

Организация медицинской помощи женщинам и детям

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Архипова С.Л., Пыринова Л.В., Кочетова Е.И., Новосельский А.Н.,
Полятыкина Т.С.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Артериальная гипертония у женщин часто сочетается с вертеброгенной патологией, что значительно затрудняет подбор терапии и снижает эффективность контроля АД, ухудшает прогноз заболевания и сокращает продолжительность жизни (Юнонин И.Е., Хрусталева О.А., 2003).

В настоящее время проблема здоровья населения перестала быть чисто медицинской проблемой, поскольку лечение различных заболеваний требует не только медицинских, но и экономических ресурсов. Поэтому постоянно совершенствуются методы и подходы к лечению, разрабатываются новые лечебные и реабилитационные программы. Доказано, что эффективность лечения многих заболеваний значительно повышается при проведении реабилитационных мероприятий, проводимых после этапа амбулаторного или стационарного лечения, сравнивается эффективность медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

Пристальное внимание уделяется проблеме женского здоровья. Это связано как с неблагоприятной демографической ситуацией, так и с ухудшением в последние годы показателей здоровья среди женского населения. Работы по изучению артериальной гипертонии в основном касаются беременных женщин и женщин старшей возрастной группы, в период менопаузы и постменопаузы (Beljic T., 1993; Gillan D.M., 1995; Prusse D.L., 1997). Активно изучается проблема АГ в рамках метаболического синдрома (Барт Б.Я., 2001; Бритов А.Н. и соавт., 2001; Мишина И.Е., Полятыкина Т.С., 2006; Arigao R., 1998; Ваггер D.J.P., 1990; Raison J., 1994). Публикации, посвященные проблеме артериальной гипертонии в сочетании с вертеброгенной патологией, единичны.

Наиболее полноценному восстановлению работоспособности и укреплению здоровья способствуют реабилитационные мероприятия и программы. Большинство из них рассчитаны на определенную нозологическую форму, а не на сочетание заболеваний. Как показывает практика, нозологические миксты встречаются гораздо чаще и лечатся сложнее и дольше обострения какого-либо отдельного заболевания.

На протяжении последних 5 лет нами наблюдались женщины трудоспособного возраста с артериальной гипертонией I и II стадии. Установлено, что большинство женщин страдают остеохондрозом, как правило, с проявлениями шейного остео-

хондроза. Часто обострения артериальной гипертонии сочетаются с ухудшением клинической симптоматики остеохондроза, однако лечение у терапевта женщины получали только по поводу артериальной гипертонии, а проблемы остеохондроза в лечении и подходах к обследованию отражались не достаточно. Подобная ситуация наблюдается и в случае ухудшения клинической симптоматики остеохондроза, когда недостаточное внимание уделяется эффективности контроля артериального давления. Кроме того, при изучении проблемы артериальной гипертонии у женщин стало очевидным, что проблемы реабилитации как на амбулаторном, так и на стационарном этапе разработаны частично. Программы разработаны только в отношении остеохондроза, а артериальная гипертония рассматривается как сопутствующая патология, причем во многом мешающая активному лечению и ограничивающая возможности врачей реабилитационных центров.

Целью исследования являлся анализ системы реабилитации женщин с артериальной гипертонией в сочетании с остеохондрозом позвоночника. В процессе сбора материала было выяснено, что с направительным диагнозом артериальная гипертония за указанный период времени не поступила ни одна (!) женщина. Нами были отобраны пациентки, у которых направительным диагнозом являлся остеохондроз шейного отдела позвоночника.

Нами проанализированы 522 амбулаторных и стационарных карт женщин, проходивших реабилитационные мероприятия в больнице восстановительного лечения № 5 г. Иванова в период с 2001 по 2006 гг. В исследование включались женщины в возрасте от 18 до 55 лет, средний возраст в исследуемой группе составил $45,4 \pm 3,4$ года. Средняя продолжительность артериальной гипертонии — $7,5 \pm 2,5$ лет, остеохондроза позвоночника — $9,07 \pm 1,7$ лет.

Обострение артериальной гипертонии перед направлением на реабилитацию было отмечено у 326 (62,5%) женщин, что также, вероятно, свидетельствует о взаимосвязи вертеброгенной патологии и артериальной гипертонии.

Большинство женщины получали гипотензивную терапию (69,16%), при этом в подавляющем большинстве терапия была комбинированной (в основном, диуретики с другими группами гипотензивных средств), 30,84% женщин не получали гипотен-

живную терапию, что объясняется преобладанием пациенток с первой стадией АГ — 54,6%.

Во многих случаях с целью лечения шейного остеохондроза назначались сосудистые средства, витамины, венотоники, ноотропные препараты, препараты метаболического действия, миорелаксанты, НПВС, препараты кальция, антиоксиданты, средства, влияющие на обмен хрящевой ткани, седативные препараты.

За период наблюдения активнее стали использоваться хондропротекторы, миорелаксанты, венотоники, антидепрессанты и седативные средства и антиоксиданты. Наряду с этим уменьшилось количество назначений НПВС, особенно неселективных.

Пациентки получали комплекс физиотерапевтических мероприятий, направленный на лечение шейного остеохондроза: массаж, ЛФК, психотерапевтические занятия, электротерапию, различные физические воздействия с учетом сопутствующей патологии и, в том числе, артериальной гипертонии.

Из анализа спектра физиотерапевтических процедур и дополнительных методов лечения следует, что за все годы наблюдения практически 100% пациенток занимались в группах лечебной физкультуры, в последние годы более широко стали использоваться методы лазеротерапии (в 39% случаев) и магнитотерапии (13,4%). Широко используется иглорефлексотерапия (в 53,6%) и метод дорсальвазации (13,4%). Наблюдались единичные случаи успешного применения гирудотерапии (в 1,1% — у 6 женщин). Следует отметить

значительное возрастание числа женщин, консультированных психотерапевтом.

При выписке оценивались следующие показатели: жалобы, уровень АД, неврологический статус, состояние и самочувствие пациенток.

Проведенный комплекс реабилитационных медикаментозных и немедикаментозных мероприятий оказался эффективным как с точки зрения АГ, так и шейного остеохондроза. При анализе динамики АД было выявлено снижение уровня АД после комплекса реабилитационных мероприятий. Систолическое АД при поступлении составило $135,3 \pm 10,8$ мм рт. ст., диастолическое АД — $86,8 \pm 8,9$ мм рт. ст., при выписке систолическое АД составило $125,4 \pm 9,3$ мм рт. ст., диастолическое АД при выписке — $80,4 \pm 6,9$ мм рт. ст.

После курса реабилитации в 99,23% случаев (518 женщин) наблюдалось положительная динамика симптомов остеохондроза — стихание болевого синдрома, отсутствие неприятных ощущений при движениях в шейном отделе и плечевом суставе, увеличение амплитуды движения в шейном отделе, увеличение работоспособности.

Таким образом, активное внедрение реабилитационных мероприятий у женщин с артериальной гипертонией в сочетании с остеохондрозом значительно повышают эффективность лечения как гипертонии, так и остеохондроза. Это свидетельствует о несомненной пользе существования центров реабилитации в системе здравоохранения и требует активной разработки мероприятий по реабилитации не только отдельных нозологических форм, но и сочетаний заболеваний, имеющих патогенетическую связь развития и течения.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ-ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ОПРОСА ВРАЧЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Баклушина Е.К., Нуженкова М.В., Гусева И.В.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Одним из необходимых условий качественного оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях является полноценная реализация прав пациентов. В Ивановской государственной медицинской академии проводилось исследование, целью которого явилось изучение состояния правового обеспечения пациентов-детей. При этом сопоставлялись данные о соблюдении основных прав пациентов, полученные на основании опроса врачей поликлиник г. Иванова и родителей.

Установлены достаточно четкие различия в оценках изучаемых показателей, свидетельствующие о том, что врачи, в основном, указывали на высокую степень обеспечения правовых гарантий, в то время как родители нередко отмечали явно недостаточный уровень их соблюдения. Так, только 2,96% родителей считали, что медицинские работники всегда соблюдают права пациента, при этом 84,36% врачей указывали на желание и готовность к всемерной реализации правовых гарантий.

Сравнение результатов опроса о соблюдении основополагающего права пациента на гуманное и уважительное отношение со стороны медицинского персонала позволило выявить, что родители оценили его уровень как «низкий», поясняя свою позицию преобладанием формального, равнодушного подхода к детям в учреждениях здравоохранения (52,74%) по причинам, среди которых немаловажное место наряду с объективными (невысокой материальной заинтересованностью и дефицитом времени) занимают такие, как недостаток моральных качеств и должной этической подготовки врачей. Врачи считали, что им, в основном, удастся реализовать данное право, особенно во взаимоотношениях с детьми (64,67%), а проблемы обусловлены, преимущественно, провоцирующим поведением родителей.

Как свидетельствуют данные исследования, врачам в условиях поликлиники не столь часто приходится сталкиваться с необходимостью реализовывать право пациента на консилиум и консультации иных специалистов. Однако если врачи отме-

чали наличие отказа в проведении консилиума в 8,05% случаев, то родители свидетельствовали, что подобная реакция была в 1/3 случаев обращения к врачу с этой просьбой. В то же время только 1/4 часть родителей указывала на случаи отказа в требовании пригласить к ребенку консультантов, врачи отмечали их несколько чаще (33,86%). Наибольшую неудовлетворенность родителей вызывали ситуации, когда врач не пояснял причин отказа (приблизительно в половине случаев).

Необходимо отметить явно неблагоприятные для медицинских работников характеристики отношения родителей к проблеме реализации права на врачебную тайну. Это связано с тем, что 17,28% респондентов-родителей уверены, что врачам свойственно несоблюдение конфиденциальности информации о пациенте, 17,04% встречались с подобным явлением при обращении за медицинской помощью в детскую поликлинику с собственным ребенком, а 35,8% слышали о таких случаях от знакомых и родственников. Во многом это подтверждается мнением и самих врачей, т.к. 27,36% респондентов данной группы считали характерным для медицинской среды несоблюдение врачебной тайны. При этом если родители к причинам этого нарушения относили прежде всего низкий уровень морально-нравственных качеств врачей, то медицинские работники — недостаточное понимание категории врачебной тайны и ее компонентов.

К сожалению, далеко не всегда воплощается в практической деятельности врача право пациента на согласие на медицинское вмешательство. Подавляющее большинство врачей (79,8%) отмечали факт получения согласия на медицинское вмешательство во всех случаях оказания помощи ребенку. Однако 24,94% родителей отметили, что нередко встречались с оказанием помощи ребенку без учета их согласия. Наиболее часто это наблюдалось при проведении вакцинации ребенка в школах и оказании медицинских услуг в детских оздоровительных учреждениях.

При анализе механизма реализации права законных представителей пациента на отказ от медицинского вмешательства были получены следующие данные. Полнота реализации данного права определяется, прежде всего, правильным оформлением отказа и информированием пациента (его представителей) о возможных последствиях подобной волеизъявления. Среди врачей подавляющее большинство (93,81%) утверждали, что всегда оформляют отказ в амбулаторной карте ребенка. Однако доля родителей, подтвердивших

наличие подобного подхода, не столь велика (61,75%). Те же противоречия характерны и для реализации права на отказ в части информирования о его последствиях: 94,78% врачей свидетельствовали о предоставлении соответствующих сведений родителям ребенка в этой ситуации, в то время как только 39,89% родителей подтверждали данный факт.

При анализе сведений о соблюдении права на информацию о состоянии здоровья выявлено, что в целом обе группы респондентов отмечают его высокую значимость для оптимизации межличностного взаимодействия врача и пациента. Среди врачей подавляющее большинство указали на предоставление сведений медицинского характера родителям несовершеннолетних пациентов (94,14%) при наличии просьбы об этом. Опрошенные родители также, в основном, свидетельствуют о том, что врач не отказывает в информировании о здоровье и заболевании ребенка (78,02%). Однако качество предоставленной информации далеко не всегда полностью их удовлетворяет: 2/3 респондентов этой группы указали на формальный подход медицинских работников к обеспечению данной правовой гарантии.

Наиболее неблагоприятные тенденции выявлены при изучении соблюдения этого права в части информирования законных представителей ребенка о результатах диагностических исследований. По данным врачей, можно весьма высоко оценить их действия в этих ситуациях: 88,27% медицинских работников отметили, что знакомят родителей с результатами лабораторно-функциональных исследований и 80,45% всегда поясняют, о чем они свидетельствуют. Однако мнение респондентов другой группы несколько снижает эту оценку, поскольку только 58,52% родителей утверждали, что врачи предоставляют возможность узнать результаты исследований и 44,2% получали соответствующие разъяснения.

Таким образом, изучение мнения врачей и родителей позволило установить, что в амбулаторно-поликлинических условиях весьма распространенным является недостаточное соблюдение прав пациентов-детей. Для достижения стабильно высокого уровня реализации необходимо формирование целостной системы медико-организационного обеспечения этих прав, включая усиление правовой, деонтологической, психологической подготовки врачей, внедрение организационных технологий, планового контроля над реализацией прав и правового просвещения самих пациентов и их законных представителей.

ЭФФЕКТИВНЫЕ ПУТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Балашова Л.В., Философова М.С., Шниткова Е.В., Костылева А.В., Балдаев А.А.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Детская городская клиническая больница №1», г. Иваново,

Организация диспансеризации является важной задачей врача-педиатра территориальной амбулаторно-поликлинической медико-социальной помощи, направленной на профилактику заболеваний и укрепление здоровья детей. Данное направление работы предусматривает контроль роста и развития, выявление неблагоприятных факторов риска нарушения здоровья, раннюю диагностику заболеваний, своевременное проведение оздоровительных мероприятий и лечебно-реабилитационных мероприятий среди больных детей.

В работе приводятся данные комплексного обследования 17 445 новорожденных и детей раннего возраста за 10 лет наблюдения. С учетом внедрения новых медицинских технологий условно выделено три периода наблюдения: первый — работа в системе функционального акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса, второй — в условиях внедрения технологии обслуживания детей с перинатальным поражением нервной системы, третий — в период перехода на страховую медицину.

Проведен анализ динамики показателей здоровья детей, факторов риска перинатальной патологии при рождении, причин реализации их в заболевания. Клиническое обследование включало оценку физического, нервно-психического развития, соматической патологии. Для объективной диагностики степени поражения нервной системы учитывались показатели неврологического статуса, результаты нейросонографии. Унифицированными методами определялись основные показатели периферической крови и мочи, оценивались саливарный тест на лизоцим и секреторный иммуноглобулин А, оксид азота, аргинин, реактивно-защитные свойства организма по коэффициентам лейкоцитарной формулы. Иммунные свойства организма оценивались стандартными методами, а также методом хелпер-диагностики и выборочно проточной цитофлуорометрии. Заболеваемость детей оценивалась по индексу острой и рецидиву хронической и выявленной при осмотрах патологии.

При амбулаторно-поликлиническом обслуживании новорожденных и детей раннего возраста проводилось полное клиническое обследование, выявлялись ведущие факторы нарушений здоровья и положительные факторы для его формирования, совершенствовались пути, формы и методы диспансеризации, используя наиболее эффективные протоколы профилактики, ранней диагностики и реабилитации в меняющихся условиях социальной среды и реорганизации здравоохранения.

Установлено, что основные элементы организации функциональной системы акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса и технологии профилактики, диагностики и реабилитации детей с перинатальным поражением нервной системы повышают качественные показатели уровня здоровья детей и поэтому рекомендуются для использования в обслуживании детей и подростков.

Ведущими маркерами оценки уровня здоровья детей раннего возраста являются качественные характеристики физического, нервно-психического развития, показатели периферической крови с расчетом коэффициентов реактивно-защитного потенциала, показатели саливарного теста на лизоцим, секреторный иммуноглобулин А, оксид азота и аргинин.

Наиболее эффективным для управления формированием здоровья детей данного периода детства являются организация естественного и правильного искусственного вскармливания, своевременная вакцинопрофилактика, превентивная профилактика нарушений через обучающие программы, использование кислородно-витаминных коктейлей, лецитина, фолиевой кислоты, дибазола.

Экстраполяционный прогноз здоровья, проведенный путем линейной трендовой модели, предполагает снижение показателей общей заболеваемости детей раннего возраста на 1,45% на каждый последующий год жизни, что подтверждает эффективность системы диспансеризации детей раннего возраста в условиях амбулаторно-поликлинической медико-социальной помощи.

МОНИТОРИРОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ПОЧЕК У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Барабашкина А.В., Ткачева О.Н., Лазарев А.В., Кононович Ю.К.

ОГУЗ «Владимирская областная клиническая больница»

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава»

На сегодняшний день разработка способов медикаментозного патогенетически обоснованного эффективного лечения и терапевтической тактики при артериальной гипертонии (АГ) в период беременности является одной из самых актуальных задач в медицине. Идеальным для применения при АГ в период гестации является препарат, который безопасен для матери и плода, успешно контролирует АД, достаточно быстро оказывает антигипертензивное действие, но не приводит к драматическому падению АД, удобен в использовании. В связи с этим спектр возможных для использования при беременности антигипертензивных лекарственных средств весьма серьезно ограничен, многие современные препараты с доказанной эффективностью имеют противопоказания для использования при беременности или при гестозе (преэклампсии). Целью исследования являлась оценка влияния антигипертензивной фармакотерапии на состояние сердечно-сосудистой системы у женщин с АГ в период беременности. Следует указать, что небиволол разрешен для использования в период беременности, согласно инструкции Фармацевтического комитета МЗ РФ применение его возможно, если ожидаемый эффект терапии превышает потенциальный риск для плода.

На фоне лечения небивололом (Небилет, Берлин-Хеми) наблюдались 42 беременные женщины 18—40 лет с АГ. Небилет назначался в дозе 2,5—7,5 мг/сут, однократно, в режиме монотерапии. Следует отметить, что небиволол разрешен для использования в период беременности. Кроме стандартного обследования матери и плода проводилась комплексная оценка состояния сердечно-сосудистой системы и почек. Мониторировались эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД), уровень суточной экскреции альбумина с мочой, внутривисочечная гемодинамика, а также ряд параметров для оценки состояния системной гемодинамики: общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), сердечный индекс (СИ), ударный индекс (УИ), фракция выброса (ФВ), индекс массы миокарда (ИММ). Ультразвуковые исследования (оценка ЭЗВД, системной и внутривисочечной гемодинамики) выполнялись с помощью дуплексного сканирования в режиме цветового доплеровского картирования на аппаратах «Acuson 128xp/10c» и «Aloka SSD-4000», количественное определение суточной экскреции альбумина с мочой — на биохимическом анализаторе «Spectrum Abbott» (США) колориметрическим методом с помощью набора «Pyrogallol Red Total protein test kit» фирмы «Bio-Rad» (Германия). Распределение данных представлено в виде Ме; 25—75%.

Приверженность к лечению была высокой, успешно закончили исследование 40 пациенток. На фоне лечения небилетом, по данным кардиотокографии и ультразвукового исследования плода, не выявлялось снижения ЧСС плода, а также нарушений фетоплацентарного и маточно-плацентарного кровотока. У всех 40 женщин (100,0%) к настоящему времени произошли срочные роды без осложнений, родился 41 живой ребенок (одна двойня), вес новорожденных — Ме 3287 г, 25—75%: 2950—3550 г, оценка по шкале APGAR не ниже 7/8 баллов. По результатам исследования ярко выраженным оказалось положительное воздействие небилета на функцию эндотелия. У всех беременных с АГ до начала терапии выявлялись признаки выраженной дисфункции эндотелия, значения ЭЗВД составляли 7,9%; 5,6—9,2%. Через 2 недели от начала лечения значения ЭЗВД возросли до 15,0%; 12,9—17,8%; через 1 месяц функция эндотелия восстановилась (ЭЗВД — 18,4%; 16,5—22,0%), $p < 0,001$. Важным эффектом небиволола, непосредственно связанным с позитивным влиянием на эндотелиальную функцию, представляется установленное нами нефропротективное действие препарата. Суточная экскреция альбумина с мочой в ходе лечения небилетом статистически значимо снизилась уже через две недели ($p < 0,001$) и достигла минимальных значений через 1 месяц. До начала лечения микроальбуминурия выявлялась у 40,0% женщин, через 1 месяц, на фоне фармакотерапии, уровень экскреции альбумина с мочой нормализовался у всех 16 беременных с зарегистрированной до начала лечения микроальбуминурией. Достигнутый эффект сохранялся и через 3 месяца от начала фармакотерапии, при возрастании срока беременности. На фоне фармакотерапии отмечено также снижение и нормализация периферического сосудистого сопротивления в системе почечных артерий: значения индексов (PI и RI) при оценке кровотока по междолевым артериям до лечения составляли 1,21; 1,08—1,37 и 0,67; 0,62—0,72 соответственно; через 2 недели — 1,05; 0,98—1,10 и 0,63; 0,60—0,65; через 1 месяц — 1,00; 0,95—1,08 и 0,60; 0,58—0,62 ($p < 0,001$). Кроме того, выявлено позитивное влияние небиволола на системную гемодинамику: ОПСС снижалось (до лечения — 1219; 1162—1398 дин·с·см⁻⁵, через 2 недели — 1132; 1025—1254 дин·с·см⁻⁵, через 1 месяц — 1054; 902—1115 дин·с·см⁻⁵), УИ повышался (до лечения — 40,3; 33,5—49,0 мл/м², через 2 недели — 45,3; 37,5—52,0 мл/м², через 1 месяц — 49,0; 41,0—53,4 мл/м²), $p < 0,001$. Отчетливой динамики СИ не отмечено, ФВ несколько возрастала, но различия не были стати-

стически значимыми. На фоне терапии также отмечена отчетливая тенденция к снижению ИММ — через 1 месяц от начала лечения небивололом ИММ снизился на 7,5%.

Таким образом, мониторинг состояния сердечно-сосудистой системы и почек у беременных с АГ на фоне терапии небивололом продемонстрировало ряд важных положительных свойств препарата. Небиволет эффективен не только как

антигипертензивное средство, но и восстанавливает функцию сосудистого эндотелия, оказывает нефро- и кардиопротективное действие, а также благоприятно влияет на системную и внутрипочечную гемодинамику. Применение небиволола позволит расширить спектр используемых в практической медицине средств для патогенетически обоснованного эффективного лечения АГ в период беременности.

ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОМЕТРИИ

Баранов Ш.Б., Брагина Л.Б., Лобанова О.В., Сидякина Д.В.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

МУЗ «Родильный дом № 1», г. Иваново

Кардиотокография с компьютерным анализом и ультразвуковая доплерометрия являются в настоящее время эффективными методами оценки состояния плода в конце беременности. Эти методы стали доступными для родильных домов и женских консультаций, благодаря приоритетному национальному проекту в сфере здравоохранения.

Раньше кардиотокограммы расшифровывали с помощью методики балльной системы, что снижало эффективность широкого использования метода в клинической практике.

Предложенные в последние годы компьютерные программы и приборы позволяют полностью автоматизировать процесс расшифровки кардиотокографии, что способствует существенному повышению точности диагностики состояния плода.

Допплерометрия в настоящее время также является ведущим методом в оценке состояния плода. Метод позволяет производить измерение кровотока в артерии пуповины, дает возможность «увидеть» и оценить кровоток в крупных сосудах плода, что очень важно при подготовке беременной женщины из группы высокого риска перинатальных потерь к родам.

С учетом этого, целью настоящего исследования было уточнение значения кардиотокографии и ультразвуковой доплерометрии в диагностике состояния плода в конце беременности.

Нами было обследовано 49 женщин в конце беременности (35—40 недель). Их возраст находился в пределах 19—38 лет. Из этих женщин самостоятельно родили 30 (61,2%), а кесарево сечение было произведено 19 (38,8%) женщинам, причем в 55% случаев эта операция выполнялась по показаниям со стороны плода, в 36% — по показаниям со стороны матери и в 9% — по показаниям со стороны матери и плода. В сроки 36—37 недель родили 8 женщин, 38—40 недель — 40, 41—42 недели — 1 женщина.

Все женщины были разделены на 2 группы в зависимости от состояния новорожденных. В I группу вошли 25 женщин, родившие здоровых детей с массой тела 3330 ± 227 г и ростом $50,2 \pm 1,5$ см.

Оценка по шкале Апгар у этой группы плодов на 1-й и 5-й минутах жизни составила 8—10 баллов.

Во II группу вошли 24 женщины, родивших детей, состояние которых было расценено как средней тяжести: оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни составила 5—8 баллов, масса колебалась от 2786 до 3555 г (в среднем 3001 ± 41 г), рост — от 47 до 52 см (в среднем $49 \pm 1,4$ см).

Из всех обследованных нами детей отставание в развитии отмечено у 11. Из них гипотрофия I степени имела место у 9, II степени — у 2. Признаки внутриутробного инфицирования при рождении установлены у 3 детей.

Для проведения кардиотокографии мы использовали компьютерный антенатальный монитор (Oxford). Обычно регистрация кардиотокографии осуществлялась в течение 10—40 минут. После окончания исследования производилась распечатка кардиотокограммы и расчетных показателей.

Мы оценивали кривую частоты сердечных сокращений плода, базальный ритм, акцелерации, децелерации, периоды высокой и низкой вариабельности STV (коротковременная вариабельность), а также время проведения мониторинга, которое оказалось достаточным для компьютерного анализа.

При использовании данного монитора значение показателя STV выше 3,8 свидетельствует о здоровом плоде, значение от 3,8 до 3,0 — о начальных нарушениях его состояния, от 3,0 и ниже — о выраженном внутриутробном страдании плода.

При проведении ультразвуковой доплерометрии мы измеряли кровоток в артерии пуповины, в маточных артериях с обеих сторон и в средней мозговой артерии плода. Патологическим считали кровоток, снижающийся в артерии пуповины или в одной из маточных артерий. В качестве пороговых значений кровотока для артерии пуповины брали значения систоло-диастолического отношения 2,8 в сроки более 35 недель; для маточных сосудов пороговое значение систоло-диастолического отношения было 2,4, для средней мозговой артерии — 4,4.

При анализе данных автоматизированной кардио-токографии были получены следующие результаты. Из 25 плодов I группы показатели состояния плода, соответствующие «хорошему» и «удовлетворительному» имели место в 23 случаях.

У 24 плодов, родившихся с различными нарушениями состояния (II группа), данные о внутриутробном страдании имели место в 22 наблюдениях. Таким образом, специфичность и чувствительность компьютерной кардио-токографии составили 92% и 91,7% соответственно.

Однако, точность диагностики начальных нарушений состояния плода была не очень высокой и равнялась около 54%; а при выраженных нарушениях его состояния оказалась значительно выше и составила 75,7%.

Необходимо отметить, что в случаях, когда показатели состояния плода были «неудовлетворительными» все дети родились в состоянии средней тяжести.

Все это указывает на достаточно высокую надежность данной методики анализа кардио-токографии.

Хотя доплерометрия и уступает кардио-токографии в точности диагностики нарушения состояния плода, она имеет достаточно высокую информативность. Так, точность прогноза рождения здорового плода составила 75,3%, а точность прогноза рождения ребенка с различной выраженностью отклонений его состояния — 78,7%.

Интересные результаты были получены при одновременном анализе данных компьютерной кардио-токографии и ультразвуковой доплерометрии.

Очевидно, что при одновременном использовании этих двух методов возможны ситуации, когда и тот и другой указывают на отсутствие или наличие какой-либо патологии со стороны плода; кроме того, возможны разночтения в показателях этих методов.

В 98,2% случаев, когда оба метода указывают на нормальное состояние плода, рождаются здоровые дети. Еще более надежные результаты

(100%) отмечены, когда оба метода указывали на нарушение состояния плода.

В тех же случаях, когда кардио-токография свидетельствовала о страдании плода, а доплерометрия указывала норму, правильность оценки состояния плода при КТГ оказалась намного (в 3,5 раза) выше, чем при использовании доплерометрии.

При наличии хороших показателей кардио-токографии и изменении показателей доплерометрии количество здоровых детей и детей с какими-либо нарушениями состояния, проявившимися в первые дни жизни, было 48,4% и 51,6% соответственно.

Более высокая информативность компьютерной кардио-токографии по сравнению с доплерометрией отмечалась и при гипотрофии плода. Так, из 11 плодов с внутриутробной задержкой развития патологические изменения на кардио-токографии констатированы в 10 (90,1%) наблюдениях, в то время как при доплерометрии они установлены в 8 (72%) случаях.

Таким образом, анализ полученных данных показывает высокую информативность кардио-токографии в оценке состояния плода.

В заключение необходимо отметить преимущества использования компьютерной кардио-токографии и доплерометрии для оценки состояния плода перед родами. Увеличивается вероятность прогнозирования рождения ребенка с той или иной патологией. Возможно, это связано с тем, что компьютерная кардио-токография и доплерометрия отражают различные степени и уровни нарушения состояния плода. Однако именно кардио-токографию следует признать ведущим инструментом оценки состояния плода и проводить в качестве скринингового мониторинга перед родами. Отличительной особенностью компьютерной кардио-токографии является: высокая информативность, полная автоматизация обработки информации, унификация результатов, использование в любом родовспомогательном учреждении и т.д. А доплерометрия может оказать определенную помощь в повышении точности диагностики и прогнозировании перинатальных исходов.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА АКТОВЕГИН ПЕРЕД РОДАМИ В ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГЕСТОЗОМ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Баранов Ш.Б., Брагина Л.Б., Родинов В.Н., Лобанова О.В.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

МУЗ «Родильный дом № 1», г. Иваново

В современном акушерстве гестозы остаются одной из основных причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности и оказывают влияние на здоровье женщины и ребенка. Частота этой патологии по данным разных авторов составляет от 14,3 до 17,4% беременных.

Перинатальная заболеваемость и смертность у пациенток с гестозом составляют соответственно до 46,3-78,8‰ в зависимости от степени тяжести

заболевания. Отмечаются остаточные поражения органов и систем матери, плода и новорожденно-го. Клинические наблюдения показывают, что при современном уровне развития медицины поздний гестоз вылечить невозможно, а можно лишь предотвратить переход его в более тяжелую форму, а так же способствовать нормальному развитию внутриутробного плода.

Целью нашей работы было оценить возможность и эффективность использования актовегина в ле-

чении больных с гестозом и фетоплацентарной недостаточностью (ФПН).

В условиях МУЗ «Родильный дом № 1» обследованы 54 беременные женщины с гестозом (преэклампсия легкой степени) в сроки гестации 35—40 недель. Обследованные беременные женщины разделены на 2 группы: первую группу составили 26 женщин с преэклампсией легкой степени и ФПН, в лечении которых использовалась общепринятая медикаментозная терапия; вторую группу составили 28 беременных женщин с преэклампсией легкой степени и ФПН, в лечении которых использовали актовегин. Актовегин назначался в стационаре внутривенно капельно

Для обследования женщин использовался комплекс инструментальных методов исследования и биохимических анализов: стандартное исследование коагулограммы, клеточного состава и биохимических показателей крови, анализов мочи, оценку состояния маточно-плацентарного кровотока (МПК), плодово-плацентарного (ППК) и плодового кровотока при доплеровском исследовании, компьютерная кардиотокография (КТГ).

Во второй клинической группе лечение гестоза проводилось с использованием актовегина, вводимого внутривенно.

По клинической характеристике и анамнестическим данным группы были однородны. При поступлении в акушерский стационар все женщины имели на момент обследования признаки преэклампсии легкой степени и ФПН.

После проведенного лечения актовегином во второй группе исчезновения симптомов гестоза удалось добиться быстрее на 3,42 дней, чем в первой.

Стойкая ремиссия гестоза до конца беременности имела место у 17,6% женщин первой группы, а во второй 68,6%. Особое внимание следует обратить на особенности течения родов у беременных. У всех женщин второй группы роды произошли через естественные родовые пути в доношенном сроке без осложнений (наличие признаков гипоксии по КТГ, отклонений от нормального течения родового акта). Средний срок родоразрешения беременности составил 39,3 недели.

В первой группе имело место оперативное родоразрешение в 2% (аномалия сократительной деятельности матки).

Исход беременности прослежен у 54 пациенток. В первой группе более, чем в 2 раза, реже по сравнению со второй группой рождались здоровые дети (38,2% и 88,6% соответственно). У детей женщин первой группы при рождении чаще имела место асфиксия — 35,1%, во второй — в два раза меньше — 17,2%.

Пренатальная гипотрофия и синдром нарушения гемодинамики диагностированы в первой группе также чаще (32,4% и 35,3% соответственно), чем во второй (8,6% и 11,4% соответственно во второй группе).

При оценке данных ультразвукового доплеровского исследования до начала лечения во всех группах средние значения индексов кровотока в маточной артерии, артерии пуповины, аорте плода и внутренней сонной артерии плода были выше, чем при физиологическом течении беременности. Нормальные значения индексов отмечены до лечения у 5—21% женщин. После лечения в первой группе не произошло изменения среднего значения индексов, и они оставались выше нормативных значений, нормальные значения индексов отмечено у 15—40% женщин. Во второй группе отмечено снижение индексов после лечения и их средние значения практически не отличались от физиологических, нормальное значение индексов кровотока отмечено у 50—90%. Лечение гестоза и ФПН с применением общепринятой медикаментозной терапии не позволяло восстановить нормальное кровообращение в маточных артериях. Применение актовегина на фоне медикаментозной терапии позволяло добиться достоверного улучшения и восстановления регионального маточного кровообращения. Приблизительно такие же результаты получены при анализе состояния кровотока в артерии пуповины и в аорте плода.

Выводы

Использование актовегина в комплексной терапии женщин с преэклампсией легкой степени и ФПН обеспечивает более благоприятное течение беременности и родов, предотвращает развитие тяжелых форм гестоза, обуславливает рождение более здорового потомства по сравнению с традиционным медикаментозным лечением.

