приводит «к жизни мечтательной, далекой от действительности... к неудержимости воображения, к полной апатии ко всему существенному труду»<sup>10</sup>.

Авторы осуждают не только отношение общества к женскому образованию, но и положение женщины в этом обществе, неравноправие мужчины и женщины. Например, в статье «Женский труд» указывалось на бесперспективность женского образования. Получив образование, женщина не имеет возможности найти себе занятие, которое могло бы обеспечить ее: «Мужчина может быть чем ему угодно, ему открыты все карьеры, а нам, бедным, остается быть гувернантками да хозяйками. И от всякой женщины требуется, чтобы она была хорошей хозяйкой, несмотря на то, что не у всех есть к хозяйству охота и способность»<sup>11</sup>. Автор статьи отмечает, что, даже получив какое-либо образование, девушки не могут применить его, так как для них «закрыты все дороги».

Авторы статей в своих публикациях предлагали два возможных выхода из сложившейся ситуации. Во-первых, кардинально изменить подход к образованию женщин: «Мы совсем не менее мужчин способны к просвещению. И если мы действительно менее образованы, то это виновато во всем не наше слабоумие, а то, что нас обыкновенно учат меньше и хуже, чем мужчин... Дайте нам такие же средства к образованию, и мы в этом отношении не оставим первенства мужчинам»<sup>12</sup>. Во-

вторых, начать самим менять систему и взгляд общества на роль женщины посредством самообразования: «Но что же мешает женщинам самим позаботиться о своем образовании? Книги есть, и для всех доступны, учишься, читай... Если бы женщины, вместо того, чтобы жаловаться на родителей, которые недостаточно учили их, решили бы сами учиться, то могли бы, если не совершенно сравняться с мужчинами, то по крайней мере намного уменьшить разницу между их и мужским образованием»<sup>13</sup>.

Провинциальная общественность полагала, что именно образование женщины явится первым шагом в устранении неравенства в общественном положении мужчины и женщины. В одной из статей автор писал: «Mesdames, перестаньте быть детьми, попробуйте стать на свои собственные ноги, жить своим умом, работать своими руками. Учитесь, думайте, трудитесь, как можете, – и вы будете так же независимы или, по крайней мере, в меньшей зависимости от мужчин, чем теперь»<sup>14</sup>.

С принятием устава открытых женских высших учебных заведений Министерства народного просвещения в среде смоленского руководства все чаще стали звучать речи в пользу развития открытого высшего женского образования на Смоленщине. М. Рогачевский, штатный смотритель вяземских училищ, в своей речи по поводу основания в Вязьме женского училища выступил с критикой существовавшей системы женского воспитания, ее сословности, узости курса изучаемых предметов. Смысл развития женского образования, по мнению Рогачевского, заключается в «нравственном преуспевании народа». «С воспитания женщины – это самый верный и едва ли не единственный путь, которым достигнуть можно нравственного возвышения народа... Степень развития женщины указывает на степень цивилизации и народа»<sup>15</sup>, – отмечал смотритель. В то же время он выступал против совместного обучения лиц женского и мужского пола, считая, что это пагубно отразится на общественных нравах: «Такое воспитание не могло не уродовать нравственных свойств, особенно девочек... грубела и терялась чуткая, врожденная ее женственность»<sup>16</sup>.

Несмотря на пестроту содержания статей, опубликованных в смоленской периодической печати по «женскому вопросу», их объединяет идея: без дальнейшего развития образования женщин невозможно прогрессивное развитие государства. Основным средством распространения женского просвещения, по мнению авторов публикаций, является реформирование всей системы женского образования, распространение открытых высших женских учебных заведений, в которых женщины могли бы получать достойное духу времени образование.

7 Там же. С. 233.

8 Там же. С. 234.

9 Смоленские Губернские ведомости. 1858. № 7. С. 365.

10 Там же. С. 366.

11 Смоленские Губернские ведомости. 1858. № 21. С. 344.

12 Там же. С. 345.

13 Смоленские Губернские ведомости. 1858. № 21. С. 347.

14 Там же. С. 347.

15 Об открытии в Вязьме женского училища второго разряда // СГВ. 30.12.1861. № 52. С. 414–415.

16 Там же. С. 414.

