

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

ВЕСТНИК ИВАНОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Рецензируемый научно-практический журнал

Основан в 1996 г.

Том 16 Специальный выпуск 2011

Редакционная коллегия

Главный редактор Р.Р. ШИЛЯЕВ
Зам. главного редактора В.В. ЧЕМОДАНОВ
Ответственный секретарь Е.К. БАКЛУШИНА
Ответственный секретарь Е.А. КОНКИНА
Ответственный секретарь О.А. НАЗАРОВА

В.Ф. БАЛИКИН, И.К. БОГАТОВА, Р.М. ЕВТИХОВ,
Л.А. ЖДАНОВА, С.И. КАТАЕВ, С.Е. ЛЬВОВ, И.Е. МИШИНА,
А.Е. НОВИКОВ, А.И. РЫВКИН, В.Б. СЛОБОДИН

Редакционный совет

Р. АПЕЛЬТ (Германия)	А.И. МАРТЫНОВ (Москва)
Н. АРСЕНИЕВИЧ (Сербия)	Л.С. НАМАЗОВА (Москва)
А.А. БАРАНОВ (Москва)	Ю.В. НОВИКОВ (Ярославль)
Г.И. БРЕХМАН (Израиль)	А.Н. НОВОСЕЛЬСКИЙ (Иваново)
А.Ф. ВИНОГРАДОВ (Тверь)	А.И. ПОТАПОВ (Москва)
Н.Н. ВОЛОДИН (Москва)	Л.М. РОШАЛЬ (Москва)
Ю.Е. ВЫРЕНКОВ (Москва)	Н.Ю. СОТНИКОВА (Иваново)
В.В. ГУБЕРНАТОРОВА (Иваново)	К.В. СУДАКОВ (Москва)
Е.И. ГУСЕВ (Москва)	В.Д. ТРОШИН (Нижний Новгород)
Б.Н. ДАВЫДОВ (Тверь)	В.И. ФЕДОРОВ (Иваново)
М. ДЖУРАН (Сербия)	В.В. ШКАРИН (Нижний Новгород)
В.А. КУЗНЕЦОВА (Иваново)	Д. ЧАНОВИЧ (Сербия)
В.З. КУЧЕРЕНКО (Москва)	

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования
<http://elibrary.ru>

Адрес редакции журнала:

153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России
Тел.: (4932) 32-50-42, 32-95-74
E-mail: rioivgma@mail.ru

Зав. редакцией *С.Г. Малытина*

Свидетельство о регистрации № 013806 от 13 июня 1995 г.
Выдано Комитетом Российской Федерации по печати

Подписной индекс агентства «Роспечать»: 66007

Редакторы *С.Г. Малытина, Е.Г. Бабаскина*
Компьютерная верстка *ИПК «ПресСто»*

Подписано в печать 10.05.2011 г. Формат 60x84^{1/8}.
Бумага офсетная. Усл. печ. л. 8,37.
Тираж 500 экз. Заказ 72

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
153012, г. Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

Издательско-полиграфический комплекс «ПресСто»
153025, г. Иваново, ул. Дзержинского, 39, оф. 307
Тел.: (4932) 30-42-91, 22-95-10

СОДЕРЖАНИЕ

Диагностика и коррекция метаболических нарушений у женщин

Мишина И. Е., Мясоедова С. Е., Дубисская Л. А., Полятыкина Т. С., Жданова Л. А. Социально значимые заболевания у женщин	7
Батрак Г. А., Мясоедова С. Е. Нарушения липидного обмена при сахарном диабете 2 типа у женщин в постменопаузе	9
Бельчикова Л. Н., Суплотова Л. А., Рожнова Н. А. Возрастные особенности сахарного диабета 2 типа у женщин в Тюменской области	11
Белякова Н. А., Лясникова М. Б. Соматическое, репродуктивное и психическое здоровье женщин с ожирением различных возрастных групп	12
Будникова Н. В., Архипова С. Л., Полятыкина Т. С., Мишина И. Е., Клопова И. А. Артериальная гипертония: гендерные особенности состояния сосудов и уровня тревожности	13
Грозева Я. В., Королев Д. И., Глик М. В., Ушакова С. Е. Подходы к назначению фармакотерапии женщинам пожилого и старческого возраста со стабильной стенокардией	15
Довгалюк Ю. В., Корнилов Л. Я., Мишина И. Е., Кудряшова М. В., Мазанко О. Е. Гендерные особенности течения и исходов острого инфаркта миокарда при применении тромболитической терапии	16
Карманова В. Б., Мясоедова С. Е. Минеральная плотность кости у женщин в постменопаузальном периоде в зависимости от наличия ожирения и его типа	17
Кирпикова М. Н., Назарова О. А. Эффективность патогенетической терапии постменопаузального остеопороза в клинической практике	18
Королева С. В. Способ объективного назначения изделий консервативной ортопедической коррекции при остеоартрозе коленных суставов	19
Маврычева Н. В., Романенко И. А., Гринштейн В. Б. К вопросу профилактики сахарного диабета у женщин с метаболическим синдромом	21
Назарова О. А., Назарова А. В. Взаимосвязь нарушений эластичности сосудов и микроциркуляторных расстройств при артериальной гипертонии	22
Пищугина А. В., Белякова Н. А., Голубев Ю. Д. Частота выявления артериальной гипертонии и факторов ее риска у женщин, работающих в организованном коллективе	23
Покуль Л. В., Евтушенко И. Д., Коломиец Л. А., Чугунова Н. А. Особенности костных изменений у больных репродуктивного возраста после противоопухолевого лечения	25
Свина С. А., Кирпикова М. Н., Назарова О. Н., Глик М. В. Характеристика синдрома боли в нижней части спины у женщин с постменопаузальным остеопорозом и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника	26
Скородумова Е. В., Кирпикова М. Н., Назарова О. А. Остеопения стоп у женщин с сахарным диабетом 2 типа	27
Сметанина С. А., Суплотова Л. А., Плотников Н. В. Провоспалительные и протромботические факторы у женщин репродуктивного возраста с ожирением и метаболическим синдромом	28

Цветкова И. Г., Белякова, Н. А. Чичановская Л. В., Михайлова Д. Г. Особенности психологического статуса больных сахарным диабетом 2 типа	30
--	----

Проблемы репродуктивного здоровья женщин

Дубисская Л. А., Филинов А. Г., Брагина Л. Б. Медико-социальные проблемы репродуктивного здоровья женщин	32
Арутюнян С. А. Возможности профилактики осложнений острого билиарнозависимого панкреатита при билиарном сладже у беременных	33
Валиуллина Н. З., Зайнуллина Р. М., Яцук А. Г. Комплексное лечение климактерического синдрома	34
Войченко Н. А., Кузнецова И. В., Мычка В. Б., Акарачкова Е. С, Кириллова М. Ю., Успенская Ю. Б. Гормональная терапия в постменопаузе	36
Дубисская Л. А., Филинов А. Г., Брагина Л. Б., Лобанова О. В. Факторы риска развития гипертензивных нарушений у беременных	37
Зиганшин А. М., Кулавский В. А. Влияние неблагоприятных факторов образа жизни на организм женщины	38
Камалова Е. В., Агаркова Л. А., Шперлинг Н. В. Состояние здоровья как мотивационный фактор в репродуктивном выборе женщины	39
Керимкулова Н. В., Никифорова Н. В. Особенности течения беременности и родов у женщин, страдающих недифференцированной дисплазией соединительной ткани	40
Коваленко В. М., Горбатовский Я. А., Мисюра Е. А. Динамика клинических и феррокинетических показателей крови у беременных, проживающих в условиях экологического риска	42
Крючкова А. В., Пятницина С. И., Кондусова Ю. В. Железодефицитная анемия и беременность (сравнительная эффективность лечения ЖДА у беременных различными препаратами железа)	43
Кулавский Е. В., Кулавский В. А. Медико-социальные факторы в генезе преждевременных родов	44
Перетятко Л. П., Кулида Л. В. Морфологические изменения в последе при артериальной гипертензии	45
Подзолкова Н. М., Назарова С. В., Анташова М. А. Изучение ультраструктурных особенностей миометрия и рецепции половых стероидов у беременных разных возрастных групп	47
Подзолкова Н. М., Осадчев В. Б., Бабков К. В., Сыроковаша Е. А. Роль биологических маркеров в дифференциальной диагностике опухолей и опухолевидных образований яичников	48
Покуль Л. В., Чугунова Н. А. Особенности уровня маркеров СА 125 и СА 19,9 у больных репродуктивного возраста с пограничными опухолями яичников	49
Талаев А. М., Талаева Е. М. Особенности почечной гемодинамики у беременных с хроническим пиелонефритом и прогнозирование гестационной артериальной гипертензии	50
Тонких О. С., Завадовская В. Д., Сотникова Л. С., Эль-Акад Е. В. Особенности ультразвуковой характеристики различных форм фиброзно-кистозной болезни молочных желёз	51
Фролов А. Л., Кулавский В. А., Гараева Л. Н., Кулавский Е. В. Состояние здоровья женщин, перенесших несостоявшийся аборт	53
Фролов А. Л., Кулавский В. А., Гараева Л. Н., Кулавский Е. В. Социально-психологические аспекты несостоявшегося аборта	54

**Особенности течения социально значимых заболеваний
у женщин разных возрастных групп**

Бобошко И. Е., Жданова Л. А.

Особенности клинических проявлений вегетативной дистонии у девушек 15–17 лет разных конституциональных типов 56

Ветюгов В. В., Худяков А. В.

Аффективные расстройства и механизмы психологической защиты у девочек-подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами 57

Епифанова О. С., Бобошко И. Е., Новиков А. Е.

Нейросоматический подход к реабилитации девочек-подростков с синдромом вегетативной дистонии 58

Жданова Л. А., Бобошко И. Е., Ширстов Д. А.

Психосоматический подход к коррекции нарушений здоровья у женщин – педагогов общеобразовательных школ 60

Керимкулова Н. В., Никифорова Н. В., Волкова А. И., Манушина А. О.

Влияние недифференцированной дисплазии соединительной ткани у беременных на особенности течения раннего неонатального периода у доношенных новорожденных 61

Кондусова Ю. В., Крючкова А. В., Пятницина С. И.

Дисплазия соединительной ткани у девочек подростков как фактор развития осложнений во время беременности в активный репродуктивный период 62

Корецкая Н. М., Шогжал И. С.

Социальные, эпидемиологические и клинические аспекты впервые выявленного туберкулеза органов дыхания у женщин Красноярского края 63

Новожилова И. Ю.

Частота встречаемости и клинико-лабораторные проявления метаболического синдрома у девочек подросткового возраста 65

Облогина Л. И., Чеботарева Т. В.

Туберкулез у женщин как социальная проблема 66

Фокина Е. А., Гришина Т. Р., Шляев Р. Р.

Особенности элементного статуса и его взаимосвязь с состоянием памяти и уровня стресса у девушек, страдающих артериальной гипертензией 67

Челышева И. А., Точенов М. Ю., Ежков А. Ю., Герасимова Ю. А.

Последствия инсульта у женщин 68



Уважаемые коллеги!

Всероссийская научно-практическая конференция «Социально значимые заболевания у женщин: консилиум специалистов», собравшая представителей органов государственной власти, общественных организаций, врачей самых различных специальностей, призвана проанализировать современное состояние проблемы женского здоровья, приобретающей сегодня особую актуальность в связи с сохраняющимися негативными демографическими тенденциями.

Это встреча профессионалов, которым предоставлена возможность продемонстрировать новые научные разработки, методы и принципы лечения социально значимых заболеваний у женщин, обменяться полезным опытом и установить прочные творческие контакты.

В качестве авторов пленарных докладов и информационных сообщений выступают наиболее квалифицированные и компетентные специалисты, представляющие как разные научные школы, так и разные регионы страны.

Разрешите пожелать всем участникам конференции плодотворной работы, интересных и конструктивных дискуссий, результативного взаимодействия. Приятного пребывания на гостеприимной Ивановской земле!

Ректор ГОУ ВПО ИвГМА
Минздравсоцразвития России
доктор медицинских наук
Е.В. БОРЗОВ

Диагностика и коррекция метаболических нарушений у женщин

СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЖЕНЩИН

Мишина И. Е.,
Мясоедова С. Е.,
Полятыкина Т. С.,
Жданова Л. А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, г. Иваново

Начало эры доказательной медицины ознаменовалось разработкой четких подходов к диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Большинство первых многоцентровых контролируемых исследований в кардиологии проводилось в мужской популяции с учетом относительно более ранней заболеваемости и смертности этой категории населения. Недооценка риска ССЗ у женщин сменилась в последние десятилетия бурным ростом интереса к проблемам женского здоровья. Женщины, как правило, имеют особые, связанные с полом факторы риска ССЗ, такие как беременность, менопауза, использование гормональной контрацепции, гистерэктомия. На сегодняшний день тесная взаимосвязь функционирования сердечно-сосудистой и половой систем у женщин не вызывает сомнения. Употребляется термин «гормональный континуум женского здоровья», который подразумевает не только стратегию лечения, но и оценку развития факторов риска (ФР), диагностику и профилактику ССЗ. Данная концепция требует междисциплинарного подхода и совместных усилий врачей многих специальностей.