Применение актовегина значительно улучшает показатели кровотока в системе мать-плацента-плод, что позволяет уменьшить частоту неблагоприятных исходов.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПО СТАРКУ

Брагина Л.Б., Дубисская Л. А., Зыкова Л.Г., Баранов Ш.Б., Родинов В.Н.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Родильный дом № 1», г. Иваново

Среди родоразрешающих операций абдоминальное кесарево сечение занимает одно из ведущих мест. В последние годы отмечается тенденция к увеличению этого метода родоразрешения и колеблется от 6 до 40% в разных территориях и учреждениях.

Большинство отечественных учёных считает оптимальным уровень кесарева сечения примерно 15—18% от общего количества родов (Савельева Г.М., 2007; Краснопольский В.И., 2005). Кесарево сечение, являясь резервом снижения перина-

тальной смертности, имеет значительную степень операционного риска для матери и плода и поэтому требует совершенствования как техники операции, так и тщательной оценки показаний с учётом условий и противопоказаний, с выбором оптимального срока её проведения.

Роль кесарева сечения в снижении перинатальной смертности следует рассматривать не изолированно, а как часть совершенствования всего лечебно-диагностического процесса в учреждении.

Для решения поставленной цели был проведен сравнительный анализ оперативного родоразрешения 740 женщин, родоразрешённых путем операции кесарева сечения, из них 353 (что составило 17% к общему количеству родов) прооперированы путем лапаротомии по Пфанненштилю, с ушиванием матки в два слоя, с ушиванием висцеральной брюшины и всех слоев передней брюшной стенки — традиционная методика и 387 операций (что составило 21% к общему количеству родов) выполнены разрезом по Джоэл-Кохену, ушиванием матки в один слой непрерывным швом по Ривердену без ушивания висцеральной и париетальной брюшины (Stark M. et al., 1995).

Группы женщин были сопоставлены по возрасту, частоте основных видов экстрагенитальной и генитальной патологии, осложнений беременности и родов. В плановом порядке операция выполнена в 56,2% и 45,9% соответственно. В экстренном порядке — 43,8% и 54,1% соответственно. Показаниями к операции явились в основном рубец на матке, тазовое предлежание, тяжёлая экстрагенитальная патология, тяжёлый гестоз, монохориальная двойня, симфизит, клинически узкий таз, аномалии родовой деятельности, не поддающиеся консервативной терапии, ПОНРП, центральное предлежание плаценты, острая гипоксия плода и тяжёлая ФПН с гипоксией и гипотрофией плода. Под эндотрахеальным наркозом выполнены все операции по Пфанненштилю, 73% — по Stark, 27% выполнены под перидуральной анестезией.

Антибиотикопрофилактику получали 100% с традиционной методикой и 100% по методу Stark.

Средняя продолжительность операции у женщин с традиционной техникой составила $51,2 \pm 4,12$ мин, кровопотеря — $779,8 \pm 26,5$ мл. При использовании техники по Stark значения этих показателей составили $26,1 \pm 5,4$ мин, $443 \pm 27,2$ мл. Время до извлечения плода составило $6,1 \pm 1,2$ мин и $2,2 \pm 0,8$ мин соответственно.

Гемотрансфузия проведена в 33% у женщин с традиционной техникой и только у 5,6% по новой методике.

Послеоперационные осложнения встречались чаще после традиционной операции и составляли соответственно: гипотонические кровотечения (0,5% против 0,06%); гематома параметрия (1,2% против 0,05%); послеродовый эндометриоз (4,1% против 0,25%), инфекции раны передней брюшной стенки (4,6% против 0,25%), расхождение швов (2,4% против 0,25%) соответственно, гематомы в области шва на матке (1,2% против 0,5%), гематомы в области послеоперационной раны (2,5% против 0,5%).

Общие темпы инволюции матки, подтвержденные УЗИ — методом, быстрее при операции Stark: инволюция матки при традиционной операции происходит к 9—10-му дню, при модификации Stark — к 6—7-му дню. Следует отметить, что при однослойной технике ушивания нижнего маточного сегмента толщина стенки на уровне швов меньше, чем двухслойной.

Вследствие этого после операции по Stark переднезадний размер полости на уровне шва соответствует норме послеродового периода, тогда как при ушивании стенки матки в два слоя уменьшен в 1,5 раза. Следовательно, однослойная техника обеспечивает сохранение естественной для послеродового периода формы полости матки, что является важным условием нормального оттока лохий. Результаты эхографического исследования свидетельствуют о том, что однослойная техника восстановления нижнего сегмента менее травматична, создает более благоприятные условия для заживления шва и оттока лохий в послеоперационном периоде, что обеспечивает наряду с низким уровнем послеродовых воспалительных заболеваний благоприятное течение повторных беременностей.

Таким образом, проведенное исследование показало, что родоразрешение по методике Stark обладает рядом преимуществ. К ним относятся меньшая травматичность операции, сокращение продолжительности операции и наркоза в 2 раза, время до извлечения плода в 2,5—3 раза, уменьшение кровопотери в 1,7 раза, частоты гемотрансфузий в 6 раз, частоту послеоперационной анемии в 5 раз, уменьшение гнойно-воспалительных заболеваний в 6—7 раз, отказ от применения наркотических обезболивающих в послеоперационном периоде, резкое сокращение инфузионно-трансфузионной терапии и связанных с ней осложнений, уменьшение финансовых затрат на лечение в послеоперационном периоде за счет сокращения послеоперационного периода.

ОСОБЕННОСТИ КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТОКА У ПОДРОСТКОВ С ЛАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Бусова О.А., Волков И.Е., Карпук Н.Л., Карпук Н.В.,
Бекасова О.В., Стулова Н.А., Андрианова Е.Н.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрави»

Обследовано 26 пациентов в возрасте 11—14 лет с лабильной артериальной гипертензией (ЛАГ). Контрольную группу (К) составили 15 здоровых подростков, сопоставимых по возрасту и ростовым показателям. В зависимости от типа гемодинамики (ТГ) (по данным эхо- и доплерокардиографии) больные были разделены на 3 группы: 1-я — с гиперкинетическим ТГ (7 чел.), 2-я — с эукинетическим ТГ (10 чел.), 3-я — с гипокинетическим ТГ (9 чел.).

Методом лазерной доплерофлоуметрии оценивали показатели базального капиллярного кровотока в покое. Для исследования механизмов регуляции микрогемодинамики проводили окклюзионную пробу (ОП) с определением уровня «биологического нуля», постокклюзионной гиперемии и резерва капиллярного кровотока (РКК).

Наиболее выраженные изменения были отмечены в 3 группе. Они характеризовались снижением уровня перфузии на 60% ($PM_3 = 2,0 \pm 0,2$, $PM_K = 3,3 \pm 0,4$) и худшим функционированием механизмов модуляции тканевого кровотока по сравнению с контролем ($\sigma_3 = 0,40 \pm 0,06$; $\sigma_K = 0,64 \pm 0,09$; $Kv_3 = 17,57 \pm 1,80$; $Kv_K = 18,97 \pm 1,94$). Одновременно в этой группе увеличивались показатели σ/ALF и σ/ALF_K , характеризующие микрососудистый тонус прекапиллярного звена ($\sigma/ALF_3 = 0,65 \pm 0,09$; $\sigma/ALF_K = 0,44 \pm 0,05$; $\sigma/ALF_3 = 0,84 \pm 0,07$; $\sigma/ALF_K = 0,54 \pm 0,06$), на фоне снижения пассивного пульсового механизма ($ACF/\sigma_3 = 5,97 \pm 0,90$; $ACF/\sigma_K = 8,87 \pm 1,02$).

Эти особенности подтверждались результатами ОП: уменьшение способности гладкомышечных клеток микроциркуляторного русла к активному сокращению и расслаблению приводило к снижению значения реактивной постокклюзионной гиперемии и РКК на 40% по сравнению с другими группами и контролем ($PKK_3 = 279 \pm 23$; $PKK_K = 472 \pm 36$). Подростки 1 группы характеризовались удовлетворительным уровнем перфузии и адекватными механизмами модуляции тканевого кровотока ($PM_1 = 3,28 \pm 0,33$; $\sigma_1 = 0,58 \pm 0,06$; $Kv_1 = 18,02 \pm 1,77$). Однако показатели миогенной активности у больных с гиперкинетическим ТГ были ниже, чем в группе контроля ($ALF/M_1 = 27,8 \pm 3,2$; $ALF/M_K = 37,05 \pm 3,97$). Пациенты с эукинетическим ТГ по своим значениям занимали промежуточное положение между 1 и 3 группами. Таким образом, при ЛАГ с целью уменьшения степени нагрузки на стенку капилляра микрососудистая сеть по-разному реагирует на повышение артериального давления. При увеличении сердечного выброса у лиц с высокими резервными возможностями происходит снижение сопротивления в микрососудистом русле. У лиц с гипокинетическим ТГ идет уменьшение просвета резистивных сосудов за счет сокращения прекапиллярных сфинктеров, демпфирующих давление на стенки капилляра. Подобная реакция наиболее неблагоприятна и со временем приводит к структурному ремоделированию сосудистой стенки и ухудшению условий транскапиллярного обмена.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД ДИПЛОПТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОДРУЖЕСТВЕННОГО КОСОГЛАЗИЯ

Вакурин Е.А., Вакурина А.Е., Селезнев А.В.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрави»

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Содружественное косоглазие — одна из частых форм патологии органа зрения в детском возрасте: по данным литературы оно встречается у 1,5—2,5% детей, в структуре же детской глазной заболеваемости (по данным предоставляемым окулистами городских детских поликлиник) содружественное косоглазие занимает одну из ведущих ролей. Одной из актуальных задач при лечении косоглазия является восстановление бинокулярного зрения. В настоящее время наиболее эффективным является метод диплоптики (Аветисов Э.С., Кашченко Т.П., 1976). Разработка новых диплоптических методик, позволяющих более активно воздействовать на бинокулярную зритель-

ную систему, является приоритетным направлением современной страбологии.

В соответствии с этим целью настоящей работы явилась апробация нового способа диплоптического лечения косоглазия.

Нами использовано «Устройство для развития и восстановления бинокулярного зрения» (Вакурин Е.А., Вакурина А.Е., Селезнев А.В., патент РФ № 64886 от 27.07.2007), состоящее из модернизированной оправы для подбора очков с возможностью автоматического вращения держателей линз и помещаемых в них призм и поляроидных

фильтров, тест-объекта (изготовленного из прозрачного бесцветного анизотропного материала, представляющего собой какую-либо картинку — домик, цветок и т.п.), который освещен проходящим поляризованным светом и располагается на матовом стекле-экране. В процессе лечения за счет вращения поляроидных фильтров, установленных перед обоими глазами пациента, происходит цветное разделение полей зрения, динамическая смена цветов тест-объекта и его деталей, а также постоянное изменение положения изображения на сетчатке за счет плавного кругового вращения призмы перед глазом с функциональной скотомой.

Предлагаемый метод мы применили у 10 детей в возрасте от 4 до 6 лет, страдающих содружественным косоглазием и посещающих специализированный детский сад. У всех детей до начала лечения предлагаемым способом отмечалось правильное (2 ребенка) или почти правильное (8 детей) положение глаз, скорректированная острота зрения каждого глаза была не менее 0,4, характер зрения в очках по четырехточечному цветотесту и тесту Баголини — монокулярное. Упражнения проводились в мезопических условиях ежедневно по 15—20 минут в течение 25—30 дней.

Лечение проводилось в три этапа. У детей с монокулярным зрением на первом этапе в течение первых 2—4 занятий перед глазом с функциональной скотомой помещали призму в 6—8 диоптрий. и вращали ее со скоростью 8—10 оборотов в минуту до появления диплопии, ощущаемой ребенком. Лечение проводили в условиях цветного разделения полей зрения, получаемого за счет различной ориентации плоскостей поляризации поляроидов, расположенных в модернизированной очковой оправе. На втором этапе (8—10 сеансов) силу призмы последовательно уменьшали до 2 диоптрий. с одновременным изменением скорости вращения. Затем диплоптическое лечение осуществляли в условиях только цветного разделения полей зрения (без использования призмы). На третьем этапе (10—12 сеансов) для облегчения бификсации исключали цветное разделение полей зрения и предъявляли ребенку тест-объект, видимый в одинаковом для каждого глаза, но постоянно меняющемся цвете, что достигалось вращением поляроидного фильтра, уста-

новленного между тест-объектом и источником света (при этом плоскости поляризации обоих поляроидов, помещенных в очковую оправу, были параллельны). Для закрепления рефлекса бификсации и тренировки фузионных резервов на заключительной стадии лечения вновь применяли вращающуюся призму слабого призматического действия в условиях цветного разделения полей зрения.

Критерием эффективности лечения являлось восстановление бинокулярного зрения.

У половины детей отмечено исчезновение угла косоглазия (по Гиршбергу), уменьшение угла косоглазия при исследовании на синоптофоре до 3—5 градусов, появление амплитуды фузии (до 5—7 градусов), характер зрения по четырехточечному цветотесту — одновременное, по тесту Баголини — бинокулярное неустойчивое. У 2 детей с исходным правильным положением глаз установлено появление амплитуды фузии до 8—10 градусов, по четырехточечному цветотесту и тесту Баголини зрение стало бинокулярным неустойчивым. У 2 детей угол косоглазия по Гиршбергу уменьшился до 3 градусов, по четырехточечному цветотесту и тесту Баголини зрение стало одновременным. У одного ребенка УК по Гиршбергу сохранился и зрение оставалось монокулярным (возможно, это связано с низким уровнем психоэмоционального развития пациента). В результате проведенного лечения отмечено повышение остроты зрения в глазах с функциональной скотомой на 0,1—0,3 у всех пациентов.

Предлагаемый способ является достаточно эффективным при лечении бинокулярных нарушений у детей. Динамическая смена цветов тест-объекта и его деталей в сочетании с постоянным изменением положения изображения на сетчатке, а также возможность проведения лечения в условиях цветного разделения полей зрения позволяют достичь эффекта, заключающегося в растормаживании функциональной скотомы и стимуляции рефлекса бификсации. Постоянно меняющийся цветовой тон деталей и разнообразие тест-объектов поддерживают интерес ребенка к лечению, а при проведении упражнений не требуется вынужденного положения головы пациента.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН В РАННИЙ РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПЕРИОД С ПОЗИЦИЙ ФАКТОРНОГО АНАЛИЗА

Васильева Т.П., Булчевская В.Н., Чаплыгина М.В., Наумов А.В., Кулигин О.В.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

В исследованиях, посвященных проблемам беременности и родов у юных женщин, практически не рассматривалась проблема планируемого характера наступления беременности с исходом в деторождение, а также причин изменения репродуктивного поведения при возникновении беременности в подростковый период как за счет принятия решения об отказе от планируемого деторождения, так и за счет решения о завершении беременности непланируемыми родами.

Программа проведенного исследования ориентирована на получение комплексной информации о роли внутри- и внесистемных факторов в формировании репродуктивной установки на планирование или отказ от деторождения у девушек в подростковом периоде на разных этапах этого периода, а именно: до и после возникновения беременности.

Единицами наблюдения определены: девушка 13—17 лет с выполнением репродуктивной функции в подростковый период, девушка 13—17 лет с отказом от выполнения репродуктивной функции в подростковый период. Объем выборочной совокупности — 500 девушек, в том числе 328 человек, репродуктивное поведение которых характеризовалось с отказом от выполнения репродуктивной функции в подростковый период с искусственным прерыванием наступившей беременности (первая группа), 72 человека, репродуктивное поведение которых характеризовалось выполнением репродуктивной функции в подростковый период с завершением беременности родами (вторая группа) и 100 девушек с отсутствием беременностей в подростковый период (третья группа). В группах сравнения получены сведения о социально-гигиенических факторах, образе жизни, репродуктивной установке, репродуктивном, контрацептивном, сексуальном поведении, соматическом и репродуктивном здоровье, медицинской активности, медицинской информированности, личностных качествах девушек, а также их родительских и собственных семей, мужей (или сожителей), о течении беременности, аборт и родов у юных матерей, состоянии здоровья новорожденных методом социологического опроса и выкопировки данных из первичной медицинской документации.

Отмечено, что на репродуктивное поведение девушек в подростковый период оказывает влияние комплекс социально-гигиенических, социально-психологических и социально-экономических факторов, соотношение которых и вес отличаются на разных этапах формирования репродуктивного поведения. Так, выявлено, что на этапе репродуктивного поведения до выполнения девушками репродуктивной функции в подростковый период в структуре факторов риска возникновения беременности наибольшую долю имеют социально-гигиенические (64,28%) и социально-психологические (38,57%), меньшую — социально-экономические (7,15%), а на этапе решения девушкой вопроса о репродуктивном поведении при возникновении беременности в структуре факторов, его определяющих, доля социально-экономических факторов становится выше в 3,0 раза, социально-психологических — в 1,3 раза. При этом среди факторов риска начала выполнения девушками репродуктивной функции в подростковый период наибольший вес имеют такие как возраст начала половой жизни, отказ от использования методов контрацепции, наличие маргинальных черт личности, любовь к постоянному партнеру как мотивация к половым контактам, инертное или положительное отношение семьи к половой жизни подростка, а среди факторов, определяющих реализацию репродуктивного поведения с деторождением при возникновении беременности, наибольший вес имеют такие как возраст, семейное положение, наличие постоянного дохода, низкая мотивация к саморазвитию, положительное отношение к материнству в подростковый период, положительное отношение исходной семьи и мужа (или сожителя) к деторождению, высокая социальная адаптация мужа, порядковый номер беременности, благоприятный тип темперамента, нормальный уровень коммунибельности и эмпатийности.

Полученные данные могут составить основу для выделения направлений оптимизации методических и медико-организационных подходов управления факторами, определяющими репродуктивное поведение девушек в подростковый период: 1) оптимизация структурного подхода управления факторами, определяющими репродуктивное поведение девушек в подростковый период; 2) оптимизация процессного подхода управления факторами, определяющими репродуктивное поведение девушек в подростковый период; 3) оптимизация результативного подхода управления факторами, определяющими репродуктивное поведение девушек в подростковый период.

Для реализации первого направления целесообразно создание миницентров по медико-социально-психологическому консультированию девушек (10—17 лет) по репродуктивному поведению в подростковый период в условиях детской поликлиники или женской консультации (соответственно месту нахождения детского гинеколога), в который должны быть включены такие специалисты как: детский акушер-гинеколог, социолог, психолог, контрацептолог.

Для реализации второго направления может быть использована разработанная и апробированная технология медико-социально-психологического обеспечения управления выбором девушками репродуктивного поведения в подростковый период. Технология предполагает выполнение медико-организационных мероприятий по четырем направлениям: 1) выполнение медико-организационных мероприятий по выявлению возможного типа репродуктивного поведения девушки-подростка в данный период жизни; 2) выполнение медико-организационных мероприятий по коррекции неблагоприятного типа репродуктивного поведения девушки-подростка в данный период жизни; 3) выполнение медико-организационных мероприятий по выявлению возможного варианта выполнения репродуктивной функции девушкой подростком при начале ее выполнения в данный период жизни; 4) выполнение медико-организационных мероприятий по коррекции неблагоприятного варианта выполнения репродуктивной функции девушкой подростком при начале ее выполнения в данный период жизни.

Для реализации третьего направления предложены и апробированы критерии оценки и мониторинг результативности технологии медико-социально-психологического обеспечения управления выбором девушками репродуктивного поведения в подростковый период на индивидуальном и территориальном уровнях.

Достигнута положительная динамика показателей репродуктивного поведения девушек в подростковый период, а именно: снижение показателя выполнения репродуктивной функции в подростковый период в 1,1 раза (на 0,05 сл. на 100 подросткового женского населения), улучшение соотношения числа беременностей, завершившихся искусственными абортами и родами (с 2,7:1 до 2:1), повышение показателя изменения репродуктивного поведения с завершением беременности аборт на завершение родами с 3,07% от обратившихся для выполнения аборта в 2004 г., до

7,5% в 2005 г. и до 7,1% в 2006 г., снижение показателя отказа от репродуктивного поведения с завершением беременности родами на завершение абортотом с 4,1% от обратившихся с желанием деторождения в 2004 г., до 2,7% в 2005 г. и до 3,57% в 2006 г., снижение показателя абортов на 100 подросткового женского населения, прикрепленного к объединению, с 0,84 сл. в 2004 г., до 0,68 сл. в 2005 г. и до 0,46 сл. в 2006 г., повыше-

ние показателя родов на 100 подросткового женского населения, прикрепленного к объединению, с 0,22 сл. в 2004 г. до 0,3 сл. в 2006 г. Таким образом, научно обоснованные направления оптимизации управления факторами, определяющими репродуктивное поведение подростков, и тактика их реализации через предложенную медико-организационную технологию обеспечили достижение медико-социальной эффективности.

МЕСТО БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Дмитриев С.Н., Баклушин А.Е., Иванов С.К., Павлова О.Л.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

ОГУЗ «Ивановская областная детская клиническая больница»

Анализ данных официальной статистики за последние годы свидетельствует, что болезни органов дыхания занимают лидирующие позиции в структуре общей заболеваемости детей и подростков. При этом, число детей с тяжелыми острыми респираторными заболеваниями в структуре госпитализации находится на втором месте (после острых экзогенных отравлений) и составляет в течение последних 5 лет от 11,5 до 14,9% от общего числа пролеченных пациентов (данные отделения детской реанимации и интенсивной терапии Ивановской областной клинической больницы).

Тяжелым формам заболеваний респираторной системы преимущественно подвержены дети раннего возраста, причем наиболее часто они регистрируются у детей до одного года жизни. Данный факт определяется, с одной стороны, анатомо-физиологическими особенностями функционирования систем детского организма, а с другой стороны — высоким удельным весом повреждающих факторов (наследственных, перинатальных и постнатальных).

В частности, установлено, что у 49,2% детей с тяжелыми формами респираторных заболеваний имел место отягощенный генеалогический анамнез по патологии сердечно-сосудистой системы, у 27,7% — дыхательной системы, в 89,1% случаев отмечался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Анализ фоновой патологии у данной категории пациентов выявил высокую частоту встречаемости перинатального поражения центральной нервной системы (48,1%), анемии (48,1%), лимфатического диатеза (24,1%). Более 30% пролеченных детей родились в состоянии недоношенности, у 47,8% пациентов регистрировалось неблагоприятное течение интранатального периода. Интересно отметить, что у 80,2% обследованных лиц отмечались ранее перенесенные респираторные заболевания (ОРВИ, бронхиты, пневмонии).

Более чем у половины пациентов отмечен низкий социально-экономический уровень семьи, плохие жилищно-бытовые условия, низкая медицинская активность родителей.

С другой стороны, в последние годы наблюдается тенденция к росту числа детей с сочетанной и комбинированной патологией (развитие респираторных заболеваний на фоне иммунодефицитных состояний), врожденными пороками развития нервной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта.

Первое место среди состояний, требующих экстренной госпитализации и проведения интенсивной терапии занимали осложненные формы пневмоний. Из осложненных форм наиболее часто развивались внелегочные осложнения — сепсис, острая недостаточность кровообращения. На протяжении пяти лет выявляется тенденция к увеличению частоты данных форм осложнений пневмоний, тогда как удельный вес больных с легочными формами осложнений (прежде всего деструкция легочной ткани) принципиально не изменяется (в пределах 11—15% от всего количества осложненных).

Второе место по частоте заболеваний бронхолегочной системы, требующих оказания неотложной помощи занимали обструктивные формы бронхитов (обструктивный бронхит, бронхиолит) из-за выраженных степеней острой дыхательной недостаточности и инфекционного токсикоза. Вместе с тем, в отличие от осложненных форм пневмонии отмечается «волнообразность» частоты встречаемости данной патологии в анализируемый пятилетний промежуток времени (13,1% — в 2006 г., в 2005 г. — 24,8%), что может быть связано с миграцией и изменениями вирулентных свойств возбудителей.

Необходимо отметить, что за прошедшие 2 года значительно возросло число пациентов с тяжелыми стенозами гортани (III—IV степени) и эпиглоттитом — 16 человек, тогда как за все предыдущие 4 года пролечено 9 детей с указанной патологией.

Тяжелое течение, а также наличие сопутствующих заболеваний в среднем у 10% детей требуют искусственного замещения дыхательной функции легких, причем для подавляющего большинства реанимационных больных показана продленная ИВЛ. Данное обстоятельство рождает новую про-

блему — ИВЛ-ассоциированных пневмоний, а вместе с ней необходимость поиска способов ее профилактики, ранней диагностики и адекватной терапии.

Общая летальность при тяжелых респираторных заболеваниях в рассматриваемый период оставалась достаточно стабильной (2,3—3,2%).

При анализе причин смерти было выявлено, что в 60% случаях пневмония выступала в качестве сопутствующего или терминального заболевания, не имеющего значения в танатогенезе. У этих детей пневмония развивалась на фоне пороков развития, как правило, сердечно-сосудистой и нервной систем, выраженного иммунодефицитного состояния.

В 40% случаев пневмония выступала как основная причина смерти — на аутопсии были верифицированы инфекционно-токсический шок и сепсис, явившиеся непосредственной причиной летального исхода.

Улучшению исходов заболеваний способствует организационно-методическое обеспечение оказания медицинской помощи и внедрение современных лечебно-диагностических технологий.

Так, в Ивановской области на базе отделения детской реанимации и интенсивной терапии работает реанимационно-консультативный центр. За последние 5 лет РКЦ проконсультировано свыше 1500 больных, при этом госпитализировано 2/3 детей, нуждающихся в дальнейшей специализированной медицинской помощи, что способствовало улучшению исходов (уменьшение времени пребывания в стационаре, числа летальных случаев).

Основной причиной для обращения в РКЦ является наличие у больных синдрома дыхательной недостаточности. В подавляющем большинстве случаев неотложного разрешения требовали вопросы, связанные с оказанием помощи при тяжелых формах пневмоний, а также при различных видах обструкций дыхательных путей.

Важной составляющей в решении данной проблемы является повышение квалификации медицинских работников, что реализуется через циклы повышения квалификации кафедрами факультета дополнительного и послевузовского профессионального образования ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава.

ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА — НОВАЯ СТРУКТУРА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Дмитриев С.Н., Шияев Р.Р., Копилова Е.Б., Москвина Л.П.

ОГУЗ «Ивановская областная детская клиническая больница»

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Одной из задач реформирования здравоохранения является совершенствование взаимодействия между муниципальными и субъектными структурами (амбулаторно-поликлиническими и стационарными) в плане улучшения качества оказания медицинской помощи и рационального использования материально-технических ресурсов здравоохранения. Для реализации этих задач в Ивановской области в 2006 г. в целях улучшения специализированной медицинской помощи детскому населению клиника «Мать и дитя» выделена из состава областной клинической больницы и преобразована в самостоятельное лечебное учреждение — областную детскую клиническую больницу (ОДКБ), оказывающую медицинскую помощь детям г. Иванова и Ивановской области в возрасте с 1 месяца до 6 лет.

Детская областная больница за счет своей структурно-функциональной организации позволяет решать сложные диагностические и лечебные задачи. В ее состав входят два педиатрических (по 45 коек каждое), одно терапевтическое (30 коек) отделения, лечебно-диагностические подразделения — клиническая лаборатория, отделения реабилитации, функциональной и лучевой диагностики.

Важной составляющей процесса лечения в клинике является совместное пребывание матери и ребенка в отдельной палате, что обеспечивает их комфортное психоэмоциональное состояние,

способствующее скорейшему выздоровлению маленьких пациентов.

Уникальной особенностью стационара является то, что в его условиях оказывается медицинская помощь не только больному ребенку, но и его матери. Совместное пребывание с ребенком в стационаре дает порой единственную для женщины-матери возможность пройти необходимое медицинское обследование, лечение, послеродовую реабилитацию, что особенно актуально для жителей районов и сел области.

ОДКБ является клинической базой четырех кафедр ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава: детской болезни педиатрического факультета; детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии; поликлинической педиатрии ФДППО и кафедры анестезиологии, реаниматологии, скорой медицинской помощи, хирургии ФДППО, сотрудники которых работают в тесном контакте с практическими врачами.

Материально-техническая база клиники позволяет применять высокотехнологичные и дорогостоящие методы обследования и лечения, недоступные для муниципальных учреждений Ивановской области, что обеспечивает решение сложных диагностических и лечебных задач:

- диагностика и лечение заболеваний ЖКТ, синдрома срыгивания и рвоты у детей раннего

возраста с применением метода продолжительной поэтажной рН-метрии, фиброэзофагогастродуоденоскопии, оценкой микробиологического состояния эзофагогастродуоденальной зоны, макро- и микроэлементного статуса ребенка;

- организация лечебного питания детей с пищевой аллергией, синдромом мальабсорбции, гипотрофией, гастроинтестинальными нарушениями;
- диагностика, лечение и реабилитация детей с перинатальным поражением и приобретенными заболеваниями нервной системы;
- специфическая аллергодиагностика пищевой, пылевой, бытовой аллергии, лечение детей с аллергическими заболеваниями;
- диагностика, установление топики врожденных пороков развития различных органов и систем;
- оказание помощи больным с острыми и хроническими бронхолегочными, аллергическими и иммунологическими заболеваниями.

Особенностями работы клиники является то, что 2/3 (65%) всех поступивших в отделения больных госпитализируется по экстренной помощи. Доминирующими в структуре бронхолегочной патологии являются бронхиты и бронхоолиты, в 50% случаев протекающие с явлениями бронхиальной обструкции. Пневмонии имеют меньший удельный вес в общей структуре патологии, но 2/3 их (60—70%) представлены осложненными формами. Вызывает тревогу факт стремительного роста бронхиальной астмы у детей раннего возраста (с 0,4% в 1997 г. до 5,6% в 2006 г.). Также высок удельный вес больных с заболеваниями мочеполовой системы (20,7%). Более половины из них страдают вторичным пиелонефритом. В целом же спектр нозологий пациентов клиники необычайно широк и представлен также заболеваниями кожи и врожденными пороками развития, эндокринной и сердечно-сосудистой патологией, нарушениями обмена веществ, иммунной недостаточностью, заболеваниями крови, травмами и отравлениями, расстройствами питания и др.

Наиболее частым фоном для различных соматических заболеваний у детей раннего возраста является патология нервной системы. Доминируют в структуре заболеваний нервной системы и органов чувств, удельный вес которых возрос с 1989 по 2006 гг. более чем в 2 раза (22,5 и 48,3% соответственно), перинатальные поражения нервной системы (80—90%). Второе и третье место по частоте выявляемости занимают органические и инфекционно-воспалительные заболевания нервной системы.

В настоящее время для диагностики и лечения этой категории детей используются самые передовые технологии. В частности, в распоряжении врачей имеется широкий набор нейрофизиологических методов исследования, а также компьютерная диагностика (МРТ и «Соматом»). В этой связи в течение ряда лет предметом научных исследований сотрудников кафедры детских болезней педиатрического факультета и врачей клиники являются клинические и функциональные проявления вегетовисцеральных нарушений у детей раннего возраста с перинатальными поражениями ЦНС с целью разработки технологии диагностики и дифференцированного лечения нейросоматических расстройств у этой категории пациентов. По данной проблеме на базе клиники выполнены 6 кандидатских и 1 докторская диссертации, результаты работы широко докладывались на съездах и конгрессах детских врачей, опубликованы в центральной печати.

Проведенные исследования позволили разработать новую технологию диагностики и дифференцированного лечения нейросоматических расстройств у детей раннего возраста с перинатальными поражениями нервной системы для предупреждения формирования у них хронической органопатологии.

В клинике внедрены диагностические программы: выявления вегетативных сердечно-сосудистых заболеваний; гастроинтестинальных нарушений с обоснованием показаний для проведения рН-метрии верхних отделов пищеварительного тракта у детей; рН-метрические критерии тяжести дуоденогастрального рефлюкса. Разработаны и используются: нейрореабилитационные мероприятия с учетом характера ведущего неврологического синдрома в качестве патогенетической терапии вегетативных сердечно-сосудистых нарушений; алгоритм комплексной патогенетической и дифференцированной симптоматической терапии с учетом типа гастроинтестинальных нарушений функций верхних отделов пищеварительного тракта у детей с синдромом срыгиваний и рвот при перинатальном поражении ЦНС; алгоритм лечебно-реабилитационных мероприятий у детей раннего возраста с обструктивным бронхитом с учетом характера гемодинамических и вентиляционных нарушений и ведущего неврологического синдрома перинатального поражения нервной системы.

Таким образом, модель взаимодействия субъектных и муниципальных учреждений здравоохранения позволяет наряду с оказанием специализированной медицинской помощи обеспечить преемственность в наблюдении, последующем лечении и реабилитации детей и матерей на всех уровнях, с наиболее рациональным использованием ресурсов здравоохранения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЧЕЧНОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПОДРОСТКОВ С ЛАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Карпук Н.Л., Томс С.Р., Карпук Н.В., Бекасова О.В., Бусова О.А., Андрианова Е.Н.
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Обследовано 15 пациентов в возрасте 11—14 лет, страдающих лабильной артериальной гипертензией (ЛАГ). Почечный кровоток изучали методом реоэндографии (РЕГ) на аппарате «Реоспектр-3» фирмы «Нейрософт». У всех пациентов определялся тип центральной гемодинамики (ГД) методом эхо- и доплерографии. В ходе обследования больные были разделены на три группы в зависимости от типа ГД: 1 группа — с гипокинетическим, 2 группа — с гиперкинетическим, 3 группа — с эукинетическим вариантом центральной ГД.