## СОДЕРЖАНИЕ

**АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

- 3 К 15-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ФАКУЛЬТЕТА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ  
**А.Н. ИВАНЯН, Т.А. ГУСТОВАРОВА, Г.Д. БЕЛЬСКАЯ, Р.Р. АБУЗЯРОВ, Л.С. КИРАКОСЯН**
- 6 ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У РАБОТНИЦ ФГУ «АВАНГАРД» Г. САФОНОВА СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ  
**Л.М. РОЩИНА, Т.А. ГУСТОВАРОВА, А.Н. ИВАНЯН, Л.С. КИРАКОСЯН**
- 7 ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ГИСТЕРЭКТОМИИ  
**Н.Е. АЗАРЕНКОВА, А.Н. ИВАНЯН, Г.Д. БЕЛЬСКАЯ**
- 9 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРЕВЯЗКИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ МАТКИ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ  
**Н.Е. АЗАРЕНКОВА, А.Н. ИВАНЯН, Г.Д. БЕЛЬСКАЯ**
- 11 АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ  
**В.Н. ПОКУСАЕВА, О.В. МАСЮТИНА, И.В. НЕЧАЕВСКАЯ**
- 13 ПРОБЛЕМА САХАРНОГО ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ НА ПРИМЕРЕ РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЛПУ «КБ № 1» Г. СМОЛЕНСКА  
**К.О. ЮШКО, Т.И. СМИРНОВА, И.С. ДМИТРОЧЕНКОВА**
- 15 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С ГЕНИТАЛЬНОЙ MIXED-ИНФЕКЦИЕЙ  
**В.И. КАРТУЗОВА**
- 16 ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ЖЕНЩИН, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ  
**К.О. ЮШКО, А.Н. ИВАНЯН, Т.И. СМИРНОВА, Л.С. КИРАКОСЯН**
- 18 ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА  
**Т.П. ИВАНОВА, О.А. СЕРОВА**
- 20 ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ  
**С.Б. КРЮКОВСКИЙ, Т.П. ИВАНОВА, О.А. СЕРОВА**
- 22 МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ  
**Т.П. ИВАНОВА, О.С. ГЛОТОВА, Е.В. ОСИПОВА, О.М. ВЛАСЬЕВА**
- 24 ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ  
**Т.П. ИВАНОВА, Е.П. КОТЕНКОВА**
- 26 СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ ОВАРИОЭКТОМИИ  
**Р.Р. АБУЗЯРОВ, М.Г. ХЛЕВНОВА, И.М. САФРОНОВА**
- 27 ВОЗМОЖНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ  
**А.Ф. ЦЫБ, М.В. КИСЕЛЕВА, Р.Р. АБУЗЯРОВ, О.В. БУДНИК**

- 28 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОКАЗАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СОГУЗ «СМОЛЕНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»  
**Е.В. ПЯТИБРАТОВА, О.В. АНИСИМОВА, Р.Р. АБУЗЯРОВ, Ю.В. ПЛЕШКОВА**

#### **ПЕДИАТРИЯ**

- 30 СОМАТИЧЕСКОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК ИЗ СЕМЕЙ РАЗЛИЧНОГО УРОВНЯ БЛАГОСОСТОЯНИЯ  
**О.В. КОЗИЦКАЯ, И.В. МУСОРИНА, В.Н. ШЕСТАКОВА, А.Н. ИВАНЯН**

- 31 ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ИМЕВШИХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ С РАННЕГО ВОЗРАСТА, И ИХ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ВЫПУСКЕ ИЗ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ  
**Г.П. ЛУКИНА, Ж.Г. ЧИЖОВА, О.В. МОЛОТКОВ**

- 37 РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА  
**М.А. ПУНИНА, Н.Н. РЯБКИНА, З.В. ЛИПЕНЬ, В.Н. ШЕСТАКОВА**

- 40 ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ПРОФИЛЬНЫХ КЛАССОВ  
**Ж.Г. ЧИЖОВА, Г.П. ЛУКИНА, И.В. МУСОРИНА**

- 44 ДИНАМИКА ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, ИМЕВШИХ В АНАМНЕЗЕ ОТКЛОНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО КОМПОНЕНТА ЗДОРОВЬЯ  
**О.В. КОЗИЦКАЯ, Е.И. ЗОРИНА, Е.В. НЕМВЕРЖИЦКАЯ, В.Н. ШЕСТАКОВА**

- 46 РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ИМЕВШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ  
**Д.С. ЛАБУЗОВ, А.А. ТАРАСОВ, В.Н. ШЕСТАКОВА**