Проблема артериальной гипертонии (АГ) интенсивно разрабатывается в Ивановской государственной медицинской академии более 30 лет. При эпидемиологическом исследовании в рамках государственной программы по профилактике гипертонической болезни обследовано более 4 000 женщин и выявлена высокая распространенность АГ (23%). Многолетнее наблюдение при использовании комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий продемонстрировало эффективность вторичной профилактики гипертонической болезни (ГБ) [1]. Была показана важная роль немедикаментозных методов терапии, которые в начале заболевания имеют самостоятельное значение, а при второй стадии позволяют уменьшить дозы лекарственных средств. Доказано, что

результаты лечения в значительной мере зависят от выполнения назначений врача и активного участия пациента в коррекции значимых для него ФР [2]. В дальнейшем решение задачи привлечения больных к активному сотрудничеству с врачом получило свое развитие в форме обучения их в школах здоровья [3].

Особым этапом в жизни женщин репродуктивного возраста является беременность, характеризующаяся значительными гормональными, метаболическими и гемодинамическими изменениями. Даже у здоровых женщин беременность становится «стресс-тестом» для сердечно-сосудистой системы. При наличии ССЗ до беременности гестационный период можно рассматривать в качестве индикатора будущих кардиоваскулярных расстройств. В ходе проспективного 10-летнего наблюдения, проведенного совместно кардиологами и акушерами-гинекологами Ивановской государственной медицинской академии, было показано, что повышение артериального давления во время беременности даже в пределах высоких нормальных цифр и гестационная артериальная гипертония в анамнезе повышают риск развития гипертонической болезни и метаболических расстройств в ближайшие после родов годы, особенно у женщин с избыточной массой тела и значительной (более 10 кг) прибавкой веса после завершения беременности. Через 10 лет после родов у пациенток с гипертонической болезнью, имевшей место во время беременности, отмечаются достоверно более высокие показатели индекса массы тела, окружности талии, индекса атерогенности и уровня гликемии по сравнению с нормотензивными женщинами. Первичная артериальная гипертония диагностируется более чем у половины пациенток с высоким нормальным артериальным давлением во время беременности и у 70% – с гестационной артериальной гипертонией. Метаболический синдром развивается уже

через 4 года после родов у каждой третьей пациентки с гипертонической болезнью и высоким нормальным артериальным давлением во время беременности и гестационной артериальной гипертензией в анамнезе [4].

Результатом междисциплинарной интеграции терапевтов, кардиологов и акушеров-гинекологов стала разработка программы диагностики и дифференцированного ведения беременных с различными вариантами гипертензивных расстройств и системы послеродового наблюдения этой категории пациентов, которые легли в основу совместного приказа Управления здравоохранения администрации г. Иванова, ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова Росздрава» и ГОУ ВПО ИвГМА № 169/187/120 от 12 июля 2006 года «О создании системы оказания лечебно-диагностической и реабилитационной помощи женщинам с гипертензивным синдромом в период беременности и родов в г. Иваново» [5].

В течение многих лет сотрудниками академии изучаются семейные аспекты АГ. В результате проведенных исследований обнаружены взаимосвязи между личностными особенностями подростков, лиц молодого возраста с семейной предрасположенностью к ГБ и состоянием их вегетативной сферы [6]. У части из них (17%) выявлена эндотелиальная дисфункция, что свидетельствует о раннем формировании нарушений, которые в дальнейшем могут способствовать развитию АГ и сосудистых осложнений. В связи с этим была обоснована целесообразность целенаправленной первичной профилактики ГБ у подростков и лиц молодого возраста с семейным анамнезом этого заболевания с учетом нейровегетативных реакций, личностных особенностей и наличия эндотелиальной дисфункции.

Представлена также сравнительная клинико-функциональная характеристика лабильной и стабильной АГ у подростков и лиц молодого возраста, особенностей суточного ритма АД и вегетативного статуса у них [7]. В этих исследованиях была доказана возможность стойкой нормализации АД при лабильном варианте течения и сохранении повышенных и высоких значений у пациентов с исходно стабильными подъемами АД. В результате обоснована необходимость выделения лабильного и стабильного вариантов АГ у подростков и лиц молодого возраста на основании учета результатов не только клинического измерения и суточного мониторирования АД, но

и вариабельности ритма сердца, психоэмоционального статуса для уточнения прогноза и дальнейшей тактики лечения.

Анализ эпидемиологических исследований свидетельствует о повышении уровня сердечно-сосудистой летальности при ревматических заболеваниях по сравнению с общей популяцией на 60% и отсутствию тенденции к ее снижению [8]. Патология костно-мышечной системы занимает 2-е место по темпам роста после системы кровообращения. Большинство болезней этой группы явно превалирует у женщин. Женский пол является фактором риска развития остеоартрита, в особенности коленных суставов и суставов кисти, остеопороза. Среди травм, связанных с остеопорозом, особую угрозу представляют переломы шейки бедра – в связи с высокой летальностью [9]. Социальная значимость заболеваний костно-мышечной системы в России явно недооценивается. Вместе с тем, эти заболевания ложатся тяжелым бременем на общество, поскольку рано приводят к ухудшению функционального статуса пациентов и являются одной из главных причин стойкой утраты трудоспособности. Патология опорно-двигательного аппарата нередко сочетается с сердечно-сосудистыми заболеваниями, что ухудшает прогноз [8].

Серьезной проблемой является недостаточная медико-социальная защищенность этих пациентов, особенно женщин, которые в большинстве своем являются малообеспеченными в материальном отношении, часто одиноки и не имеют поддержки со стороны родственников.

Значительный вклад в решение этой проблемы вносят межрегиональные научно-практические программы. Они осуществляются по инициативе ГУ Институт ревматологии РАМН (директор – академик РАМН, д-р мед. наук, проф. Е. Л. Насонов) совместно с Ассоциацией ревматологов России. Активное участие в них принимает ГОУ ВПО ИвГМА Минздравсоцразвития России.

Таким образом, в последние годы в академии сконцентрирован научный потенциал терапевтов, кардиологов, педиатров, акушеров-гинекологов и реализуется междисциплинарная научная программа по изучению состояния здоровья женщин различных возрастных групп с артериальной гипертензией и метаболическими нарушениями для разработки индивидуального предупреждения развития у них сердечно-сосудистых осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выявление артериальной гипертонии у работников текстильной промышленности / М. Н. Чумакова [и др.] // Проблемы артериальной гипертонии. – Горький, 1982. – С. 28–30.
2. Психосоматические аспекты и немедикаментозное лечение гипертонической болезни / Т. С. Полятыкина [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2000. – Т. 5, № 3–4. – С. 66–69.
3. Эффективность различных методов терапевтического обучения больных артериальной гипертонией / Е. А. Шутемова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – № 2. – С. 32–36.
4. Метаболические расстройства и артериальная гипертония в период беременности: ближайшие и отдаленные последствия для матери и плода / О. Н. Ткачева [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – Т. 5, № 8. – С. 101–108.
5. О создании программы наблюдения и послеродовой реабилитации беременных с артериальной гипертонией / И. Е. Мишина [и др.] // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Артериальная гипертония и ассоциированные состояния». – М., 2006. – С. 55–57.
6. Особенности нейровегетативного статуса и личностных реакций у подростков и лиц молодого возраста, родители которых страдают первичной артериальной гипертонией / Е. В. Воробьева [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. – № 3, ч. 2. – С. 23–26.
7. Колгудаева Л. А., Мясоедова С. Е., Жданова Л. А. Суточный профиль артериального давления, вегетативный статус и психоэмоциональные особенности в дифференциальной диагностике гипертонической болезни и лабильной артериальной гипертонии // Артериальная гипертония в практике врача терапевта, невролога, эндокринолога, кардиолога : матер. Всерос. науч.-практ. конф. – М., 2006. – С. 57.
8. Myasoedova E., Gabriel S. E. Cardiovascular Disease in rheumatoid arthritis: a step forward // Current Opinion in Rheumatology. – 2010. – Vol. 22, № 3. – P. 342–347.
9. Распространенность суставных жалоб среди населения города Иванова / С. Е. Мясоедова [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2006. – № 2. – С. 18–21.

НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Батрак Г. А.,
Мясоедова С. Е.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Цель исследования – установить особенности нарушений липидного обмена и эффективность их коррекции при сахарном диабете (СД) 2 типа у женщин среднего и пожилого возраста в постменопаузе по сравнению с мужчинами.

В течение 6 месяцев эндокринологом наблюдались 104 пациента с СД 2 типа средней степени тяжести, артериальной гипертонией 1–2 степени и гиперлипидемией, из них 80 женщин и 24 мужчины; средний возраст – соответственно $60,0 \pm 6,2$ и $56 \pm 5,3$ года ($p = 0,01$), длительность СД – соответственно $4,9 \pm 4,3$ и $5,75 \pm 3,5$ года ($p = 0,12$). Степень компенсации СД у женщин и мужчин достоверно не различалась: средние значения ликированного гемоглобина (HbA1c) составили $7,6 \pm 1,1$ и $7,1 \pm 1,3\%$ соответственно ($p = 0,37$). У 28,3% женщин и у 41,6% мужчин наблюдалась диабетическая ретинопатия, тяжелая степень которой у мужчин встречалась в 3,5 раза чаще. Уровни АД у мужчин и женщин на фоне антигипертензивной терапии соответствовали целевым показателям:

САД – $133,8 \pm 14,3$ и $138,5 \pm 15,1/81,4 \pm 7,5$ мм рт. ст., ДАД – $83,3 \pm 8,2$ мм рт. ст. соответственно ($p = 0,17$). У всех пациентов выявлен абдоминальный тип ожирения: у женщин индекс массы тела (ИМТ) составил $32,1 \pm 4,0$ кг/м², объем талии (ОТ) – $105,6 \pm 9,9$ см, отношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ) – $0,95 \pm 0,1$, у мужчин ИМТ – $31,2 \pm 4,0$ кг/м², ОТ – $110,8 \pm 9,8$ см, ОТ/ОБ – $1,0 \pm 0,05$.

Для коррекции гипергликемии применялись препараты сульфонилмочевины 2-й генерации, метформин и инсулин. Не выявлено достоверных различий в структуре сахароснижающей терапии у женщин и мужчин ($\chi^2 = 3,02$, $p = 0,55$). Антигипертензивная терапия также была сходной ($\chi^2 = 0,06$, $p = 0,81$) у пациентов обоего пола и наиболее часто включала ингибиторы АПФ и тиазидоподобные диуретики. Для лечения гиперлипидемии применялись аторвастатин (20 мг/сут), микронизированный фенофибрат (145 мг/сут) и комбинация данных препаратов.

Уровень общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ) сыворотки крови исследовали на автоматическом биохимическом анализаторе «Сапфир 400» диагностическими наборами фирмы «Human» (Германия). Уровень гликированного гемоглобина HbA1c определяли с помощью анализатора-релексометра «NuscoCard READER II», (ЗАО «Биохиммак», г. Москва). Обследование проводилось до назначения препаратов и через 6 месяцев после начала их приема. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась методами вариационной статистики с использованием электронной программы Microsoft Excel Windows XP. Для оценки достоверности средних величин по группам использовался U-критерий Манна – Уитни. Результаты представлялись в виде $M \pm \sigma$, где M – среднестатистическое значение, σ – стандартное отклонение. Различия при $p \leq 0,05$ рассматривались как статистически значимые.

В результате исследования установлено, что в обеих группах преобладала комбинированная гиперлипидемия, выявленная у 91,4% женщин и 83,4% мужчин ($p = 0,7$). Исходный уровень ОХС составил $7,0 \pm 1,7$ ммоль/л у женщин и $6,7 \pm 1,5$ ммоль/л у мужчин ($p = 0,9$). Среднее содержание ТГ также достоверно не различалось – $3,3 \pm 1,6$ ммоль/л – у женщин и $3,54 \pm 1,5$ ммоль/л – у мужчин ($p = 0,45$). Однако среди пациентов с концентрацией ТГ более 3,0 ммоль/л средний их уровень у женщин был ниже, чем у мужчин – $4,29 \pm 1,5$ и $4,8 \pm 1,2$ ммоль/л соответственно ($p = 0,049$).

Для гиполипидемической терапии у женщин использовался преимущественно аторвастатин, который получали 77,8% больных, и реже – фенофибрат (у 16% больных). Мужчины оба препарата получали с одинаковой частотой – в 45,8% случаев. Таким образом, женщинам почти в 3 раза реже назначался фенофибрат в связи с более низким уровнем ТГ, меньшей распространенностью и меньшей тяжестью диабетической ретинопатии.

Через 6 месяцев лечения содержание ОХС снизилось: у женщин – до $4,65 \pm 0,74$ ммоль/л ($p < 0,0001$), у мужчин – до $4,63 \pm 0,82$ ммоль/л ($p < 0,0001$). Целевые значения этого показателя достигнуты у 50% женщин и 66,7% мужчин ($p = 0,5$). Уровень ТГ уменьшился у женщин до $1,8 \pm 0,76$ ммоль/л ($p < 0,0001$), у мужчин – до $2,27 \pm 1,58$ ммоль/л ($p = 0,05$). У 59,4% женщин и 44,4% мужчин ($p = 0,74$) достигнуты целевые уровни ТГ ($p < 0,0001$), причем средние значения были ниже ($p = 0,08$) у женщин ($1,19 \pm 0,25$ ммоль/л) по сравнению с мужчинами ($1,5 \pm 0,35$ ммоль/л). Среди пациентов с уровнем ТГ менее 3,0 ммоль/л выявлено его значимое снижение: только у женщин – до $1,9 \pm 0,7$ ммоль/л ($p < 0,0001$), в то время как у мужчин снижение до $3,39 \pm 1,1$ ммоль/л было недостоверным ($p = 0,18$). Достигнутые показатели ТГ в этой группе пациентов у женщин были достоверно ниже, чем у мужчин ($p = 0,05$).