У всех больных выявлено значительное снижение показателей, характеризующих интенсивность почечного кровотока — реографического индекса (РИ) и амплитудно-частотного показателя (АЧП). Каких-либо выраженных различий в уровне этих параметров по выделенным группам выявлено не было. Средние значения составили соответственно $RI_{RS} = 0,09 \pm 0,01$ у.е., $RI_{RD} = 0,088 \pm 0,012$ у.е. (в контроле $RI = 0,16—0,22$ у.е.); $АЧП_{RS} = 0,118 \pm 0,013$ у.е., $АЧП_{RD} = 0,115 \pm 0,014$ у.е. (в контроле $АЧП = 1,05—1,16$ у.е.). Кроме того, было выявлено увеличение дикротического индекса (ДИК), отражающего периферическое сосуди-

стое сопротивление и сосудистый тонус на уровне прекапилляров, и диастолического индекса (ДИА), характеризующего процесс оттока крови из артерий в вены и тонус венозных сосудов, главным образом, на уровне посткапилляров. Во всех трех группах эти изменения носили однонаправленный характер. При сравнении уровня отклонения этих параметров в выделенных группах определялось более значительное изменение показателей во 2 группе, где они составили: $ДИК_{RS} = 94,4 \pm 3,54$, $ДИК_{RD} = 82,8 \pm 17,09$ (в контроле $ДИК = 53,5—57,7\%$); $ДИА_{RS} = 122,2 \pm 9,07$, $ДИА_{RD} = 106,2 \pm 21,13$ (в контроле $ДИА = 59,0—63,0\%$). Отчетливо определялась неравномерность почечного кровотока с обеих сторон.

Таким образом, у пациентов с ЛАГ имеются отчетливые особенности почечной гемодинамики. Наиболее значимые изменения отмечены у подростков, имеющих гиперкинетический тип центральной ГД, что отражает интенсивность напряжения механизмов регуляции сосудистого тонуса, что, по-видимому, является неблагоприятным фактором, способствующим прогрессированию артериальной гипертензии.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ И ДЕТЯМ В МУНИЦИПАЛЬНОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Керимкулова Н.В., Киселева О.Ю., Галицкая С.А.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Работа современного родильного дома основывается на принципах перинатальной охраны ребенка, при которых соблюдается следующая расстановка позиций личности в учреждении: №1 — ребенок, №2 — мама, №3 — врач.

В антенатальном периоде соблюдаются права выбора лечебного учреждения, что положительно влияет на психологический настрой пациенток на предстоящие роды.

Одним из новых направлений акушерского стационара является особый подход к ведению беременных с артериальной гипертензией (совместная программа акушеров-гинекологов, терапевтов, кардиологов): суточное мониторирование артериального давления с подбором доз гипотензивных препаратов; диспансерное наблюдение женщин в кардиодиспансере и ее новорожденного в профильных клиниках в течение 3-х лет; при необходимости проводится тест на скрытую протеинурию у беременных с артериальной гипертензией.

С позиций современного родовспоможения проводится антенатальная профилактика гемолитической болезни новорожденных: резус-отрицательным несенсибилизированным беременным в 28 и 34 недели вводится антирезусный D-глобулин — 1 доза; после любого прерывания беременности, в т.ч. внематочной и родов — 1 доза антирезусного D-глобулина в течение первых 48 часов; после кесарева сечения — 2 дозы в первые 1—2 часа.

Современные технологии родовспоможения, применяющиеся в родильном доме, включают проведение вертикальных родов, которые позволяют сохранять физиологическое положение роженицы, способствуют уменьшению продолжительности родов, снижению материнского и детского травматизма.

При аномалиях родовой деятельности, гестозах, преждевременных родах используются региональные методы обезболивания (спинальная анестезия, эпидуральная анестезия). Это позволяет оп-

тимизировать бережное ведение родов и снизить процент натальных повреждений детей, особенно недоношенных.

В каждых родах проводится кардиомониторное наблюдение за плодом.

С целью интраоперационной профилактики гнойно-септических заболеваний вводится максимальная разовая доза цефалоспоринов II—III поколения внутривенно (после пережатия пуповины и через 6—8 часов после операции), а также используются только современные шовные синтетические материалы со сроком рассасывания 90—120 дней (напр., викрил).

При ведении второго периода родов по показаниям используют современный вакуумный экстрактор разового применения, что значительно уменьшает травматизм ребенка, снижает процент операций кесарева сечения.

Раннее прикладывание ребенка к груди позволяет уменьшить гнойно-септическую заболеваемость новорожденного, улучшает процессы адаптации ребенка к внеутробному существованию, позволяет с первых минут жизни ребенка применять развивающий уход за новорожденным.

Совместное пребывание матери и ребенка (более 50% родильниц) обеспечивает позицию доброжелательного отношения к ребенку, улучшает процессы адаптации детей, снижает заболеваемость как матери, так и новорожденного, ускоряет сроки лечения больного ребенка.

Звучит парадоксально, но в современном учреждении должна обеспечиваться защита больного, недоношенного ребенка от высоких технологий: перемещение кислородных компрессоров из реанимационных палат — исключение шума; зачехление кювезов — защита от света; создание «гнезда» из пеленок для поддержания позы «эмбриона»; обязательный контакт матери с ребенком в палате интенсивной терапии по 10—15 мин 3—4 раза в сутки, по возможности рекомендуется брать ребенка на руки.

При лечении детей, требующих интенсивной терапии используется открытый кювез Babytherm

8004\8010 (реанимационное место для интенсивного терапевтического ухода), который обеспечивает: термостабилизацию через матрас с подогревом, щадящую термотерапию при комбинированном воздействии теплоизлучателя и гелевого матраса, охлаждение пациентов с повышенной температурой (температура матраса ниже температуры тела). Для диагностики внутриутробных инфекций проводится экспресс-тест с прокальцитанином. Применение сурфактанта (киросуроз) на фоне ИВЛ, переход на неинвазивную вентиляцию (СИПАП) с переменным потоком сокращают сроки ИВЛ в 2—3 раза. Своевременный перевод ребенка в детское реанимационное отделение исключает волюмотравму, резко снижает смертность детей в раннем неонатальном периоде, позволяет отказаться от полипрогмазии.

Среди новых методик кровосбережения широко применяются инфузии аутоплазмы, гемодилюция крахмалом, что позволяет профилактировать массивные акушерские кровотечения, гепатиты, ВИЧ-инфицирование.

Для борьбы с акушерскими кровотечениями используются новые препараты: новосевен — улучшает свертывающие свойства крови, венофер — очень быстро и эффективно повышает уровень гемоглобина, первторан — в 2 раза увеличивает кислородную емкость эритроцитов.

Современный родильный дом использует экстракорпоральные методы лечения. Наиболее часто применяется плазмаферез, который показан при внутриутробных инфекциях, гестозах, синдроме задержки развития плода, при резус-конфликтной беременности, антифосфолипидном синдроме, привычном невынашивании, для реабилитации после массивной кровопотери и т. д.

Использование новых технологий в МУЗ «Родильный дом №4 г. Иваново» позволило добиться стабилизации процента оперативных родов на уровне 19,5% в течение пяти лет, снизить перинатальную смертность с 9,75‰ в 2002 г. до 5,23‰ в 2006 г., раннюю неонатальную смертность с 4,55‰ в 2002 г. до 1,17‰ в 2006 г.

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Киселева О.Ю., Берашевич Г.Н., Семенова О.К.

МУЗ «Городская клиническая больница № 8», г. Иваново

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Эктопическая беременность представляет серьезную опасность для здоровья и жизни женщины в связи с возможностью внутрибрюшинного кровотечения и может стать одной из причин материнской смертности. Частота внематочной беременности составляла в 2002 г. 1,47% от всех зарегистрированных беременностей. Сочетание маточной и внематочной беременности относится к казуистическим наблюдениям. За истекшие 9 месяцев 2007 г. в нашем стационаре было 2 случая сочетания маточной и внематочной беременности.

Под нашим наблюдением находилась больная Е., 30 лет, которая страдала вторичным бесплодием на протяжении 5 лет.

Из анамнеза: росла и развивалась в соответствии с возрастом. Менструации с 12 лет, установились сразу, регулярные, умеренные, через 28 дней, безболезненные, по 5 дней. Половая жизнь с 19 лет, в браке. С целью контрацепции применяла презервативы. В 2002 г. наступила беременность, желательная, однако при сроке 6 недель произо-

шел самопроизвольный выкидыш, по поводу чего производилось выскабливание полости матки. Сразу после выкидыша не обследовалась. В течение 5 лет беременность не наступала, по поводу чего в феврале 2006 г. произведена диагностическая лапароскопия. Обнаружена и удалена параовариальная киста справа, на брюшине крестцово-маточных связок и задних листках широких маточных связок — глубокие очаги эндометриоза более 3 см². Выполнена деструкция этих очагов. В послеоперационном периоде назначен прием парлодела по 0,5 таблетки ежедневно. Предложено обследование супруга, однако эта рекомендация не выполнена. Парлодел принимала в течение 3 месяцев, затем самостоятельно прекратила прием.

В декабре 2006 г. спонтанно наступила беременность, с 6 недель состоит на учете в женской консультации. В январе 2007 г. с амбулаторного приема направлена в стационар с жалобами на боли в нижних отделах живота, тошноту, рвоту до 2 раз в сутки. При поступлении подтвержден диагноз маточной беременности 6—7 недель, образований в области придатков выявлено не было. Назначена сохраняющая терапия, которая привела к улучшению самочувствия. При осмотре терапевтом выявлена артериальная гипертензия (АД — 140/80—150/80 мм рт. ст.) и сделано предположение о гипоталамическом синдроме в связи с ожирением, нарастающим в последние 2—3 года, и наличием бледных стрий в области молочных желез и бедер, а также явлений гирсутизма (гирсутное число 18 баллов). В течение 10 дней состояние и самочувствие оставались удовлетворительным, затем внезапно появились жалобы на сильные боли внизу живота; кровянистые выделения отсутствовали. Выполнено эхографическое исследование, при котором в полости матки определено наличие плодного яйца, соответствовавшего 8 неделям беременности, а в трубе справа образование диаметром 20 мм с живым плодом внутри. Позадиматочное пространство свободно. Таким образом, обнаружено сочетание маточной и трубной беременности.

В urgentном порядке больной произведено оперативное вмешательство лапароскопическим доступом, осуществленным при помощи четырех троакарков: двух 11 мм (пупочный и правый боковой) и двух 5 мм (левый боковой и надлобковый). При осмотре органов малого таза выявлено: тело матки увеличено до 8 недель беременности, правая маточная труба расширена на всем протяжении до 8—6 см, представляет из себя плодместилище в истмическом отделе, синюшно-багрового цвета. Правый яичник не увеличен, без патологии, левый яичник несколько больше нормы, в нем желтое тело беременности. Спаечный процесс не выражен. Выполнена правосторонняя сальпингоэктомия.

В послеоперационном периоде усилена сохраняющая терапия, проведен курс антибиотиков. В течение трех дней беспокоили небольшие тянущие боли внизу живота и наблюдались суковичные выделения из половых путей. На 5 день послеоперационного периода выполнено ультразвуковое исследование. Подтверждено прогрессирование маточной беременности 8—9 недель, плодное яйцо без признаков отслойки, внутренний зев закрыт. Обследование гормональной функции (Т₃, Т₄, ТТГ, 17 КС) отклонений не выявило. Выписана в удовлетворительном состоянии с прогрессирующей беременностью 13 недель для проведения санаторно-курортного лечения с рекомендациями по терапии и обследованию. Составлен план дальнейшего ведения и наблюдения. Беременность протекала под нашим наблюдением. Дополнительной госпитализации в поздние сроки беременности не потребовалось. На 38—39-й неделе беременности появились признаки гестоза в виде отеков II степени, АД не повышалось, анализ мочи без патологии. На 39-й неделе с учетом анамнеза родоразрешена путем операции кесарева сечения. В брюшной полости признаков спаечного процесса не было. Родился мальчик с оценкой по Апгар 8—9 баллов, массой 4 кг 150 г. Послеоперационный период без осложнений. Выписана на 8-е сутки в удовлетворительном состоянии.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПИГМЕНТНАЯ ПУРПУРА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Козлова О.Б., Заводин М.В., Колеров Э.Ю., Частухина Т.В., Фокин В.Н., Ратманова Г.А.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Воспалительные поражения сосудов кожи и подкожной клетчатки (ангииты или васкулиты кожи), относящиеся к большой группе дерматозов, достаточно часто встречаются у детей. Однако из-за отсутствия единого подхода к данной группе заболеваний больные остаются без должного внимания.

Под нашим наблюдением находилось 11 детей в возрасте 10—14 лет, у которых в клинической картине заболевания преобладали изолированное поражение кожи с преимущественной локализацией на нижних конечностях. Кожные проявления практически у всех детей были представлены

множественными мелкими (точечными) геморрагическими пятнами без отека (петехиями) с буровато-желтыми пятнами гемосидероза различной величины и очертаний. У двух детей на фоне гемосидероза отмечались телеангиоэктозии. Субъективных ощущений, нарушений общего состояния больных не отмечалось. Всем пациентам был поставлен диагноз хронической пигментной пурпуры, которая представляет собой хронический дермальный капиллярит, поражающий сосочковые капилляры.

В комплекс диагностических мероприятий включалась реовазография, где были выявлены наруше-

ния коллатерального кровотока, более выраженные в конечности с обильными высыпаниями. Биопсия кожи, проведенная в трех случаях, выявила явления воспаления и дистрофии капилляров кожи.

У 1/3 детей по коагулограмме отмечена склонность к гипокоагуляции, у 1 ребенка поставлен диагноз болезни Виллебранда. Показатели периферической крови не отличались от возрастных норм. У 2/3 детей по данным иммуноферментного анализа выявлены антитела к вирусам Эпштейна-Барра, цитомегалии, герпеса, в сочетании с антителами к токсоплазме, хламидиям.

Всем детям проведена лазеротерапия на сосуды нижних конечностей, внутрь и местно в виде мази — нестероидные противовоспалительные препараты (вольтарен, ортофен, диклофенак). При

отягощенном аллергологическом анамнезе, а также при наличии отечности элементов назначались антигистаминные средства. На фоне проведенной терапии у большинства детей отмечена положительная динамика кожных проявлений. Полное исчезновение элементов происходит в течение 4—8 месяцев. У части детей (у 1/3) изменения сохранились, хотя следует отметить уменьшения объема кожных поражений.

Таким образом, у большинства наблюдаемых нами больных хроническая пигментная пурпура развилась на фоне инфекционной агрессии (вирусы, бактерии и др.) в сочетании у ряда детей с изначальной склонностью к гипокоагуляции. Включение в комплекс лечебных мероприятий противовоспалительных средств позволяет получить положительный эффект.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Копилова Е.Б., Шияев Р.Р., Москвина Л.П., Завьялова А.В., Князева И.В., Петрова О.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
ОГУЗ «Ивановская областная детская клиническая больница»

Болезни органов пищеварения относятся к наиболее распространенной неинфекционной патологии детского возраста, занимая по частоте второе место после заболеваний органов дыхания. В структуре патологии пищеварительного тракта у детей ведущее место занимают поражения его верхних отделов. Дебютом гастродуоденальных нарушений у детей раннего возраста чаще всего являются упорные срыгивания и рвоты. В то же время, известно, что этот клинический симптомокомплекс является неспецифическим и встречается с различной частотой при многих заболеваниях детей раннего возраста. Как показывает практический опыт, наиболее часто дифференциальный диагноз срыгиваний и рвоты у детей раннего возраста необходимо проводить между функциональными расстройствами гастродуоденальной зоны, органическими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), перинатальным поражением ЦНС (гипертензивно-гидроцефальным синдромом, синдромом вегетативно-висцеральных дисфункций), врожденными аномалиями развития желудочно-кишечного тракта (атрезии, стенозы, врожденный короткий пищевод, врожденная халазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, кольцевидная поджелудочная железа, гипоплазия поджелудочной железы, незавершенный поворот кишечника, пилоростеноз), остро возникшими ситуациями (инвагинация, острая кишечная непроходимость, аппендицит и др.), эндокринными нарушениями, синдромом дисбактериоза кишечника, гастроинтестинальной аллергией, синдромом мальабсорбции. В этой связи сотрудниками кафедры детских болезней педиатрического факультета ИвГМА и областной детской клинической больницы разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм диагностики за-

болеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей раннего возраста с синдромом упорных срыгиваний и рвоты.

Диагностическая программа предполагает:

1. Сбор и оценку анамнеза: выявление наследственной отягощенности по заболеваниям гастродуоденальной зоны; сроки манифестации синдрома срыгиваний и рвоты, характер питания ребенка (естественное, искусственное); детальный анализ характера срыгиваний и рвоты (связь с приемом пищи, плачем, моторной активностью ребенка, объем, цвет и запах срыгиваемых масс, наличие в содержимом примеси желчи, створоженного или непереваренного молока).
2. Клиническое обследование больного (физическое развитие, наличие симптома «песочных часов», пигментации кожи, характер стула).
3. Лабораторное обследование: общий анализ крови, копрограмма, микробиологическое исследование кишечника, при необходимости биохимический анализ крови, иммунологическая диагностика пищевой аллергии.
4. Консультации специалистов: невролога, для уточнения характера перинатального поражения нервной системы и ведущего неврологического синдрома; хирурга.

Следует отметить скудность объективных симптомов, выявляемых при осмотре ребенка раннего возраста, позволяющих заподозрить патологию ВОПТ. В этой связи важную диагностическую ценность приобретают результаты дополнительных инструментальных методов исследования.

Полученные в ходе наших исследований данные свидетельствуют о широком спектре нарушений со стороны ВОПТ у младенцев со срыгиваниями и рвотой при перинатальных поражениях ЦНС. У 94,2% этих детей по данным рН-метрии отмечаются различные секреторные и моторно-сфинктерные нарушения, а при эндоскопическом исследовании у 60% пациентов диагностированы воспалительные заболевания ВОПТ.

В этой связи дети с гастроинтестинальными нарушениями (ГИН), по нашему мнению, нуждаются в проведении комплексного клинико-инструментального исследования, направленного на верификацию характера поражения ВОПТ.

Алгоритм обследования детей с синдромом срыгивания и рвоты при перинатальном поражении ЦНС предполагает обязательное исследование функций ВОПТ методом продолжительной поэтапной рН-метрии. Метод рН-метрии позволяет судить о кислотообразующей функции желудка, является «золотым стандартом» для диагностики гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов. Безопасность и точность, простота, высокая чувствительность к малым концентрациям H^+ -ионов, доступность для детей раннего возраста делает метод рН-метрии приоритетным при обследовании функции ВОПТ у младенцев. Показания для проведения продолжительной рН-метрии у детей раннего возраста: синдром срыгиваний и рвоты; беспокойство, связанное с кормлением; рецидивирующие заболевания бронхолегочной системы; гипотрофия. Противопоказания: желудочное кровотечение; аневризма аорты; ожоги, дивертикулы и стриктуры пищевода; острые инфекционные заболевания; сердечная декомпенсация; гемофилия; варикозное расширение вен пищевода. При невозможности выполнения детям рН-метрии нами разработаны дифференциально-диагностические критерии типов ГИН при синдроме срыгиваний и рвоты, позволяющие диагностировать характер нарушений кислотообразования и моторики.

Единственным методом верификации воспалительного процесса верхних отделов пищеварительного тракта, в том числе и у детей раннего возраста, в настоящее время является фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с биопсией. Однако, именно у этого контингента больных должно быть минимизировано использование инвазивных методов диагностики. В этой связи, одной из важнейших задач мы считали разработку неинвазивного

метода дифференциальной диагностики воспалительного и невоспалительного характера поражения ВОПТ у этой категории пациентов. Для верификации заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта нами предложен способ диагностики путем исследования желудочного сока с определением уровня нитрат-ионов и при их значении выше 2 ммоль/л выявляют воспалительные изменения ВОПТ, а при концентрации нитрат-ионов ниже 2 ммоль/л — функциональные. Предложенный нами метод позволяет среди всех младенцев с гастроинтестинальными нарушениями выделить группу детей с подтвержденным воспалительным характером процесса в ВОПТ для проведения необходимого в данной ситуации исследования (ФЭГДС) с целью уточнения локализации воспалительного процесса.

Принципиально важно, что при гистологическом исследовании биоптатов и уреазном тесте, ни у одного обследованного ребенка раннего возраста с воспалительными поражениями ВОПТ не был выявлен *Helicobacter pylori*. В последние годы активно обсуждается роль условно-патогенной флоры в развитии воспалительных заболеваний эзофагогастродуоденальной зоны. Нашими исследованиями показано, что при наличии воспалительного заболевания гастродуоденальной зоны у детей отмечается снижение представителей нормальной микрофлоры желудка и расширение видового состава за счет достоверного увеличения числа условно-патогенной флоры, несвойственной данному биотопу, преимущественно за счет энтеробактерий, что свидетельствует о развитии дисбиоза эзофагогастродуоденальной зоны при воспалительных заболеваниях ВОПТ. Нами предложена и внедрена лечебная программа при синдроме срыгиваний и рвоты у детей с перинатальными поражениями ЦНС, которая включает: 1) патогенетическую терапию, направленную нормализацию функций ЦНС 2) симптоматическую терапию для коррекции секреторных и/или моторных нарушений ВОПТ с использованием диетотерапии, по показаниям — антацидов, прокинетики, ферментов. Полученные нами результаты, свидетельствующие об участии условно-патогенной флоры в формировании воспалительного процесса в ВОПТ, открывают перспективы разработки новых схем лечения гастроинтестинальных нарушений у детей раннего возраста с учетом состояния микрофлоры эзофагогастродуоденальной зоны.

К ВОПРОСУ ОБ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДИСПЕПСИИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА

Краснова Е.Е., Чемоданов В.В., Балдаев А.А., Горнаков И.С., Копылова Л.А., Вавилов В.Ю., Клыкова Е.Н., Костылева А.В.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Детская городская клиническая больница № 1», г. Иваново

По данным эпидемиологических исследований, распространенность среди детей и подростков заболеваний, сопровождающихся синдромом диспепсии, составляет от 7 до 40%. Такая высокая

встречаемость патологии обязывает врачей при обращении пациентов с комплексом расстройств, включающих боль или дискомфорт в эпигастрии, чувство переполнения в подложечной области по-

сле еды, раннее насыщение, тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу, составляющих суть синдрома диспепсии, четко придерживаться алгоритмов диагностики. Согласно современным рекомендациям, основное количество больных с данной симптоматикой должно быть обследовано в амбулаторных условиях. Однако в повседневной практике это положение может быть выполнено далеко не всегда, что в первую очередь обусловлено большим объемом исследований, необходимых для постановки диагноза. Именно поэтому нередко сохраняется целесообразность обследования ребенка в условиях соматического стационара, где есть возможность в короткие сроки провести весь комплекс необходимых исследований.

В нашей клинике отработана четкая система обследования детей с синдромом диспепсии. Так, уже на приемном отделении врач на основании клинических симптомов проводит скрининг заболеваний, составляющих группу органической диспепсии (язвенная болезнь, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь, панкреатит). Одновременно составляется план лабораторного и инструментального обследования, включающий в первую очередь неинвазивные методы исследования, с тем чтобы в дальнейшем дифференцированно отбирать больных для проведения ФЭГДС. К таким неинвазивным тестам относятся УЗИ внутренних органов, включая исследование двигательной функции желчного пузыря, дыхательный тест на инфекцию *H. pylori*, оценка копрограммы, исследование кала на яйца глистов методом накопления и на лямблиоз, общий и биохимический анализы крови. На базе клиники апробированы и новые неинвазивные тесты — определение летучих жирных кислот в слюне, оценка активности гемато-саливарного барьера по уровню ряда макроэлементов в крови и слюне, которые с большой точностью позволяют провести дифференциальный диагноз между функциональными и воспали-

тельными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта. В настоящее время идет апробация метода гастроэнтерографии, внедрение которого позволит выявлять характер моторно-эвакуаторных нарушений и, соответственно, корригировать лечебные мероприятия.

Тщательный анализ клинических данных и результатов неинвазивных методов исследования способствует более четкому и целенаправленному отбору больных для ФЭГДС. Здесь следует отметить, что в педиатрической практике диагноз хронического гастрита/гастродуоденита чаще всего основывается именно на эндоскопических данных, поскольку морфологические исследования, являясь «большими» инвазивными методами, имеют ограниченное применение у детей. Гистологическое исследование биоптатов мы проводим в основном у пациентов с длительным течением заболевания, когда повышается вероятность формирования атрофического гастрита.

В ходе диагностического поиска нередко возникают ситуации, которые требуют существенного расширения или полного изменения первоначально запланированного комплекса исследований. При этом требуется консультация таких специалистов, как невролог, уролог, детский гинеколог, хирург и даже ортопед.

Таким образом, мы считаем, что существующие протоколы исследования составляют лишь основу для диагностики заболеваний, сопровождающихся синдромом диспепсии. Сам же процесс диагностики является индивидуальным и зависит от конкретной ситуации. А осуществление его в условиях стационара, при ежедневном контроле и возможности коррекции со стороны лечащего врача, ускоряет постановку окончательного диагноза и способствует повышению лечебно-реабилитационных мероприятий в дальнейшем.

Феллиноз: ТАКТИКА ПЕДИАТРА

Кузнецова О.В., Ратманова Г.А., Левенец А.Я., Баранова Н.Н., Бойцова Л.Н.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Феллиноз (болезнь кошачьей царапины, доброкачественный ретикулез) не редкое заболевание детского возраста. Несмотря на то, что феллиноз описан более 50 лет назад, до настоящего времени дискутируется вопрос этиологии заболевания, и как следствие этого, тактики ведения больного. В исследованиях последних лет возбудителями заболевания считались вирусы, грамотрицательные бактерии, бартолиеллы.

Цель исследования: углубленное обследование больных феллинозом детей в плане уточнения этиологических моментов заболевания в каждом конкретном случае, обобщение результатов и отработка элементов ведения в условиях амбулаторно-поликлинического звена педиатрической службы.

Под нашим наблюдением в течение 4 лет находилось 31 ребенок, у которых развитие заболевания связано с царапинами кошек. Всем детям проводи-

ли общеклиническое обследование и иммуноферментный анализ (ИФА) для выявления антител к хламидийным и токсоплазменным антигенам. Инкубационный период заболевания варьировал от 3 до 30 дней. На месте инфицированной царапины, покрытой струпом, появлялась инфильтрация мягких тканей, нагноение. Температура в течение 3—10 дней повышалась до 38—39°C. У всех детей было опухолевидное увеличение одного или нескольких региональных лимфоузлов. Увеличения лимфоузлов вне региона первичного очага не наблюдалось. Лимфоузлы плотно-эластической консистенции, не спаяны между собой и окружающими тканями, перинодулярный отек, болезненные при пальпации. Кожа над узлами была гиперемирована, с синюшным оттенком, у 2 детей цвет кожи не менялся. При вскрытии лимфоузлов (4 детей) выделялся гной желтого цвета. У 4 детей был конъюнктивит (царапины на лице), у 2 — пятнисто-папулезная сыпь, у 1 — узловатая эритема. В ана-

лизе крови: у 10 детей — лейкоцитоз, нейтрофилия; у 12 — нормальный уровень лейкоцитов, у 9 — лейкопения. Умеренно увеличенная СОЭ у 19 человек. Высокий уровень антихламидийных антител выявлен у 16 детей, токсоплазменных — у 8. Не идентифицирован тип возбудителя у 7 человек.

Учитывая значительную вариабельность инкубационного периода, особенности течения процесса, разнонаправленность показателей периферической

крови и различные результаты ИФА можно предположить, что «феллиноз» — понятие собирательное и включает в себя целый ряд заболеваний, вызванных различными возбудителями, сходных по клинической картине и объединенных общим переносчиком. Перечень диагностических обследований этих больных должен включать тесты (ИФА), позволяющие идентифицировать возбудителя и выбрать программу лечения.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ БРОНХИАЛЬНУЮ ОБСТРУКЦИЮ

Кузнецова О.В., Рывкин А.И., Побединская Н.С., Лебедев А.Б., Краснова О.Е.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Бронхиальная астма относится к распространенным и трудно контролируемым заболеваниям детского возраста, имея постоянную тенденцию к росту. Поэтому актуальной, но трудноразрешимой проблемой, является профилактика данного заболевания. Маркеры предикторов развития и прогрессирования астмы многочисленны, мало систематизированы, в основном касаются аллергической предрасположенности и изменений в антенатальном периоде. В связи с этим необходимо найти надежные прогностические маркеры, на базе которых можно выявить и сформировать группы риска детей по возникновению БА. С целью выявления факторов, способствующих формированию БА у детей, перенесших бронхообструктивный синдром в раннем возрасте (до 3 лет) нами было проведено проспективное наблюдение 33 детей в течении 10 лет. Были проанализированы данные биологического, аллергологического, генеалогического анамнезов, клинической картины заболевания. Все дети были разделены на две группы: 1 группу составили дети с повторными эпизодами БОС, 2 группа — дети перенесшие единичный эпизод бронхообструкции — это была группа сравнения в нашем исследовании.

У 81,25% (13 детей) 1 группы сформировалась бронхиальная астма, при чем у 3 (23%) — тяжелая. У 4 детей БА сформировалась в течение 1—2 лет, у 5 — манифестация отмечалась через 3—4 года, свыше 5 лет у 4 детей. В группе сравнения БА не была диагностирована. У детей, сформировавших с последующем БА, обращали на себя внимание: выраженность бронхообструктивного синдрома — у 6 (37,5%) отмечался БОС II—III ст., в группе сравнения БОС II выявлен у 4 детей (23,5%), более раннее появление одыш-

ки — через $2,3 \pm 0,23$ дня от начала заболевания, в отличие от 2 группы, где одышка появлялась через $3,5 \pm 0,51$ дня, продолжительность БОС у детей с БА была в пределах $4,72 \pm 0,85$ дня, длительность сухого кашля — $4,5 \pm 0,6$ дня, в группе сравнения — $3,71 \pm 0,35$ и $3,5 \pm 0,25$ соответственно. Отягощенная наследственность по atopическим заболеваниям (46%). В группе сравнения — у 12% детей. 8 детей (50%) имели проявления atopического дерматита в возрасте до 1 года, в группе сравнения проявления дерматита отмечались в 12% случаев. 5 детей (31,25%) родились преждевременно, у 7 (43,75%) при рождении отмечалась асфиксия различной степени тяжести, в группе сравнения у 11,76% и 17,6% соответственно. Преобладающим на первом году являлось искусственное вскармливание. С рождения не получали материнское молоко 6 (37,5%) детей, с 3—4 месяцев 5 (31,25%), в группе сравнения соответственно 23,5% и 17,6%.

Таким образом формированию бронхиальной астмы у детей, перенесших в раннем возрасте повторные эпизоды БОС, способствуют различные эндо- и экзогенные факторы, наиболее значимыми из которых являются неблагоприятное течение интранатального периода, ранний перевод на искусственное вскармливание, осложненный генеалогический, аллергологический анамнезы, особенности клинической картины заболевания (длительность, тяжесть БОС, более раннее появление одышки на фоне ОРВИ). Выделение наиболее прогностически значимых факторов риска прогнозирования формирования БА у детей позволит повысить эффективность профилактических мероприятий данного заболевания.

СОСТОЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ГЕМАТУРИИ И ГИПЕРТОНИИ

Курбатова М.В., Томс С.Р., Николаенкова Е.Ф., Кузьмичева И.Е.,
Климова И.К., Решетова Т.Г., Ларюшкина Р.М.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

У 5 детей 8—11 лет с дебютом гломеруллопатии исследована почечная гемодинамика методом реоренографии (аппарат «Реоспектр-3», «Нейрософт»). У пациентов имели место нефротический синдром, повышение артериального давления и выраженная гематурия. Все больные получали глюкокортикостероидную, мочегонную, гипотензивную, дезагрегантную терапию. Детей обследовали дважды — через 1 и 4 недели от момента поступления в стационар. Группу сравнения составили 10 больных хроническим гломерулонефритом в периоде ремиссии. Контрольная группа — 10 здоровых детей.

В активную фазу заболевания у всех больных выявлено значительное снижение реографического индекса ($PI_{RS} = 0,049 \pm 0,005$ у.е.; $PI_{RD} = 0,061 \pm 0,005$ у.е.; $PI_N = 0,16—1,22$ у.е.) и амплитудно-частотного показателя ($AЧП_{RS} = 0,41 \pm 0,02$ у.е.; $AЧП_{RD} = 0,45 \pm 0,04$ у.е.; $AЧП_N = 1,05—1,16$ у.е.), отражающих пульсовое объемное кровенаполнение почек. Тонус почечных артерий повышался ($\alpha_{RS} = 0,23 \pm 0,02$ с; $\alpha_{RD} = 0,27 \pm 0,02$ с; $\alpha_N = 0,11—0,16$ с), а эластичность их не изменялась. В обеих почках был замедлен венозный отток ($T_{кат_Q_X_{RS}} = 0,62 \pm 0,05$ с; $T_{кат_Q_X_{RD}} = 0,63 \pm 0,04$ с; $T_{кат_Q_X_N} = 0,48—0,54$ с), что было связано, по-видимому, со снижением тонуса посткапилляров ($ДИА_{RS} = 44,00 \pm 3,9\%$; $ДИА_{RD} = 52,66 \pm 3,9\%$; $ДИА_N = 59—63\%$).