- 51 ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ИСПЫТЫВАЮЩИХ ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ СО СТОРОНЫ ВЗРОСЛЫХ И СВЕРСТНИКОВ  
**Е.А. МАЛЯВИНА, Ж.Г. ЧИЖОВА, Ю.В. МАКАРОВА**

- 54 ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНОЙ И СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ  
**М.С. СОКОЛОВА, В.Н. ШЕСТАКОВА, В.А. ДОСКИН**

#### **ДЕРМАТОЛОГИЯ, ВЕНЕРОЛОГИЯ**

- 59 ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ: АНАЛИЗ СИТУАЦИИ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ  
**И.Е. ТОРШИНА**

- 62 АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ БОЛЬНЫХ СТАЦИОНАРА ОГУЗ СКВД ЗА 2007–2008 ГГ.  
**Е.П. ЦЫГАНКОВА, В.К. МАКУШКИНА, О.А. МАНТУРОВА, Е.Б. ГРИБАНОВА**

#### **ХИРУРГИЯ**

- 66 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ЗДОРОВЬЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОСМЕТИЧЕСКОГО СПОСОБА ЗАШИВАНИЯ ПРИ АППЕНДЕКТОМИИ  
**С.А. ФОМИН**

**ТЕРАПИЯ**

- 70 ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА И АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА  
**И.А. АРГУНОВА**

**СТОМАТОЛОГИЯ**

- 74 ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕР-  
ТЕНЗИЕЙ  
**В.В. МАКСИМЕНКОВА, Д.С. МИХАЛИК**

- 76 АЛЬВЕОЛИТ. ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЯ ПО ДАННЫМ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ  
МУНИЦИПАЛЬНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИК И КАБИНЕТОВ  
**Н.М. СТЕФАНЦОВ, Д.В. ЖЕЛАНОВ**

**ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЯ**

- 79 ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ  
У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА ПРОТИОКОМБ  
**Т.В. МЯКИШЕВА, Т.Г. МОРОЗОВА, Н.Г. ЧИСТЯКОВА**

**ФАРМАКОЛОГИЯ**

- 82 ТИНИДАЗОЛ: ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ В ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА  
**Ю.А. БЕЛЬКОВА**

**ИНОСТРАННЫЕ ЯЗЫКИ**

- 85 УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К ПРО-  
ФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
**Т.В. НИКОЛАЕВА**

- 87 ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ В ИЗУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО АНГЛИЙСКОГО  
**А.А. БОДРОВА, М.В. КОВАЛЬКОВА**

- 88 ОРГАНИЗУЮЩАЯ РОЛЬ ГРАММАТИКИ В КУРСЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕР-  
МИНОЛОГИИ  
**С.Г. ПАШКЕВИЧ**

- 89 АНАТОМИЧЕСКАЯ ЛЕКСИКА И ПУТИ ЕЕ ОПТИМАЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ В КУРСЕ ЛАТИНСКОГО  
ЯЗЫКА  
**Е.В. ДРУЖИНИНА, И.В. ВАСИЛЬЕВА**

**ОНКОЛОГИЯ**

- 91 РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ  
**В.С. ЗУЙ, В.И. СОЛОВЬЕВ**

- 92 ЛОКАЛЬНЫЕ РЕЦИДИВЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
**В.С. ЗУЙ, В.И. СОЛОВЬЕВ, М.А. САФРОНОВА**

- 93 ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ  
**А.И. ПОКУСАЕВ, В.И. СОЛОВЬЕВ, Е.Н. СЕМКИНА**
- ОФТАЛЬМОЛОГИЯ**
- 95 ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЦИПРОМЕД 0,3% В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДАКРИОЦИСТИТОВ НО-  
ВОРОЖДЕННЫХ  
**А.А. ЛУГОВАЯ, С.В. МОРОЗОВ, В.Н. ШУМЕЙКО**
- ЛОР-БОЛЕЗНИ**
- 97 К ВОПРОСУ ЭТИОЛОГИИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕСПИРАТОРНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА У ДЕТЕЙ  
**Е.И. КАМАНИН, О.А. ЕГОРОВА, С.И. ДЕМКО**
- ВОПРОСЫ ИСТОРИИ**
- 99 «ПЕРЕД НАМИ ЗАКРЫТЫ ВСЕ ДОРОГИ» (ИДЕЯ ЭМАНСИПАЦИИ В СМОЛЕНСКОЙ ПРОВИНЦИИ  
В XIX ВЕКЕ)  
**Н.А. ДМИТРИЕВА**