За период наблюдения в обеих группах не зарегистрировано кардиоваскулярных событий и прогрессирования диабетической ретинопатии. Побочных эффектов гиполипидемической терапии также не выявлено.

Таким образом, у большинства женщин среднего и пожилого возраста в постменопаузе на фоне СД 2 типа отмечается сходный с таковым у мужчин комбинированный тип дислипидемии, выявлена тенденция к более низкому уровню ТГ и к меньшей частоте встречаемости гипертриглицеридемии.

Диабетическая ретинопатия у женщин в сравнении с мужчинами распространена реже и имеет меньшую степень тяжести.

Среди всех пациентов с триглицеридемией более 3,0 ммоль/л у женщин в сравнении с мужчинами гиполипидемическая терапия в течение 6 месяцев является более эффективной в достижении целевых уровней липидов и снижении остаточного риска сосудистых осложнений.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ЖЕНЩИН В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Бельчикова Л. Н.,
Суплотова Л. А.,
Рожнова Н. А.

ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
ГЛПУ «Тюменская областная клиническая больница»

В настоящее время сахарный диабет (СД) 2 типа является серьезной проблемой здравоохранения всех стран мира. Согласно прогнозам Международной диабетической федерации (IDF), к 2030 г. распространенность СД 2 типа увеличится до 7,8%, а число больных может составить 438 млн человек (IDF, DIABETES ATLAS, 4th ed // International Diabetes Federation. – 2009).

Как известно, распространенность СД 2 типа выше среди женщин. Вероятно, это обусловлено тем, что у женщин средняя продолжительность жизни больше, чем у мужчин. Имеет значение и тот факт, что женщины чаще попадают в поле зрения врачей. В последние десятилетия изменилась возрастная структура распространенности СД 2 типа. Так, если раньше это заболевание было прерогативой лиц старше 45–50 лет, то сейчас оно регистрируется в молодом возрасте, у подростков и даже у детей.

Цель исследования – изучить особенности течения СД 2 типа в разных возрастных группах женской популяции Тюменской области.

Анализировались данные регионального регистра Тюменской области. Так, в 2009 г. зарегистрировано 24 356 больных СД 2 типа, из них женщины составили 73,8%. Методом случайной выборки сформирована группа из 69 женщин с дебютом заболевания до 35 лет (1-я группа), возраст – 34–49 лет, в среднем – 39 лет. Группа сравнения была представлена 63 женщинами с дебютом заболевания после 40 лет (2-я группа), возраст – 44–51 год, в среднем – 47 лет ($p < 0,0001$). Продолжительность заболевания составила от 0 (впервые выявленный диабет) до 37 лет. Вычисляли индекс массы тела, соотношение объема талии и бедер (ОТ/ОБ), измеряли систолическое и диастолическое артериальное давление (АД). Проводилось общеклиническое обследование, оценка углеводного и липидного обмена. Для статистического анализа данных использовали компьютерную программу «Statistica» (версия 6.0).

Как в 1-й группе, так и во 2-й ожирение зарегистрировано у большинства женщин – у 84,1 и 74,6% соответственно. ИМТ у женщин 1-й группы составил в среднем 35,01 кг/м² (31,1–40,3), у женщин

2-й группы – 35,7 кг/м² (29,7–39,03) ($p = 0,47$). По степени ожирения больные были распределены следующим образом: в 1-й группе ожирение I степени зарегистрировано у 33,3%, II степени – у 20,3%, III степени – у 30,4% женщин. Во 2-й группе ожирение I степени диагностировано у 25,4%, II степени – у 31,7%, III степени – у 17,5%. Таким образом, в 1-й группе III степень ожирения встречалась в большем числе случаев ($\chi^2 = 3,02$, $p = 0,08$). Показатель ОТ/ОБ указывает на наличие висцерального ожирения (1-я группа – 0,92 (0,87–0,96), 2-я группа – 0,89 (0,87–0,93), $p = 0,05$). При анализе причин ожирения выявлено, что в 1-й и 2-й группах на первом месте стоит беременность и роды – соответственно 59,7 и 56,81% ($\chi^2 = 4,76$, $p = 0,02$). В порядке убывания среди причин ожирения в 1-й группе следуют: период пубертатного развития (25,4%), питание и малоподвижный образ жизни. Во 2-й группе на втором месте стоит питание (23,7%), затем малоподвижный образ жизни и период пубертатного развития ($\chi^2 = 8,23$, $p = 0,004$; $\chi^2 = 10,59$, $p = 0,001$; $\chi^2 = 0,74$, $p = 0,38$).

При обследовании выявлена неудовлетворительная компенсация углеводного обмена в обеих группах. Уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) составил: в 1-й группе – 8,8% (7,3–9,9%), во 2-й – 7,5% (6,3–9,1%) ($p = 0,037$). 68,2% женщин 1-й группы находились в состоянии декомпенсации (уровень HbA_{1c} – более 7,5%), 14,5% – субкомпенсации, 15,9% – компенсации. Во 2-й группе больные были распределены следующим образом: 41,3; 22,2 и 28,6% соответственно ($\chi^2 = 9,6$, $p = 0,002$; $\chi^2 = 1,32$, $p = 0,25$; $\chi^2 = 3,06$, $p = 0,08$). Уровень гликемии натощак и постпрандиальной гликемии еще раз подтвердил неудовлетворительную компенсацию СД как в 1-й, так и во 2-й группе – соответственно 9,04 ммоль/л (6,84–11,63), 19,1 ммоль/л (14,33; 23,04) и 7,48 ммоль/л (6,55–9,55), 14,51 ммоль/л (11,05–17,04) ($p = 0,09$; $p = 0,004$).

В обеих группах выявлены нарушения липидного обмена: повышение уровня общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ) и снижение содержания липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). У женщин 1-й группы уровень ОХ составил 5,4 ммоль/л (4,68–6,07), 2-й – 5,61 ммоль/л (4,83–6,22)

($p = 0,26$); ТГ – 1,73 (1,12–2,59) и 1,59 ммоль/л (1,34–2,76) ($p = 0,47$) соответственно; ЛПВП – 0,9 (0,79–1,12) и 1,21 ммоль/л (1,04–1,28) ($p = 0,039$).

Умеренная корреляция в 1-й группе подтверждает ассоциацию ИМТ и уровня ТГ ($r = 0,40$, $p < 0,001$), ИМТ и содержания холестерина ($r = 0,25$, $p = 0,03$), индекса ОТ/ОБ и уровня ТГ ($r = 0,35$, $p < 0,003$). Во 2-й группе умеренная корреляция получена в отношении индекса ОТ/ОБ и уровня ОХ ($r = 0,25$, $p = 0,05$).

Артериальная гипертензия зарегистрирована как в 1-й, так и во 2-й группе (75,4 и 71,4% соответственно). Во 2-й группе установлена прямая корреляция между наличием АГ и ОТ, наличи-

ем АГ и ОБ ($r = 0,31$, $p = 0,01$, $r = 0,26$, $p = 0,04$), а в 1-й группе – прямая корреляция между наличием АГ и ОТ, наличием АГ и HbA1c ($r = 0,26$, $p = 0,02$, $r = 0,30$, $p = 0,01$).

Таким образом, при СД 2 типа в разных возрастных группах женской популяции Тюменской области отмечена одинаковая распространенность ожирения и АГ, однако у женщин с дебютом заболевания до 35 лет III степень ожирения зарегистрирована чаще, чем при дебюте после 40 лет (30,4 и 17,5%).

При анализе углеводного и липидного обмена различий в группах с дебютом заболевания до 35 и после 40 лет не выявлено.

СОМАТИЧЕСКОЕ, РЕПРОДУКТИВНОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Белякова Н. А.,
Лясникова М. Б.

ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

По данным И. И. Дедова и соавт. (2006), в России более половины (55%) трудоспособного населения имеет избыточную массу тела и ожирение. При этом у женщин они встречаются чаще, чем у мужчин. Известно, что ожирение, а также избыточная масса тела традиционно рассматриваются как факторы риска целой группы заболеваний: сердечно-сосудистых, эндокринных, гинекологических и т. д. (Дробышев М. Ю., Копылов Ф. Ю., 2010). Несомненно, что определенное влияние на течение самого ожирения, а также ассоциированных с ним заболеваний оказывает возраст пациентов.

Цель исследования – изучить клинико-психологические особенности и метаболические нарушения у больных с ожирением различных возрастных групп.

Обследовано в поликлинических условиях 132 пациентки с алиментарно-конституциональным ожирением и избыточной массой тела. В зависимости от возраста были сформированы две группы наблюдения: 1-ю (основную) составила 71 больная в возрасте до 40 лет, 2-ю (сравнения) – 61 пациентка в возрасте 40 лет и старше. Все женщины прошли клиническое и инструментальное обследование, включавшее ультразвуковые исследования (УЗИ) щитовидной железы, малого таза и абдоминальное. Оценка психологического статуса проводилась с помощью шкалы Бэка, определяли норму или депрессию (умеренная

– 10–18 баллов, критическая – 19–29 и явная – 30 и более баллов). Метаболические нарушения устанавливались по уровню глюкозы сыворотки крови натощак, холестерина и триглицеридов с использованием общепринятых методик и нормативов. Гормональное исследование включало определение в крови иммуноферментным методом уровня инсулина (6–27 мкЕД/мл) с вычислением индекса инсулинорезистентности (НОМА).

Статистическую обработку и анализ материалов исследования проводили с использованием СУБД Access 2000, программ Excel 7.0. и Statistica 6.0, 2003.

Клинико-инструментальное обследование больных показало, что среди пациенток 1-й группы по сравнению со 2-й было меньше женщин со II и III степенью ожирения (соответственно 38 и 52,5%, $p < 0,05$). При этом индекс массы тела (ИМТ) составил соответственно $33,4 \pm 6,37$ и $36,2 \pm 6,82$ кг/м² ($p < 0,05$). Однако отношение объема талии к объёму бёдер в группах достоверно не различалось ($0,83 \pm 0,059$ – в 1-й группе и $0,84 \pm 0,065$ – во 2-й). Давность ожирения в основной группе составила $8,4 \pm 7,41$ против $13,7 \pm 11,10$ года в группе сравнения ($p < 0,05$). При этом средний возраст возникновения ожирения в 1-й группе был $20,8 \pm 7,94$, а во 2-й – $36,9 \pm 11,56$ года ($p < 0,01$).

Сопутствующие заболевания чаще встречались у пациенток группы сравнения. Так, артериаль-

ная гипертензия по данным анамнеза наблюдалась у 73,8% обследованных 2-й группы и у 42,2% – 1-й ($p < 0,05$). На момент осмотра повышенное артериальное давление (АД) имели 28,2% больных младше и 55,7% – старше 40 лет. Средние уровни систолического и диастолического АД были выше у больных 2-й группы по сравнению с 1-й (соответственно $135,9 \pm 17,45$, $86,3 \pm 9,67$ мм рт. ст. и $122,2 \pm 16,44$; $80,6 \pm 9,64$ мм рт. ст.; $p < 0,05$). Среди гинекологических заболеваний ведущими были эндометриоз матки и яичников, миома матки, поликистоз яичников, которые диагностированы у 45,6% обследованных 1-й группы и 57,4% – 2-й. Основной патологией, по данным УЗИ малого таза, у пациенток 1-й группы были поликистоз яичников и эндометриоз (76,9%). В группе сравнения эти заболевания наблюдались в 37% случаев ($p < 0,05$), в 37% встречались миома матки или её экстирпация, а в 26% случаев они сочетались. Нарушения менструальной функции выявлялись достоверно чаще у пациенток 1-й группы (у 21,1 против 6,9% во 2-й группе; $p < 0,05$). Беременности в анамнезе имели 69% женщин основной группы, и они закончились родами в 55% случаев, а у пациенток 2-й группы эти показатели составили соответственно 88,5 и 85,2% ($p < 0,05$). Эндокринные заболевания (сахарный диабет, НТГ) наблюдались у 15,5% больных 2-й группы и у 6% – 1-й ($p < 0,05$). В то же время патология щитовидной железы (в основном узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит и субклинический гипотиреоз) встречалась с одинаковой частотой у пациенток 1-й и 2-й групп (22,4 и 39,7% соответственно). Заболевания печени (жировой гепатоз), желчевыводящих путей (холецистит, желчнокаменная болезнь) и поджелудочной же-

лезы (липоматоз) диагностировались очень часто в обеих группах (61% – в 1-й и 85,4% случаев – во 2-й). Деформирующий остеоартроз имели 5,7% пациенток 1-й группы и 26,7% – 2-й ($p < 0,05$).

Результаты психологического исследования выявили депрессию у 58,2% больных 1-й группы и у 55,9% – 2-й. При этом в обеих группах независимо от возраста преобладала умеренная депрессия, о чём свидетельствовал средний балл ($11,8 \pm 7,75$ – в 1-й и $11,9 \pm 7,38$ – во 2-й).