Итогом вышеуказанных изменений явилось замедление времени трансрениальной гемоциркуляции

($Tцирк_{RS} = 0,51 \pm 0,06$ с; $Tцирк_{RD} = 0,49 \pm 0,04$ с; $Tцирк_N = 0,63—0,73$ с). Указанные изменения сочетались с нарушением фильтрационной функции почек (клубочковая фильтрация составила 45—55 мл/мин). Повторное исследование почечной гемодинамики через 4 недели от момента поступления (при нормализации артериального давления, слабо выраженной гематурии и протеинурии) выявило сохраняющееся снижение почечного кровотока ($PI_{RS} = 0,072 \pm 0,006$ у.е.; $PI_{RD} = 0,078 \pm 0,007$ у.е.; $AЧП_{RS} = 0,64 \pm 0,05$ у.е.; $AЧП_{RD} = 0,71 \pm 0,06$ у.е.), по-видимому, за счет высокого тонуса артерий ($\alpha_{RS} = 0,19 \pm 0,02$ с; $\alpha_{RD} = 0,20 \pm 0,02$ с) и венозного застоя ($ДИА_{RS} = 52,42 \pm 5,1\%$; $ДИА_{RD} = 56,85 \pm 4,3\%$). В группе сравнения отмечена аналогичная направленность изменений почечной гемоциркуляции. Таким образом, у детей с дебютом гломеруллопатии, манифестирующей нефротическим синдромом, гематурией и гипертензией, независимо от уровня артериального давления, имеют место пролонгированные вазоспастические реакции. Это, по нашему мнению, может способствовать прогрессивному течению заболевания, усугублению изменений почечной гемодинамики, активации ренального механизма артериальной гипертензии с формированием в последующем стойкой артериальной гипертензии. Можно полагать, что замедление восстановления гемодинамики, длительная гипоксия органа нарушает метаболизм в почечной ткани, являясь одним из звеньев патогенеза нефросклероза.

КОРРЕКЦИЯ ОБМЕННЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОКСАЛУРИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ И РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Лавров Г.Л., Чемоданов В.В., Балдаев А.А., Мясникова И.В., Хрипунов А.И.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

МУЗ «Детская городская клиническая больница №1», г. Иваново,

Частота заболеваний оксалурической нефропатией (ОН) и рецидивирующим обструктивным бронхитом (РОБ) у детей увеличивается. Обе эти нозологии чаще всего ассоциированы с синдромом дисплазии соединительной ткани, сопровождающимся морфофункциональными нарушениями сердечно-сосудистой, билиарной и вегетативной нервной систем. Оксалурия, являющаяся непосредственной причиной поражения почек при ОН наблюдалась нами у 64,7% детей, больных РОБ. При этом известно, что нарушение обмена щавелевой кислоты вызывает системную нестабильность цитомембран, дефицит энзимов митохондрий, изменяет вегета-

тивную реактивность. Аналогичные нарушения характерны и для синдрома дисплазии соединительной ткани. В связи с этим мы предприняли попытку коррективной фармакотерапии ОН и РОБ.

Из находящихся на лечении в стационаре детской клинической больницы №1 были отобраны 10 детей 5-7-летнего возраста, у каждого из которых помимо ОН или РОБ имелись дисфункции желчного пузыря на фоне аномалий его развития, малые аномалии развития сердца, очаги хронической инфекции в носоглотке в сочетании с ослож-

ненным аллергологическим анамнезом и проявлениями атопии. Больным дополнительно назначали двухнедельный курс лечения комплексом пробиотиков НПО «Вектор-БиАльгам» — «Бифидум 791 БАГ», «Трилакт» и «Экофлор».

Наши предшествовавшие клинические испытания пробиотического комплекса подтвердили его высокую эффективность при патологических состояниях, сопровождающихся атопическими реакциями, дисбиозом кишечника, нарушением иммунобиологической резистентности, интоксикацией и метаболическими расстройствами, связанными с нарушением обмена витаминов и микроэлементов в организме.

В результате лечения у всех больных были получены положительные результаты. В частности, клинические признаки улучшения состояния (нормализация температуры тела, уменьшение симпто-

мов интоксикации и воспаления, купирование бронхообструкции) у детей, получавших пробиотики, проявлялись на 2—5 дней раньше. Помимо стойкого купирования бронхообструкции, мы наблюдали нормализацию состава мочевого осадка, достоверное уменьшение суточной оксалурии на фоне нормализации гематологических коэффициентов клеточной фагоцитарной защиты и аллергической настроенности организма. Ни в одном случае нами не установлено побочных реакций данных пробиотических препаратов.

Полученные результаты клинических наблюдений, верифицированные положительными сдвигами показателей гемограммы и мочи, позволяют рекомендовать использование пробиотического комплекса «Бифидум 791 БАГ», «Трилакт» и «Экофлор» в качестве сопровождающей терапии ОН и РОБ у детей.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, БОЛЬНЫМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА

Лавров Г.Л., Чемоданов В.В., Балдаев А.А., Радостина Л.В., Мясникова И.В., Охрименко В.С.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Детская городская клиническая больница №1», г. Иваново

Проведен анализ лечебно-диагностического процесса и качества оказания помощи больным рецидивирующим обструктивным бронхитом (РОБ) в условиях дневного стационара городской детской больницы. Группа детей из 127 человек составила 62% от общего количества пациентов с заболеваниями органов дыхания. При этом у детей в 71,6% случаев имелись очаги хронической инфекции в носоглотке, у 75,2% — минимальная мозговая дисфункция. Осложненный аллергологический анамнез с различными проявлениями атопии определялся у 37,1% пациентов. У 67,4% детей обнаруживалось высокое содержание оксалатов в моче, в среднем составлявшее 159,8 мкмоль/л/сут, как правило, сопровождавшееся дисфункцией желчевыводящих путей. У трети больных отмечались различные сочетания признаков синдрома дисплазии соединительной ткани. Важно, что более половины всех диагностированных патологических состояний были выявлены в условиях дневного стационара, при назначении комплексного обследования, включавшего проведение УЗИ внутренних органов, определение функций внешнего дыхания, нейрофизиологическое и рентгенологическое исследования, аллерготестирование, лабораторно-биохимическое обследование и консультации врачей-специалистов. Поэтому оборот койки в среднем составил 29,3 при плане 24,6, а трети больных потребовалась повторная госпитализация.

Общепринятая базисная терапия РОБ сочеталась с назначением лечебно-охранительного режима, диетотерапии, санацией носоглотки, различными видами массажа, дыхательной и лечебной гимнастики. Использовались ингаляции эфирных масел,

аэроионов. Более 70% больных получали пробиотики, в том числе производства центра «Вектор-БиАльгам» — «Бифидум 791 БАГ» и «Экофлор», ферментные препараты. В лечении применялись растительные адаптогены, неспецифические иммуномодуляторы, гепатопротекторы, лекарственные средства, нормализующие легочную и центральную гемодинамику, гипосенсибилизирующие мембраностабилизирующие средства. Каждый больной получал в среднем до 25 различных физиопроцедур.

Для устранения нарушений обмена щавелевой кислоты, сопровождающихся системной нестабильностью цитомембран, дефицитом митохондриальных энзимов и изменением вегетативной реактивности, широко использовались ксидифон, витамины В₆ и Е, а при необходимости — глицин. Установлено, что скоординированная комплексная терапия оказывала выраженный положительный эффект. Все получавшие лечение больные на 9—18-й день выписывались из стационара в стадии стойкой клинической ремиссии по основному и сопутствующим заболеваниям, а в анамнезе у них было отмечено уменьшение частоты и длительности рецидивов и снижение риска развития осложнений.

Как видим, реабилитация пациентов с рецидивирующей бронхолегочной патологией в условиях детского дневного стационара, базирующаяся на знании ее патогенетических механизмов, позволяет разнообразить формы, улучшать результативность работы с больными, повышая в конечном итоге экономическую эффективность медицинского обслуживания пациентов.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Лапочкина Н.П.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Прошедшие 30 лет официального развития пренатальной и перинатальной психологии и медицины были годами накопления фактов и их анализа, осмысления появившейся проблемы, которая постепенно оформилась в новое направление философской мысли. В настоящее время получено много данных подтверждающих реальность психоэмоционального взаимодействия между матерью и ее неродившимся ребенком (Fedor-Freybergh, Grof, Janus, Turner, Chamberlain, Kafkalides, другие).

Основателем перинатальной психологии и медицины в России является профессор, д-р мед. наук Г.И. Брехман.

Связь ребенка со своей матерью начинает формироваться до рождения («Бондинг» от англ. *bonding* — «связывание, привязанность»). Он влияет на появление позитивных качеств ребенка, его психическое и физическое развитие. Как показали наши исследования, у современной российской беременной женщины, практически здоровой, зрелой психически, без серьезных социальных проблем, вынашивающей желанного ребенка, при исследовании методом Люшера предпочтение 5-му цвету в первой паре отдали большинство женщин в 1, 2 и 3-м триместрах (в 1-м триместре — 61,7%, во 2-м — 77,6% и в 3-м — 85,0% женщин). Тогда как в группе женщин, поступивших для прерывания беременности достоверно меньше (в 1 триместре — 47,9%, во 2-м — 64,1% женщин). Выбор 5 цвета во 2-й паре может указывать на недостаточную связь матери со своим ребенком, а его выбор в 3-й паре может свидетельствовать об отсутствии бондинга и необходимости психотерапевтического вмешательства.

Среди факторов, тормозящих восприятие матерью своего ребенка, ведущими являются психологические особенности женщины, социально-экономические и культурные условия. Психологическая коррекция и психотерапия, показанная в том или ином случае, строится на современных достижениях перинатальной психологии и медицины. В частности, содержательная часть беседы должна включать в себя сведения об эмоциональной жизни ребенка до рождения, его памяти и значении отвержения ребенка во время беременности для его последующего психического и физического развития, формирования чувства любви и привязанности к матери.

Отсутствие бондинга может явиться фоном для усиления агрессии и целого ряда психологических проблем человека и/или психосоматических расстройств и заболеваний ребенка, которые проявляются у него сразу же после рождения или на одном из возрастных этапов (Шилиев Р.Р. и соавт., Философова М.С. и соавт., Шниткова Е.В., др.).

По данным ВОЗ две трети нежелательных беременностей прерываются, одна треть — сохраняет-

ся и завершается родами, то есть в течение всей беременности ребенок получает информацию от матери о том, что он нежеланный, и проходит до рождения полный курс ненависти и отвержения.

Нежеланные дети/взрослые обладают в различных комбинациях набором психологических особенностей: сниженная жизнерадостность, повышенная обидчивость, плаксивость, низкая самооценка, слабо развитое чувство собственного достоинства, неуверенность в себе, в своих силах и возможностях, большая зависимость, заостренная потребность в признании, отсюда — нередко криминальные способы реализации этой потребности, что проявляет имеющиеся асоциальные тенденции. У них обнаруживается недоброе отношение, мешающая воспринимать профессиональные успехи и счастье других, колкость, ироничность, плохо сформированное чувство привязанности и отзывчивости, отсутствие взаимопонимания с теми, кто родился желанным, скрытая депрессия, боязнь змей, страхи и фобии, неврозы, нередко проявление психопатических черт (Matejsek Z., et al., 1980; Захаров А.И., 1994; наши данные, 1998).

Психологические проявления нередко комбинируются с соматическими или психосоматическими симптомами: пренатальная дистрофия, после рождения — плохой аппетит, хронический бронхит, пневмония на фоне низких показателей иммунологической реактивности, энурез, нейродермит, язвы желудка, пилоростаз, несчастные случаи (Verny T., et al., 1980; Захаров А.И., 1994; Брехман К.Ш., Брехман Г.И., 1998 и др.).

Нежелательную беременность характеризуют и акушерские, и перинатологические проблемы: угроза невынашивания, ранние и поздние гестозы, преждевременные роды, осложненные и затяжные роды, родовое излитие вод, болезненные схватки, оперативное родоразрешение (кесарево сечение, акушерские щипцы), обвитие пуповины вокруг шеи ребенка, синдром внутриутробной гипоксии, синдром задержки внутриутробного развития, асфиксия новорожденного и реанимация, проблемы грудного вскармливания: отказ от груди, гипогалактия, искусственное вскармливание (den Bergh, 1991; Захаров А.И., 1994; собственные данные).

Обмен информацией между матерью и ребенком происходит преимущественно на биологическом уровне, через маточно-плацентарный круг с кровью движущейся по пуповине, клеточном уровне — через межклеточные пространства, через околоплодные воды. Обмен информацией между матерью и ребенком является многоуровневой, полифонической, квантовой системой, обеспечивающей взаимодействие матери и неродившегося ребенка.

Большое значение в подготовке к родам беременной женщины имеет участие отца ребенка в подготовке родов, что уменьшает количество осложнений и снижает восприимчивость новорожденных к стрессам (немецкий ученый Х. Никкель). Отношения малыша, формирующиеся в триаде «отец — мать — ребенок» способствуют тому, что новорожденный доброжелателен, весел, рано начинает улыбаться. Для многих отцов первая беременность жены становится периодом острого ожидания, сомнений, пересмотра установок, смены ролей, изменения отношения к жене. Отцы, присутствующие при родах, говорят, что они практически сразу привязывались к ребенку, чувствовали эмоциональный подъем, гордость. Отцы, державшие ребенка на руках сразу после рождения, и в дальнейшем продолжали больше играть со своими детьми, заботиться о них и о своих женах. Такие отцы имеют большее влияние на своего ребенка. Дети чаще прислушиваются к отцу, благодаря установившимся между ними тесным, разносторонним отношениям. Общение родителей с неродившимся ребенком и новорожденным способствует улучшению взаимоотношения супругов, гарантирует любовь будущему ребенку и его успешное развитие.

В результате пренатальной подготовки сенсорная и моторная стимуляция вызывает усиление моторных способностей и интеллекта у неродившегося ребенка, которые сохраняются годами.

Постнатальная оценка развития детей с пренатальной сенсорной стимуляцией показала значительное усиление моторного развития, зрительных навыков, эмоциональных выражений и ранней речи у детей. В возрасте трех лет у этих детей тест на развитие интеллекта (IQ) возрастает на 38%, память — на 47%, социальный интеллект — на 51%, рассудочная деятельность — на 82%.

Таким образом, накопленный фактографический материал указывает на перспективность использования различных программ пренатального воспитания, в которых используются методы психокоррекции у беременных и антенатального воспитания неродившегося ребенка с целью создания зоны комфорта вокруг беременных женщин, «беременных пар», с целью рождения здоровых, а может быть, и уникальных детей. Правильно проведенная подготовка беременных пар к родам обеспечивает «сладостные роды» — рождение ребенка без мук и страданий, что позволяет сформировать новорожденным позитивные жизненно важные позиции.

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Масленникова О.М., Назарова О.А., Мишина И.Е., Лебедева О.Н.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрав»

ГУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново

Артериальная гипертензия (АГ) — наиболее частое заболевание, осложняющее течение беременности, а также ведущая причина материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. По данным зарубежных и отечественных авторов, АГ диагностируется у 4—8% беременных, а однократное повышение АД выше 140/90 мм рт. ст. регистрируется примерно у 40—50% женщин.

Нами были обследованы 44 беременные женщины с «офисными» подъемами АД выше 140/90 мм рт. ст. Проведение суточного мониторинга АД и исследование скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) по сосудам крупного и среднего калибра проводилось во втором триместре беременности (срок гестации — $17,3 \pm 4,5$ недель).

Суточное мониторирование АД является важным дополнительным методом обследования беременных с целью оценки тяжести течения АГ и эффективности проводимой терапии, а также диагностики «гипертонии белого халата». Так, в нашем исследовании результаты суточного мониторинга позволили выделить группу беременных со стойкой АГ (35 человек) и 9 женщин с нормальным профилем АД в повседневной жизни, то есть «гипертонией белого халата».

При анализе суточных профилей АД выявлены достоверные различия между двумя выделенными подгруппами, имеющими повышенное АД на

приеме у врача. Кроме того, высокая вариабельность АД, как систолического, так и диастолического, встречалась у беременных с АГ почти в 5 раз чаще, чем у пациенток с «гипертонией белого халата» (соответственно 54,6 и 11,1%). Таким образом, суточное мониторирование АД является более эффективным методом диагностики АГ у беременных, чем однократные измерения АД.

Учитывая известный факт изменения СРПВ у больных артериальной гипертензией, дизайн исследования предусматривал также включение небеременных пациенток с АГ 1—2 степени без значимой сопутствующей патологии (20 человек) и контрольную группу, состоящую из небеременных женщин с нормальным уровнем АД без значимой сопутствующей патологии (35 человек). Все группы обследованных были сопоставимы по возрасту (средний возраст — $29,7 \pm 4,4$ лет) и полу.

СРПВ по сосудам эластического и мышечного типа изучалась на аппаратно-программном комплексе «ПолиСпектр12» (ООО «НейроСофт», г. Иваново). СРПВ определялась по скорости запаздывания пульсовой волны на периферии по отношению к центральному пульсу. Регистрация сфигмограмм осуществлялась в стандартных условиях на участке сонная—бедренная артерия (СРПВ по сосудам эластического типа, C_3) и сонная—лучевая артерия (СРПВ по сосудам мышечного типа, C_m). Оце-

нивали также отношение СРПВ по сосудам мышечного типа к СРПВ по сосудам эластического типа. (C_m/C_3).

У обследованных беременных женщин как с АГ, так и с «гипертонией белого халата», среднее значение СРПВ по сосудам мышечного типа было практически одинаковым. У здоровых небеременных женщин данный показатель, характеризующий тонус сосудов, был гораздо выше ($p < 0,01$). Можно предположить, что в данном периоде беременности у обследованных пациенток, как и в норме, происходят изменения гемодинамики, связанные с сосудорасширяющим эффектом гормонов (эстрогенов, прогестерона) и других вазодилатирующих факторов. Самой же высокой СРПВ по сосудам среднего калибра, как и ожидалось, оказалась в группе небеременных женщин с АГ.

Что касается СРПВ по сосудам эластического типа, то, как и СРПВ по сосудам мышечного типа, она была достоверно выше у небеременных пациенток с АГ ($p < 0,05$). Неожиданно, у беременных с АГ оказалось самое низкое значение СРПВ по сосудам крупного калибра. Данный показатель был даже несколько ниже, чем в контрольной группе, хотя и недостоверно.

Соотношение C_m/C_3 также было самым высоким в группе небеременных женщин с АГ. Во всех остальных группах обследованных оно достоверно не различалось.

Результаты проведенного исследования показали, что значения СРПВ, характеризующие эластические свойства сосудов крупного (C_3) и среднего (C_m) калибра у беременных женщин с АГ, подтвержденной результатами суточного мониторирования АД, значительно ниже, чем у небеременных пациенток с АГ того же возраста. Кроме того, нами отмечено, что при соответствии СРПВ по сосудам эластического типа у беременных с АГ возрастной норме, СРПВ по сосудам мышечного типа было ниже, чем в контрольной группе. Изменения СРПВ у беременных с АГ и «гипертонией белого халата» носили однонаправленный характер. Следовательно, эластические свойства артерий крупного и среднего калибра не являются определяющими в поддержании повышенного АД во время беременности. Все это может говорить об иных патогенетических механизмах гипертензии у беременных женщин.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЙ ПОДХОД В ОБРАЗОВАНИИ КАК ОСНОВА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКА

Мишурина Е.А.

МОУ «Общеобразовательная средняя школа №55», г. Рязань

В настоящее время произошло осмысление растущей роли образовательных учреждений в формировании гармонически развитого, здорового поколения. Особенно актуальной данная проблема стала в переходный период развития нашего общества, когда произошла девальвация нравственных ценностей, рост правонарушений среди несовершеннолетних, потеря приоритетов здорового образа жизни. С другой стороны, современное российское общество и интенсивно развивающийся рынок труда предъявляют все большие требования к физическому, душевному и нравственному здоровью граждан. Ухудшение показателей здоровья и образа жизни подрастающего поколения до настоящего времени является общенациональной проблемой, в решении которой большую роль призвано сыграть педагогическое сообщество.

Для разрешения этих задач необходимо создание воспитательного механизма, адекватного новому времени. Как указано в законе РФ «Об образовании», одним из современных требований является гуманизация образования, которая в том числе обеспечивается задачами образовательных учреждений по охране здоровья обучающихся и воспитанию у детей бережного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих. Воспитание гармонически развитого человека происходит в течение всей его жизни, однако наиболее чувствительным периодом является школьный возраст. Однако современное школьное об-

разование не создает достаточных условий для формирования культуры здоровья школьников.

Вышесказанное формирует противоречие между растущей потребностью реализации здоровьесберегающей составляющей в системе гармонического развития школьника и недостаточной разработанностью этого вопроса в современной педагогической теории и практике. Сложной научно-практической проблемой является обоснование и внедрение условий для эффективного формирования культуры здоровья гармонически развитого школьника.

По нашему мнению, формирование культуры здоровья школьника будет эффективным, если оно выступает как неотъемлемая часть системы гармонического развития в средней общеобразовательной школе при реализации следующих педагогических условий:

- включение культуры здоровья в состав приоритетных целей гармонического развития школьника;
- разработка и внедрение структурно-функциональной модели учебно-воспитательного процесса, основанного на единстве аксиологического, культурологического, личностно-деятельностного и здоровьесберегающего подходов, а также принципов гуманизации, системности и креативности;
- формирование культуры здоровья происходит на основе единства физического, духовно-

нравственного, трудового, умственного, эстетического воспитания и духовного развития школьника;

- функционирование системы непрерывного профессионального образования педагогов по формированию культуры здоровья;
- создание в процессе профессиональной деятельности стимулов для творческой педагогической здоровьесберегающей деятельности;
- комплексирования действий субъектов образовательного процесса в сфере формирования культуры здоровья.

Методологической основой работы по охране здоровья школьника в условиях школы являются: принципы: единства сознания и деятельности, детерминизма, развития, гуманизма; комплексный, субъектный и системный подходы к анализу проблемы (П.А. Анохин; Б.Г. Ананьев, Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, Н.В. Кузьмина, Б.Ф. Ломов); принцип гетерохронности различных видов обучения и воспитания (Б.Г. Ананьев); аксиологический подход в педагогических исследованиях (Т.К. Ахаян, З.И. Васильева, М.Г. Казакина, А.В. Кирьякова, Е.И. Казакова, В.В. Николина, К.Д. Радина); идеи личностно-деятельностного подхода (Е.В. Бондаревская, И.А. Зимняя, В.А. Сластенин, А.П. Тряпицына, И.С. Якиманская, Е.Н. Шиянов); гуманистическая направленность ценностей (М.С. Каган, В.П. Тугаринов, А.А. Гусейнов, В.А. Ядов); научные основы организации воспитательного процесса (В.В. Краевский, И.Я. Лернер, А.В. Мудрик); подходы к пониманию культуры здоровья (Э.Н. Вайнер, Е.В. Волинская, Л. Волошина, Н.В. Гончарова).

Теоретическую основу воспитания культуры здоровья гармонически развитой личности составляют: идеи классической педагогики о значимости воспитания здорового ребенка, принцип природосообразности развития личности (Я.А. Коменский, Д. Локк, Ж.-Ж. Руссо, И.Г. Песталоцци, К.Д. Ушинский); концепции образования в области здоровья (Г.Л. Апанасенко, Н.М. Амосов, Э.Н. Вайнер, Г.К. Зайцев, А.Я. Иванюшкин, Э.М. Казин, В.П. Казначеев, В.В. Колбанов); теория личностного подхода к образованию (В.Н. Мясищев, С.Л. Рубинштейн, П.М. Якобсон); антропологический подход к образованию (Б.Г. Ананьев, Ш.А. Амонашвили, В.М. Бехтерев, А.П. Доброславин, В.И. Гинецинский, П.Ф. Каптерев, В.А. Сухомлинский, К.Д. Ушинский, В.Д. Шадриков); подходы к решению проблем нравственного формирования личности (Е.В. Бондаревская, В.И. Васильева, Т.Е. Конникова, Т.И. Власова, В.Д. Шадриков); гуманистическая направленность воспитания личности (Е.В. Бондаревская, О.С. Газман, А. Маслоу, К. Роджерс,

К. Юнг, Н.Е. Щуркова, С.В. Кульневич, Л.И. Маленкова, В.В. Сериков, И.С. Якиманская).

Для изучения вопросов охраны здоровья школьника в исследовании нами использовались следующие методы: теоретический анализ методической и научной литературы; обобщение педагогического опыта в сфере формирования культуры здоровья; педагогическое наблюдение и педагогический эксперимент; анкетирование, опрос, качественный и количественный анализ; моделирование, самоанализ воспитательной деятельности, статистический анализ полученных данных.

Основные блоки исследования отражают основу здоровьесберегающего подхода в образовательном процессе средней школы:

1. *Сущность и содержание культуры здоровья школьника* как составляющей гармонически развитой личности школьника и современные проблемы её формирования. Культура здоровья школьника — это категория, интегрирующая личностные качества, определяющие здоровьесберегающий стиль поведения. Культура здоровья формируется в ходе целенаправленной деятельности педагога, направленной на гармоническое развитие личности и основанной на системном, аксиологическом, личностно-деятельностном, гуманистическом, культурологическом и здоровьесберегающим подходах.
2. *Концептуальная модель формирования культуры здоровья* в системе гармонического развития личности школьника включает ценностно-целевой, субъект-субъектный, содержательный, процессуально-коммуникативный, диагностико-результативный и рефлексивный компоненты и предполагает взаимосвязь различных педагогических сред на уровне класса, школы, семьи.
3. *Педагогические условия и критерии эффективного формирования культуры здоровья школьника*. Эффективность работы по формированию культуры здоровья обеспечивается комплексом психолого-педагогических (внутренних) и организационно-педагогических (внешних) условий. Критериями качества профессиональной деятельности педагогов в сфере по формированию культуры здоровья являются: показатели педагогической эффективности (динамика показателей культуры здоровья школьников, продукты деятельности учителей в сфере здорового образа жизни) и показатели социальной эффективности (активность и удовлетворенность родителей и детей в работе по формированию культуры здоровья).

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С РЕЗУЛЬТАТАМИ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ

Никулина Н.Н., Лошакова О.Д., Якушин С.С., Калинина Л.П., Зайцева Н.В.
ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова Росздрава»

Коронароангиография (КАГ) — один из наиболее информативных методов диагностики коронарного атеросклероза. Диагностическую ценность всех других методов исследования при этой патологии определяют, сопоставляя их с результатами КАГ. Без проведения КАГ диагноз «ишемическая болезнь сердца» (ИБС) носит в определенной степени вероятностный характер.

В последнее время все больше внимания уделяется изучению клинического течения ИБС и результатов, получаемых при проведении ангиографии коронарного русла у женщин. Несмотря на наличие целого ряда проводимых работ, до настоящего времени особенности клинических проявлений и патоморфологическая основа острого коронарного синдрома (ОКС) у женщин изучены недостаточно. Имеющиеся данные о симптоматике, диагностике и лечении ИБС у женщин не могут быть исчерпывающими для формулировки тактики их ведения.

Цель исследования — анализ клинических проявлений ОКС у женщин и их взаимосвязи с данными объективных методов исследования: электрокардиографии (ЭКГ), велоэргометрии (ВЭП), КАГ.

Проведен ретроспективный анализ 106 историй болезни пациенток с ИБС, которым проводилась КАГ. Изучались: возраст пациенток, особенности анамнеза (наследственность, сопутствующая патология), особенности клиники ИБС (типичность или атипичность болевой синдром), данные дополнительных методов исследования (ЭКГ, ВЭП), результаты КАГ, подтверждение/исключение диагноза ИБС дополнительными методами исследования и др. Следует заметить, что при оценке результатов КАГ за гемодинамически значимое принималось сужение коронарных артерий на 70% и более, а при поражении основного ствола левой коронарной артерии — сужение на 50%.

Средний возраст женщин составил $54,0 \pm 1,3$ года, длительность ИБС в анамнезе — $5,8 \pm 0,5$ года. У $26,4 \pm 4,28\%$ пациенток выявлен инфаркт миокарда (ИМ). Артериальная гипертония (АГ) наблюдалась в $92,5 \pm 2,56\%$ случаев, причем средняя длительность АГ — $10,6 \pm 0,7$ года. У $30,2 \pm 4,5\%$ женщин выявлено ожирение и у $9,4 \pm 2,8\%$ — сахарный диабет II типа.

Установлены следующие варианты диагноза при поступлении: нестабильная стенокардия — $62,3 \pm 4,7\%$, стенокардия напряжения II ФК — $5,7 \pm 2,25\%$, III ФК — $18,0 \pm 3,7\%$, острый ИМ — $14,0 \pm 3,37\%$. В $83,0 \pm 3,65\%$ случаев бо-

левой синдром был типичным стенокардитическим. При оценке данных ЭКГ крупноочаговые изменения наблюдались у $22,6\%$ женщин, изменения конечной части желудочкового комплекса — у $47,2\%$, внутрижелудочковые блокады — у $7,5\%$, экстрасистолия — у $10,4\%$. Зарегистрированы следующие результаты КАГ: у $26,4\%$ женщин — гемодинамически значимый стеноз (1—3 артерий), у $30,2\%$ — гемодинамически незначимый стеноз, в $43,4\%$ случаев данных за атеросклеротическое поражение коронарных артерий не было. Крупноочаговым изменениям на ЭКГ типичный болевой синдром предшествовал лишь в $79,2\%$ случаев, на КАГ у таких пациенток гемодинамически значимый стеноз обнаружен в $20,8\%$ случаев, гемодинамически незначимый — в $62,5\%$, «чистые» сосуды — в $16,7\%$. При наличии изменений конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ типичный болевой синдром выявлен в $78,0\%$, гемодинамически значимый стеноз обнаружен в $34,0\%$ случаев, гемодинамически незначимый — в $22,0\%$, «чистые» сосуды — у $44,0\%$ больных. $93,8\%$ женщин с отсутствием каких-либо ишемических изменений на ЭКГ предъявляли жалобы на типичную стенокардитическую боль. Гемодинамически значимый стеноз был выявлен лишь у $18,8\%$ таких больных, гемодинамически незначимый — у $18,8\%$ и $62,4\%$ на КАГ не имели признаков атеросклероза (АС). 13 пациенткам с «чистыми» коронарными сосудами была проведена ВЭП, которая «подтвердила» диагноз ИБС в 8 случаях.

Выводы

1. Наличие типичных стенокардитических болей у женщин является высокочувствительным, но малоспецифичным признаком ишемических изменений в миокарде (по данным ЭКГ), что подтверждает необходимость выполнения инструментальных методов исследования для уточнения диагноза, в том числе инвазивных.
2. ЭКГ-признаки имеющегося или перенесенного крупноочагового ИМ в подавляющем большинстве соответствовали стенозирующему АС коронарных артерий, однако у каждой третьей женщины с отсутствием ишемических изменений на ЭКГ выявлено АС-поражение коронарных артерий.
3. Отмечена также низкая диагностическая значимость результатов ВЭП для подтверждения АС-поражения коронарного русла.

МЕДИКО-ЭРГОНОМИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЗДОРОВЛЕНИЮ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Новосельский А.Н., Быков А.А., Пузырев О.И., Новосельская О.И., Белов И.В., Быкова Н.А.

МУЗ «Городская клиническая больница восстановительного лечения №5», г. Иваново
ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрави»

В настоящее время значительную угрозу здоровью детей представляют заболевания опорно-двигательного аппарата, нередко приводя к ранней инвалидности. По данным Всероссийской диспансеризации 2002 г. в целом по стране сколиоз встречается среди учащихся от 0,74% до 5,4%, показатель увеличивается к окончанию школы в 3—4 раза. Еще более распространены нарушения осанки, число которых выросло за этот период в 3—6 раз, достигая показателя 8,5—13,7%.

В Ивановском регионе болезни костно-мышечной системы занимают V—VI ранговое место в структуре детской заболеваемости, до 50% в данном классе заболеваний приходится на сколиозы и нарушения осанки. В Ивановской области по официальным данным на 2005 г. число детей, имеющих сколиоз, составило $1,74 \pm 0,03\%$, нарушениями осанки страдали $4,33 \pm 0,04\%$. По данным О.И. Новосельской (2006), обобщившей результаты проведенного в 2004 г. массового обследования школьников бригадой специалистов с использованием программно-аппаратного комплекса «Стабилан-3D», различные нарушения осанки встречаются у 86,6% детей, а сколиоз — у 7% обследованных. Эти показатели практически одинаковы как в элитных, так и обычных школах и значительно превышают официальные показатели. Оказалось, что из 2657 осматриваемых школьников к «здоровым» можно отнести только 6,59%, а к «больным» — 32,63%. Примечательно, что неблагоприятные типы пространственной ориентации позвоночного столба (А.Н. Новосельский, 2000) отмечались у 92,7% обследованных, а самый неблагоприятный III тип — у 31,8%. Приведенные данные показывают, что имеющаяся система здравоохранения не позволяет провести достаточно полное исследование состояния здоровья ребенка и наметить эффективные меры коррекции.

Сотрудниками ИвГМА и городской клинической больницы восстановительного лечения №5 г. Иваново разработана комплексная программа «Диагностика, лечение и профилактика патологических состояний опорно-двигательного аппарата (позвоночника) среди учащихся общеобразовательных школ Ивановского региона». В основу программы положен ряд высоких технологий, разработанных на базе клиники восстановительного лечения. В этих технологиях реализована предложенная А.Н. Новосельским концепция конституционально обусловленных типов пространственной ориентации позвоночного столба на основании профили структурно-функциональных асимметрий. Установлено, что позвоночник человека имеет «крючение» (Новосельский А.Н., 2000), которое является общей суммой микроротаций отдельных позвонков. «Крючение» позвоночника можно представить

как скрученную за концы в одном или противоположных направлениях ось. Предложенная концепция позволяет проводить донозологическую диагностику патологии позвоночника, что очень важно при выборе профилактических мероприятий. Одной из предлагаемых высоких технологий является метод скрининговой оценки состояния позвоночника, основанный на стереофотосъемке тела человека с последующей математической обработкой результата с помощью программно-аппаратного комплекса «Стабилан-3D». Программно-аппаратный комплекс «Стабилан-3D» по своим характеристикам не имеет аналогов и является идеальным для проведения массовых обследований. Программное обеспечение комплекса позволяет выявлять доклинические формы нарушений — типы пространственной ориентации позвоночного столба. Такой подход позволяет уже в младшем школьном возрасте выявлять предрасположенность к развитию деформаций позвоночника у детей (3 тип), определять оптимальный двигательный режим ребенка, подбирать и контролировать программу реабилитации. В разработанной нами программе предусмотрено так же использование новых организационных и лечебных технологий, разработаны специальные меры профилактической направленности (эргономическая мебель, специальные тренажеры, физические упражнения и т.д.).