Данные лабораторных исследований показали, что у пациенток 2-й группы по сравнению с 1-й был выше уровень глюкозы сыворотки крови (соответственно $5,5 \pm 0,78$ и $4,9 \pm 0,70$ ммоль/л; $p < 0,01$), хотя уровень инсулина был в норме и достоверно в группах не различался. Индекс НОМА был повышен в обеих группах ($3,0 \pm 2,26$ – в 1-й и $3,4 \pm 2,83$ – во 2-й). Инсулинорезистентность диагностирована у 47,8% женщин 1-й группы и у 39,7% – 2-й.

Таким образом, у женщин в возрасте старше 40 лет, страдающих алиментарно-конституциональным ожирением, чаще выявляются II и III степени этого заболевания, у них выше ИМТ, больше давность ожирения, чаще наблюдается соматическая и гинекологическая патология: артериальная гипертония, жировой гепатоз, деформирующий остеоартроз, миома матки и состояние после её экстирпации, а также нарушения углеводного обмена. У пациенток младше 40 лет, хотя ожирение и менее выражено, но оно возникает в молодом возрасте, что негативно сказывается на их репродуктивной функции. Депрессия сопутствует ожирению независимо от степени его выраженности и возраста обследованных. У половины пациенток имеется инсулинорезистентность.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ: ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СОСУДОВ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ

**Будникова Н. В.,
Архипова С. Л.,
Полятыкина Т. С.,
Мишина И. Е.,
Клопова И. А.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,
МУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Иваново

До недавнего времени считалось, что артериальная гипертония (АГ) чаще встречается и тяжелее протекает у мужчин. Однако последние исследования показывают, что АГ в женской популяции также широко распространена и не-

редко протекает с осложнениями. Сочетание и взаимодействие различных факторов, таких как жесткость сосудов и особенности психологического статуса, при различных вариантах заболевания в гендерном аспекте мало изучены, что

обусловило проведение настоящего исследования.

Цель – сопоставить особенности состояния сосудистой стенки и уровня тревожности у женщин и мужчин при АГ.

По результатам обследования – скрининга лиц трудоспособного возраста, страдающих АГ, были сформированы две группы пациентов, сравнимые по основным клиническим характеристикам. В I группу вошли 28 женщин, во II – 28 мужчин. У всех обследованных диагностирована АГ I или II стадии в соответствии с клиническими рекомендациями. Проведено общее клиническое обследование, включающее измерение артериального давления (АД), определение индекса массы тела (ИМТ), а также электрокардиографическое исследование, консультации окулиста и невролога. Биохимическое исследование крови включало определение уровня глюкозы, холестерина (ХС), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ). Концентрацию липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) рассчитывали по формуле.

Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) регистрировалась с помощью сфигмографической приставки аппаратно-программного комплекса «Полиспектр-8» («Нейрософт», Иваново). Оценивалась СРПВ по сосудам эластического (СРПВэ) и мышечного (СРПВм) типов.

Уровень реактивной и личностной тревоги оценивался по методике Ч. Д. Спилберга и Ю. Л. Ханина.

Группы больных были сопоставимы по возрасту (средний возраст в I группе составил $50,37 \pm 1,16$ года, во II – $47,44 \pm 1,68$ года). В обеих группах преобладали пациенты с избыточной массой тела и ожирением (ОЖ) I степени. В I группе избыточная масса тела была выявлена у 42,8% (12 человек), ОЖ I степени – у 35,7% (10). Во II группе избыток массы тела имел место соответственно у 39,3% (11 человек), а ОЖ I степени – у 42,8% (12). ОЖ II степени диагностировано у 4 женщин, ОЖ III степени – у 1. У мужчин установлено по 1 случаю ОЖ II и III степени. Нормальная масса тела зарегистрирована в I группе у 1 человека, во II группе – у 3 (10,7%). ИМТ в группах достоверно не различался: у мужчин – $29,46 \pm 0,73$ кг/м², у женщин – $30,22 \pm 0,8$ кг/м². Также группы были сравнимы по уровню АД: систолическое АД (САД) у женщин составило в среднем $137,04 \pm 3,56$ мм рт. ст., у мужчин – $137,61 \pm 2,97$ мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) у женщин – $85,29 \pm 3,56$ мм рт. ст., у мужчин – $86,57 \pm 1,74$ мм рт. ст.

Показатели липидного обмена свидетельствовали о наличии дислипидемии в обеих группах. У женщин уровень общего ХС и ЛПНП оказались достоверно выше, чем у мужчин (уровень ХС в I группе соста-

вил $5,84 \pm 0,25$ ммоль/л, во II – $5,1 \pm 0,18$ ммоль/л, $p = 0,02$; ЛПНП в I группе – $4,05 \pm 0,24$ ммоль/л, во II – $3,28 \pm 0,19$ ммоль/л, $p = 0,015$). Достоверных различий по уровню ТГ и ЛПВП не выявлено. Содержание глюкозы крови натощак в группах не превышал нормальных значений.

При исследовании СРПВ установлено достоверное ($p = 0,047$) увеличение показателя СРПВэ в I группе ($9,16 \pm 0,28$ м/с) по сравнению с таковым во II ($7,98 \pm 0,52$ м/с), тогда как значения СРПВм достоверно не различались (в I группе – $8,92 \pm 0,33$ м/с, во II – $9,77 \pm 0,72$ м/с).

27 женщин и 27 мужчин прошли психологическое тестирование. У женщин наиболее часто выявлялся умеренный (17 человек – 63%) и высокий (8 обследованных – 29,6%) уровни реактивной тревоги (РТ). Личностная тревога (ЛТ) высокого уровня была установлена у 19 пациенток (70,4%), умеренного – у остальных 8 человек (29,6%). У мужчин умеренная РТ зарегистрирована в большинстве случаев (19 человек – 70,4%), высокая – у 3 (11,1%). По сравнению с женщинами выраженность ЛТ у мужчин была несколько ниже, преобладал ее умеренный уровень (у 19 человек – 70,4%), тогда как высокий выявлен лишь у 6 (22,2%). Таким образом, у женщин уровни РТ и ЛТ были достоверно выше, чем у мужчин. Усредненный по группе показатель РТ у женщин составил $42,19 \pm 1,29$ балла, у мужчин – $36,56 \pm 1,34$ балла ($p = 0,004$), показатель ЛТ – соответственно $48,52 \pm 1,59$ и $39,04 \pm 1,33$ балла ($p < 0,001$).

При проведении корреляционного анализа в I группе выявлена прямая взаимосвязь между показателями СРПВм и САД ($r = 0,51$; $p < 0,05$), СРПВм и ДАД ($r = 0,48$; $p < 0,05$), уровнем ЛПНП и РТ ($r = 0,48$; $p = 0,01$). Обратная корреляционная связь установлена между показателями ЛПВП и уровнем глюкозы ($r = -0,44$; $p < 0,05$). Во II группе взаимосвязь изученных показателей различалась: прямая корреляционная связь умеренной силы была выявлена между показателями СРПВэ и САД ($r = 0,58$; $p < 0,001$), САД и РТ ($r = 0,5$; $p = 0,02$), ДАД и РТ ($r = 0,61$; $p < 0,001$), СРПВм и возрастом обследованных ($r = 0,54$; $p = 0,02$).

Следовательно, подъем АД взаимосвязан с повышением тревожности и изменением жесткости сосудистой стенки в обеих группах. При этом у мужчин, по всей видимости, возраст имеет большее значение, чем у женщин. Возможно, это связано с более ранним наступлением метаболических нарушений у женщин.

Таким образом, у обследованных женщин с АГ в возрасте 40–60 лет по сравнению с мужчинами того же возраста имели место более выраженные изменения жесткости сосудистой стенки и уровня тревожности, что требует дальнейшего изучения.

ПОДХОДЫ К НАЗНАЧЕНИЮ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЖЕНЩИНАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Грозева Я. В.,
Королев Д. И.,
Глик М. В.,
Ушакова С. Е.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,
МУЗ «2-я городская клиническая больница» г. Иваново

До недавнего времени на ишемическую болезнь сердца (ИБС) всегда смотрели как на «болезнь, которая убивает мужчин». Смертность от ИБС среди мужчин в возрасте до 65 лет в 3 раза выше, чем у женщин, в старшем возрасте это различие невелируется, а после 80 лет смертность становится в 2 раза выше среди женщин, чем среди мужчин. ИБС является главной причиной смерти и перехода на инвалидность у пожилых женщин индустриально развитых стран. Накопившиеся к настоящему времени научные данные свидетельствуют о наличии определенных особенностей проявления факторов риска и клинической картины ИБС в женской популяции. Поскольку распространенность и влияние различных факторов риска неодинаковы у мужчин и женщин, результаты многоцентровых исследований, проведенных на мужской популяции, не должны автоматически переноситься на женскую. Тем не менее, в современной научной литературе представлены лишь единичные исследования, посвященные гендерным различиям, которые должны учитываться врачами при выборе тактики лечения ИБС у женщин. В связи с вышеизложенным выявление некоторых особенностей ведения женщин пожилого и старческого возраста со стабильной стенокардией представляется актуальным.

Цель исследования – оценить частоту сопутствующей патологии, установить возрастные особенности и объем фармакотерапии в связи с основным и сопутствующими заболеваниями у женщин пожилого и старческого возраста со стабильной стенокардией.

Обследована 741 больная со стабильной стенокардией в возрасте от 60 до 85 лет. Средний возраст пациенток – 75,8 года. Проанализирована тяжесть стенокардии, частота сопутствующей патологии, объем фармакотерапии в связи с основным и сопутствующими заболеваниями. Рассчитана скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрофта – Гоулта с коррекцией на стандартную площадь поверхности тела ($\text{мл/мин}/1,73 \text{ м}^2$).

Типичный для стенокардии болевой синдром имел место у 93% больных, у 17% обследованных

выявлены ишемические изменения на ЭКГ в покое. Постинфарктный кардиосклероз имели 36% пациенток. III функциональный класс стабильной стенокардии по классификации Канадского общества кардиологов был поставлен (клинически) в 20% случаев, II ФК – в 77%, I ФК – в 3%. Ангинозные боли в покое имелись у 13% больных, при нагрузке – у 95%. У 44% женщин отмечена высокая частота приступов стенокардии (более 6 эпизодов в неделю, в среднем – $6,22 \pm 2,3$ эпизода). Хроническая сердечная недостаточность диагностирована у всех пациенток: I стадия по классификации В. Х. Василенко и Н. Д. Стражеско – у 14%, IIa стадия – у 84%, IIб стадия – у 2% больных. Артериальная гипертензия имела место в 91,5% случаев.

Для больных пожилого и старческого возраста характерна полиморбидность заболеваний. У каждой пациентки диагностировано от 3 до 8 сопутствующих патологий. Так, хронические obstructивные заболевания легких встречались у 20% обследованных, бронхиальная астма – у 1%, АВ-блокада 1 ст. – у 5%, атеросклероз сосудов нижних конечностей – у 10% (из них у 2% имелась ХАН 3 ст.), сахарный диабет – у 25%, хронический пиелонефрит – у 38,5%, гастрит и язвенная болезнь – у 41,6%, дегенеративные заболевания суставов и позвоночника – у 64,5%, остеопороз – у 16,6%. В связи с сопутствующей патологией и возрастными изменениями у значительной доли пожилых больных имеются возрастные изменения органов и систем, в частности снижение СКФ. У пациенток среднее значение СКФ составило $58,7 \pm 13,7 \text{ мл/мин}/1,73 \text{ м}^2$, у 26% обследованных СКФ составила менее $60 \text{ мл/мин}/1,73 \text{ м}^2$. Снижение СКФ – уменьшения числа назначаемых препаратов и коррективы их доз.

В соответствии с действующими стандартами лечения стенокардии и артериальной гипертонии каждая пациентка получала в среднем $4,6 \pm 1,8$ препарата для лечения сердечно-сосудистых заболеваний. 87% больных принимали ежедневно короткодействующие нитраты. Пациентам назначались бета-адреноблокаторы (бисопролол, ме-

топролол), ивабрадин (кораксан), защищенные аспирин, статины. Симптоматическая терапия проводилась с помощью нитратов, антагонистов кальция. Также осуществлялась гипотензивная терапия и лечение ХСН. В связи с сопутствующей патологией пациентки дополнительно получали в среднем $2,9 \pm 3,8$ препарата. Таким образом, каждая пациентка получала в среднем $8,6 \pm 4,8$ препарата.

У лиц пожилого и старческого возраста чаще возникают побочные эффекты приема лекарственных средств. У обследованных кардиологические препараты отменяли в связи с возникновением нежелательных эффектов в 11% случаев, причем у всех пациенток отмена была связана с ухудшением течения сопутствующей патологии.

Значительный объем фармакотерапии у женщин пожилого и старческого возраста определяется тяжестью стенокардии, сопутствующей кардиальной и коморбидной патологией. Полипрагмазия ведет к появлению побочных действий лекарственных средств. Возрастные изменения клубочковой фильтрации требуют уменьшения числа назначаемых препаратов и корректировки доз большинства из них.

При назначении фармакотерапии стабильной стенокардии женщинам пожилого и старческого возраста необходимо учитывать число сопутствующих заболеваний, переносимость фармакотерапии сердечно-сосудистой и сопутствующей патологии и возрастные особенности органов и систем у данной категории больных.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Довгалюк Ю. В.,
Корнилов Л. Я.,
Мишина И. Е.,
Кудряшова М. В.,
Мазанко О. Е.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,
МУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Иваново

Целью данного исследования явилось изучение особенностей течения и исходов острого инфаркта миокарда (ОИМ) у женщин.

Методом случайной выборки проведен анализ течения и исходов ОИМ у 86 мужчин (первая группа) и 50 женщин (вторая группа), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении МУЗ ГКБ № 3 г. Иваново в 2008–2009 гг. Средний возраст мужчин составил $60,7 \pm 1,3$ года, женщин – $71,2 \pm 1,4$ года ($p < 0,01$). Диагноз ОИМ был верифицирован на основании электрокардиографических критериев, положительного тропонинового теста, данных эхокардиографического обследования. Всем больным в остром периоде заболевания проведена тромболитическая терапия (ТЛТ) стрептокиназой, пулолазой, актилизе. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием компьютерной программы «Statistica 6.0».

В группе мужчин с одинаковой частотой (45,3%) имел место ОИМ передней и нижней локализации, в группе женщин чаще (54,0%) встречался нижний ОИМ, в 34,0% случаев – передний ОИМ ($p < 0,05$). В остальных случаях диагностированы другие локализации ОИМ.

Более чем у 80% мужчин и почти у 100% женщин ОИМ протекал на фоне гипертонической болезни. Сахарный диабет в 3,5 раза чаще встречался у женщин (36 против 9,3% у мужчин, $p < 0,05$). Хроническая сердечная недостаточность отягощала течение основного заболевания более чем у 2/3 мужчин и 1/3 женщин ($p < 0,05$).

Анализ лабораторных данных показал, что у женщин уровень общего холестерина ($5,33 \pm 0,21$ ммоль/л) и триглицеридов ($1,70 \pm 0,19$ ммоль/л) крови был достоверно выше, чем у мужчин ($4,98 \pm 0,12$ и $1,09 \pm 0,08$ ммоль/л соответственно, $p < 0,05$).

По результатам эхокардиографического исследования клинически значимая митральная регургитация достоверно чаще наблюдалась у женщин, чем у мужчин (60,0 против 43,0%, $p < 0,05$). Вместе с тем, тромб в левом желудочке был обнаружен у 12 мужчин (14,0%) и лишь у 1 женщины (2%).

В группе мужчин в остром периоде заболевания умерло 9 человек (10,5%); из них в 3 случаях причиной смерти был кардиогенный шок, в 6 – фибрилляция желудочков. В группе женщин

летальность оказалась более высокой и составила 22,0% (11 случаев). У 5 пациенток причиной смерти явился кардиогенный шок, у 6 – разрыв миокарда левого желудочка.

Сроки начала ТЛТ существенно не различались и составили $3,4 \pm 0,2$ часа у мужчин и $3,8 \pm 0,3$ часа у женщин. ТЛТ оказалась эффективной у 79 мужчин (91,9%) и у 46 женщин (92,0%). В 11 случаях (8,1%) признаков реперфузии миокарда на ЭКГ не отмечено. Ни в одном случае не зафиксированы жизненно важные геморрагические осложнения.

Таким образом, острый инфаркт миокарда у женщин более чем в половине случаев локализуется в нижней стенке левого желудочка и протекает

на фоне артериальной гипертонии, сахарного диабета и дислипидемии. У мужчин зона некроза миокарда одинаково часто распространяется на переднюю и нижнюю стенки, коморбидными инфаркту состояниями являются артериальная гипертония и хроническая сердечная недостаточность.

Течение острого инфаркта миокарда у женщин характеризуется более высокой по сравнению с мужчинами частотой развития летального исхода, в том числе вследствие разрыва миокарда левого желудочка.

Своевременно проведенная ТЛТ одинаково эффективна и безопасна как у мужчин, так у женщин.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ОЖИРЕНИЯ И ЕГО ТИПА

**Карманова В. Б.,
Мясоедова С. Е.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Остеопороз занимает четвертое место по распространенности среди неинфекционных заболеваний. Доля постменопаузального остеопороза составляет 85% в общей структуре данной патологии. В настоящее время остается недостаточно изученным вопрос об изменениях минеральной плотности кости (МПК) у женщин с ожирением и признаками метаболического синдрома.

Цель работы – представить характеристику МПК у женщин в периоде постменопаузы с учетом наличия ожирения и его типа.

Обследованы 65 женщин 50–65 лет, обратившихся на консультативно-диагностический прием в клинику ИвГМА. Из исследования исключались лица с вторичным остеопорозом, синдромом мальабсорбции, гастрэктомией, овариэктомией, синдромом длительной иммобилизации, получавшие заместительную гормональную терапию, лица с отягощенным семейным анамнезом по остеопорозу. Степень ожирения устанавливалась по индексу массы тела (ИМТ) в соответствии с классификацией ВОЗ (1997). Критерием абдоминального ожирения был объем талии более 80 см. Метаболический синдром диагностировался по рекомендациям ВНОК (2009). Лабораторные исследования выполнены на аппарате МАХМАТ-

PL (Франция) и включали определение уровня холестерина, холестерина липопротеидов высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности, триглицеридов, глюкозы, креатинина, мочевины, общего и ионизированного кальция. МПК определялась методом рентгеновской абсорбциометрии в стандартных проекциях и с использованием специальных программ по оценке композиционного состава тела на аппарате «Lunar Prodigy Advance» (США). Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием программы «Statistica 6».

У большинства женщин имелась избыточная масса тела (34%) или ожирение (46%), реже встречалась нормальная масса тела (20%). Преобладало абдоминальное ожирение, которое выявлено у 77% женщин. Оценка композиционного состава тела показала, что жировая ткань у 63% обследуемых распределялась по смешанному, у 20% – по андронидному и у 17% – по гинеоидному типу. 50% женщин страдали артериальной гипертензией. У 90% установлены нарушения липидного обмена в виде повышения уровня холестерина ЛПНП и триглицеридов. Метаболический синдром наблюдался у 68% женщин.

Низкий уровень общего и/или ионизированного кальция крови зарегистрирован у 82% пациенток.

Остеопения выявлена у 38 (59%) женщин: с преимущественным снижением МПК в позвоночнике – у 15, в шейке бедра – у 9, в обоих регионах – у 14 пациенток. Остеопороз диагностирован у 15 (23%) женщин, он проявлялся снижением МПК в обоих регионах у 11 из них, преимущественно в шейке бедра – у 4. Нормальные показатели МПК отмечены только у 12 (18%) женщин. Частота остеопении и остеопороза, а также их преимущественная локализация достоверно не различалась у лиц с различной массой тела, у женщин с метаболическим синдромом и без него ($p > 0,05$). Вместе с тем, получены корреляции, отражающие взаимосвязи метаболических нарушений и изменений МПК: ИМТ с Т-критерием в позвоночнике ($r = 0,35$, $p < 0,05$), уровня холестерина ЛПВП с уровнем кальция сыворотки крови ($r = 0,47$, $p < 0,05$) и значениями Т-критерия в шейке бедра ($r = 0,27$, $p < 0,05$). Выявлена также обратная корреляционная зависимость между значением Т-критерия в проксимальном отделе бедра и длительностью менопаузы ($r = -0,26$, $p < 0,05$).

Большинство женщин среднего возраста в периоде постменопаузы даже в отсутствие серьезной сопутствующей патологии имеет нарушения МПК в виде остеопении или остеопороза, которые обнаруживаются независимо от наличия или отсутствия ожирения, его типа и признаков метаболического синдрома. Данные нарушения у большинства женщин локализуются не только в области позвоночника, но также отмечаются в шейке бедра, сопряжены с низким уровнем ионизированного кальция в сыворотке крови и прогрессируют на фоне менопаузы. Выявленные корреляции ИМТ и холестерина ЛПВП с изменениями МПК и уровнем кальция крови позволяют предполагать возможную роль метаболических нарушений в развитии у лиц с ожирением остеопенических состояний. Их высокая частота обосновывает более активную профилактику остеопороза и переломов у данной категории женщин, включающую коррекцию гипокальциемии и нарушений МПК.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Кирпикова М. Н.,
Назарова О. А.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Во всем мире остеопороз (ОП) постепенно выходит на одно из ведущих мест в структуре заболеваний лиц пожилого возраста. ВОЗ подчеркивает необходимость создания глобальной стратегии по профилактике этого заболевания и контролю над ним.

В многоцентровых исследованиях засвидетельствована высокая эффективность ряда современных препаратов в профилактике переломов при ОП. Однако выбор того или иного препарата в конкретном случае остается прерогативой врача. Представляется актуальным сравнить их эффективность на практике.

Цель исследования – сравнить эффективность различных видов антиостеопоротической патогенетической терапии пациенток с постменопаузальным ОП.

Проведено проспективное открытое сравнительное параллельное обследование 122 пациенток с постменопаузальным ОП, прошедших терапевтическое обучение в «школе для больных остеопорозом». Пациентки были разделены на группы в зависимости от вида лечения: 1 группа – 18 па-

циенток, получавших алендронат (фосамакс®) в дозе 70 мг 1 раз в неделю в течение года; 2 группа – 22 больные, принимавшие кальцитонин лосося (миакальцик®) в дозе 200 МЕ/сут интраназально в прерывистом режиме (2 мес. – лечение и 1 мес. – перерыв) в течение года; 3 группа – 38 человек, для лечения которых применялся стронций ранелат (бивалос®) в дозе 2 г/сут в течение года; 4 группа – 11 женщин, которым назначалась золедроновая кислота (акласта®) внутривенно капельно в дозе 5,0–100 мл 1 раз в год). Патогенетическая терапия проводилась в сочетании с приемом препарата кальция (карбонат кальция 2500 мг/сут) и витамина D₃ (800 МЕ/сут). Группа сравнения из 33 пациенток принимала только препараты кальция и витамин D₃ (пациентки, отказавшиеся от патогенетической терапии). Группы не различались по основным антропометрическим, клиническим характеристикам, показателям лабораторного и инструментального обследования.

Эффективность лечения оценивалась клинически, а также по динамике минеральной плотности кости (МПК). Клинически болевой синдром оценивался по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Всем пациенткам проводилась рентгеновская остеоденситометрия (DXA) до начала терапии и через год лечения. Для определения динамики МПК использовали программу сравнения сканов и определяли прибавку МПК (в %) и число достоверных положительных результатов (в позвоночнике и шейке бедра). Обследование проводилось через 2 недели, 3 и 6 месяцев после начала лечения.

Во всех группах уменьшение выраженности болевого синдрома наблюдалось уже через 3 месяца. Однако наиболее эффективным оказался кальцитонин лосося. Достоверное снижение выраженности боли в спине отмечалось уже через 2 недели лечения, существенное уменьшение произошло через 3 месяца (исходно – $6 \pm 0,8$ балла, через 2 нед. – $4,1 \pm 0,7$ балла; через 3 мес. – $3,1 \pm 0,9$ балла; через 6 мес. – $2,5 \pm 1,2$ балла).

В результате лечения во всех группах была достигнута положительная динамика МПК. Выявлены достоверные различия в прибавке МПК в разных группах (ANOVA = 0,005 по методу Краскела – Уоллиса, медианный тест). Наиболее выраженная положительная динамика МПК в позвоночнике зафиксирована в группах больных, принимавших алендронат и золедроновую кислоту, в среднем более чем на 5,5%. Наибольший прирост МПК шейки бедра отмечен в группе пациенток, получавших бивалос, в среднем более чем на 3%.

Проведено парное сравнение групп по числу случаев достоверной (на 2–3% и более) прибавки МПК. Наибольшее число положительных достоверных результатов в позвоночнике получено в группе женщин, которым назначался алендронат, в шейке бедра – в группе пациенток, принимавших стронция ранелат ($p < 0,05$). Самый плохой результат по данному показателю как в позвоночнике, так и в проксимальном отделе бедра получен в группе больных, для лечения которых применялся кальцитонин лосося.

Таким образом, наибольшая прибавка костной массы, а следовательно, снижение риска переломов получены при лечении бисфосфонатами (фосамакс, акласта) и стронция ранелатом (бивалос). Результаты сравнительного исследования подтверждают высокую эффективность современных препаратов для лечения ОП в условиях практики и указывают на возможность дифференцированного их применения в зависимости от результатов DXA: у пациенток с высоким риском перелома шейки бедра предпочтительнее лечение бивалосом, а с высоким риском переломов тел позвонков – бисфосфонатами. Согласно полученным результатам, кальцитонин лосося можно рассматривать как препарат выбора при необходимости получения быстрого анальгетического эффекта.

СПОСОБ ОБЪЕКТИВНОГО НАЗНАЧЕНИЯ ИЗДЕЛИЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Королева С. В.

ФГОУ ВПО «Ивановский институт Государственной противопожарной службы» МЧС России, г. Иваново

Остеоартроз (ОА) вследствие значительной распространенности и неуклонного ее роста представляет сложную медико-социальную проблему, которая в значительной степени затрагивает женщин. В настоящее время наблюдается дефицит исследований в области консервативной ортопедической коррекции биомеханических нарушений при гонартрозе при очевидной их актуальности.