По результатам обследования выделяются три группы пациентов (группа здоровых, группа риска заболеваний позвоночника, группа больных). Это позволяет объективно оценить потребность в лечении и предложить дифференцированные лечебные и профилактические мероприятия для выявляемых групп пациентов. Группе здоровых рекомендуются занятия спортом, группе риска специальные занятия физкультурой в школе, дома, в амбулаторных лечебно-профилактических учреждениях, оздоровление в профильных санаторных учреждениях, создаются школы для педагогов, и в первую очередь, учителей физической культуры, школа педиатров и школа родителей. Группа больных детей нуждается в этапной реабилитации, стационарном ортопедическом лечении с последующим закреплением его результатов на санаторном и амбулаторном этапах.

Детей с выраженными сколиотическими деформациями целесообразно обучать в отдельных классах оснащенных специальной, разработанной нами эргономической мебелью (парты, кресла), принцип работы которой признан изобретением в РФ и за рубежом. Устройство для длительного сидения «Дуосит» защищено патентами на изобретение РФ № 2199258 и № 2206295, удостоено

золотой медали международной выставки инноваций «Эврика — 2005» в Брюсселе, в настоящее время оформляются патенты США, Японии, Европейский и Евразийский патенты. Кресло «Дуосит» имеет разделенные на две половины сидение и спинку и производится в следующих модификациях: кресло, стул, парта школьника. Предлагаемое кресло (стул) позволяет эффективно разгрузить позвоночный столб в положении «сидя» с учетом индивидуальных морфологических и функциональных асимметрий и тем самым нормализовать работу других органов и систем организма, в первую очередь, органов малого таза, оптимизировать «кручение» позвоночника. «Дуосит» позволяет «сидя» — «идти» или «стоять», т.е. сохранять естественное физиологическое состояние позвоночника, каким является «кручение» и обеспечивать микродвижения в крестцово-подвздошных сочленениях.

Проведенное нами исследование диагональных размеров человеческого тела (от акромиона лопатки до задне-верхней подвздошной ости с противоположной стороны) позволило с высокой достоверностью установить, что диагональные размеры в положении стоя и сидя на кресле «Дуосит» находятся в большем соответствии, чем в положении стоя и сидя на обычном стуле (средняя ошибка коэффициента корреляции $r = 0,100382$ при

$n = 64$). Заложенные в «Дуосите» конструктивные особенности позволяют достичь реальной профилактики заболеваний позвоночника, болезней внутренних органов, особенно малого таза.

Предлагаемая программа была апробирована в ходе массового обследования школьников г. Иваново в 2004 г. Нуждающимся проводились лечебно-профилактические мероприятия с использованием специальной кинезотерапии, мануальной терапии, массажа и электростимуляции. Всем обследованным были выданы памятки с рекомендациями по двигательному режиму и индивидуальным комплексом кинезотерапии. Переход из дезадаптивного типа в адаптивный в результате комплексных лечебно — профилактических мероприятий отмечался у 18%. Безусловно, такой комплексный медико — эргономический подход к профилактике у школьников требует государственной поддержки. Ближайший ожидаемый результат при реализации предлагаемой программы — снижение на 17% общей заболеваемости у детей и подростков и на 40% по классу болезней костно-мышечной системы, снижение частоты обострений хронических заболеваний на 35%. При объеме исследования 60 000 учащихся первых классов общеобразовательных школ общие затраты на реализацию проекта составят 155 000 000—200 000 000 руб.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ СТЕНОЗИРУЮЩИМИ ЛАРИНГОТРАХЕИТАМИ, В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Орлова С.Н., Рывкин А.И., Мандров С.И., Караваев В.Е., Аленина Т.М., Бердунова Е.Г., Калистратова Е.П., Черевко Е.Ю., Познышева И.В.
 ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрова»
 МУЗ «Городская клиническая больница №1», г. Иваново
 МУЗ «Городская клиническая больница №2», г. Иваново
 МУЗ «Станция скорой медицинской помощи г. Иваново»

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) относятся к группе самых распространенных как у детей, так и у взрослых. В большинстве случаев ОРВИ протекают легко, но у детей нередко они могут вызывать серьезные осложнения. Таким состоянием, требующим оказания неотложной помощи, является стенозирующий ларинготрахеит (СЛТ). И от того, как быстро и правильно пациенту будет оказана помощь на каждом из этапов медицинского обслуживания, порой зависит жизнь ребенка.

С 1999 г. в городе Иваново осуществляется программа, направленная на преемственность оказания медицинской помощи и проведение реабилитации детям, перенесшим острый стенозирующий ларинготрахеит, развившийся на фоне ОРВИ. Многолетний опыт показал, что наиболее эффективный путь профилактики данной патологии связан с этапным проведением лечебно-оздоровительных мероприятий. Программа объединяет несколько этапов: станцию скорой медицинской помощи, инфекционный стационар, детское пульмонологическое отделение областной клинической больницы, поликлиники города, от-

деления восстановительного лечения. Помимо специальных задач на всех этапах решаются задачи образования врачей, а также больных детей и их родителей.

Специализированная помощь детям, больным острым стенозирующим ларинготрахеитом в городе Иваново и Ивановском районе оказывается в отделе острых респираторных инфекций, входящему в состав многопрофильной городской клинической больницы №1. Госпитализация таких пациентов в 79 % осуществляется бригадами скорой медицинской помощи, в 21% случаев — по направлению участкового врача, в 40% — в ночное время.

Острый стенозирующий ларинготрахеит — urgentное состояние, требующее оказания неотложной помощи уже на догоспитальном этапе. Врачами СМП при явлениях СЛТ 2 степени (субкомпенсированный стеноз гортани) выполняются ингаляция через небулайзер беродуала или беротека. Всем пациентам этой группы внутримышечно вводится преднизолон из расчета 1—2 мг/кг. Транспортировка больных осуществляется в положении

сидя (на руках у матери) при постоянной подаче увлажненного кислорода через маску.

При наличии СЛТ 1 степени (компенсированный стеноз гортани) врачами СМП осуществляется небулизация растворов беродуала или беротека, у части детей — ингаляция сальбутамола через маску. Этим детям внутримышечно вводятся спазмолитики — но-шпа или папаверина гидрохлорид, по показаниям (при наличии ярко выраженных проявлений кожной атопии) назначаются антигистаминные препараты — тавегил, супрастин.

Прием детей, больных ОРВИ со СЛТ на стационарное лечение осуществляется врачом инфекционистом. В 2006 г. 6 (1,7%) детям медицинская помощь оказывалась в палате интенсивной терапии (ПИТ) врачами реаниматологами. В отделении дети находились по поводу декомпенсированного стеноза гортани в течение 1—2 суток. Проведению лечения в ПИТ нуждалась дети раннего возраста, у которых явления СЛТ развились на фоне тяжелой соматической патологии — врожденного порока сердца, детского церебрального паралича, ожирения, тяжелых перинатальных поражений головного мозга. ПИТ оснащен паракислородной камерой, ингаляторами для распыления растворов, аппаратами искусственной вентиляции легких и наркозным, ларингоскопами. За последние 8 лет трахеостомия и/или интубация трахеи детям со СЛТ не выполнялись.

В инфекционном отделении медицинская помощь детям со СЛТ осуществляется врачами инфекционистами, педиатром, отоларингологом, при участии физиотерапевта, рентгенолога. Целью данного этапа является полное купирование явлений СЛТ, ликвидация лихорадки, инфекционного токсикоза, уменьшение выраженности катара верхних дыхательных путей. При проведении антибактериальной терапии используется ступенчатая схема назначения антибиотиков. В отделении широко применяются ингаляции β_2 -агонистов и кортикостероидов (пульмикорт). Внедрение небулайзерной терапии в схему лечения СЛТ привело к значительному сокращению внутривенных инфузий зифиллина и кортикостероидов.

Но как бы тщательно не проводилось лечение в остром периоде заболевания, оно не всегда приводит к полной ликвидации воспалительных изменений в системе органов дыхания.

Дети, перенесшие ОРВИ со СЛТ, направляются на реабилитацию сразу же после купирования у них катарального синдрома, лихорадки, интоксикации с соблюдением сроков эпидемиологической безопасности. Целью данного этапа является закрепление результатов лечения, достигнутого в стационаре; комплексная санация очагов хронической инфекции; повышение неспецифической ре-

зистентности. Осуществляют реабилитацию врачи педиатры, физиотерапевт, врач ЛФК, невролог, диетолог.

В ходе наблюдения и обследования была выделена группа детей со стойкими нарушениями функции внешнего дыхания по обструктивному типу, положительными реакциями на скрытый бронхоспазм, отсутствием значительного улучшения при использовании данной схемы реабилитации. В анамнезе этих детей отмечались эпизоды обструктивных бронхитов, развитие которых происходило вслед за явлениями СЛТ, наличие затяжных ринитов, кожных проявлений атопии. Такие пациенты направлялись на обследование и лечение в детское пульмонологическое отделение ОКБ города Иванова, где в ходе специализированного обследования был установлен диагноз бронхиальной астмы и назначено соответствующее лечение.

Проведенное на базе поликлинического отделения МУЗ ГKB №2 исследование, показало, что у 70% взрослых пациентов, страдающих бронхиальной астмой, в детстве отмечались явления затрудненного дыхания, сопровождающиеся осиплостью голоса и «лающим» кашлем. В 40% случаев у детей и внуков интервьюированных, отмечались или отмечаются в настоящее время эпизоды стенозирующих ларинготрахеитов.

На заключительном поликлиническом этапе участковыми педиатрами устанавливаются дети из группы риска по формированию бронхиальной астмы, проводится дополнительное их обследование совместно с аллергологом, пульмонологом, неврологом и назначается курс реабилитационных мероприятий, которые обеспечивают стойкую, постоянную компенсацию нарушенных функций, адаптацию ребенка к обычным условиям существования, обеспечивающим его физическую, психическую и социальную полноценность.

Нами проводится организационно-методическая работа, внедряются в практическое здравоохранение методические рекомендации ведущих ученых России. Выпущено пособие для родителей детей, страдающих СЛТ, подготовлено информационно-методическое письмо для врачей-педиатров, отражающее современные взгляды на рецидивирующий стенозирующий ларинготрахеит, его лечение, реабилитацию больных. Регулярно проводятся целевые лекции для участковых педиатров в поликлиниках, для врачей станции скорой медицинской помощи. Объединение усилий врачей разных специальностей, разных лечебно-профилактических учреждений города в рамках единой программы позволило добиться хороших результатов в лечении и профилактике СЛТ у детей.

ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В Г. ХАБАРОВСКЕ**Осетрова Т.С., Дьяченко В.Г.**

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава», г. Хабаровск

Изменения в отрасли здравоохранения России, происходящие в течение последних лет, производят двойственное впечатление. С одной стороны в отрасли продолжают реформы в виде реструктуризации коечного фонда лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), внедрения стационарозамещающих технологий, политики ресурсосбережения, плановой замены устаревшего медицинского оборудования, формирования учреждений негосударственного сектора и т.п. С другой стороны большинство направлений реформ в рамках национального проекта «Здоровье» осуществляется на уровне учреждений первичной медицинской помощи, не затрагивая высокотратные, продолжающие работать неэффективно, многопрофильные стационарные учреждения, где формируется основная часть ресурсопотребления отрасли здравоохранения в целом. В особо сложном положении в этой ситуации оказались детские стоматологические муниципальные поликлиники, где возникли системные противоречия, прежде всего структурного характера.

Реальная модель организации стоматологической помощи детям столицы Дальнего Востока России г. Хабаровска до сих пор строится на основе традиционных, рутинных подходов к планированию видов и объемов стоматологической помощи детям, принятых много лет назад в условиях здравоохранения бывшего СССР. Однако, за последние 15 лет принципиально изменилась структура детской стоматологической службы г. Хабаровска, в частности, прекратили свое существование стоматологические кабинеты детских дошкольных учреждений, образовательных школ, профтехучилищ и техникумов. Резко снизилось, а по сути дела приостановилось финансирование программ профилактики кариеса у детей и снизилось финансовое обеспечение стоматологической помощи детям в целом. Значительно выросло число профессионально подготовленных детских стоматологов, покинувших рабочие места в детских стоматологических кабинетах, поменяв их на частные стоматологические клиники, оказывающих помощь взрослым. Приказ МЗ РФ от 14 апреля 2006 г. №289 «О мерах по дальнейшему совершенствованию стоматологической помощи детям в Российской Федерации» опоздал, как минимум, лет на 10, как с концептуальных, так и с правовых позиций.

На этом фоне практически во всех возрастных группах детей снизились значения индекса гигиены, вырос уровень распространенности кариеса более 90%, уровень КПУ (кп) и его структура достоверно изменились в основном за счет роста числа удаленных молочных и постоянных зубов, параллельно выросло число детей с осложненными формами кариеса (пульпиты и периодонтиты) и наличием зубочелюстных аномалий. Анализ дина-

мических рядов показателей эффективности санационной работы среди школьников г. Хабаровска с 1990 по 2006 гг. показывает достоверную тенденцию снижения эффективности службы. Практикующееся повсеместное раннее удаление зубов у детей вызывает деформацию прикуса, задержку прорезывания постоянных зубов. По этой причине уже в 6 летнем возрасте более 22% детей г. Хабаровска нуждаются в услугах врача ортодонта.

Особенностью Дальневосточного региона является проживание на его территории малочисленных народностей, принадлежащих к монголоидному типу. В течение всего периода освоения на Дальнем Востоке формируется значительное число смешанных браков между коренным и пришлым населением, т.е. идет интенсивное смешение европеоидов и монголоидов. Это не могло не найти отражения в формировании распространенности зубочелюстных аномалий среди детей региона.

Для уточнения вопроса степени распространенности зубочелюстных аномалий (ЗЧА) у детей из различных этнических групп нами в 2006 г. в г. Хабаровске по методике МГМСУ в модификации Л.С. Персина в рамках идеологии случайной выборки было обследовано 350 детей в возрасте от 3 до 15 лет. Все обследованные были разделены на три группы. Первую группу обследованных составили дети — индоевропейцев (200), вторую группу — дети монголоидов (100), третью группу — дети от смешанных браков индоевропейцев и монголоидов (50). Зубочелюстные аномалии были выявлены у $80,86 \pm 3,50$ на 100 обследованных. При этом наиболее высокий уровень частоты ЗЧА наблюдался у детей от смешанных браков ($90,77$ на 100), наименьший у детей европеоидов ($73,90$ на 100), распространенность ЗЧА у детей из семей монголоидов занимают промежуточное положение. При оценке распространенности сочетанных зубочелюстных аномалий установлен высокий уровень распространенности сочетанных аномалий окклюзии, зубных рядов и зубов на 100 обследованных в группе детей от смешанных браков ($72,73 \pm 7,75$), а в группе детей европеоидов чаще встречались аномалии окклюзии и зубных рядов ($11,48 \pm 4,08$). У детей монголоидов из функциональных нарушений наиболее часто выявлялся инфантильный тип глотания — $46,79 \pm 4,78$ ($p < 0,05$), в то время как у детей индоевропейцев и у детей метисов инфантильный тип глотания встречался достоверно реже. Сочетание ротового дыхания и инфантильного глотания в большей мере характерно для детей от смешанных браков — $63,64 \pm 8,37$ ($p < 0,05$). В целом же функциональные нарушения в большей мере характерны для детей, где оба родителя европеоиды и реже встречаются среди детей, где один из родителей представляет монголоидную расу.

Представляет интерес рассмотрение частоты патологии зубочелюстной систем в зависимости от пола. Сочетанные аномалии окклюзии, зубных рядов и зубов чаще встречались у девочек — $42,3 \pm 4,22$ ($p < 0,01$) на 100 обследованных. При анализе распределения обследованных по диспансерным группам обращал на себя внимание высокий уровень детей в IV группе, в которой преобладают дети монголоидного типа — $50,00 \pm 4,86$ ($p < 0,05$). В III диспансерной группе чаще выявлялись дети от смешанных браков — $13,64 \pm 7,32$ ($p < 0,05$). В связи с ростом числа детей-метисов, проблема успешного проведения ортодонтической коррекции, диспансеризации и последующей комплексной реабилитации пациентов с зубочелюстными аномалиями становится особенно актуальной. Успех лечебно-профилактических мероприятий можно прогнозировать, используя индивидуальный подход к лечению с учетом генотипических и фенотипических особенностей семьи в целом и отдельного ребенка в частности.

Результаты структурного анализа стоматологической службы города показали, что в Хабаровске существует несколько основных типов ЛПУ стоматологического профиля: самостоятельные стоматологические поликлиники, стоматологические отделения в составе разных ЛПУ и стоматологические кабинеты — как отдельные, так и в составе ЛПУ, а так же зуботехнические лаборатории. При этом в государственной сети представлены все типы ЛПУ, а в альтернативном, негосударст-

венном (частном) секторе чаще встречается стоматологический кабинет и зуботехническая лаборатория. Следует отметить, что в негосударственных ЛПУ работает много врачей-стоматологов, не имеющих достаточного уровня подготовки по оказанию услуг детям, особенно в области ортодонтии. В связи, с этим в последние годы участились случаи производства услуг детям ненадлежащего уровня качества.

Анализ мотивации поведения родителей на рынке стоматологических услуг показывает, что более 98% респондентов понимают необходимость обращения с больными детьми к стоматологу, независимо от собственного отношения к лечению. В муниципальных ЛПУ предпочитают получать помощь 72,2% респондентов, в частных стоматологических кабинетах — 27,8%. Существует четкая зависимость между социальным статусом и желательным местом получения стоматологической услуги. Так, 78,1% родителей-рабочих, 87,6% родителей-бюджетников, 95,7% родителей-безработных предпочитают обращаться со своими детьми в муниципальные стоматологические поликлиники, а больше половины родителей-предпринимателей (56,8%) и родителей-сотрудников коммерческих организаций (50,2%) — в частные кабинеты и ЛПУ. Причем респонденты отдают предпочтение коммерческому сектору, предполагая, что в частных ЛПУ их дети получат стоматологические услуги более высокого уровня качества.

ДИАГНОСТИКА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КЛИНИКЕ НЕДОНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Парейшвили В.В., Еремина М.А., Кораблина Н.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Плацентарная недостаточность (ПН) — это патофизиологический феномен, состоящий из комплекса нарушений трофической, эндокринной и метаболической функции плаценты, ведущих к ее неспособности поддерживать адекватный и достаточный обмен между организмом матери и неродившегося ребенка. Синдром ПН имеет мультифакторную природу (Серов В.Н., Сидельникова В.М., Агаджанова А.А., Тетрашвили Н.К., 2003). Патогенез фетоплацентарной недостаточности сложен и до конца не изучен, однако выявлено много факторов, влияющих на развитие данного заболевания (Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюник В.Л., 2004; Сидорова И.С., 2003).

Морфологическим субстратом ПН являются нарушения в строении, расположении, прикреплении плаценты, а также ее васкуляризации. Для коррекции нарушений существуют внутренние процессы, которые объединены в понятие компенсаторно-приспособительных реакций на молекулярном, клеточном и органном уровнях. Если же эти реакции не развиваются или недостаточны при наличии морфофункциональных нарушений в плаценте, то формируется фетоплацентарная недостаточность, которая в конечном итоге приводит к развитию гипоксии неродившегося ребенка и яв-

ляется основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности (Стрижаков А.Н., Бавев О.Р., Тимохина Т.Ф., 2002). К возникновению и прогрессированию фетоплацентарной недостаточности могут привести: нарушения процессов миграции плодного яйца и плацентации, дистрофические и воспалительные изменения эндометрия, инфекции, гормональные нарушения, соматические заболевания, сосудистые расстройства, коагулопатии, угроза прерывания беременности.

Нарушение функции плаценты при угрожающем прерывании беременности связано, прежде всего, с увеличением тонуса миометрия. Повышение возбудимости матки сопровождается замедлением оттока крови и венозным застоем в маточно-плацентарном кровотоке.

Морфологическое исследование плаценты у женщин с явлениями фетоплацентарной недостаточности показало, что в плацентах имеют место расстройства как артериального, так и венозного кровотока, а именно: стенозирующий пролиферативный артериит, облитерационная ангиопатия стволых ворсин, дилатация вен с формированием артериовенозных шунтов и восходящим варикозным расширением вены пуповины (Кулида Л.В., Панова И.А., Перетятко Л.И., 2006).

Исследования А.Н. Стрижакова, О.Р. Баева, Т.Ф. Тимохиной, 2002., показали, что развитие фетоплацентарной недостаточности сопровождается изменениями кровотока в крупных венах неродившегося ребенка. При этом как в венозном протоке, так и в нижней полой вене наблюдается снижение скорости кровотока в течение систолы желудочков сердца. Скорость потока крови в течение предсердного сокращения в венозном протоке снижается, а скорость реверсного потока в нижней полой вене увеличивается. При этом возрастает пульсационный индекс, индекс венозного протока, процент реверсного кровотока и индекс преднагрузки нижней полой вены. Все это указывает на повышение сопротивления венозному кровотоку, которое обусловлено ростом давления в правом предсердии и полостях сердца в целом, а повышение давления в правом предсердии — на развитие нарушений системной гемодинамики неродившегося ребенка и является первым предвестником формирования сердечной недостаточности на фоне гипоксии миокарда.

Таким образом, патологическое состояние фетоплацентарного комплекса заставляет продолжить поиск методов диагностики указанных нарушений.

Целью настоящего исследования была разработка диагностических критериев, направленных на раннее выявление фетоплацентарной недостаточности у женщин с угрозой прерывания беременности.

Обследовано 47 беременных при недонашивании беременности в сроки гестации 28—36 недель (основная группа). Контрольную группу составили 10 беременных женщин с физиологически протекавшей беременностью.

Кроме общеклинических, использовались специальные методы исследования: ультразвуковая доплерометрия кровотока в маточных артериях, артерии пуповины и аорты неродившегося ребенка с определением уголнезависимых индексов сосудистого сопротивления (ИСС): систоло-диастолического отношения (СДО), индекса резистентности (ИР), пульсационного индекса (ПИ). Исследование проводилось на аппарате «ALOKA SSD — 3500» (Япония), снабженном доплеровским блоком пульсирующей волны. Комплексное ультразвуковое исследование включало фетометрию, оценку сердечной деятельности неродившегося ребенка, его дыхательных движений, двигательной активности и тонуса, плацентографию —

определение структуры, локализации, толщины и степени зрелости плаценты. Количество околоплодных вод оценивали путем вычисления амниотического индекса по методике, предложенной J. Phelan et al. (1987).

Анализ полученного клинического материала, позволил установить, что среди беременных с недонашиванием беременности, гипертоническая болезнь, заболевания почек, поздний гестоз встречались достоверно чаще, чем у женщин контрольной группы ($p < 0,05$). Частота развития синдрома задержки роста неродившегося ребенка (СЗРНР), как наиболее яркого клинического проявления фетоплацентарной недостаточности в основной группе составила 34,04%, тогда как в группе контроля эта патология не встречалась. Локализация плаценты в дне матки, по передней и задней стенке, низкая плацентация имели место у 37 (78,72%) беременных, преждевременное созревание плаценты — у 10 (21,28%), увеличение или уменьшение толщины плаценты — у 12 (25,53%), многоводие — у 5 (10,64%), маловодие — у 2 (4,25%), локальное повышение тонуса матки у 40 (85,11%) женщин основной группы.

Давая оценку показателям доплерометрии кровотока в сосудах системы мать-плацента-неродившийся ребенок, установили, что патологические значения этих показателей встречались у 42,55% беременных основной группы.

Допплерометрическое изучение маточно-плацентарного кровотока позволило установить его зависимость от места локализации плаценты. Скорость кровотока преобладала на плацентарной стороне, но достоверно выше она была в правой маточной артерии при расположении плаценты на правой боковой стенке матки ($p < 0,05$). Это указывает на ведущую роль правой артерии в кровоснабжении матки и межворсинчатого пространства.

Таким образом, фетоплацентарная недостаточность у обследованных беременных подтверждалась яркими ультразвуковыми находками, а именно: патологической локализацией плаценты, констатацией синдрома задержки роста неродившегося ребенка, нарушением маточно-плодового кровотока, что позволяет с большой степенью достоверности свидетельствовать о состоянии угрозы недонашивания беременности и проводить коррекцию указанной патологии.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ДОПЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕСТОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

Парейшвили В.В., Кораблина Н.А., Еремина М.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Гестоз является тяжелым осложнением беременности, существенно повышающим младенческую и материнскую заболеваемость и смертность.

Согласно статистическим данным в нашей стране в структуре материнской смертности гестоз занимает третье место после экстрагенитальных заболеваний и кровотечений.

Наибольшее значение в объективно регистрируемых отклонениях клинического проявления гестоза имеют гиповолемия, периферический сосудистый спазм, изменение функций эндотелия и нарушение гемостаза.

Целью настоящего исследования было изучение микроциркуляции при гестозах беременных мето-

дом лазерной доплеровской флоуметрии с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Россия).

Под наблюдением находились 130 беременных в сроке 26—38 недель. Все обследованные были разделены на три группы. Первую группу составили 70 женщин с лёгким гестозом. Вторая группа состояла из 20 беременных с гестозом средней тяжести. Контрольная группа включала 40 женщин с неосложненной гестозом беременностью.

Средний возраст обследованных беременных первой группы составил $27,04 \pm 1,2$ года, второй — $27,47 \pm 1,4$ года, достоверно не отличаясь от возраста в группе контроля — $25,68 \pm 1,3$ года ($p < 0,05$).

Количество перво- и повторнородящих среди обследованных женщин в первой группе составило 43 (61,43%) и 27 (38,57%) во второй — 11 (55,0%) и 9 (45,0%), в контрольной 23 (57,50%) и 17 (42,50%) соответственно.

При анализе особенностей витального анамнеза выявлено достоверное различие в факторах риска возникновения гестоза у пациенток исследуемых групп. Так, курили 26 человек (37,14%) первой группы и 8 (40,0%) второй, в группе контроля курящих пациенток не было. Ожирением страдали 29 беременных (41,43%) первой и 7 (35,0%) — второй групп. Среди женщин контрольной группы указанная патология не встречалась.

Отягощенную гипертензией наследственность по материнской линии имели 20 (28,57%) женщин первой группы и 5 (25,0%) — второй. Экстрагенитальной патологией чаще страдали женщины с гестозом по сравнению с контрольной группой ($p > 0,05$).

Всем беременным проводилось клиническое и лабораторно-диагностическое обследование (общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимницкому, проба Реберга, электрокардиограмма, ультразвуковое исследование неродившегося ребенка, кардиотокография). Капиллярный кровоток исследовался аппаратом ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Россия), датчик располагался в области задней (наружной) поверхности левого предплечья (зона сердца Захарьина-Геда).

Обследование беременных проводилось в помещении с равномерным, неярым освещением в состоянии полного физического и психического покоя после предварительной адаптации к температуре $22—24^{\circ}\text{C}$. Для устранения синдрома аортокавальной компрессии исследование микроциркуляции выполнялось в положении лёжа на спине с наклоном туловища в левую сторону на $15—20^{\circ}$ после 5—10 минут стабилизации гемодинамики. Регистрацию параметров осуществляли в течение 3 минут с оптимальным для измерения усилением — 1.

Состояние системы микроциркуляции оценивалось по следующим параметрам: показатель микроциркуляции (ПМ), среднее квадратичное отклонение (флак или СКО), амплитуды медленных (ALF), быстрых (АНФ) и пульсовых (ACF) колебаний. Перечисленные показатели измеряли в перфузион-

ных единицах (перф. ед.). Также определяли нормативные показатели ритмических составляющих флаксмоций: коэффициент вариации (K_v), миогенную и нейрогенную активность ($ALF/M \times 100\%$), реологический фактор ($ACF/M \times 100\%$). Анализируются данные исходной записи ЛДФ—граммы и показатели окклюзионной пробы (ОП), оценивался тип микроциркуляции (ТМ), являющийся комплексным показателем для итоговой оценки микроциркуляторных нарушений у беременных с гестозом. Типы микроциркуляции подразделялись на следующие: гиперемический (ГТМ), нормоциркуляторный (НТМ), спастический (СТМ) и застойно-стазический (ЗСТН). Критерием для данного подразделения на типы служило соотношение показателя микроциркуляции (ПМ) в покое и резерва капиллярного кровотока (РКК) в окклюзионной пробе: для гиперемического — ПМ выше 5,5 перф.ед., РКК ниже 200%; для нормоциркуляторного — ПМ равен 4,0 — 5,5 перф.ед., РКК — 200—300%; при спастическом — ПМ менее 4,0 перф. ед., РКК более 300%; при застойно-стазическом — ПМ меньше 4,0 перф. ед., РКК ниже 200%.

По результатам исследования функциональное состояние микроциркуляторного русла у женщин с гестозом характеризовалось сниженным уровнем тканевой перфузии, о чем свидетельствовали достоверные различия показателей микроциркуляции (ПМ) в группах сравнения (1 группа — $4,14 \pm 0,05$; 2 группа — $3,86 \pm 0,05$ и $4,36 \pm 0,10$ у пациенток при отсутствии гестоза; $p_{1-к} < 0,05$; $p_{2-к} < 0,01$). При анализе амплитудно-частотного спектра ЛДФ-граммы в 1 и 2 группах отмечалось достоверное возрастание амплитуды медленных (LF) и быстрых (HF) волн флаксмоций ($p < 0,05$). Амплитуда пульсовых волн флаксмоций (CF) при гестозах у беременных не менялась. Закономерно происходило повышение коэффициента вариации (K_v), который характеризует соотношение между средним квадратичным отклонением (флак или СКО) и ПМ ($17,8 \pm 0,3$ в 1 группе; $18,6 \pm 0,3$ во 2 группе беременных и $16,0 \pm 0,1$ в контрольной группе; $p_{1-к} < 0,01$; $p_{2-к} < 0,01$). У всех женщин с гестозом выявлены патологические типы микроциркуляции: гиперемический (50%), спастический (30%) и застойно-стазический (20%); при этом в 1 группе преобладал гиперемический тип нарушения микроциркуляции (50 человек — 71,43%), а во 2 — спастический (8 человек — 40,0%) и застойно-стазический (7 человек — 35,0%).

Таким образом, у беременных с гестозом выявлена гетерогенность типов микроциркуляции с отсутствием нормоциркуляторного типа.

Изменения со стороны микроциркуляторного русла варьируют в зависимости от тяжести гестоза: при легкой форме преобладает гиперемический тип; спастический и застойно-стазический характерны для гестоза средней тяжести.

Метод лазерной доплеровской флоуметрии с высокой степенью достоверности позволяет выявить особенности микроциркуляции у пациенток, страдающих гестозом различной степени тяжести, что дает возможность проводить полноценную коррекцию указанной патологии беременности.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Плеханов В.Г., Воробьев В.П., Харламов И.С., Самсонов В.А., Рокотянский А.Н., Карпук Н.В., Харламова Н.В.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

В общей структуре сердечно-сосудистой патологии у детей врожденными пороками сердца (ВПС) по данным НЦССХ им. А.Н. Бакулева составляют 91,5% (ревматизм — 6,2%, другие болезни — 3,3%).

По данным МЗ РФ частота ВПС на 100 тыс. детского населения (дети до 14 лет) составляет 637,2 из них впервые выявлено 124,2.

В последние годы зафиксирован рост распространенности аномалий системы кровообращения, в общей сложности на 5,7%, впервые диагностированных — на 7,7%. По данным Минздрава России, в стране проживают 265 тыс. людей с ВПС.

В структуре младенческой смертности в России — ВПС стали причиной смерти у 11% детей в возрасте до 1 года.

На первый план в проблеме хирургического лечения врожденных пороков сердца в России выходят вопросы раннего выявления порока, включая период внутриутробного развития, установления точного диагноза. Следует подчеркнуть, что в настоящее время квалифицированным ультразвуковым исследованием плода можно диагностировать около 95% различных форм пороков сердца, включая аномалии, требующие вмешательства в первые часы и дни жизни ребенка или некорректируемые пороки.

Детская кардиологическая служба, ответственная за своевременное (до развития осложнений) определение вида ВПС, показаний к операции, обеспечение соответствующей дооперационной терапии и направление в кардиохирургическое отделение, во многих территориях недостаточно развита или отсутствует.

Цель работы: проанализировать систему оказания помощи детям Ивановской области с врожденными пороками сердца, начиная с периода новорожденности.

Ежегодно в области рождается в среднем 80 детей (от 66 до 103) с врожденными пороками сердца, из них 18% погибают на первом году жизни, в том числе в течение первого месяца жизни — 59%. Основными причинами смерти являются сложные ВПС — транспозиция магистральных сосудов, тетрада Фалло, атрезия трикуспидального клапана, атриовентрикулярная коммуникация, гипоплазия левых отделов сердца и др.

Помощь детям с ВПС в регионе осуществляется поэтапно:

- На антенатальном этапе развития ребенка с участием врача ультразвуковой диагностики женской консультации. Следует отметить тенденцию к росту числа прерываний беременно-

стей по поводу ВПС (за 3 года — 15, из них в 2004 — 2, в 2005 — 7, в 2006 — 6).

- Выявление новорожденных с подозрением на ВПС в родильных домах города и области, своевременное их направление в отделения 2 этапа выхаживания новорожденных для уточнения диагноза и выбора тактики лечения.
- Уточнение топического диагноза ВПС и оказание квалифицированной помощи новорожденным в перинатальном центре врачом неонатологом с участием кардиолога-неонатолога и врача функциональной диагностики.
- Тактика дальнейшего ведения детей с ВПС осуществляется в областной консультативной поликлинике детским кардиологом и кардиохирургом.