Цель исследования – разработать технологию, включающую дифференцированные подходы к лечению больных ОА коленных суставов (КС) на основе выявления характера кинематических нарушений и способов их коррекции с применением консервативных ортопедических изделий.

Обследовано 216 стационарных больных ОА КС в возрасте 30–75 лет (средний возраст –

$53,2 \pm 0,9$ года), 165 женщин и 51 мужчина. Контрольная группа состояла из 40 человек в возрасте $49,7 \pm 2,5$ года, не предъявлявших жалоб на состояние суставов. Диагноз ОА КС устанавливали по классификационным критериям R. D. Althman et al. (1991), рентгенологическую стадию – по классификации J. Kellegren и J. Lawrence (1957). Специальные обследования включали стабилometriю с тестом Ромберга и степ-тестом (стабилметрический комплекс НМФ «МБН», г. Москва); для выявления степени компенсации состояния опорно-двигательной системы выполнялась плантография.

В основу предложенной технологии назначения ортопедических изделий при ОА КС положено понятие кинематической нестабильности (КН) КС, выявляемой при стабилметрическом исследо-

вании и проявляющейся усилением фронтальных (боковых) колебаний при удержании равновесия (в норме их соотношение с сагиттальными колебаниями 1:1,5 – 1:2) (патент на изобретение № 2325839 от 10.06.2008). Во всех подгруппах наблюдения (больные первичным гонартрозом, ОА КС с реактивным синовитом, пациенты пожилого возраста с крайней стадией развития заболевания) выявлена фронтальная КН, более выраженная при закрывании глаз. Данный феномен указывает на проприоцептивную недостаточность опорно-двигательной системы, прогрессивное развитие которой у больных ОА КС выявляется не только на стороне пораженного, но и на стороне непораженного КС. Установлено, что КН КС характерна для больных ОА КС даже в отсутствие симптомов обострения заболевания. КН КС неуклонно прогрессирует при увеличении рентгенологической стадии заболевания, значительно возрастая после III стадии, когда достоверно увеличивается угол наклона колебаний, что свидетельствует о срыве компенсаторных возможностей опорно-двигательной системы.

В группе больных ОА КС, поступивших в стационар для корригирующей остеотомии из-за упорного болевого синдрома, объективно установлено, что компенсаторные возможности опорно-двигательного аппарата нижних конечностей у них исчерпаны и в процесс поддержания равновесия вовлекаются вышележащие структуры, что определяет необратимый характер изменений.

Установленные закономерности позволили выделить 2 типа КН КС при ОА, различаемых по результатам стабилотрии: 1) динамический тип – исходная фронтальная КН усиливается после степ-теста; 2) статический тип – исходная фронтальная КН уменьшается после степ-теста. При ОА КС целью является достижение фронтальной КН с преобладанием статического компонента. Наличие фронтальной КН динамического типа требует усиления консервативной терапии использованием средств ортопедической коррекции. Тип корригирующего изделия в исследовании подбирался индивидуально: при отклонении оси колебаний по результатам плантографии на стопе – стелька с латеральным скосом; при фронтальной КН без выраженной асимметрии оси колебаний на стопе – наколенник с боковыми вставками (стабилизаторами). Продемонстрировано значимое влияние применения изделий ортопедической

коррекции на изменение фронтальной КН по данным стабилотрии. У больных в группе стандартной терапии также наблюдалось уменьшение КН, но касалось это баланса равновесия в сагиттальной плоскости.

Отдаленные результаты лечения оценены у 38 больных ОА КС при повторном обследовании через 9–12 месяцев. Установлено, что в группе пациентов, применявших в комплексе лечения изделия коррекции, значимые взаимосвязи существуют между индексом боли (WOMAC) и абсолютным смещением общего центра масс на стабилотриграмме во фронтальной плоскости ($r = +0,38$, $p < 0,05$), а также между углом наклона колебаний (показатель стабилотриграммы) и функциональным индексом (WOMAC) ($r = +0,42$, $p < 0,05$).

Оценка эффекта вмешательства проведена по стандартной схеме: применение изделий ортопедической коррекции, подобранных индивидуально, в 2,33 раза повышает возможность благоприятного для пациента исхода в виде уменьшения боли и улучшения функции суставов. При этом использование изделий ортопедической коррекции оставляло состояние кинематической стабильности КС в поле «хорошо» (по предложенному пакету «функции желательности Харрингтона») в 53% случаев, в то время как аналогичный показатель в группе пациентов, применявших стандартную терапию, составил только 33%.

Факторный анализ с введением лечения в качестве основного фактора позволил установить, что на фронтальную КН стандартное лечение оказывает разнонаправленное влияние. В случае сочетания стандартного лечения и применения дифференцированно подобранного изделия ортопедической коррекции линейно-значимое влияние обнаружено на всех этапах наблюдения (этап подбора изделия – через 2 недели применения – этап отдаленной оценки эффективности), что доказывает достижение целевого назначения ортопедических изделий.

Предложенная технология с применением стабилотрического исследования позволяет на основе объективных критериев оценить функцию КС при ОА, а также дифференцированно назначить изделие консервативной ортопедической коррекции, что в 2,33 раза повышает вероятность благоприятного прогноза и эффективность лечения.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Маврычева Н. В.,
Романенко И. А.,
Гринштейн В. Б.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Метаболический синдром (МС) – комплекс взаимосвязанных клинико-биохимических нарушений – находится в центре внимания ученых и врачей разных специальностей. Число женщин с МС среди лиц зрелого и старшего возраста превосходит число мужчин с аналогичной патологией. Практически каждый компонент МС повышает возможность развития у больного сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета (СД), а при сочетании нескольких составляющих МС у одного пациента этот риск возрастает в несколько раз. Одной из важнейших составляющих МС является нарушение углеводного обмена, в основе которого лежит инсулинорезистентность; наиболее перспективен в плане коррекции предиабет – нарушение толерантности к глюкозе (НТГ).

Цель исследования – оценить динамику показателей, отражающих состояние углеводного, липидного обмена, и артериального давления (АД), у женщин с нарушенной толерантностью к глюкозе в составе МС, которые обучаются в «классе профилактики сахарного диабета».

Под наблюдением находились 45 женщин с НТГ в составе МС. Согласно критериям, предложенным ВНОК (2009), МС диагностировался у женщин с НТГ при наличии артериальной гипертензии, абдоминального ожирения и (или) дислипотеидемии. Всем женщинам клиническое обследование было проведено до занятий в «классе профилактики сахарного диабета» и коррекции выявленных метаболических нарушений и через три месяца, в конце лечения. Обследование включало: сбор анамнеза с выяснением наличия наследственной отягощенности по составляющим МС, физикальное обследование, оценку адекватности вкусовых ощущений для диагностики доклинических нарушений углеводного обмена (Романенко И. А., Бобков В. А., 1997), измерение артериального давления (АД). Состояние артериальной гипертензии и НТГ оценивали согласно критериям ВОЗ (1999). У обследованных определяли концентрацию гликозилированного гемоглобина (HbA1c), иммунореактивного инсулина и вычисляли индекс инсулинорезистентности (НОМА). Для характеристики липидного обмена использовали индекс массы тела (ИМТ), биоимпедансное определение

количества подкожных и висцеральных жировых отложений, оценивали липидный профиль крови: уровень общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и показателя перекисного окисления липидов (ПОЛ) – малонового диальдегида (МДА) в плазме крови (Yagi R., 1979).

Женщины прошли обучение в «классе профилактики сахарного диабета», где они ознакомились с возможными осложнениями МС и СД, были обучены определению гликемии, измерению АД, контролю массы тела, расчету уровня физических нагрузок и калорийности питания. Всем обследованным в течение 3 месяцев было проведено лечение, включающее диетотерапию, физические нагрузки, назначение средств, влияющих на пищевое поведение (меридиа), усвоение жиров в организме (ксеникал), снижение инсулинорезистентности (глюкофаж); уровня антиоксидантов (α -токоферол), препаратов α -липоевой кислоты (берлитион), ингибиторов АПФ (престариум).

Возраст обследованных составил в среднем $52,43 \pm 3,59$ года, ИМТ соответствовал 1–2 степени ожирения – $33,75 \pm 1,88$ кг/м²; у 80% женщин выявлено ожирение абдоминального характера, а количество висцерального жира составило при определении биоимпедансным методом $42,66 \pm 1,94\%$. Среднее систолическое АД было на уровне 152 ± 14 мм рт. ст., а диастолическое – 95 ± 10 мм рт. ст. Из анамнеза болезни выяснено, что у 34 женщин повышение АД началось после или одновременно с развитием ожирения. Уровень постпрандиальной гликемии (через 2 часа после теста на толерантность к глюкозе) составил $9,35 \pm 0,67$ ммоль/л, что соответствует НТГ, а значения HbA1c достоверно не выходили за пределы референтных границ – $6,55 \pm 0,72\%$. Индекс НОМА, вдвое превышающий нормальные показатели здоровых лиц ($4,81 \pm 0,88$), свидетельствует о наличии выраженной инсулинорезистентности у женщин с НТГ, сопровождающейся нарушением вкусовой чувствительности с повышением абсолютного порога чувствительности к глюкозе. Исследование липидного профиля выявило до-

стоверные отличия показателей от таковых у здоровых лиц: ОХС – $6,57 \pm 0,64$ ммоль/л, ХС ЛПНП – $4,19 \pm 0,22$ ммоль/л, ХС ЛПВП – $0,96 \pm 0,06$ ммоль/л. У женщин с НТГ активируются процессы ПОЛ, накапливаются их токсические продукты: уровень МДА плазмы ($7,11 \pm 0,36$ нмоль/л) достоверно превышает референтные показатели.

После обучения в «классе профилактики» СД и лечения снижение количества висцерального жира у женщин, определенное биоимпедансным методом, составило от 3,2 до 4,9 кг; у 36 человек нормализовались показатели глюкозотолерантного теста через 2 часа после нагрузки глюкозой ($6,23 \pm 0,41$ ммоль/л) и вкусовая чувствительность к глюкозе; достигнуты целевые значения АД у 31 жен-

щины. Уменьшились ($p \leq 0,05$) значения показателей ОХС ($5,1 \pm 0,47$ ммоль/л), индекса НОМА ($2,36 \pm 0,37$), уровня МДА в крови ($5,94 \pm 0,36$ нмоль/л), наметилась тенденция к снижению ХС ЛПНП.

Коррекция метаболических нарушений у женщин с НТГ в составе МС привела к уменьшению количества висцерального жира, снижению инсулинорезистентности и оксидативного стресса, что явилось благоприятным фоном для нормализации АД и улучшения липидного профиля. Эта группа больных МС может быть наиболее благодарным объектом для проведения комплексных профилактических мероприятий и обучения, поскольку метаболические изменения при НТГ обратимы при своевременном лечении.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДОВ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Назарова О. А.,
Назарова А. В.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Артериальная гипертензия (АГ) остается одной из важнейших медико-социальных проблем. Повышенный уровень артериального давления (АД) вызывает поражение органов-мишеней и приводит к развитию осложнений (сердечной недостаточности, инфаркта миокарда, мозгового инсульта, почечной недостаточности), определяющих высокий уровень сердечно-сосудистой заболеваемости, инвалидизации, смертности. Немало исследований посвящено изучению состояния периферических сосудов как органа-мишени при АГ. Сосудистое ремоделирование, заключающееся в изменении эластических свойств сосудистой стенки, и нарушение функции микроциркуляторного русла являются важными компонентами патогенеза АГ, способствуют развитию и прогрессированию органной патологии. Описаны морфологические и функциональные изменения микроциркуляторного русла, выявлен характер нарушения эластических свойств сосудов при гипертонической болезни. Однако данные о наличии и характере взаимосвязи поражения сосудов крупного и среднего калибра с микроциркуляторными расстройствами при АГ в современной литературе почти отсутствуют. Высказываются противоречивые предположения, что они компенсируют или, наоборот, усугубляют друг друга.

Цель исследования – сопоставить характер нарушений эластических свойств сосудистой стенки и параметры микроциркуляции при АГ.

Исследование проводилось на базе ГУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иваново. В нем приняли участие 20 пациенток в возрасте от 38 до 55 лет (в среднем – $48,05 \pm 5,25$ года) с гипертонической болезнью 2 стадии; проведено общеклиническое обследование в соответствии с рекомендациями ВНОК. До включения в исследуемую группу больные не получали регулярной гипотензивной терапии. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых женщин в возрасте 32–53 лет (в среднем – $42,9 \pm 6,6$ года) без указаний в анамнезе на эпизоды повышения АД; по полу и возрасту они были сопоставимы с обследуемыми.

Эластические свойства сосудов оценивали методом определения скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) с помощью сфигмографической приставки аппаратно-программного комплекса «Полиспектр-12» (ООО «Нейрософт», Иваново). Исследовали СРПВ по сосудам эластического типа (СРПВ_э) и СРПВ по сосудам мышечного типа (СРПВ_м). Параметры микроциркуляции оценивали методом лазерной доплеровской флоуметрии с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК-02 (НПО «Лазма») исходно в покое (базальный кровоток), а также

по результатам функциональных проб (окклюзионной, постуральной). Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ «Statistica 6.0 for Windows». Достоверными считали различия показателей при $p < 0,05$.