В настоящее время на диспансерном учете в Ивановской областной клинической больнице состоит 847 детей и 135 подростков с ВПС.

В России по жизненным показаниям в неотложной операции на первом году жизни нуждаются примерно 25% детей родившихся с ВПС, но только 40% нуждающихся в хирургической помощи ее получают, причем существуют значительные различия по масштабу и качеству между отдельными регионами.

Очевидна существенная разница в объемах хирургической помощи при ВПС, оказываемой в отдельных регионах и учреждениях: 6% всех клиник обеспечивают 48% всего объема хирургического лечения ВПС в стране.

Следует отметить, что хотя вмешательства пациентам в младенческом возрасте выполняются в 29 учреждениях, в основном они были единичными. 85% всего объема помощи этому контингенту обеспечивают 4 клиники: НЦССХ им А.Н. Бакулева, НИИПК им Е.Н. Мешалкина, ДГКБ №1 Санкт-Петербурга, детская РКБ Татарстан.

Хирургическая коррекция ВПС у детей проводится в кардиохирургическом отделении Ивановской областной клинической больницы. В настоящее время для оперативной коррекции ВПС с искусственным кровообращением в отделении имеется: аппарат искусственного кровообращения фирмы SHTOKERT, наркозно-дыхательный аппарат DREGER, мониторинговая система TEMED и дыхательный аппарат «Фаза 9».

Для проведения ИК используются оксигенаторы TERUMO, с объемом заполнения 150 мл, позволяющие оперировать больных с массой более 16 кг.

Соотношение вмешательств при различных формах ВПС составило: по поводу ДМПП — 38%, ОАП — 34%, ДМЖП — 9,5%, КА — 6,8%, ИСЛА — 4%, АВК — 3,91%, ЧАДЛВ — 3,91%.

Необходимо отметить, что имеющиеся технические возможности не позволяют в кардиохирургическом отделении областной клинической больницы оперировать новорожденных детей, а также детей с массой тела менее 16 кг, что требует направления их в НЦССХ им. А.Н. Бакулева по региональным квотам. За период с 2004 по 2006 гг. 46 детей раннего возраста с ВПС, требующие неотложного оперативного лечения, в том числе 7 новорожденных, находящихся в критическом состоянии, были направлены в НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева для оперативного лечения.

Наряду с традиционными операциями на открытом сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения в Ивановской области широко применяются малоинвазивные методы лечения: баллонная ангиопластика при изолированных стенозах лёгочной артерии, неполной формы коарктации аорты.

Особо следует отметить метод транскатетерного закрытия дефектов межпредсердной перегородки Amplatzer окклюдерами, который впервые был

использован в 1995 г. и находит всё более широкое применение в мире. В нашей клинике первая операция была выполнена в марте 2007 г. и на настоящий момент накоплен опыт 13 вмешательств.

Отбор больных для эндоваскулярных вмешательств осуществляется на догоспитальном этапе. Двухмерная ЭхоКГ с цветовым доплером играет решающую роль в диагностике морфологических особенностей вторичного ДМПП и направлении больных для транскатетерного метода коррекции порока. Окончательное решение о характере и виде оперативного вмешательства принимается коллегиально кардиохирургами и рентгенохирургами.

Несмотря на высокую стоимость Amplatzer окклюдеров (до 180 тысяч рублей) операции для пациентов бесплатны. Все расходы на лечение оплачиваются благотворительными фондами и местным бюджетом.

Внедрение новых технологий в лечении детей с ВПС позволило уменьшить количество выполняемых операций в условиях искусственного кровообращения, что способствовало сокращению количества детей, направляемых в федеральный центр на лечение.

МОНИТОРИНГ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗОБА У ДЕТЕЙ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Прусова К.М., Агапова Л.В., Волков И.Е., Вотякова О.И.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Одной из приоритетных задач здравоохранения, особенно муниципального, является профилактика йоддефицитных заболеваний. Природный дефицит йода на территории Ивановской области обнаружен в 20—30-е гг. прошлого столетия. Его сохранение в наши дни подтверждено результатами исследования 2001 г., проведенного с использованием современных эпидемиологических критериев оценки степени тяжести йодного дефицита (ВОЗ, 1994), одним из которых является частота встречаемости зоба у детей. Данные, полученные в ходе этого исследования, способствовали активизации профилактических мероприятий по преодолению дефицита йода в области. Требования к профилактике йодного дефицита, существующие в настоящее время, предусматривают безостановочность мероприятий и постоянный мониторинг их эффективности.

С целью контроля проводимой в области йодной профилактики, в детском санаторно-оздоровительном лагере круглогодичного действия «Березовая роща» организован осмотр детским эндокринологом всех поступающих в данное учреждение детей на наличие зоба. С 2002 по 2006 гг. осмотрено 14995 детей в возрасте от 7 до 15 лет из 22 районов области.

Анализ полученных данных показал нарастание в динамике распространенности зоба у детей Ивановской области. Так, в 2002 г. зоб был выявлен у

23,7%, в 2003 г. — у 27,8%, в 2004 г. — у 29,1% обследованных, а в 2005 г. и 2006 г. число детей с зобом среди осмотренных превысило 30% (35,4 и 35,5% соответственно). На долю районов, где распространённость зоба у школьников превышала эту цифру в 2002 г. приходилось 26,7%, в 2003 г. — 50%, с 2004 г. указанные значения имели место более чем в 80% районов области, что свидетельствует о прогрессировании зобной эндемии в большинстве регионов области. Наиболее значительный рост больных с зобом отмечен среди детей Шуйского, Вичугского, Гаврилово-Посадского, Южского, Пучежского, Родниковского, Савинского и Приволжского районов. Частота зоба среди осмотренных из этих районов в 2006 г. превысила 40%. Лишь в трех районах, Комсомольском, Пестяковском и Ландеховском, процент детей с зобом достиг значений, не превышающих 20%, что характерно для регионов с легким недостатком йода.

При анализе динамики изменений других показателей, предложенных ВОЗ в качестве индикаторов йодного дефицита, таких как число новорожденных с уровнем тиреотропного гормона более 5 мЕД/л и медиана экскреции йода с мочой у детей, выявлено их улучшение. Вместе с тем, было отмечено, что только 29% семей в области, а не 90%, как того требуют критерии эффективности программ профилактики йоддефицитных состояний (ВОЗ, ЮНИСЕФ, 2001), постоянно ис-

пользуют при приготовлении пищи йодированную соль.

Приведенные данные свидетельствуют о сохранении в области йодного дефицита и необходимости активизации работы по йодной профилактике. Расхождение между выраженностью зубной эн-

демии и параметрами, характеризующими степень йодного дефицита, указывает на необходимость поиска в области других струмогенных факторов, способствующих росту распространенности зоба у детей.

NO-СВЯЗЫВАЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ ПЛАЗМЫ И ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМАЯ ВАЗОДИЛАТАЦИЯ НА ФОНЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕБИВОЛОЛОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Романова М.А., Барабашкина А.В., Ткаченко С.В., Нанчикеева М.Л., Петухов В.И., Калвиньш И.Я., Шестакова И.К., Домрачева И.А., Канепе И.Я., Шкестерс А.П.

ОГУЗ «Владимирская областная клиническая больница»

Высшая школа психологии, г. Рига, Латвия

Рижский университет, Латвия

Латвийский институт органического синтеза

Оксид азота (NO), как подтверждают многочисленные исследования последних лет, способен не только (будучи миорелаксантом) контролировать сосудистый тонус и как посредник участвовать во многих внутри- и межклеточных взаимодействиях, но и выступать в качестве протектора в различных стрессовых ситуациях. Срок полужизни оксида азота (по разным источникам) — от нескольких миллисекунд до 5—6 секунд, поэтому участие NO в антистрессовой защите было бы вряд ли возможно без продлевающих жизнь и увеличивающих радиус действия этой короткоживущей молекулы специальных NO-депонентов/транспортеров, которые к тому же выполняют очень важную стресс-лимитирующую функцию по нейтрализации избытка нитроксида при гиперэкспрессии iNOS (воспаление, оксидативный стресс и др.). К таким депонентам относят высокомолекулярные S-нитрозотиолы (RS-NO) — продукты взаимодействия тиолов с катионом нитрозония (NO⁺) и динитрозильные комплексы негемового железа (ДНКЖ) с тиоловыми группами белков. Считается, что RS-NO и ДНКЖ сбалансированы между собой за счет их способности к взаимотрансформации, причем в эту же систему динамического равновесия входят оксид азота, ионы железа и свободные тиолы. Это делает вероятной зависимость количества депонентов нитроксида от общего уровня NO-продукции. Другими словами, факторы, препятствующие синтезу NO в организме, должны приводить к угнетению и его NO-депонирующей способности.

Чтобы проверить это предположение, мы исследовали NO-связывающую активность плазмы (NO-САП) у 39 женщин с различными сроками беременности, осложненной железодефицитной анемией, латентным дефицитом железа, урогенитальными инфекциями, дисгормональными нарушениями. 22 из них с артериальной гипертензией и 12 молодых практически здоровых небеременных женщин. Определение NO-САП у женщин сочетали с тестом на эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД), позволяющим косвенно оценивать NO-продуцирующую функцию эндотелия. В появившихся в последние годы публикациях, посвя-

щенных артериальной гипертензии (АГ) у беременных, ведущая роль в происхождении АГ отводится дисфункции эндотелия и снижению NO-продукции эндотелиальными клетками.

Цель работы — оценить NO-продуцирующую функцию эндотелия по NO-САП в крови, изучить ЭЗВД плечевой артерии у здоровых небеременных женщин, женщин с нормально протекающей беременностью и при беременности, осложненной АГ. Установить эффективность влияния небиволола на показатели NO-САП и ЭЗВД.

Все обследуемые были разделены на три группы: 1 группа (основная) — беременные с АГ (средний возраст — 30 лет, n = 22), 2 группа (контрольная) — беременные без АГ (средний возраст — 30 лет, n = 17), 3 группа (сравнения) — молодые здоровые небеременных женщины (средний возраст — 31 год, n = 12).

NO-САП у пациенток в основной группе составила 11,8—17,4% (среднее значение — 14,36%), в контрольной группе — 13—20,6% (среднее значение — 16,8%), в группе сравнения — 28—33,5% (среднее значение — 31,7%). ЭЗВД у пациенток 1 группы составила 6,6—10,7% (среднее значение — 8,7%), во 2 группе — 18,0—22,6% (среднее значение — 20,3%), в 3 группе — 15,1—18,2% (среднее значение — 16,7%).

Статистический анализ при сравнении групп проводился с использованием U-критерия Манна-Уитни. Выявлена статистически значимая тенденция (p < 0,001) к снижению продукции депонентов NO-САП у женщин во время беременности в 1,88 раза и в 2,2 раза — в основной группе с АГ по сравнению с 3 группой. Снижение NO-продуцирующей функции эндотелия у женщин без АГ и с гестационной гипертензией (по сравнению группой сравнения) являлось свидетельством наличия у них эндотелиальной дисфункции на фоне сопутствующих беременности осложнений (железодефицитной анемии, латентного дефицита железа, урогенитальных инфекций, дисгормональных нарушений).

ЭЗВД в группе женщин с физиологически протекающей беременностью оказалась на 21,5% выше, чем у молодых практически здоровых небеременных женщин ($p < 0,05$). По-видимому, больший диаметр артерии при беременности обусловлен повышенным содержанием в крови у этих женщин эстрогенов, которые, как известно, обладают вазодилатирующим эффектом. Указанное соответствует нормальной адаптации к состоянию беременности. У пациенток с АГ в период беременности отмечены признаки выраженной дисфункции эндотелия (ДЭ): ЭЗВД снижена в 2,3 раза по сравнению с параметрами контрольной группы, различия статистически высокозначимы ($p < 0,001$). Следует отметить, что признаки ДЭ выявлялись с момента включения в исследование практически у всех беременных основной группы (99,0%). Чтобы выяснить, существует ли линейная зависимость между NO-САП и ЭЗВД, мы нашли коэффициент Пирсона. Коэффициент корреляции $r = 0,63$ ($p < 0,01$) свидетельствовал о заметной взаимосвязи между этими параметрами.

У 7 беременных с выявленной АГ исследования ЭЗВД и NO-САП были сделаны неоднократно на фоне приема небиволола (небилета) в качестве гипотензивного средства. Известно, что небиволол обнаруживает уникальную для β -адреноблокаторов промоторную активность в отношении

эндогенного синтеза NO, что указывает на его принадлежность к разряду синтетических адаптогенов. NO-САП у беременных женщин с АГ до лечения небивололом была 14,36%, во время лечения увеличилась до 20,16% и после лечения стала 24,4%. У ЭЗВД была отмечена такая же тенденция к возрастанию на фоне приема небиволола: до лечения — 9,6%, во время лечения — 16,4% и после — 19%.

Одновременное повышение NO-САП и ЭЗВД на фоне приема высокоселективного β_1 -адреноблокатора позволяет считать, что небиволол при лечении АГ в период беременности обладает органопротективными свойствами — восстанавливает эндотелиальную функцию, усиливает синтез NO в организме, приводит к активации его NO-депонирующей способности.

Итак, результаты проведенных исследований (несмотря на их предварительный характер) дают основание заключить, что методы определения NO-САП и ЭЗВД, позволяющие косвенно судить о степени NO-продукции, являются перспективными для их совместной апробации в клинических исследованиях в качестве возможных способов оценки имеющегося у женщин с осложненной беременностью (а также у соматических больных) антистрессового потенциала.

ОСОБЕННОСТИ МНОГОЛЕТНЕЙ ДИНАМИКИ ФОРМИРОВАНИЯ, РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Рыжова Е.Г., Буренков В.Н.

МУЗ «Владимирская областная детская клиническая больница»

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

ТУ Роспотребнадзора по Владимирской области

Изучение особенностей формирования, проявления и течения бронхиальной астмы (БА) у детей областного центра проводилось с использованием метода клинко-эпидемиологического анализа данных 2950 историй болезни пациентов от 1 месяца до 15 лет, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении Областной детской клинической больницы г. Владимира с 1993 по 2003 гг. Результаты, полученные в ходе многолетнего клинического мониторинга, подтвердили существенную роль (у 51,4% исследуемых) в развитии заболевания отягощенной наследственности. Проявления атопии в популяции детей с БА чаще встречались у матери и по материнской линии, причем в структуре отягощенной наследственности у родственников детей с БА в 60,0% случаев выявлялась бронхиальная астма. Заболеваемость БА была выше у мальчиков (67,1%), чем девочек (32,9%). Распределение больных с БА, госпитализируемых в стационар, по степени тяжести значительно отличалось от популяционных тенденций, выявленных в ходе проведения клинко-эпидемиологического исследования с использованием унифицированной анкеты ISAAC, и характеризовалось преобладанием на протяжении всего периода наблюдения пациентов со средне-тяжелой (67,5%) формой заболевания. В госпитализации больных с тяжелой формой заболевания

за анализируемый период имелась отрицательная динамика, с темпом снижения 3,4% в год. Легкая астма имела самые значительные изменения многолетних показателей от 0% в 1993 г. до 34,9% в 1998 г. со средним показателем за 11 лет 14,9%, и для неё была свойственна выраженная положительная динамика с ежегодным темпом прироста в 13,6%. Полученные результаты, особенно тенденция к увеличению доли легкой астмы в структуре госпитализаций в стационар, можно было объяснить, во-первых, улучшением качества диагностики и оказания специализированной пульмонологической помощи детям в регионе, во-вторых, изменением, на определенном этапе, показаний для госпитализации, когда было возможно плановое поступление детей в стационар с легкой БА для верификации диагноза, подбора терапии и реабилитации.

Данные наших исследований по установлению особенностей формирования и проявления БА показывали отчетливую картину «омоложения» заболевания. Первые симптомы аллергии в виде рецидивирующего бронхообструктивного синдрома были отмечены у 66,1% детей в первые три года жизни, а диагноз бронхиальной астмы чаще устанавливался в возрасте 4—7 лет. Полученные значения по обоим признакам можно было объяснить принятием Национальной программы «Брон-

хиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики (1997)» и улучшением в связи с этим в регионе качества обследования и диагностики больных с бронхолегочной патологией, в том числе и пациентов раннего возраста с бронхообструктивным синдромом. Однако при анализе многолетней динамики полученных данных мы отметили выраженную тенденцию средних темпов прироста, появления симптомов астмы у детей в возрасте 8—11 лет и подростков. В возрастной группе 12—15 лет также чаще стали устанавливать диагноз бронхиальной астмы. В литературных источниках отечественных и зарубежных исследователей есть указания на аналогичные особенности проявления заболевания на современном этапе, но без анализа многолетних показателей и оценки прогноза. Полученные результаты могут быть объяснены проведением на территории города и области в 1998—2002 гг. крупномасштабного клинико-эпидемиологического исследования среди школьников 7—8 и 13—14 лет по изучению заболеваемости бронхиальной астмой (ISAAC) и выявлением у этого контингента детей клинически значимой астмы. С другой стороны, с 1997 г. в регионе прослеживалась общая тенденция улучшения качества оказания медицинской помощи детям путем создания штата врачей педиатров-пульмонологов, организацией на базах центральных поликлиник респираторных кабинетов и медицинских центров, занимающихся проведением лечебно-профилактических мероприятий в детских образовательных учреждениях, в том числе и в школах.

Ведущую роль в обострении заболевания у пациентов с БА играли бытовые аллергены. Причем в 1993—1995 гг. этиологически значимой у большинства больных с БА была сенсibilизация к домашней пыли (от 88 до 100% случаев — по данным скарификационных кожных проб). В дальнейшем, несмотря на сохранявшееся преобладание в этиологическом спектре чувствительности к домашней пыли, наметились выраженные тенденции в ежегодных темпах прироста сенсibilизации к домашнему клещу (36,7%) и библиотечной пыли (28,6%).

Клинические проявления пыльцевой сенсibilизации у детей с БА протекали в основном в виде сочетания астмы и аллергического ринита или риносинюита (72,3%) с преобладанием в этиологическом спектре сенсibilизации к аллергенам лиственных деревьев (43,4%). Сочетанная пыльцевая сенсibilизация (деревья + травы) занимала по частоте встречаемости третье место и составляла 26,3%, но при оценке многолетней динамики имела самый высокий среднегодовой темп прироста, и в прогнозе на ближайшие годы предполагалось сохранение указанной выше тенденции. С учетом этого в прогностическом плане можно предполагать удлинение периода поллинозной

опасности для детей с БА и необходимость коррекции базисной и ситуационной терапии в весенне-летний период у данного контингента больных.

Частота фиксированных нежелательных проявлений на медикаменты, отмеченных у детей с бронхиальной астмой «когда-либо», по данным наших исследований, составляла 25%. В ранге степеней «аллергенной» опасности в течение всего периода наблюдения на первом месте были антибиотики (62,7%) пенициллинового ряда (87,0%). Однако при анализе тенденций многолетней динамики, особенно за период с 1999 по 2001 гг., отмечался рост значимости гипосенсибилизирующих препаратов первого поколения и витаминов в структуре побочных реакций на прием медикаментов. Это могло быть связано как с частым и не всегда обоснованным назначением гипосенсибилизирующих средств у пациентов с БА, так и с активной рекламой медицинских препаратов в средствах массовой информации, и достаточно распространенным в последнее время стремлением населения к самолечению, в том числе с использованием разнообразных поливитаминных комплексов на длительный срок без учета индивидуальных особенностей ребенка. Кроме того, мы согласны с мнением ряда исследователей, что в настоящее время существует проблема гипердиагностики лекарственной аллергии. Поэтому мы склонны считать выявленные нами у больных с БА нежелательные реакции на медикаменты в большей мере как проявления псевдоаллергии.

Непереносимость пищевых продуктов у детей с БА встречалась в 53,7% случаев, причем у 23,4% пациентов отмечались реакции в виде кожных высыпаний при употреблении цитрусовых, и на протяжении всего периода наблюдения этот показатель имел тенденцию к росту. Реакции на такие продукты питания, как молоко, красные овощи и фрукты, рыба, яйца, имели в общей структуре причин пищевой непереносимости определенное клиническое значение, но при статистическом анализе многолетней динамики характеризовались отрицательными темпами прироста, что указывало, в первую очередь, на достаточно эффективные мероприятия по организации и соблюдению гипоаллергенного режима питания у детей с респираторной аллергией.

Таким образом, использование метода клинико-эпидемиологического анализа позволило установить региональные особенности и многолетнюю динамику тенденций формирования, течения и проявления БА у детей, что, несомненно, способствует улучшению качества оказания специализированной помощи детскому населению и позволяет проводить адекватные лечебно-профилактические мероприятия у детей с бронхиальной астмой.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Рыжова Е.Г.

МУЗ «Владимирская областная детская клиническая больница»

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Официальная медицина достигла больших успехов в лечении бронхиальной астмы (БА), однако, несмотря на имеющийся прогресс в медикаментозной коррекции астмы у детей, продолжают регистрироваться случаи нежелательных эффектов при применении лекарственной терапии. Все это побуждает искать более безопасные, но достаточно эффективные и доступные способы лечения и профилактики данной патологии. Одна из наиболее обсуждаемых и неоднозначных тем на сегодняшний день — это возможность использования гомеопатии в лечении детей с БА. Гомеопатия как метод лечения относится к видам биологической терапии регулирующего воздействия. Правовой базой гомеопатии в настоящее время является Приказ МЗМП РФ № 335 от 29 ноября 1995 г. «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении». Исходя из своего состава (препараты получены из продуктов растительного, минерального и животного происхождения), гомеопатические лекарственные средства не оказывают токсического действия на метаболические и дренажные системы организма, не имеют ограничений к сочетанному применению в схемах с другими лекарственными препаратами и могут применяться в педиатрической практике.

Целью нашего исследования было определение показаний к использованию гомеопатических средств в терапии БА, создание алгоритмов терапии и оценка эффективности данного метода лечения.

В исследовании с информированного согласия пациентов и/или их родителей приняли участие 53 ребенка в возрасте от 6 до 14 лет с подтвержденным диагнозом преимущественно атопической БА персистирующего и интермиттирующего течения согласно классификации Национальной программы «Бронхиальная астма у детей: диагностика, лечение и профилактика». С учетом дизайна исследования у 37 человек с легким течением БА (I группа) в схемы лечения были включены комплексные гомеопатические лекарственные средства. Группу контроля (II группа) составили 16 пациентов, использовавших в лечении плацебо. По половому признаку группы не имели существенных различий. В обеих группах у 56,8 и 56,2% (соответственно) исследуемых течение астмы имело персистирующий характер. Средний возраст детей I группы составил $9,4 \pm 0,7$ лет, во II группе — $10,8 \pm 0,6$ лет. Возраст появления первых симптомов заболевания и верификации диагноза БА у пациентов, использовавших гомеопатию, и в группе сравнения не имели значимых различий.

Программа лечения детей I и II групп с легкой БА включала использование в комплексной терапии на первом этапе сроком на 2 недели дренажного гомеопатического лекарственного средства ЭДАС 113-Холетон, содержащего компоненты растительного происхождения: Chelidonium (Чистотел) С 3, Taraxacum (Одуванчик) С 3 и регулирующего желчеотделение, пищеварение и функцию кишечника. На втором этапе лечения пациентам с БА I группы в соответствии с разработанным алгоритмом назначался гомеопатический препарат Бронхостат — гомеопатические гранулы, сертификат соответствия №РОСС RU. ФМ 02А80364, ВТУ 13-231-98, состав: Aconitum (Борец) D 12; Bryonia (Переступень белый) D 6; Drosera (Росянка круглолистная) D 6; Gelsemium (Желтый жасмин) D 6; Phosphorus (Фосфор) D 6, обладающий бронхолитическим, противовоспалительным, иммунокорректирующим и противосудорожным свойствами. Дети II группы получали гомеопатические гранулы плацебо на основе молочного сахара, визуально и органолептически похожие на Бронхостат, но не имеющие свойств гомеопатического лекарства. Гомеопатические лекарственные средства и плацебо были использованы в двух вариантах. Вариант 1: Бронхостат или плацебо назначались в сочетании с кромонами через 2 часа после каждой ингаляции. Вариант 2 предусматривал включение Бронхостата или плацебо в программу лечения легкой БА как монотерапия. Мониторинг состояния и эффективности терапии осуществлялся с учетом динамики течения болезни и результатов пикфлоуметрии (ПФМ).

При анализе полученных данных было установлено, что в группе пациентов, получавших Бронхостат, рецидивы заболевания возникали значительно реже (29,7%) по сравнению с группой плацебо (75,0%). Доверительная вероятность этих различий с учетом критерия соответствия (χ^2) была высоко (9,3) статистически значима. Эпизоды свистящего дыхания без развития приступов БА возникали чаще у детей первой группы, чем второй, но эти данные имели достоверную вероятность менее 95%. Частота возникновения ОРВИ, в том числе с развитием бронхообструктивного синдрома, в обеих группах не имела значимых различий. Подключение β_2 -агонистов и изменение схем лечения потребовались в 87,5% случаев у больных, использовавших плацебо, и у 51,3% детей I группы, и данные показатели имели статистически значимое различия.

В ходе исследования была проанализирована также клиническая эффективность использования различных вариантов терапии БА у детей. Нами не было выявлено достоверных различий между час-

тотой развития приступа БА и использованием первого или второго варианта лечения. Но при сравнении с группой плацебо превентивный эффект чаще регистрировался при использовании Бронхостата в виде монотерапии ($\chi^2 = 10,2$), чем при сочетании его с кромонами ($\chi^2 = 4,5$). Однако при втором варианте лечения обострения БА в 75% случаев развивались в первые два месяца терапии, а при использовании Бронхостата в сочетании с кромонами у большинства детей (71,4%) только на третьем месяце, когда осуществлялся переход к монотерапии гомеопатическим лекарственным средством. Эпизоды свистов в грудной клетке без развития приступа БА возникали с одинаковой частотой при обоих вариантах использования ГЛС. При монотерапии Бронхостатом у 71,4% пациентов это происходило в первые три месяца терапии, при сочетанном применении Бронхостата с кромонами такая нестабильность клинической картины была характерна лишь для 42,9% исследуемых.

Острые респираторные инфекции возникали в 1,9 раза чаще у детей при монотерапии Бронхостатом и в 1,6 раза чаще в группе плацебо, но эти данные не были статистически значимы. Мы не выявили также достоверной связи между способом лечения и возникновением обструктивного синдрома при ОРВИ у детей с БА. Подключение β_2 -агонистов было необходимо в 87,5% случаев у пациентов в группе плацебо и у каждого второго ребенка при гомеопатии. При первом и втором

вариантах лечения не было выявлено значимых различий в частоте использования ситуационной бронхолитической терапии. Но по сравнению с группой плацебо β_2 -агонисты подключались реже при сочетанном варианте лечения ($\chi^2 = 6,2$), чем при монотерапии Бронхостатом ($\chi^2 = 4,9$).

При анализе показателей пиковой скорости выдоха до и после лечения выявлен прирост скорости выдоха в конце курса терапии ($32,0 \pm 3,37\%$) в группе пациентов, принимавших Бронхостат в сочетании с кромонами. При использовании только гомеопатических лекарственных средств результаты были сопоставимы с данными, полученными у детей группы плацебо ($21,4 \pm 2,7$ и $23,2 \pm 2,3\%$ соответственно).

Таким образом, включение в протоколы лечения детей с легкой астмой комплексных гомеопатических лекарственных средств значительно расширяет возможности терапии заболевания, позволяет улучшить функциональное состояние организма и его респираторную функцию, сокращает объем медикаментозной нагрузки за счет снижения частоты использования β_2 -агонистов, достоверно приводит к достижению одного из ведущих критериев контролируемой ремиссии — предупреждение рецидива обострения. Достаточная эффективность и доступность данного метода позволяют рекомендовать его для использования в практическом здравоохранении в комплексной терапии БА у детей.

О САНИТАРНОЙ ГРАМОТНОСТИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Савельев В.Н., Чумарева И.С.

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Росздрава»

В Удмуртской Республике проводится активная работа по сохранению и укреплению здоровья женщин и детей, по профилактике и снижению числа абортотворения и материнской смертности.

Факторов риска, влияющих на здоровье женщины, множество, на большинство из них влиять сложно, а создавать у населения мотивацию по укреплению здоровья и профилактике заболеваний и обучать личной профилактике — реально и это один из важнейших разделов работы практикующего врача.

Нами было проведено пилотное исследование на одном из промышленных предприятий г. Ижевска, по выяснению уровня знаний о профилактике акушерско-гинекологической патологии, а также о предупреждении нежелательной беременности. Были проанализированы некоторые показатели работы акушерско-гинекологической службы.

На вопросы специально разработанной анкеты ответили 107 женщин фертильного возраста, среди которых преобладали респонденты возрастной группы от 31 до 35 лет — $54,4 \pm 2,7$ (%), т.е. более половины составили женщины, имеющие достаточный жизненный опыт.

Около 10% женщин состоят в браке, $19,6 \pm 4,0$ (%%) разведены, $12,1 \pm 3,2$ (%%) никогда не состояли в браке, $11,2 \pm 3,2$ (%%) состояли в незарегистрированном браке. Только 30,0% женщин обращались к врачу-гинекологу, преследуя профилактические цели. $77,5 \pm 4,2$ (%%) респондентов имеют в анамнезе от одной до трех беременностей, в т.ч. у $56,0 \pm 5,0$ (%%) были одни роды; у $37,3 \pm 4,9$ (%%) — двое и лишь 6,0% рожали трижды. $90,6 \pm 9,2$ (%%) встали на учет по беременности в женской консультации в ранние сроки (до 12 недель беременности). Более 70,0% беременных страдали общесоматическими заболеваниями и, как следствие, осложнениями беременности в родах. $82,4 \pm 9,8$ (%%) беременных были переведены на более легкий труд, что особенно важно, так как условия труда этих женщин связаны с профессиональными вредностями: контакт с растворами щелочей, солями и оксидами металлов, красителями и другими вредными для здоровья веществами, а также работа в вечернее и ночное время суток. Пятой части беременных не было оказано содействие в решении вопроса о трудоустройстве.

10,2 ± 2,2 (%%) сделали искусственное прерывание беременности по медицинским и 8,6 ± 2,1 (%%) — по социальным показаниям. Основными мотивациями нежелания иметь детей и в связи с этим причинами прерывания беременности являются: у 33,3 ± 4,7 (%%) низкая заработная плата супругов; у 29,3 ± 4,5 (%%) отсутствие собственного жилья; у 18,7 ± 3,8 (%%) неполная семья и отсутствие взаимопонимания у супругов.

Распространенность аборт в Удмуртской Республике снижается (в 2005 и 2006 гг. соответственно 52,4 и 49,5 на 1000 женщин фертильного возраста), но все-таки имеет более высокий уровень, чем в Российской Федерации (37,8 на 1000 женщин фертильного возраста). В связи с этим фактом мы решили выяснить уровень знаний в области профилактики гинекологических заболеваний и контрацепции у респондентов.

При выяснении знаний в области контрацепции у работниц предприятия более трети женщин ответили, что им известны все методы предотвращения нежелательной беременности, предложенные в анкете; 28,9 ± 4,5 (%%) пользуются гормональными контрацептивами, в т.ч. половина из них принимает оральные противозачаточные средства; 32,7 ± 4,7 (%%) пользуются внутриматочной контрацепцией; 10,2 ± 3,0 (%%) знают об инъекционном методе предупреждения беременности и 2,4 ± 1,1 (%%) знакомы с биологическими методами. 59,8 ± 4,9 (%%) женщин отметили, что пользуются теми методами контрацепции, которые были рекомендованы им в женской консультации. Несмотря на казалось бы достаточные знания в

области контрацепции, у 40,0% женщин беременность завершилась абортами. О необходимости дополнительных знаний о сохранении женского здоровья анкетированные ответили следующим образом: 28,9 ± 4,5 (%%) интересуют строение женских половых органов; 23,4 ± 3,6 (%%) считают, что имеют недостаточные знания о менструальном цикле; 15,9 ± 3,1 (%%) хотят знать больше о вреде аборта; более половины респондентов интересуют профилактика заболеваний, передающихся половым путем; 26,2 ± 4,4 (%%) хотят получить дополнительные знания о методах контрацепции; 47,7 ± 5,0 (%%) — о гормональных нарушениях менструального цикла и 44,8 ± 5,0 (%%) — о проблемах климактерического периода. Злокачественные новообразования молочной железы являются наиболее частой патологией у женщин Удмуртской Республики (в 2006 г. первичная заболеваемость составила 27,6 на 100 000 человек, что на 3,8% ниже, чем таковая была в 2005 г.) С целью профилактики возникновения этих заболеваний женщинам предлагались памятки по самообследованию молочных желез. 83,2 ± 3,7 (%%) респондентов отметили необходимость обучения самообследованию и большей пропаганде этих методов, а вот почти 20,0% анкетированных отнеслись к этой инициативе отрицательно, что свидетельствует о явном недопонимании населением важности этой проблемы. Из вышеизложенного следует, что медицинским работникам необходимо обратить внимание на проведение просветительной работы среди женщин, активно привлекая общественные организации и средства массовой информации.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ

Семенова О.К., Ратманов М.А., Каминская Н.В., Новиков А.П.
МУЗ «Городская клиническая больница № 8», г. Иваново

Внематочная беременность является тяжелой патологией, которая, представляет непосредственную угрозу не только здоровью, но и жизни женщины (Айламазян Э.К., 1992). Частота данной патологии не имеет тенденции к снижению, в 1993 г. доля внематочной беременности составила 1,14%, а в 2002 г. — 1,47% от всех зарегистрированных беременностей (Фролова О.Г., 2004). Последствия перенесенной внематочной беременности являются тяжелыми для сохранения или восстановления репродуктивной функции женщины.