В группе пациенток с АГ СРПВ₃ была достоверно выше контрольных значений ($9,2 \pm 0,7$ и $7,49 \pm 1,5$ м/с соответственно). СРПВ_м также достоверно превышала аналогичный показатель в группе контроля ($9,9 \pm 1,5$ и $7,6 \pm 1,1$ м/с соответственно). Эти изменения свидетельствуют о наличии признаков ремоделирования сосудов эластического и мышечного типов.

Функциональное состояние системы микроциркуляции у пациенток с АГ в целом характеризовалось удовлетворительным уровнем тканевой перфузии (показатель микроциркуляции – $2,4 \pm 0,4$ перф. ед., в группе контроля – $1,85 \pm 0,6$ перф. ед.). Кровоток отличался меньшей вариабельностью (коэффициент вариации – $12,74 \pm 1,3\%$, в группе контроля – $14,52 \pm 1,7\%$), что, возможно, связано с изменением активности эндотелиального и нейрогенного механизмов регуляции. Отмечалась тенденция к уменьшению амплитуд эндотелиальных и нейрогенных колебаний в группе женщин с АГ по сравнению с контрольными зна-

чениями при исследовании базального кровотока ($A_{max_3} - 0,11 \pm 0,01$ и $0,19 \pm 0,02$ перф. ед; $A_{max_н} - 0,10 \pm 0,01$ и $0,19 \pm 0,03$ перф. ед. соответственно). Амплитуда миогенных колебаний у пациенток с АГ превышала таковую в группе контроля ($0,17 \pm 0,02$ и $0,10 \pm 0,01$ перф. ед.). Таким образом, у пациенток с АГ 2 стадии удовлетворительный уровень тканевой перфузии поддерживается за счет уравнивания нейрогенных влияний собственной миогенной активностью.

При проведении постуральной пробы, характеризующей реактивность сосудов прекапиллярного звена, преобладающим вариантом реакции кожного кровотока у больных АГ явилось чрезмерное (более чем на 45%) снижение кровотока, которое отмечалось в 60% случаев. Эти изменения свидетельствуют о высокой реактивности сосудов прекапиллярного звена и склонности к спазму. По результатам окклюзионной пробы в основной группе выявлено преобладание спастического гемодинамического типа микроциркуляции (70% пациенток).

Результаты исследования свидетельствуют о том, что у женщин с АГ 2 стадии снижение эластичности сосудистой стенки развивается параллельно с изменениями микроциркуляции.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФАКТОРОВ ЕЕ РИСКА У ЖЕНЩИН, РАБОТАЮЩИХ В ОРГАНИЗОВАННОМ КОЛЛЕКТИВЕ

Пищугина А. В.,
Белякова Н. А.,
Голубев Ю. Д.

ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
ФГУЗ «ЦМСЧ № 141» ФМБА России (Удомля)

В последние два десятилетия наблюдается прогрессивное увеличение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний не только в мужской популяции, но и среди женщин (Аникин В. В., Романова Т. О., 2006). Согласно данным эпидемиологических исследований, у женщин, находящихся в пре- и постменопаузе, частота развития артериальной гипертензии (АГ) удваивается и в климактерическом периоде составляет более 50% (Соловьева А. В. и др., 2009).

Цель исследования – изучить распространенность АГ и выявить вероятные факторы ее риска у женщин различных возрастных групп, работающих в организованном коллективе с нормальными условиями труда.

В одномоментном добровольном исследовании приняли участие 170 женщин, работающих в административном аппарате Удомельского района. На момент проведения исследования сотрудницы находились на рабочем месте. В зависимости от возраста были сформированы две группы наблюдения: в 1-ю (основную) были включены 85 женщин в возрасте 20–44 лет (средний возраст – $34,3 \pm 6,1$ года), во 2-ю (сравнения) – 85 пациенток 45–60 лет ($52,3 \pm 4,2$ года). Комплексное обследование включало 2 этапа: первый – анкетирование по вопросам заболеваемости и наследственности, изучение первичной медицинской документации, проведение антропометрии и двукратное измерение уровня артериального давления (АД);

второй – определение уровня общего холестерина (ОХС) и глюкозы сыворотки крови натощак. Лабораторные исследования выполнялись на базе ФГУЗ «ЦМСЧ № 141» ФМБА России по стандартным методикам. Статистическую обработку и анализ материалов проводили с использованием СУБД Access 2000, пакетов программ Excel 7.0 и Statistica 6.0, 2003.

По результатам анкетирования и изучения первичной медицинской документации диагноз АГ ранее был установлен у 44,1% (75) обследованных, из них 2 степень АГ имела у 65,3%, 1 степень – у 34,7%. АГ 2 степени чаще встречалась в старшей возрастной группе, чем в основной (в 57,3 и 8% случаев соответственно, $p < 0,01$). Распространенность АГ увеличивалась с возрастом и в сравниваемых группах составила соответственно 20 и 80% ($p < 0,01$). Средний стаж АГ – 7 лет (достоверных различий в группе не наблюдалось).

У 9 сотрудниц в возрасте до 45 лет (10,6%) при осмотре выявлено повышение АД. Из них 5 женщин имели диагноз: ВСД по гипертоническому типу, а у 4 повышение АД зарегистрировано впервые. Антигипертензивные препараты назначались 74,7% пациентов с АГ. Необходимо подчеркнуть, что подавляющее большинство сотрудниц административного аппарата демонстрировали высокую комплаентность к лечению АГ. Так, все обследованные с АГ 2 степени имели достигнутую 1 степень АГ.

На момент обследования средние уровни систолического и диастолического АД были выше в группе сравнения, чем в основной (соответственно $131,4 \pm 10,2$ и $116,2 \pm 11,3$ мм рт. ст., $p < 0,01$; $81,5 \pm 5,2$ и $73,2 \pm 7,7$ мм рт. ст., $p < 0,01$).

Ассоциированные с АГ заболевания (сахарный диабет (СД) и ИБС) наблюдались в 13,3% случаев и чаще встречались в группе сравнения. Всего СД диагностирован у 7 пациенток (в 85,7% случаев – во 2-й группе), а в 83,5% наблюдений он сочетался с АГ. ИБС встречалась только во 2 группе (у 3 пациентов).

При анкетировании 83,5% обследованных указали на отягощенную наследственность по АГ: по женской линии – в 64,8%, по мужской – в 15,5% и по обеим линиям – в 19,7% случаев. Наследственность была отягощена у всех женщин с диагностированной АГ. Процент реализации АГ увеличивался с возрастом (10,6 и 42,3%, $p < 0,01$), а процент нереализованной АГ уменьшался (38,7 и 8,4%, $p < 0,01$). Такая тенденция наиболее наглядна у женщин с отягощенной наследственностью по женской линии: реализация АГ в 1-й и 2-й

группах составила 12,0 и 48,9% ($p < 0,01$), нереализация – в 32,6 и 6,5% случаев соответственно ($p < 0,01$). Примечательно, что в возрасте 55–60 лет АГ отсутствовала у 5 женщин без отягощенной наследственности.

Ожирение имело место у 30% обследованных и достоверно чаще встречалось в старшей возрастной группе (74,5 против 25,5% в 1-й группе, $p < 0,01$). Степень ожирения также прогрессировала с возрастом. Так, III степень встречалась только у женщин старше 45 лет (9,8%), II степень – в 25,5% случаев во 2-й группе и в 7,8% – в 1-й ($p < 0,01$). Окружность талии (ОТ) более 80 см (критерии МФД, 2005) зарегистрирована у 57,6% женщин, при этом в 1-й группе она составила $78,9 \pm 11,9$ см, во 2-й – $91,2 \pm 12,3$ см ($p < 0,01$).

Из всего обследованного контингента курят только 10 женщин (5,9%), из них 80% относятся к 1-й группе.

На одну женщину, принимавшую участие в исследовании, приходится в среднем 2,8 беременности и 1,5 рожденного ребенка. В 1-й группе беременности были у 88,2% женщин, роды – у 83,5%, во 2-й – у 97,7 и 96,5% соответственно.

При проведении корреляционного анализа выявлено наличие линейной связи между уровнем систолического и диастолического АД и следующими факторами: возрастом ($r = 0,7$ $p < 0,01$), ИМТ ($r = 0,7$ $p < 0,01$), ОТ ($r = 0,6$ $p < 0,01$). Имеет место сильная линейная зависимость между окружностью талии (ОТ) и ИМТ ($r = 0,9$ $p < 0,01$). Корреляционную связь между АГ и количеством беременностей и родов выявить не удалось ($r = 0,3$), связь между АГ и курением отсутствовала ($r = 0,1$). Данные лабораторных исследований показали, что достоверных различий в показателях углеводного и липидного обменов не получено. Так, у пациентов групп обследования эти параметры составили соответственно: уровень глюкозы сыворотки крови – $5,0 \pm 0,7$ и $4,7 \pm 0,6$ ммоль/л, ОХС – $5,3 \pm 0,7$ и $4,6 \pm 0,7$ ммоль/л.

Таким образом, у 44% женщин, работающих в администрации города, выявляется АГ, частота которой увеличивается с 45 лет. При этом отягощенная наследственность имеется у большинства женщин (84%) и ее реализация также нарастает с возрастом. Наблюдается прямая связь между возрастом, уровнем АД, ИМТ и ОТ. У женщин старше 45 лет выше уровень АД, чаще наблюдается ожирение, нарушения углеводного обмена и ИБС. У женщин 20–44 лет повышение АД зачастую остается без должного внимания и поэтому лечение не проводится.

ОСОБЕННОСТИ КОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

Покуль Л. В.,
Евтушенко И. Д.,
Коломиец Л. А.,
Чугунова Н. А.

Краснодарский клинический онкологический диспансер
ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России (Томск)
НИИ онкологии СО РАМН (Томск)
Федеральное государственное учреждение «Новороссийский медицинский центр» ФМБА России

Остеопороз – одно из звеньев в системе сложных патогенетических дезадаптационных механизмов постовариоэктомического синдрома. Проявление данной патологии у онкологических больных обусловлено действием ряда этиологических факторов основного заболевания, и ее клинический и диагностический мониторинг имеет особенности.

Целью работы явился анализ показателей остеопороза у больных репродуктивного возраста с раком шейки и тела матки после противоопухолевого лечения.

В исследовании приняли участие 87 больных с постовариоэктомическим синдромом. Группа I (n = 31) сформирована из больных раком шейки и тела матки после хирургического противоопухолевого лечения; группа II (n = 27) – из пациенток после комбинированного противоопухолевого лечения, группа III (n = 29) – из женщин после сочетанного лучевого лечения. В контрольную группу вошли 53 пациентки с доброкачественными заболеваниями внутренних гениталий после тотальной гистероэктомии. Минеральная плотность кости (МПК) изучалась посредством двухэнергетической рентгенологической денситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости на аппарате «HOLOGIC». Статистическая обработка результатов выполнена с использованием программы Statistica 6,0.

В проведенном исследовании достоверно более выраженное снижение минеральной плотности кости в форме остеопороза и остеопении по T- и Z-критериям наблюдалось в группах II и III.

Средние показатели T- и Z-критериев в группе I находились в пределах $-(1,6 \pm 0,193)$ и $-(1,34 \pm 0,136)$ соответственно. При этом очевидно преобладание показателей, соответствующих остеопении: в среднем диагностические данные у 77,4% (n = 24) по T-критерию равны $-1,98$ ($\sigma = 0,135$), а по Z-критерию $-1,48$ ($\sigma = 0,373$). Число женщин с показателями T-критерия $-2,9 \pm 0,025$ ($\sigma = 0,14$) и Z-критерия $-2,65 \pm 0,062$

($\sigma = 0,35$), соответствующих остеопорозу, в группе составило только 6,5% (n = 2). У 16,1% (n = 5) пациенток МПК соответствовали норме. В группах II и III полученные результаты дают основание констатировать достоверно более выраженное снижение МПК: средний показатель T-критерия в группе II составил $-(2,35 \pm 0,121)$, а Z-критерия $-(1,84 \pm 0,204)$ при очевидном преобладании значений, соответствующих остеопорозу: в среднем диагностические данные у 55,6% (n = 15) по T-критерию равны $-2,84$ ($\sigma = 0,199$), а по Z-критерию $-2,46$ ($\sigma = 0,191$).

Число пациенток с низкой массой костной ткани, соответствующей остеопении, в группе II составило 29,6% (n = 8), что отражалось в средних показателях денситометрии: 1,96 ($\sigma = 1,141$) и 1,81 ($\sigma = 0,301$) соответственно. Нормальные значения МПК в данной группе имели 14,8% (n = 4) женщин.

Показатели МПК группы III также свидетельствовали о выраженных костных нарушениях. При среднем T-критерии $-(2,24 \pm 0,189)$ и Z-критерии $-(1,88 \pm 0,134)$ число женщин с остеопорозом в группе превалировало. В частности, в среднем у 58,6% (n = 17) T-критерий равен $-2,85$ ($\sigma = 0,191$), а Z-критерий определялся как $-2,39$ ($\sigma = 0,101$). Остеопения диагностирована у 27,6% (n = 8) пациенток. При этом только у 13,8% (n = 4) из них денситометрические показатели соотносились с референтными значениями.