Было проанализировано 92 истории болезни женщин, поступивших с диагнозом внематочная беременность в 2006 г. в МУЗ «Городская клиническая больница № 8» г. Иванова. Женщины были в возрасте от 17 до 42 лет, средний возраст — 30,6 ± 0,6 года. Больше трети (34,8%) составили пациентки от 31 до 35 лет, четверть (25,0%) — женщины от 26 до 30 лет, пятую часть (20,7%) — пациентки до 26 лет и столько же (19,5%) — 36 лет и старше. По профессиональной занятости было следующее распределение: не работающее население — 22 (23,9%), служащие — 20 (21,7%), рабочие — 18 (19,5%), продавцы — 13

(14,1%), медработники — 10 (10,9%), швеи — 9 (9,8%).

Средний возраст менархе составил 13,0 ± 0,1 лет, средний возраст начала половой жизни — 16,6 ± 0,3 года. Раннее начало половой жизни (15—17 лет) было в анамнезе у 40 (43,5%) женщин, у 24 (26,1%) — половая жизнь вне брака, 85 (92,4%) женщин не использовали средства контрацепции. Анамнез пациенток был отягощен хроническими воспалительными заболеваниями придатков (54,3%), оперативными вмешательствами на органах малого таза (23,9%), аппендицитом (10,9%), у 11,9% женщин уже была внематочная беременность.

Общее число всех беременностей у 92 обследованных женщин было 356: из них медицинскими абортами закончились 147 (41,3%) беременностей, родами — 86 (24,2%), выкидышами — 20 (5,6%), внематочные беременности составили 103 (28,9%). Количество родов втрое меньше, чем общее число аборт, выкидышей и внематочных беременностей. Роды были у 64 (69,6%) женщин: из них у большинства — 45 (70,3%) — были только одни роды, у меньшей части — 17 (26,6%)

— 2 случая родов, у 2 (3,1%) женщин было 3 и более случая родов. Нерожавшие женщины составили треть 28 (30,4%): из них половина — 15 (53,6%) — первобеременные, у остальных 11 (39,3%) были аборт и выкидыши и у 2 (7,1%) — внематочная беременность.

У большей части 58 (63,1%) обследованных женщин были медицинские аборты в разные сроки. Из них у большинства 41 (70,7%) — 1-2 аборта, у 17 (29,3%) — от 3 до 10 абортов, в том числе и амниоцентезы. Только у 34 (36,9%) женщин не было медицинских абортов, однако из них у 24 (71,4%) были самопроизвольные выкидыши.

У половины 50 (54,3%) женщин из сопутствующей гинекологической патологии был выявлен хронический аднексит, у 11 (11,9%) женщин уже была внематочная беременность, у 3 (3,3%) — заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), у 1 (1,1%) женщины — бесплодие. Только 21 (22,8%) женщин считали себя здоровыми. У каждой четвертой 22 (23,9%) пациентки были различные оперативные вмешательства: аппендэктомия (10,9%), кесарево сечение (5,4%), резекция яичника (2,1%), миомэктомия (1,1%), диагностическая лапароскопия (1,1%).

При диагностике внематочной беременности установлено, что локализация беременности в правой маточной трубе была в 54,3% случаев, в левой — 45,7%. Разрыв трубы был у 50 (54,3%) больных, трубный аборт — у 35 (38,0%) женщин, у 7 (7,6%) пациенток — прогрессирующая трубная беременность.

У большинства 75 (81,5%) больных выполнена тубэктомия. Органосохраняющие операции проведены 17 (18,5%) женщинам: у 16 (17,4%) — туботомия, у 1 (1,1%) — удаление плодного яйца.

Общая кровопотеря составила 41 670 мл, средняя — $457,9 \pm 47,9$ мл. У большинства — 62 (69,6%) женщин установлена кровопотеря до 400 мл, у меньшей части — 10 (10,9%) — величина кровопотери составила от 500 до 700 мл. Почти у каждой пятой — у 18 (19,6%) женщин была массивная кровопотеря (1000 мл и более), у 3 (16,7%) из них был геморрагический шок разной степени тяжести, что потребовало реанимационных мероприятий, инфузионной терапии, переливания препаратов крови и кровезаменителей.

У большинства — 60 (65,2%) обследованных выявлена постгеморрагическая анемия различной степени тяжести: легкая — у 41 (44,6%), средняя — у 15 (16,3%) и тяжелая — у 4 (4,3%). Нормальный уровень гемоглобина был только у 32 (34,8%) женщин. Всем больным с анемией в послеоперационном периоде проводилось антианемическое лечение.

Послеоперационных осложнений, летальных исходов не было, все пациентки были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, анализ репродуктивных потерь у женщин с внематочной беременностью показал, что аборты, эктопические беременности, выкидыши составляют большую часть (75,8%) от общего числа беременностей, а роды — только 24,2%. В целом это отражает негативные тенденции репро-

дуктивного поведения женщин в России. Однако за последние 10 лет в РФ доля родов от всех зарегистрированных беременностей увеличилась с 31,29% в 1993 г. до 42,80% в 2002 г. (Фролова О.Г., 2004). У обследованных женщин с внематочной беременностью доля родов в два раза меньше, чем общероссийский показатель. Треть (30,4%) пациенток с внематочной беременностью были нерожавшие женщины, половина из них первобеременные.

Отдельного внимания заслуживает реабилитация женщин, перенесших внематочную беременность, с целью восстановления репродуктивной функции. Женщине необходимо как минимум год находиться под наблюдением гинеколога и получать различное восстанавливающее лечение, для того чтобы решить проблему рождения детей. На период реабилитации необходима надежная контрацепция. Подбор индивидуальный, предпочтение отдают гормональной контрацепции (если нет противопоказаний) или барьерным методам. Восстановительное лечение включает в себя:

1. Несколько курсов физиотерапии с противовоспалительным, рассасывающим эффектом.
2. Лечение хронических воспалительных процессов гениталий с использованием курсов антибактериальной терапии, ферментативных и противовоспалительных препаратов.
3. Необходимо также обследование женщины и ее мужа на инфекции, передаваемые половым путем, лечение выявленной инфекции в супружеской паре.
4. Коррекция гормональных и нейровегетативных нарушений.
5. В некоторых случаях потребуются восстановление проходимости маточных труб, а это повторные обследования и вмешательства в том числе и оперативные.
6. Санаторно-курортное лечение.

При невозможности зачатия естественным путем (после удаления обеих маточных труб) необходимо проконсультировать женщину по вопросам ЭКО, суррогатного материнства, возможности усыновления детей, а также создания бездетных браков.

После внематочной беременности у больной могут возникать психологические проблемы: страх смерти, страх повторения данного состояния, неуверенность в наступлении повторной беременности, потеря неродившегося ребенка, крах надежд и т.д. Поэтому необходимо в реабилитационные мероприятия включать психологическое консультирование больных, чтобы помочь им преодолеть возникшие трудности. В настоящее время работа с психологическими проблемами пациента является приоритетом сестринского персонала. Возможности сестринской педагогики охватывают также формирование у пациента мотивации на восстановление репродуктивной функции, что позволит женщинам легче преодолеть психологические проблемы, длительный период реабилитации, дополнительного обследования и лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТКАМИ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Семенова О.К., Рябчикова Т.В., Ополовникова О.Г.

МУЗ «Городская больница № 2», г. Кострома

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Маточные кровотечения у женщин репродуктивного возраста являются одним из основных симптомов не только при патологии обусловленной нарушением в системе регуляции полового цикла, но чаще всего связаны с осложненным течением беременности, а именно с самопроизвольным абортом. Частота этой патологии колеблется, по данным литературы, от 10 до 25% от общего числа всех клинически диагностированных беременностей, причем этот показатель достаточно стабилен, несмотря на использование разнообразных методов лечения.

Вопросам этиологии, патогенеза, терапии и профилактики самопроизвольного аборта посвящено большое число исследований, однако до настоящего времени эта проблема далеко не разрешена. Психологическим проблемам при аборте в клинической практике и научных исследованиях долгое время не придавали особого значения. В перечне мероприятий, проводимых с целью реабилитации женщин после самопроизвольного прерывания беременности, необходимость психологической реабилитации не упоминается. Остается также открытым вопрос и об участии среднего медицинского персонала в реабилитации пациентов данной группы, что и послужило поводом для нашей работы.

Цель исследования — изучить особенности психоэмоционального состояния и качество жизни женщин с самопроизвольными выкидышами и на основании выявленных проблем пациента обосновать необходимость сестринских вмешательств при реабилитации этих женщин.

Были обследованы 40 женщин в возрасте от 20 до 35 лет, госпитализированных в гинекологическое отделение по экстренным показаниям с самопроизвольным прерыванием беременности. Все женщины состояли в браке и имели желанную беременность. У половины обследованных женщин (1-я группа — 20 человек) — самопроизвольно прервалась одна беременность, у другой (2-я группа — 20 человек) — две и более, т.е. у этих женщин сформировалось привычное невынашивание. Контрольную группу составили 30 практически здоровых женщин в возрасте от 20 до 35 лет, состоящих в браке.

У женщин выяснены медико-социальный анамнез, проведена оценка качества жизни, психологического статуса — определен уровень ситуационной и личностной тревожности.

В работе использовалась модель сестринского процесса у пациентов с повышенной тревожностью. Исследование уровня тревожности проводилось всем женщинам в динамике: сначала на I этапе сестринского процесса при поступлении

женщины в гинекологическое отделение, затем после сестринского вмешательства перед выпиской пациентки из стационара.

Женщины исследуемой группы были в возрасте от 20 до 35 лет, средний возраст которых составил $28,4 \pm 0,8$ лет.

Группы обследованных женщин были однородны по профессиональному статусу.

Почти половину в исследуемой и в контрольной группах составили женщины со средним специальным образованием. Пациентки с высшим образованием составили 40,0%. Женщины со средним образованием составили 17,5%. Достоверных различий по уровню образования не найдено.

Максимальное число самопроизвольных выкидышей (85,0%) было отмечено в I триместре беременности, причем большая часть (40,0%) приходилась на первые 7 — 9 недель беременности.

Среди причин, обуславливающих самопроизвольное прерывание беременности, существенное место занимают нарушения функции репродуктивной системы: у обследованных женщин в анамнезе выявлены воспалительные заболевания половых органов (50,0%), искусственное прерывание беременности (65,0%). Оценка соматического здоровья женщин исследуемой группы выявила в анамнезе у большинства женщин частые ОРВИ (87,5%), хронический тонзиллит (70,0%), оперативные вмешательства (20,0%).

При сравнении данных исследования качества жизни установлено, что у женщин, перенесших самопроизвольный выкидыш, достоверно снижены показатели как физического, так и душевного здоровья по сравнению с группой контроля. Исключение составили показатели интенсивности боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью. Эти показатели приближаются к таковым у здоровых женщин.

Особенно отличаются в худшую сторону показатели психического здоровья, которое у женщин с самопроизвольным выкидышем во много раз по сравнению со здоровыми женщинами ограничивало повседневную и трудовую деятельность. При этом показатель социальное функционирование (SF) у женщин 2-й группы ($58,8 \pm 4,5$) (с привычным невынашиванием) достоверно ниже, чем у женщин первой группы ($75,0 \pm 4,1$). Показатель эмоционально-ролевого функционирования (RE) у женщин 2-й группы ($25,0 \pm 8,2$) так же достоверно ниже, чем у пациенток первой группы ($61,6 \pm 7,3$). В целом показатели, отражающие состояние психического здоровья у пациенток с самопроизвольным выкидышем, были снижены по сравнению со здоровыми женщинами в 2,5 раза.

Можно утверждать, что привычное невынашивание беременности это не только гинекологическая патология, но и состояние, влияющее на качество жизни пациентки в целом и в частности на состояние психического здоровья женщины.

В результате проведенного анкетирования среди женщин с самопроизвольным выкидышем у 95% пациенток выявлены нарушения психоэмоционального статуса: тревожность (70,0%), беспокойство (80,0%), плохое настроение (85,0%), нарушение сна (50,0%), раздражительность (30,0%), страх (30,0%).

Установлено, что средний уровень ситуационной тревожности (СТ) у женщин исследуемой группы составил $49,2 \pm 1,0$ балла, что достоверно выше чем в контрольной группе $22,7 \pm 1,1$ балла ($p < 0,05$). При этом уровень СТ преобладал во 2-й группе, в которую вошли женщины с привычным невынашиванием беременности, что обусловлено повышенным напряжением, беспокойством, нервозностью.

Средний уровень личностной тревожности (ЛТ) у женщин 1-й группы ($44,2 \pm 2,0$ балла) и 2-й группы ($44,5 \pm 1,8$ балла) были одинаковы и достоверно выше, чем в контрольной группе ($40,0 \pm 1,1$ балла), что возможно обусловлено личностными особенностями этих женщин.

После сестринского вмешательства вновь оценивался уровень тревожности. В 1-й группе выявлено значительное снижение СТ. Этот показатель

равен $30,5 \pm 0,7$ балла. По сравнению с исходным уровнем различия достоверны. Уровень СТ во 2-й группе достоверно снизился и составил $44,6 \pm 1,2$ балла. По результатам повторного тестирования средний уровень ЛТ в исследуемой группе, по сравнению с исходным ($44,4 \pm 1,4$ балла), практически не изменился и составил $42,4 \pm 1,2$ балла ($p > 0,05$).

Анализ полученных результатов показал, что эта самопроизвольное прерывание беременности развивается у женщин с нарушением соматического и репродуктивного здоровья, с отягощенным гинекологическим анамнезом. Качество жизни женщин с самопроизвольным выкидышем снижается по сравнению со здоровыми женщинами в большей степени за счет психического состояния.

Уровень СТ у пациенток с самопроизвольным выкидышем достоверно выше, чем у здоровых женщин, причем у женщин с привычным невынашиванием уровень тревожности выше, чем у женщин, в анамнезе которых это был первый случай самопроизвольного прерывания беременности.

Сестринские вмешательства, направленные на снижение уровня тревожности у пациенток с самопроизвольным выкидышем оказали достоверное снижение уровня СТ. Сестринские вмешательства, направленные на снижение уровня тревожности целесообразны и необходимы для ведения пациенток с самопроизвольными выкидышами в условиях гинекологического отделения.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ СЕЛА

Смирнов В.Н.

МУЗ «Ивановская центральная районная больница», Ивановская обл.

Разработка эффективного комплекса мероприятий по снижению педиатрической заболеваемости наряду с общепринятыми статистическими показателями должна проводиться с учетом распространенности социальных факторов среди детского населения. С целью углубленного анализа заболеваемости детского населения сельских районов Ивановской области была апробирована и использована «Группировка детей в возрасте от 0 до 18 лет по ведущим факторам, определяющим виды заболеваний или отклонений в состоянии здоровья детского населения».

Группа полностью здоровых детей в структуре общего числа детского населения составляет около 11%. Наиболее распространены среди детского населения села заболевания эпидемического и пандемического характера, не имеющие надежных специфических средств профилактики (1006,1%). Более чем в половине случаев (65,24%) эта группа представлена острыми респираторно-вирусными инфекциями — 656,4%, в каждом третьем случае — острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) (328,3%), и только в 2,13% — гриппом (21,5%). На втором месте (18,89%) среди детей и подростков стоят заболевания, обусловленные количественным и качественным недоеда-

нием, ведущим к недостаточности витаминов, микроэлементов, а также нерациональным питанием случаев, (507,1%). Недостаточность витаминов и микроэлементов привела к развитию у детей анемии (13,1%), в том числе: детей раннего возраста (5,0%), дошкольников (3,5%), школьников (3,1%), подростков (1,5%). Этот алиментарный фактор также привел к возникновению ожирения (8,1%), развитию рахита (2,0%) и диабета (0,9%). Третье место (12,7%) занимает группа заболеваний, связанных с посещением детских дошкольных учреждений (341,0%). На четвертом месте (10,2%) по частоте вызываемых отклонений в состоянии здоровья детей стоят факторы, связанные с учебной перегрузкой в школах, колледжах, лицеях и других учебных заведениях (273,9%). Среди этой группы наиболее распространены нарушения осанки (111,1%) и зрения (95,8%), а также сколиозы (32,7%) и болезни органов пищеварения (26,5%). В 3% случаев это неврозы и психастенические заболевания (7,9%). Пятое место (4,28%) принадлежит группе заболеваний, которые связаны с отсутствием специальных массовых профилактических мероприятий (114,8%). Шестое ранговое место связано с воздействием неблагоприятных факторов внешней среды, в том числе,

«техногенной» агрессии (4,2%, 112,6‰). На 40% эта группа представлена болезнями органов дыхания (45,4‰). На седьмом месте (3,2%) стоят заболевания, связанные с низким уровнем семейного дохода (85,9‰). Восьмое место (2,38%) занимает группа болезней, которые зависят от уровня общей и санитарно-гигиенической культуры семьи и образа жизни (63,8‰). Более чем в половине случаев (56,36%) она представлена педикулезом (35,9‰), в каждом третьем — гельминтозами (19,5‰), каждое восьмом — чесоткой (8,3‰). Девятое место (1,97%) занимает группа заболеваний, обусловленных эндогенными факторами, такими как: генетические и тератогенные причины, последствия нарушений развития плода разного происхождения (52,8‰). На десятом месте (1,75%) находятся болезни девочек, девушек (46,9‰), среди которых лидирует патология беременности и родов (21,7‰). Последующие группы заболеваний или отклонений в состоянии здоровья детей и подростков сельского района в возрасте от 0 до 18 лет в отдельности занимают менее 1% структуры общей заболеваемости детского населения.

Анализ по комплексной методике объединения социальных факторов и морфофункциональных изменений в состоянии здоровья детского населения сельского района позволил рассчитать итоговый общий показатель заболеваемости детского населения, который составил 2 684,6‰.

Полученные результаты позволили разработать комплекс мероприятий по управлению факторами, определяющими виды заболеваний или отклонений в состоянии здоровья детского населения села.

Мероприятия должны проводиться во взаимодействии и преемственности учреждений здравоохранения с органами санитарно-эпидемиологического надзора, социальной защиты населения, образовательными дошкольными и школьными учреждениями (техникумами, лицеями и др.). В числе первоочередных мероприятий необходимо проводить постоянный контроль за качеством питания и воды, совершенствование системы очистных сооружений, массовую индивидуальную профилактику кариесов зубов, организацию акмеологического мониторинга заболеваний в рамках государственной программы социальной медицины.

Для обеспечения дифференцированного подхода к разработке комплекса мероприятий по снижению детской заболеваемости необходимо усиление взаимодействия учреждений здравоохранения с системой образования. Внедрение программ неспецифической профилактики, профилактической витаминизация дошкольников и школьников в организованных коллективах. Организация и контроль над системой горячего питания, в том числе за применением йодированной соли. Пересмотр школьных программ, введение ежедневных занятий по здоровьесбережению. В регионах должны развиваться службы медико-психологической поддержки дошкольников и школьников: подготовка детей к поступлению в образовательные учреждения; введение должностей психологов в дошкольные учреждения и школы. В числе необходимых административных и законодательных мероприятий по укреплению социального здоровья детей должна быть разработана четкая система компенсационных пособий и выплат на основе регламентаций по прожиточному минимуму, как базы для обеспечения адресной помощи детям.

СОДЕРЖАНИЕ «ТОКСИЧЕСКИХ СУБСТАНЦИЙ» НЕЙТРОФИЛОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Соколова Т.Б., Филина И.В., Горохова Р.Е., Рывкин А.И., Побединская Н.С.
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Под наблюдением находилось 40 детей в возрасте от 7 до 14 лет, больных атопической бронхиальной астмой. Обследование проводилось дважды — в периоде обострения и ремиссии. У всех детей цитохимическим методом определяли активность миелопероксидазы (МП) в нейтрофилах (методика по A. Sato). О степени активности МП судили по оптической плотности продукта реакции. Содержание катионных белков (КБ) в нейтрофилах исследовали методом G. Geuer. Результаты окрашивания оценивали с помощью цветной телевизионной системы компьютерного анализа изображений «MagiScop». Определяли оптические и геометрические параметры, по которым косвенно судили об активности и содержании изучаемых показателей. Параллельно исследовали содержание продуктов окисления оксида азота (NO) — нитрит-анионов (NO_2^-) с помощью реактива Griess и концентрацию малонового диальдегида (МДА) в нейтрофилах.

Период обострения характеризовался повышением содержания МП и КБ в нейтрофилах (МП = $54,0 \pm 1,5$ у.е.; КБ = $41,4 \pm 1,1$ у.е.) по сравнению с контролем (МП = $18,98 \pm 3,0$ у.е.; КБ = $25,5 \pm 0,9$ у.е.). Увеличение активности МП было взаимосвязано с повышением NO_2^- в нейтрофилах, увеличением содержания МДА. Повидимому, высокие концентрации МП способствуют генерации активных форм кислорода в каскаде респираторного взрыва, инициирующих процессы перекисного окисления липидов, что подтверждается увеличением концентрации МДА. В свою очередь, высокое содержание NO, усугубляя процессы липопероксидации, способствует пролонгированию воспалительного процесса в бронхах. Повышение концентрации КБ в нейтрофилах, вероятно, отражает активацию этих клеток, способствуя еще большей продукции МП и NO, которые, наряду с КБ, вызывают повреждение эпителия дыхательных путей, создавая тем самым порочный круг.

Отмеченные сдвиги были сопряжены с изменениями функции внешнего дыхания и мукоцилиарного клиренса, патогномичными для бронхиальной астмы.

В периоде ремиссии отмечалось снижение изучаемых показателей, не достигавшее, однако,

уровня контроля ($MP = 39,76 \pm 4,67$ у.е.; $KB = 29,01 \pm 2,23$ у.е.), что свидетельствует о неэффективности противовоспалительных механизмов, составляющих основу персистенции патологического процесса в бронхах.

РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ

Ставропольская Л.В., Вахитов Ш.М.

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»
РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ Республики Татарстан

Предупреждение передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку является не только актуальной, но и выполнимой задачей. При своевременном проведении химиопрофилактики у 98% ВИЧ-серопозитивных женщин рождаются здоровые дети.

В Республике Татарстан в настоящее время проводится активная работа по перинатальной профилактике ВИЧ-инфекции. Из 669 детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей (на 20.09.2007 г.) 426 детей (63,7%) сняты с учета с диагнозом «здоров по ВИЧ-инфекции», 45 детям (6,7%) выставлен диагноз «ВИЧ-инфекция». Остальные дети состоят на диспансерном учете до постановки окончательного диагноза. Ежегодно в Республике Татарстан выявляется порядка 300 беременностей среди ВИЧ-инфицированных женщин и рождается более 100 детей.

Задачей нашего исследования было изучение социально-гигиенических характеристик ВИЧ-инфицированных женщин для разработки дифференцированных подходов к профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матерей к детям. Нами проведен анализ социально-гигиенических характеристик у 278 ВИЧ-инфицированных женщин, которые за период 2000—2005 гг. стали матерями. Возрастная структура: 14—17 лет — 16 (5,5%), 18—29 лет — 248 (89%), 30—39 лет — 14 (5%), среди ВИЧ-инфицированных матерей, учащиеся школ — 5 (1,8%), учащиеся средних учебных заведений — 25 (9,0%), учащиеся высших учебных заведений — 15 (5,4%), работающие — 81 (29,0%), безработные — 152 (54,7%).

156 (56,1%) ВИЧ — инфицированных матерей были замужем или находились в гражданском браке, 122 (43,8%) не замужем или разведены.

Среди путей заражения ВИЧ — инфекцией половой отмечен у 136 (48,9%) матерей, внутривенный — 137 (48,9%), не установлен — 5 (1,8%).

13,5% были задержаны органами Министерства внутренних дел, 13,7% состояли на учете в наркологическом диспансере, 10,0% в кожно-венерологическом диспансере, 1,5% в психоневрологическом диспансере.

В ходе анализа акушерско-гинекологического анамнеза была выявлена взаимосвязь между постановкой на учет ВИЧ-инфицированной женщины и проведением перинатальной профилактики.

Среди 286 случаев беременности в 75% (215 случаев) женщины состояли на учете в женской консультации и 25% (71 случай) не состояли. Среди состоящих на учете в женской консультации перинатальная профилактика ВИЧ-инфекции была проведена в 97% (208 случаев) и не проведена в 3% (7 случаев). Среди женщин, которые не состояли на учете в женской консультации в период беременности, перинатальная профилактика ВИЧ-инфекции была проведена в 14% (10 случаев) и не проведена в 86% (61 случай).

Среди женщин, получающих перинатальную профилактику ВИЧ во время беременности, диагноз ВИЧ у детей выставлен в 3% (7 случаев). Среди женщин, не получающих перинатальную профилактику, диагноз ВИЧ-инфекция у детей выставлен в 10,9% случаев.

Таким образом, путь инфицирования у ВИЧ-позитивных матерей в равных долях может быть как внутривенным, так и половым. В 54,7% это безработные женщины, в большинстве случаев состоящие в браке. Превалирующее большинство из них находятся в возрасте 18—29 лет. Но настораживает тот факт, что более 13% из них привлекались к ответственности правоохранительными органами и состояли на учете в наркологическом диспансере.

Отсутствие химиопрофилактики в период беременности прямо пропорционально повлияло на отсутствие профилактики в период родов и в период новорожденности ребенка. Самый высокий процент непроведенных мероприятий именно среди женщин, не состоящих на учете по беременности. Как следствие, процент детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, которым впоследствии поставлен диагноз ВИЧ-инфекция, выше в 3 раза среди той же категории женщин.

Вопросы контрацепции и сохранения беременности у ВИЧ-инфицированных являются сложной проблемой. Учитывая бактериологические и поведенческие особенности и проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем, консультирование ВИЧ-позитивных пациентов должно проводиться с особой осторожностью. Как и у обычных пациентов, в случае возникновения беременности перед ВИЧ-инфицированными женщинами стоит, как правило, дилемма: сохранить или прервать беременность. Медицинские работники играют важную роль в процессе принятия женщиной такого ре-

шения, поэтому ей необходимо предоставить полную информацию и необходимые медицинские услуги в соответствии с ее выбором. По возможности консультирование должно предоставляться обоим партнерам вместе или по отдельности.

ВИЧ-положительные пары должны иметь возможность сделать информированный, свободный от принуждения выбор и иметь доступ ко всем медицинским учреждениям, которые позволяют им осуществить этот выбор. В случае если ВИЧ-позитивная женщина принимает решение о беременности, она должна быть информирована о наличии соответствующих родовспомогательных учреждений, а также о необходимости проведения

химиопротекции для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

Сегодня не вызывает сомнений тот факт, что для улучшения качества социально-психологического сопровождения и патронажа беременной женщины, матери, ребенка и, как следствие, реализации механизмов профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ на всех этапах (до, во время и после родов) необходимо слаженное взаимодействие некоммерческих, негосударственных СПИД-сервисных организаций и государственных лечебно-профилактических учреждений родовспоможения.

ДИСЛИПИДЕМИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Ткачева О.Н., Адаменко А.Н., Романова М.А.

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет

Росздрава»

ОГУЗ «Владимирская областная клиническая больница»

Атерогенная дислипидемия является общепризнанным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у лиц обоего пола. Однако у женщин имеются некоторые особенности в механизмах формирования и прогностической значимости изменений липидного обмена. Кроме того, в настоящее время эффекты гиполипидемической терапии, в том числе статинами, у женщин исследованы недостаточно. Вместе с тем, выявлен ряд отличий фармакокинетических параметров этого класса препаратов в зависимости от пола.

Основной целью нашего исследования являлось сравнение изменений показателей липидного спектра, уровня С-реактивного белка (СРБ) как маркера воспалительной реакции, а также функции эндотелия на фоне терапии симвастином (Симгал, фирма Айвекс) у женщин репродуктивного и постменопаузального возраста с высоким коронарным риском. По дизайну исследование явилось открытым сравнительным.

Выделены следующие критерии включения в исследование: 1) больные I категории риска ССЗ (наличие любых клинических проявлений ишемической болезни сердца (ИБС), периферического атеросклероза, атеросклероза мозговых артерий, аневризмы брюшного отдела аорты); 2) больные II категории риска ССЗ (наличие нескольких факторов риска — при оценке по таблице SCORE 10-летний риск фатальных событий — 5%); 3) выраженное повышение одного из факторов риска ССЗ: общий холестерин (ХС) — 8 ммоль/л или 320 мг/дл, ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) — 6 ммоль/л или 240 мг/дл, артериальное давление — 180/110 мм рт. ст.

Критериями исключения явились: беременность или лактация, непереносимость симвастина, заместительная гормональная терапия, прием гиполипидемических препаратов, органические заболевания или травмы центральной и/или периферической нервной системы, алкоголизм и/или

наркомания, психические заболевания, отказ пациентки от сотрудничества, тяжелая сопутствующая соматическая патология (в том числе желчно-каменная болезнь с частыми обострениями, язвенная болезнь в стадии обострения).

Всего в исследование было включено 45 пациенток. Среди них выделены 2 группы. В первую группу (n = 21) вошли женщины репродуктивного возраста (средний возраст — $43,8 \pm 0,6$ года, медиана Me — 44) с сохраненной менструальной функцией; во вторую — женщины в постменопаузе (средний возраст — $57,8 \pm 1,1$ года, Me — 57). Период наблюдения составил 24 недели на фоне постоянного приема Симгала, который назначался в начальной дозе 20 мг/сут, с последующим титрованием дозы (максимально допустимая — 80 мг/сут) в зависимости от достижения целевых значений общего ХС (менее 4,5 ммоль/л, согласно данным Российских рекомендаций ВНОК, 2004) по результатам динамического биохимического мониторинга. До лечения и каждые 4 недели на фоне лечения препаратом в обеих группах определяли уровни общего ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, триглицеридов (ТГ) СРП, микроальбуминурию (МАУ), эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) в пробе с реактивной гиперемией. Кроме того, каждые 4 недели у пациенток проводился контроль уровня мочевины, катенина крови, креатинфосфокиназы, АСТ, АЛТ и билирубина крови.

Изучая исходные параметры липидного спектра, СРП, МАУ и ЭЗВД и проводя сравнительный анализ этих показателей в двух выделенных группах пациенток, мы получили следующие данные. Уровень общего ХС у женщин постменопаузального возраста оказался достоверно выше, чем у женщин репродуктивного возраста: $7,62 \pm 1,15$ ммоль/л и $6,29 \pm 1,12$ ммоль/л соответственно ($p < 0,05$).

Уровень ХС ЛПВП был в одинаковой степени снижен в обеих группах ($1,19 \pm 0,12$ ммоль/л в

первой группе и $1,12 \pm 0,12$ ммоль/л во второй, $p > 0,05$). У участниц проведенного нами исследования также был повышен уровень ХС ЛПНП: в первой группе он составил $3,60 \pm 1,32$ ммоль/л, во второй — $5,37 \pm 1,34$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Средние показатели уровня ТГ и МАУ не выходили за границы нормы и статистически значимо не различались в двух сравниваемых группах.

У женщин старшей возрастной группы более отчетливо выражена дисфункция эндотелия: $9,67 \pm 2,46\%$ в первой группе и $5,58 \pm 2,46\%$ во второй, $p < 0,05$.

Таким образом, липидный спектр и функция эндотелия оказались нарушенными у женщин постменопаузального возраста более значимо, чем у женщин репродуктивного возраста. В тоже время воспалительная реакция сильнее выражена в группе женщин репродуктивного возраста: уровень СРБ $9,11 \pm 2,82$ мг/дл в первой группе и $3,78 \pm 2,47$ мг/дл во второй группе ($p < 0,01$), что свидетельствует о большей активности воспалительного процесса у этой категории пациенток.

Применение Симгала оказало положительное влияние на мониторируемые параметры в обеих группах пациенток, но более эффективной терапия оказалась у женщин репродуктивного возраста. Так, в среднем по группе, уровень общего ХС снизился до нормальных показателей уже через 2 месяца приема препарата у 43% женщин, применявших Симгал в дозе 20 мг/сут и у 5% участниц исследования, получавших 40 мг препарата в сутки. Повышение дозы препарата до 80 мг/сут потребовалось 52% пациенток. Нормализация уровня общего ХС во второй группе женщин была достигнута лишь к концу четвертого месяца исследования, причем целевые значения показателя получены лишь у 5% пациенток этой группы на фоне приема Симгала в дозе 20 мг/сут, и у 95% — при приеме препарата в дозе 80 мг/сут.

Нормализация концентрации ХС ЛПВ достигнута в обеих группах. В целом за период наблюдения уровень ХС ЛПВП вырос на 38% в группе женщин репродуктивного возраста и на 27% во второй группе.

Нормализация уровня ХС ЛПНП в первой группе достигнута через 16 недель приема препарата. В старшей группе к концу исследования уровень данного показателя оставался выше нормальных значений, хотя произошло значительное понижение его концентрации по сравнению с исходным уровнем (на 49%).

Достоверных изменений содержания ТГ и показателей МАУ не отмечено. По-видимому, это связано с их невысоким исходным уровнем в обеих исследуемых группах.

Кроме того, терапия Симгалом выражено повлияла на регресс воспаления и функцию эндотелия у женщин обеих групп. Так уровень СРБ к концу исследования в группе женщин репродуктивного возраста составил $1,45 \pm 0,61$ мг/дл, а в группе пациенток в постменопаузе — $1,93 \pm 0,66$ мг/дл; ЭЗВД — $17,10 \pm 4,18\%$ в первой группе и $14,81 \pm 4,27\%$ во второй.

В течение шести месяцев терапии Симгалом в обеих группах пациенток не было отмечено нежелательных эффектов препарата. Ни одной из пациенток, принимавших участие в исследовании, не пришлось уменьшать дозу или отменять препарат в связи с диагностически значимым повышением уровня АСТ, АЛТ или КФК. Три пациентки из группы постменопаузальных женщин отказались от дальнейшего приема препарата после 1 месяца терапии в связи с возникновением дискомфорта в эпигастральной области.

Таким образом, в ходе проведенного нами исследования выявлены статистически значимые различия состояния липидного спектра, выраженности воспалительной реакции и функции эндотелия у женщин двух возрастных групп с высоким коронарным риском. Препарат Симгал достоверно уменьшал уровни общего ХС, ХС ЛПНП, оказывал противовоспалительное действие и улучшал функцию эндотелия в обеих группах. При этом средняя доза препарата, необходимая для достижения этих эффектов в группе женщин репродуктивного возраста оказалась значительно ниже, чем в группе женщин постменопаузального возраста.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ОКАЗАВШИМСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ, НА УРОВНЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Французова Т.М., Кудряшова И.Л., Малышева Т.М.
Департамент здравоохранения Ивановской области

В современных условиях достаточно высока роль медико-социальных факторов в сохранении жизни и здоровья детей. Каждый четвертый ребенок первого года жизни из общего числа умерших этой возрастной категории умирает дома. В структуре причин младенческой смертности на дому первое место занимают прочие причины (в том числе при отсутствии надлежащего ухода в течение длительного времени, обнаружение ребенка в баке с мусором, жестокое обращение с детьми). Проводимая работа медицинским персоналом с

населением по формированию потребности здорового образа жизни и своевременного обращения за медицинской помощью недостаточно эффективна.

Органами местного самоуправления Ивановской области сформирован межведомственный банк данных о беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, а также семей групп социального риска. На 01.01.2006 г. на особый учет поставлено 10 666 семей, в которых родители не обеспечивают надлежащих условий жизни 16 003 детям. За

последние три года возросло количество детей раннего возраста, из числа беспризорных и безнадзорных, поступивших в лечебно-профилактические учреждения области с улицы. В структуре выявленной патологии у детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, первое место занимают соматические заболевания, второе — инфекционные, третье — психические.

В динамике с 2002 г. отмечается снижение выявленных инфекционных заболеваний у детей, в течение 4 лет не регистрируются наркологические заболевания, однако отмечается рост выявленной соматической патологии. Отказов в госпитализации детей в лечебно-профилактические не было. Все учреждения, обслуживающие детей, изъятых из опасных мест проживания в приюты, территориальные центры, укомплектованы штатами медицинских работников. Углубленные медицинские обследования детей и подростков проводятся в многопрофильных больницах. В ряде городов и районах области развернуты круглосуточные койки для беспризорных и безнадзорных детей, а

также детей, оставшихся без опеки и попечительства, финансируемых из бюджета муниципальных образований. Утверждены положения о рабочей группе быстрого реагирования органов системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. В 2006 г. повышенное внимание уделялось организации отдыха детей, нуждающихся в особой защите государства, прежде всего детей-сирот, детей с ограниченными возможностями, детей из многодетных и неполных семей. Ежегодно оздоравливается более 2,2 тыс. детей. В системе интернатных учреждений и детских домах в 2006 г. находилось 4482 ребенка (2005 г. — 4187 детей), из них 210 дошкольного возраста (в 2005 г. — 186). По группам здоровья дети распределились следующим образом: I группа — 6,4% (в 2005 г. — 2,2%), II группа — 22,4% (в 2005 г. — 25,9%), III группа — 71,2% (в 2005 г. — 71,9%). Данное направление в работе с указанным контингентом детей является важным и эффективным.

НЕКОТОРЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Французова Т.М., Кудряшова И.Л., Малышева Т.М.
Департамент здравоохранения Ивановской области

За последние 5 лет заболеваемость среди детей с 0 до 14 лет увеличилась на 17,6%; среди детей 15—17 лет — на 18,3%. Под диспансерным наблюдением по поводу хронической патологии состоит каждый третий ребенок. Нельзя не обратить внимание на устойчивую тенденцию повышения заболеваемости во всех возрастных группах.

Численность детей с хроническими заболеваниями возросла на 7,5% среди детей до 15 лет, и на 9,1% среди подростков. Наиболее часто хроническое течение принимают у детей в возрасте с 0 до 15 лет болезни нервной системы, мочеполовой, органов дыхания, пищеварения, врожденные аномалии. У детей подросткового периода первое ранговое место занимают болезни органов пищеварения, затем болезни мочеполовой системы, нервной, эндокринной, органов дыхания, психические расстройства, болезни костно-мышечной системы. Таким образом, рост общей заболеваемости, увеличение числа детей с хронической патологией формируют основу для инвалидизации детей. Ежегодно инвалидами становятся около 600 детей.

В структуре заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности у детей, впервые признанными инвалидами, первое место занимают болезни нервной системы (у каждого третьего ребенка), затем следуют врожденные аномалии (каждый пятый ребенок), далее психические болезни (каждый восьмой ребенок). Структура заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности представлена следующим образом. Первое место принадлежит болезням нервной системы — 29,3%, второе — врожденным аномалиям — 19,3%, третье — со-

матической патологии — 18,7%, четвертое — психическим расстройствам — 12,8%. Наибольшее количество детей-инвалидов среди впервые признанными отмечается в группе до 3 лет — 41,2% и старше 15 лет — 26,6%. Мальчиков больше (58,3%). В структуре болезней, которые обусловили возникновение инвалидности у детей лидирующее место занимают болезни нервной системы 27,3%, далее прочие заболевания 21,9%, соматическая патология 19,0%, психические расстройства 15,4%, врожденные аномалии 16,3%. В группе соматической патологии инвалидность чаще всего наступила при болезнях эндокринной системы. Среди врожденных аномалий инвалидность наиболее часто обуславливают хромосомные болезни (59,4%), затем аномалии системы кровообращения (34,7%). Число мальчиков среди всех детей инвалидов также превышает (59,9%), как и в категории с впервые установленной инвалидностью.

В общей популяции детей-инвалидов преобладает возрастная группа школьного возраста с 8 до 14 лет — 37,9% и старше 15 лет — 28,7%. Структура заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности по РФ несколько иная: место занимают инфекционные и соматические заболевания 32%, 2 место — психические расстройства 23,7%, 3 место — болезни нервной системы 21%, 4 место — врожденные аномалии 18,3%. Из приведенных данных следует особое внимание обратить на проведение профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний нервной системы, врожденных аномалий. В нашем регионе отработана система профилактики болезней нервной системы у детей: подготовка к материнству (оздо-

рование будущих родителей) с использованием возможности центра планирования семьи НИИ МиД им. В.Н. Городкова; формирование потребности здорового образа жизни семьи; ранняя постановка на учет в женской консультации и регулярное наблюдение; скрининговое обследование на внутриутробные инфекции и врожденные уродства; врачебное сопровождение любых болезней во время беременности; рациональное родоразрешение; качественное и регулярное наблюдение ребенка в период новорожденности (первый месяц), на первом году жизни и раннем возрасте до трех лет (с учетом права выбора детской поликлиники) При необходимости коррекция здоровья; своевременная высокоспециализированная медицинская помощь. По главному нарушению в состоянии здоровья первое место занимают двигательные нарушения — 28,2%, второе — висцеральные и метаболические нарушения, расстройства питания — 24,9%, третье — умственные 22,2%. Огромное значение имеет реабилитация детей после острого заболевания, при хронизации процесса и при наличии у ребенка инвалидности. Практически более чем у 88% детей инвалидов разработаны индивидуальные программы реабилитации работниками МСЭ, в восстановительной терапии нуждается 83,8% детей-инвалидов; в технических средствах реабилитации нуждаются 19,5% детей инвалидов. Остаются нерешенными проблемы медицинского обслуживания детей-инвалидов: организация специализированной помощи на дому для контингента детей-инвалидов, не имеющих возможности передвигаться (74 ребенка); недостаточные объемы психологической помощи семьям, имеющим ребенка инвалида; неполное использование имеющихся возможностей

медико-генетического консультирования на базе НИИ МиД; малое количество реабилитационных отделений, центров, больниц в области; ограниченные возможности санаторно-курортного лечения детей, семейного отдыха. Реабилитация должна проводиться и в амбулаторных условиях, условиях семьи и санаториях. К сожалению, количество путевок на санаторно-курортное лечение уменьшается. (2005 г. — 972 детей за счет средств ФСС оздоровлено, в 2006 г. — 247, в 2007-м — 353). Рассматривая составляющие компоненты системы воздействия на ребенка инвалида, следует отметить, что силы и средства привлекаются немалые. Но эффективность не достигает желаемого уровня по ряду причин. Наиболее значимая из них — необратимые изменения, происшедшие в организме ребенка. В Ивановской области определены перспективы совершенствования медицинской помощи детям инвалидам: строительство детской областной клинической больницы; разработка и утверждение областной целевой программы «Бронхиальная астма у детей»; оптимизация лекарственного обеспечения детей-инвалидов путем своевременного оформления заявок на медикаменты (начиная с участковых врачей-педиатров), а также наиболее широкого использования дневных стационаров; модернизация сурдологического центра; создание детского нейрофизиологического и эпилептологического центров; увеличение коррекционных групп в детских дошкольных образовательных учреждениях; дополнительная диспансеризация детей-инвалидов сотрудниками ГОУ ВПО ИвГМА; организация санаторного лечения детей, больных сахарным диабетом, гематологического профиля и других в условиях местного санатория.

ПРОБЛЕМЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

Французова Т.М., Кудряшова И.Л., Малышева Т.М.
Департамент здравоохранения Ивановской области

Медицинское обслуживание в Ивановской области осуществляется в 413 школах, из них 215 — сельских. Число учащихся составляет 102 079. Лишь половина школ имеет медицинские кабинеты, из которых только 2% полностью соответствуют требованиям СанПиН. Число детей подросткового возраста в Ивановской области за последние 5 лет уменьшилось почти на 4 тысячи человек. Доля данного возрастного контингента в структуре населения не изменилась и составляет 4,6%, в структуре детского населения 25,6%. Укомплектованность школ врачебным персоналом с учетом совместительства составляет 76,2%, медицинскими сестрами 69,1%. При негативных тенденциях в динамике состояния здоровья детей в целом, наиболее выраженное ухудшение здоровья отмечается среди детей 7—18 лет. В жизни ребенка этот возрастной период совпадает с систематическим обучением, становлением личности в социальном плане, формированием взрослых стереотипов поведения. Уровень осмотренных школьников в результате профилактических осмотров в 2006 г. составил 96,4% (в 2005 г. — 96,3%).

Основная масса детей во всех возрастных группах имеет 2 группу здоровья, которая составляет более 50%. Среди подростков вторую группу детей имеет 44,6% детей. При этом почти вдвое увеличивается число детей с 3 группой здоровья (с 15,1% в 7 лет до 28,7% в 17 лет), т.е. происходит формирование хронической патологии. По данным мониторинга ежегодной диспансеризации с 13-летнего возраста отмечается увеличение детей с хронической патологией, у детей старше 15 лет — стойкое преобладание ее над функциональными расстройствами. Трехэтапная технология проведения профилактических осмотров позволяет добиваться выявления отклонений в состоянии здоровья школьников на ранних этапах из года в год. Среди нарушений в состоянии здоровья школьников наиболее часто встречаются снижение остроты зрения (6,4%) и нарушение осанки (5,5%). Анализ выявленных нарушений за последние 3 года при профилактических осмотрах школьников свидетельствует о росте частоты снижения остроты зрения и нарушения осанки. Данная патология увеличивается как из года в год, так и в процессе обучения в школе. Наиболее час-

то снижение остроты зрения и нарушения осанки среди школьников выявляются в 4—5 классах, т.е. при переходе к предметному обучению. Актуальным в настоящее время является организация и научно-методическое обеспечение оздоровительных центров образовательных учреждений, что позволит внедрить современные профилактические, оздоровительные технологии в деятельность образовательных учреждений, приблизить оздоровительную работу непосредственно к каждому обучающемуся, воспитаннику образовательных учреждений.

Анализ заболеваемости среди детей 15—17 лет свидетельствует: в 2006 г. общая заболеваемость выросла на 11,6% за счет увеличения болезней эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ на 30,9%, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани на 26,5%, болезней нервной системы на 17,5%, травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин на 9,5%, болезней системы кровообращения на 8,6%. В структуре общей заболеваемости лидируют болезни органов дыхания, второе место занимают травмы и отравления, третье — болезни костно-мышечной системы, затем следуют болезни мочеполовой системы, нервной системы, болезни эндокринной системы, болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни органов пищеварения. Удельный вес первичной заболеваемости подростков в 2006 г. составил 69,8%. На конец 2006 г. состояло под диспансерным наблюдением с различными заболеваниями 45235 детей в возрасте до 15 лет (30,7% от общего числа детей) и 18347 подростков 15—17 лет (36,1% от общего числа подростков). Обращает на себя внимание рост диспансерной группы в подростковый период. Появился термин «нагруженность заболеваниями», так как один подросток имеет 2 и более заболевания. В структуре болезней, по поводу которых подростки состоят под диспансерным наблюдением, первое

место занимают болезни пищеварения 52,7 на 1000; второе — болезни мочеполовой системы 52,3; третье — болезни нервной системы 42,3; четвертое — болезни органов дыхания 36,7 на 1000 и пятое — болезни эндокринной системы 33,7 на 1000. Среди заболеваний, обусловивших негодность к военной службе, лидируют психические заболевания (из 100 освидетельствованных — 30), 11 человек из 100 негодны по причине болезней органов пищеварения, нервной системы, болезней костно-мышечной системы. Произшедшие за последние годы негативные сдвиги в состоянии здоровья детей подросткового возраста привели к серьезным медико-социальным последствиям. Более половины подростков имеют ограничения в выборе профессии и трудоустройстве по состоянию здоровья, сохраняется низкий уровень годности юношей к военной службе, снижается мотивация к военной службе, ухудшается репродуктивное здоровье населения. Особой проблемой является вопрос питания в организованных коллективах. Недостаточное и неправильное питание приводит не только к формированию заболеваний желудочно-кишечного тракта, развитию анемии, кариеса, но и уменьшает продолжительность жизни на 2—5 лет. Выявлена закономерность при нарушении питания в раннем возрасте, в будущем у таких детей развивается ожирение и сердечно-сосудистые заболевания, которые также сокращают продолжительность жизни.

Изложенные данные свидетельствуют об остроте проблемы состояния здоровья детей школьного возраста. Не смотря на достаточную систему оздоровления детей в нашей области, вопросы своевременного и эффективного комплексного оздоровления остаются актуальными (в том числе оздоровление в санаториях Минздравсоцразвития и за счет средств ФФСС). Нерешенной остается проблема санаторного лечения детей подросткового возраста.

ОСНОВНЫЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Хоптян Д.А., Степанов В.В., Финченко Е.А., Гусев М.В., Левин О.Б.
ОГУЗ «Новосибирская областная клиническая больница»

В Новосибирской области за последние 5 лет рождаемость населения в целом по области выросла на 30,1% и составила 10,8 на 1000 населения. В Новосибирске этот показатель вырос на 32,9% (10,1‰), а в сельских муниципальных районах и городских округах — на 27,8% (11,5‰). Рост рождаемости связан, в основном, с увеличением численности молодых женщин в возрасте 16—29 лет (основной репродуктивный возраст), на которых приходится максимальное число рождений.

Важнейшими медико-демографическими показателями, характеризующими состояние здоровья населения и здравоохранения субъекта РФ являются младенческая, перинатальная и материнская смертность.

Материнская смертность по области снизилась на 45,8% и составила 17,0 (на 100000 родившихся живыми), по РФ — 30,5, в Новосибирске этот показатель снизился на 65,5% (7,0), а в сельских муниципальных районах и городских округах — на 19,9% (33,0). В сельских муниципальных районах и городских округах материнская смертность превышает этот показатель по Новосибирску в 4,7 раза. Динамика снижения материнской смертности в Новосибирске превышает этот показатель по сельским муниципальным районам и городским округам в 3,3 раза. В структуре материнской смертности по области наибольшую долю 60% занимает сепсис, обусловленный абортами, при этом прирост от уровня 2000 г. составил 31,4%, далее по значимости следуют кровотечения и гес-

тозы (20%) с отрицательной динамикой прироста 8,6% и 22,8% соответственно.

Перинатальная смертность по области снизилась на 34,5% и составила 7,6 (на 1000 родившихся живыми и мертвыми). В ее структуре главенствующее место занимают гипоксия и асфиксия в родах (3,5‰) и дыхательные нарушения (2,5‰), далее следуют врожденные аномалии. В Новосибирске показатель перинатальной смертности снизился на 17,1% (6,3‰), а в сельских муниципальных районах и городских округах — на 24,1% (10,7‰). В сельских муниципальных районах и городских округах перинатальная смертность превышает этот показатель по Новосибирску в 1,7 раза.

Младенческая смертность по области снизилась на 28,9% и составила 10,6 (на 1000 родившихся живыми и мертвыми), по РФ — 11,5‰, в Новосибирске этот показатель снизился на 32,3% (6,7‰), а в сельских муниципальных районах и городских округах — на 25,8% (14,4‰). В сельских муниципальных районах и городских округах младенческая смертность превышает этот показатель по Новосибирску в 2,2 раза. Динамика снижения младенческой смертности в сельских муниципальных районах и городских округах ниже показателя по Новосибирску на 6,5% и по области на 3,1%.

В структуре причин детской смертности (до 17 лет) стабильно лидируют травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (24,3%), отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (23,6%), врожденные аномалии, хромосомные деформации и пороки развития (17,7%), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (4,1%), болезни органов дыхания (4,1%).

Заболеваемость беременных, рожениц и родильниц по области снизилась на 1,2% и составила 14950,4 (на 10 тыс. беременных, рожениц и родильниц). При этом сохраняется тенденция к увеличению доли нормальных родов, которая составила 24,5% от общего количества родов.

В структуре заболеваемости беременных, рожениц и родильниц по области ведущей причиной являются болезни мочеполовой системы 4185,2 (на 10 тыс. беременных, рожениц и родильниц), что составляет 28% от числа зарегистрированных случаев, в Новосибирске — 6269,13 (1,6%) соответственно. С 2000 г. отмечается прирост заболеваний мочеполовой системы по области на 19,4%, в Новосибирске — на 22,8%. В сельских муниципальных районах и городских округах наибольший удельный вес занимает анемия 38,4%, что соответствует 4025,5 случаям на 10 тыс. беременных, рожениц и родильниц. Второй по значимости причиной заболеваемости по области являются отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства, они составляют 26,9%, 27,6%, 25,9% соответственно. Последующие места в структуре заболеваемости занимают: анемия (25,6%), болезни органов кровообращения (18,7%) с приростом с 2000 г. на 39,3%, болезни щитовидной железы (3,5%); в Новосибирске: болезни органов кровообращения (18,7%) с приростом на 8,5%, анемия (18,4%), болезни щитовидной железы (8,3%); в сельских

муниципальных районах и городских округах: болезни мочеполовой системы (22,4%) с приростом на 13,4%, болезни органов кровообращения (11,6%) с приростом на 61,9%, венозные осложнения (2,4%).

Следует отметить, что на здоровье матерей крайне негативное влияние оказывают аборт. Несмотря на значительную работу по предупреждению абортов, их уровень снижается крайне медленно. Так по области число абортов на 1000 женщин фертильного возраста составляет 58,4 случая с приростом на 1% от уровня 2000 г., превышая среднероссийский показатель на 26,1%

В структуре заболеваемости новорожденных по области основную долю (96,1%) составляют отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (854,8 случаев на 1000 родившихся). В Новосибирске и в сельских муниципальных районах и городских округах данный показатель несколько ниже областного и составляет 774,2 (95,6%), 789,9 (96,6%) соответственно.

Заболеваемость детей первого года жизни по области снизилась на 8,5% и составила 2426,6 на 1000 детей первого года жизни. В структуре заболеваемости детей первого года жизни преобладают болезни органов дыхания (46,0%), отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (32,4%), некоторые инфекционные и паразитарные болезни 3,2%.

Таким образом, несмотря на положительную динамику отдельных демографических показателей в Новосибирской области за последние годы, таких как увеличение числа родившихся на 27,5% связанное преимущественно с увеличением численности женщин в возрасте 16 — 29 лет (на 11,2%) и соответственно прирост рождаемости на 30,2%, значительного снижения материнской смертности на 45,8%, перинатальной смертности на 34,5%, мертворождаемости на 32,8%, младенческой смертности на 28,9%, заболеваемости детей первого года жизни на 8,5%, отмечается неблагоприятная ситуация, обусловленная:

- высокой смертностью населения (естественная убыль составляет 4,5 на 1000 населения),
- отсутствием положительной динамики ранней неонатальной смертности (5,0 на 1000 родившихся живыми), основной причиной которой являются болезни перинатального периода (80%),
- сохранением высокого уровня заболеваемости беременных, рожениц и родильниц (14950,0 на 10 тыс.), основными среди которых являются болезни мочеполовой системы (28%), отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства (до 28%), анемия (18%).

Крайне неблагоприятным фактором, непосредственно влияющим на здоровье женщин является высокий уровень абортов (58,4 на 1000 женщин фертильного возраста), особенно у первобеременных (10,5%). Также сохраняется высокий уровень заболеваемости новорожденных (890 на 1000 родившихся живыми), основной причиной которой являются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (до 96,0%); врожденные

аномалии развития, деформации и хромосомные аномалии, (до 6,0%). Настораживает прирост родового травматизма на 4—7% с 2000 г., его уровень составляет 35—37 на 1000 родившихся живыми. В среднем каждый ребенок до года болеет

двумя-тремя заболеваниями, показатель заболеваемости в течение 5 лет стабильно высок и составляет 2600—2400 на 1000 детей первого года жизни.

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ИЗ ГРУПП РИСКА

**Чеботарева А.А., Облогина Л.И., Чеботарева Т.В., Самойлова Н.М.
Репина Э.С., Косинова А.М., Пермякова В.М.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

ОГУЗ «Ивановский областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина»

На протяжении длительного периода развития детской противотуберкулезной службы проблема внегочного туберкулеза остается актуальной. К одному из его проявлений относится туберкулез мочевой системы.

В данной работе проведен анализ методов выявления, клинических проявлений и исходов туберкулеза мочевой системы у детей в Ивановской области в период 1996—2005 гг. С данным заболеванием было выявлено 16 детей в возрасте от 5 до 14 лет. Девочек было 13, мальчиков — 3. Преобладающей формой оказался туберкулез паренхимы почек (у 9 больных); у 2 пациентов был выявлен туберкулезный папиллит и у 5 — кавернозный туберкулез.

Среди факторов риска следует отметить сниженную эффективность вакцинации БЦЖ, которая наблюдалась у 11 пациентов и регистрировалась по малой величине поствакцинального знака (до 2 мм). Контакт с близкими родственниками отмечен у 6 больных, наличие хронических воспалительных заболеваний почек и мочевых путей в анамнезе — у 13 пациентов.

Основными методами выявления были обследование детей в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции (10 наблюдаемых) и в связи с выявленным внутрисемейным контактом (6 детей).

Паренхиматозный туберкулез почек у всех пациентов подтверждался ростом культуры возбудителя туберкулеза из мочи на питательной среде Левенштейна-Йенсена. При этом у 1 ребенка отмечалась первичная множественная лекарственная устойчивость (к H, R, S). При туберкулезном папиллите у обоих детей так же обнаружен рост микобактерий туберкулеза в моче с сохраненной ле-

карственной чувствительностью. При кавернозном туберкулезе почек культура возбудителя была выявлена у 3 из 5 пациентов. Лекарственная устойчивость к H и S была наблюдалась у 1 из них. Характерно, что лекарственная устойчивость пациентов была аналогична выделенной культуре у источника заражения. Таким образом, у 14 из 16 пациентов (87,5%) нефротуберкулез был подтвержден культуральным обследованием мочи.

У 13 детей с неспецифическим заболеванием почек и мочевых путей в анамнезе в моче выросла неспецифическая микробная флора.

Среди других методов обследования существенное значение имели данные ультразвуковой диагностики и рентгеноконтрастное обследование, которое являлось решающим в диагностике туберкулезного папиллита и кавернозного туберкулеза почек. Что касается клинического состояния пациентов, то оно страдало незначительно; симптомы интоксикации у всех пациентов оказались слабо выраженными, локальные симптомы поражения почек так же отсутствовали.

Лечение всех больных проводилось в стационаре с использованием основных противотуберкулезных препаратов (изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол). Детям дошкольного возраста вместо этамбутола вводили стрептомицин. Всем больным назначались лечебные травяные сборы (медвежья ушка, березовые почки, брусничный лист), общеукрепляющая терапия. Длительность лечения, в основном, составляла 10—12 месяцев. У всех больных получен положительный эффект. К настоящему времени 11 пациентов с учета сняты, 5 наблюдаются по III группе с клиническим излечением.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИКИ

Чемоданов В.В., Балдаев А.А., Горнаков И.С., Краснова Е.Е., Буланкина Е.В., Шниткова Е.В., Философова М.С., Воронова М.Ю., Шлыкова О.П.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Детская городская клиническая больница №1», г. Иваново

В последнее время внимание клиницистов привлекает проблема дисплазии соединительной ткани (ДСТ), в диагностике и клинической оценке которой ведущее место занимают выявление фенотипических маркеров и эхокардиографических отклонений. Как показали наши исследования, на первом этапе обследования больного не утратило своего значения физикальное исследование с анализом внешних признаков дизэмбриогенеза, дающее возможность диагностировать или заподозрить ДСТ. Обоснованием этому служит достаточно тесная взаимосвязь между числом внешних фенотипических признаков ДСТ и частотой их выявления при исследовании внутренних органов. Мы считаем, что фенотипические признаки синдрома ДСТ следует оценивать в зависимости от числа, степени выраженности, характера и их клинической значимости. Однако единая точка зрения на количественный и качественный диапазоны диагностических критериев при синдроме ДСТ отсутствует.

С другой стороны, требует уточнения частота выявления признаков соединительнотканной несостоятельности в различных возрастно-половых группах детей. В этой связи в детской городской больнице разработан и внедрён в практику работы вкладыш к истории болезни, включающий перечень разнообразных соединительно-тканых признаков, который заполняется врачами первого контакта во время обслуживания пациентов клиники. Это, в конечном итоге, позволит восполнить недостаток сведений о частоте маркеров ДСТ в различные периоды детского возраста, уточнить фенотипические «портреты» больных с отдельными группами соматических заболеваний.

Анализ частоты встречаемости отдельных внешних признаков позволил нам предложить определен-

ный «портрет» больных детей школьного возраста с хроническими заболеваниями гастроинтестинальной сферы, при сколиотической болезни, малых аномалиях развития сердца. Представлены особенности течения ряда соматических заболеваний, ассоциированных с ДСТ в детском возрасте. Однако структура диспластико-ассоциированной соматической патологии детей требует дальнейшего уточнения.

Практикуемый принцип работы позволяет уточнить роль и частоту неблагоприятных экологических факторов, а также факторов перинатального периода в формировании клинических проявлений соединительно-тканной несостоятельности в нашем регионе.

Широкая распространенность ДСТ среди лиц призывного возраста обуславливает актуальность этой проблемы не только в медицинском, но и в социальном плане.

Вследствие того, что ДСТ может служить основой ряда патологических состояний или оказывать негативное влияние на течение различных заболеваний, она имеет междисциплинарное значение. Умение взглянуть на многие патологические состояния через призму врожденной «слабости» соединительной ткани представляется важным, поскольку такой подход нацеливает на целенаправленный поиск иных клинических проявлений данной патологии и вооружает новыми возможностями ее патогенетического лечения. Полагаем, что наблюдение за детьми следует планировать и координировать врачу-педиатру, составляющему интегрированную с врачами-специалистами программу индивидуальной реабилитации детей с недифференцированными формами ДСТ.

ОСОБЕННОСТИ ОНТОГЕНЕТИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ

Шниткова Е.В., Философова М.С., Чемоданов В.В., Соколова С.В., Пронина И.И., Балдаев А.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Детская городская клиническая больница №1», г. Иваново

Одним из научно-практических направлений, которое разрабатывается в МУЗ «Детская городская клиническая больница №1», является проблема перинатального поражения центральной нервной системы (ЦНС) новорожденных детей.

Данные массового скринирующего анализа состояния здоровья детского населения г. Иванова на протяжении 15 лет показали связь показателей их здоровья с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС в ante-, intra- и постнатальном пе-

риодах. С использованием метода лонгитюдного наблюдения обследовано 912 детей, перенесших острую, хроническую или сочетанную гипоксию.

Результаты клинических наблюдений с использованием специальных методов исследования уровня здоровья одних и тех же детей с рождения до 15 лет жизни позволили выявить факторы, способствующие и предупреждающие реализацию неблагоприятных исходов перинатальной патологии и оказывающих повреждающее воздействие на важнейшие жизнеобеспечивающие системы. Определены саногенетические механизмы адаптации ребенка к меняющимся условиям жизни, проведен поиск критериев прогноза и диагностики, усовершенствованы лечебно-оздоровительные мероприятия данной категории детей.

Состояние здоровья детей, перенесших гипоксию при рождении и в последующие периоды детства, достоверно ниже, чем в общей популяции. Развитие энцефалопатии коррелирует с незрелостью мозговых структур, гипертензией, высоким уровнем мозгового кровотока, транзиторной или устойчивой дилатацией боковых желудочков, ишемией или лейкомаляцией мозга, внутрижелудочковыми кровоизлияниями.

В дошкольном возрасте у этих детей диагностируются резидуальные нарушения ЦНС, минимальные дисфункции мозга (астеноневротический, гипертонзивный, гипертонзивно-гидроцефальный синдромы, нарушение речевого развития, невроз навязчивых движений), в школьном возрасте — нейрциркуляторная дистония и нарушение социальной адаптации. Частота и характер поражения ЦНС взаимосвязаны с формой, тяжестью гипоксии и возрастом детей, а также со своевременностью выполнения реабилитационных воздействий.

Если при рождении у детей, перенесших перинатальную гипоксию, выявляются признаки морфофункциональной незрелости со стороны различных органов и систем, задержка внутриутробного развития, различные формы пренатальной дистрофии, то в процессе роста ребенка прослеживаются более низкие показатели физического развития с формированием микросоматотипа в раннем возрасте и астенического типа конституции у подростков.

Нервно-психическое развитие на первом году жизни и в раннем возрасте у большинства детей характеризуется задержкой зрительного, реже — слухового анализаторов. В возрасте 4—6 лет на фоне минимальной дисфункции мозга сохраняется отставание моторного и сенсорного развития. В эти же периоды детства формируются невротические реакции, неврозоподобные состояния, девиантное поведение.

Таким образом, у детей и подростков, перенесших перинатальную гипоксию, имеет место полиорганный многоуровневый характер нарушения постнатального развития различных систем и обменные расстройства, что определяет сниженный уровень их здоровья и повышенную заболеваемость. Перенесенная перинатальная гипоксия частично блокирует реализацию программы развития, способствует изменению темпового соотношения формирования отдельных органов и систем, приводит к аномалиям развития, как анатомического, так и функционального характера. Эти нарушения пролонгируются микросоциальными, биологическими и экологическими условиями жизни детей на фоне нарушения стартовых показателей в раннем возрасте под влиянием перинатальной гипоксии.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ)

Якушин С.С., Евсина О.В.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава»

Учитывая негативное влияние депрессивных расстройств (ДР) на качество жизни, прогноз и течение заболеваний, и в частности сердечно-сосудистых патологий (ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности), проведен анализ литературных данных по изучению особенностей ДР у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями за последние 5 лет.

Зарубежными и отечественными исследованиями доказано преобладание ДР (большая депрессия, дистимические нарушения, тревожные расстройства) у женщин («Компас»: ДР встречались в 1,5—1,8 раза чаще (52,4% женщин против 34,9% мужчин, $p < 0,001$), при этом с учетом большей обращаемости женщин в медицинское учреждение их доля составила 72%. Схожие результаты получены и в Европе: по данным метаанализа 2004 г., частота возникновения большой депрессии на

протяжении 1 года у женщин по отношению к мужчинам составила 2:1, цифры выше у замужних женщин, чем у одиноких). Этот факт в литературе объясняется по-разному: во-первых, считается, что женщины чаще обращаются за медицинской помощью, не скрывая свои эмоциональные проблемы от врачей; во-вторых, у женщин более высокая уязвимость к негативным психосоциальным воздействиям и незащищенность в семейной и профессиональной жизни; в-третьих, указывают на наличие особых биологических — нейроэндокринных (менархе, беременность, роды, менопауза) и нейрохимических факторов — реакции на стресс (относительно более высокая активность моноаминоксидазы и катехол-О-метилтрансферазы у женщин, что обуславливает более высокую общую устойчивость женщин с одновременно более высоким риском развития ДР).

Высока частота коморбидности ДР и сердечно-сосудистых заболеваний: у больных с АГ и с ХСН выявлено достоверное преобладание ДР у женщин по данным скрининга и при клинико-психопатологическом обследовании (78,1 и 68,4% соответственно). У пожилых женщин, госпитализированных по поводу ХСН и не имеющих эмоциональной поддержки, в 3 раза более высок риск развития сердечно-сосудистых событий в последующем году. Женщины с фибрилляцией предсердий, коморбидных с ДР, имеют более низкие показатели физического функционирования по сравнению с мужчинами.

У женщин чаще встречаются маскированные (соматизированные, скрытые) ДР, поэтому они чаще лечатся у врачей общей практики.

Также отмечены гендерные различия при лечении антидепрессантами: у женщин с хронической депрессией более эффективен сертралин. В связи с различием активности ферментативных систем у них чаще развиваются такие побочные эффекты, как головокружение и тошнота, что необходимо учитывать при терапии этой группы пациентов.

Анализ литературных данных показывает большую распространенность, более тяжелое течение ДР и преобладание соматизированных депрессий у женщин (чаще у пожилых), что требует индивидуального подхода к диагностике и лечению ДР у женщин, особенно в амбулаторной практике как первичном звене медицинской помощи.