В группе IV основная доля пациентов имела нормальные показатели МПК. Средний показатель T-критерия соответствовал $-(0,72 \pm 0,188)$, Z-критерия $-(0,68 \pm 0,184)$. В частности, у 79,2% (n = 42) женщин показатели T- и Z-критериев соответствовали референтным. Из всей группы нарушение костного ремоделирования в виде остеопороза зафиксировано у 5,7% (n = 3), в виде остеопении – у 15,1% (n = 8) обследуемых.

Обнаруживались различия в концентрации маркера резорбции кости – β -cross laps. Во всех сравнениях основных групп с группой IV различия фиксировались на высокодостоверном уровне

значимости ($p < 0,001$). В группах I, II и III отмечается наличие высокодостоверной отрицательной корреляционной связи между низкими значениями T- и Z-критериев, демонстрирующими изменение МПК в пользу остеопении и остеопороза, и повышенными диагностическими показателями сывороточных маркеров костной резорбции β -cross laps. Стоит отметить проявившуюся связь между показателями МПК, периферического сывороточного эстрадиола и индексом массы тела у пациенток I и IV групп. Установлено, что остеопороз и остеопения диагностировались у женщин с индексом массы тела ниже 19 кг/м^2 и низкими значениями эстрадиола в границах от 7,0 до 37,0 пмоль/л. Вместе с тем, пациентки с высоким индексом массы тела (более 30 кг/м^2) имели не характерные для хирургической менопаузы зна-

чения сывороточного эстрадиола в пределах 130–140 пмоль/л. В группе I уровень эстрадиола выше 100 пмоль/л зафиксирован у 13,8% ($n = 12$), средний показатель равен $134,5 \pm 2,88$. В группе сравнения IV 11,3% ($n = 6$) аналогичный показатель составил $134,5 \pm 1,94$. Данная подвыборка пациенток во всех группах имела нормальные показатели МПК, несмотря на длительность абсолютной гипострогении больше года.

Таким образом, специальные методы лечения онкопатологий (сочетанное лучевое и хирургическое лечение) можно рассматривать как один из этиологических факторов (предикторов) развития костных нарушений. Снижение МПК продемонстрировано у 85,2 и 86,2% женщин, прошедших лечение данными методами.

ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ И ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

**Свина С. А.,
Кирпикова М. Н.,
Назарова О. Н.,
Глик М. В.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
МУЗ «Городская клиническая больница № 2» г. Иваново

Среди всех причин боли в спине у женщин постменопаузальный остеопороз (ПМО) и дегенеративно-дистрофические изменения (ДДИ) позвоночника (остеохондроз, спондилез и др.) занимают центральное место. Своевременное распознавание причин болей в спине дает возможность проводить патогенетическую терапию.

Целью настоящего исследования стало выявление особенностей синдрома боли в нижней части спины у пациенток с ПМО и ДДИ позвоночника.

Исследование проведено на базе МУЗ «Городская клиническая больница № 2» г. Иванова. В нем приняли участие 130 женщин старше 55 лет, обратившихся за медицинской помощью на специализированный прием в связи с болью в нижней части спины. Проведено общепринятое клиническое обследование, выявление факторов риска остеопороза, а также двухэнергетическая рентгеновская остеоденситометрия (DXA) для верификации диагноза остеопороза и рентгеновское исследование грудного и поясничного отделов позвоночника. Диагностика ПМО

проводилась согласно рекомендациям Российской ассоциации по остеопорозу, методическим указаниям Международного общества клинической денситометрии. Оценка болевого синдрома в позвоночнике проводилась с помощью десятисантиметровой визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Функциональные возможности позвоночника оценивали на основании определения подвижности в поясничном отделе (тест Шобера) и в грудном отделе позвоночника (проба Отта). Физическая активность оценивалась с помощью «Опросника для оценки уровня физической активности».

Средний возраст обследованных – $67,2 \pm 6,6$ года. Длительность постменопаузы на момент начала исследования в среднем составила $17,8 \pm 7,5$ года. Пациентки чаще имели избыточную массу тела (средний индекс массы тела – $27,8 \pm 3,4 \text{ кг/м}^2$). Средний возраст при появлении болевого синдрома – около 40 лет у женщин обеих групп. Переломы при низком уровне травмы в анамнезе имели 34 из 130 женщин (26%).

Выраженность боли по ВАШ в среднем была достаточно высокой – $74,68 \pm 14,3$ мм. Выраженный болевой синдром (сильная или очень сильная боль) имел место у 92% пациенток. Средний показатель двигательной активности соответствовал низкому уровню (в среднем $5,4 \pm 2,0$ балла). Низкая физическая активность зарегистрирована у 58% обследованных, средняя – у 41%. Подвижность в поясничном отделе позвоночника (в среднем – $3,64 \pm 1,6$ см в тесте Шобера) была отчетливо снижена в 65% случаев, в грудном отделе позвоночника (в среднем – $2,21 \pm 1,2$ см в тесте Отта) – в 95% случаев.

По результатам DXA все включенные в исследование были разделены на 2 группы. В основную группу вошли пациентки с установленным диагнозом ПМО (98 человек). Группу сравнения составили больные с показателями минеральной плотности кости в пределах нормы или с остеопенией (32 человека), у которых выявлены отчетливые ДДИ позвоночника, подтвержденные рентгенологически. Группы были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, сопутствующей патологии, социальным показателям.

В основной группе среднее значение Т-критерия составило $-(3,0 \pm 0,7)$ SD, что соответствовало ос-

теопорозу, в группе сравнения – $-(1,05 \pm 0,9)$ SD ($p < 0,05$).

В основной группе по сравнению с группой сравнения выявлен достоверно более высокий уровень боли ($76,3 \pm 11,0$ и $67,8 \pm 8,8$ мм соответственно, $p < 0,05$), более низкая двигательная активность ($51,4 \pm 1,59$ и $54,2 \pm 1,28$ балла), ограничение подвижности в грудном отделе позвоночника (по тесту Отта – $2,2 \pm 0,09$ и $3,7 \pm 0,04$ см), более выраженное снижение роста в течение жизни ($3,2 \pm 1,7$ и $1,4 \pm 1,3$ см соответственно). Длительность менопаузы у больных основной группы была достоверно больше по сравнению с таковой у лиц группы сравнения ($18,9 \pm 7,4$ и $15,1 \pm 6,7$ года, $p < 0,05$).

Таким образом, женщины с ПМО в отличие от пациенток выраженными ДДИ позвоночника имеют большую интенсивность и продолжительность синдрома боли в нижней части спины, более длительный период постменопаузы на момент развития болевого синдрома, более выраженное ограничение подвижности позвоночника и снижение физической активности. Учет выявленных клинических особенностей при первичном обследовании женщин с болевым синдромом в спине помогает определить тактику инструментального обследования пациенток, в частности направить их на денситометрию для исключения ПМО.

ОСТЕОПЕНИЯ СТОП У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Скородумова Е. В.,
Кирпикова М. Н.,
Назарова О. А.,

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
МУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иваново

Сахарный диабет 2 типа (СД) повышает риск переломов стоп. Последствия этих переломов в ряде случаев заключают в себе угрозу ампутации конечности. Состояние же минеральной плотности костной ткани (МПК) при СД 2 типа является предметом обсуждения. Сведения об остеопении стоп у этой категории больных требуют уточнения.

Цель исследования – изучить частоту встречаемости остеопении стоп у женщин с СД 2 типа и уточнить механизмы ее развития.

В исследование включена 31 женщина с СД 2 типа. Группу контроля, сопоставимую по возрасту, полу и ИМТ, составили 17 здоровых женщин, у которых исключен системный остеопороз и остеопения. Средний возраст пациенток с СД составил $58,9 \pm 5,7$ года, индекс массы

тела – $32,9 \pm 4,6$ кг/м². Длительность СД 2 типа – $9,9 \pm 6,7$ лет. Больные принимали пероральные сахароснижающие препараты (ПСП) из группы сульфанилмочевины и метформина (13 человек), а также ПСП в комбинации с базальным инсулином (18 человек). Средний уровень гликированного гемоглобина составил $9,6 \pm 1,9\%$. У пациенток с СД исключали сопутствующие заболевания и прием медикаментов, сопровождающиеся снижением костной плотности, синдром диабетической стопы и переломы стоп. Проводилось общеклиническое обследование больных.

Выполняли исследование периферической чувствительности и сухожильных рефлексов по утвержденной РМАПО методике, с использованием шкалы нейропатического дисфункционального

счета, ультразвуковую доплерографию с подсчетом лодыжечно-плечевого индекса на аппарате Smartdop-30 (Япония). Уточняли наличие диабетической ретинопатии, диабетической нефропатии, проводили рентгенологическое исследование стоп в двух проекциях, выявляли факторы риска остеопороза. Определение МПК проводили методом DXA на оборудовании фирмы «Lunar (GE) Prodigy Advance». Измеряли суммарную МПК поясничного отдела позвоночника ($L_1 - L_4$) и проксимального отдела бедра по стандартной методике. Для изучения МПК стоп использовали программу исследования МПК кисти, реализованную на используемом денситометре. Оценку получаемых значений выполняли путем сравнения их с контрольными. Используя метод Гауссова определения интервала нормы, аномально низкими считали значения менее 2-х стандартных отклонений от среднего.

Все обследуемые имели диабетическую полинейропатию. Диабетическая ретинопатия встречалась у 77% женщин (непролиферативная – у 32%, препролиферативная – 39%, пролиферативная – 6%). Нефропатия присутствовала у 64% больных (микроальбуминурия – у 35%, протеинурия – 26%, ХПН – у 3%). Макроангиопатия нижних конечностей выявлена у 16% пациенток (2 степени – у 10%, 3 степени – у 6%). Медиасклероз артерий голени обнаружен у 19% испытуемых. Два или более фактора риска остеопороза имели 84% женщин с СД 2 типа.

МПК позвоночника у испытуемых составила в среднем $1,104 \pm 0,143$ г/см² (Т-критерий = $-(0,697 \pm 1,155)$), шейки бедренной кости – $0,898 \pm 0,143$ г/см² (Т-критерий = $-(0,994 \pm 1,045)$).

Нормальная МПК обнаружена у 14 женщин с СД, остеопороз – у 3, остеопения – у 14.

МПК стоп здоровых обследуемых составила в среднем $0,627 \pm 0,053$ г/см² при нормальном распределении признака ($p > 0,05$ по критерию Шапиро – Уилка). За референтные приняты значения МПК стоп в пределах $0,521 - 0,733$ г/см². МПК стоп у больных СД составила в среднем $0,556 \pm 0,078$ г/см² и была ниже, чем в группе контроля ($p < 0,05$). МПК правых и левых стоп не различалась между собой ($p > 0,05$).

Остеопения стоп выявлена у 11 (36%) женщин с СД, МПК у них была ниже $0,521$ г/см², существенно не отличаясь по количеству от низкой МПК центральных отделов скелета (у 17 человек – 55%) ($p > 0,05$). В большинстве случаев (10 из 11) остеопения стоп сочеталась со снижением МПК основного скелета, но в одном – с нормальной МПК позвоночника и шейки бедра.

По данным корреляционного анализа, выявлена взаимосвязь МПК стоп с МПК позвоночника ($r = 0,6$, $p < 0,05$) и шейки бедра ($r = 0,58$, $p < 0,05$), возрастом больных СД ($r = -0,52$, $p < 0,05$), индексом массы тела ($r = 0,52$, $p < 0,05$), наличием менопаузы ($r = -0,26$, $p < 0,05$).

Не обнаружено взаимосвязей МПК стоп с характеристиками СД.

У половины женщин с СД 2 типа отмечается снижение МПК центрального скелета, что сопровождается развитием остеопении стоп приблизительно в 1/3 случаев. Вероятно, остеопения стоп у пациенток со 2 типом СД является отражением системного процесса и развивается под влиянием известных факторов риска остеопороза.

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ПРОТРОМБОТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

**Сметанина С. А.,
Суплотова Л. А.,
Плотников Н.В.**

ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Неблагоприятные метаболические последствия как избытка, так и недостатка жировой ткани свидетельствуют о значимости её секреторной активности для соматического и репродуктивного здоровья (Zhang Y. et al., 1994). По современным представлениям, ожирение ассоциировано с множеством заболеваний, которые часто суммируют-

ся как метаболический синдром (МС) с развитием инсулинорезистентности, сахарного диабета 2 типа, сердечно-сосудистых заболеваний, а также репродуктивных нарушений (Дедов И. И., Мельниченко Г. А., 2004; McGuire W. et al., 2010). Ожирение и МС у женщин являются факторами риска развития хронической ановуляции, нару-

шений менструального цикла (олигоменореи или метроррагии), вторичной аменореи, бесплодия и перинатальной патологии (Прилепская В. Н., 2005).

Несмотря на интенсивное изучение, патологические механизмы, связывающие ожирение, инсулинорезистентность и отдельные компоненты МС, полностью не раскрыты. Исследования последних лет подтверждают участие в этом процессе адипоцитокинов, продуцируемых адипоцитами. Известно, что повышение содержания провоспалительных адипоцитокинов, протромботических факторов и хроническое системное воспаление приводят к ослаблению проведения инсулинового сигнала, усилению инсулинорезистентности, нарушению гемостаза, гомеостаза глюкозы и липидов, что ведёт к развитию макро- и микрососудистых осложнений (Ройтберг Г. Е., 2007; Rotter V. et al., 2003; Kowalska I. et al., 2008). Понимание и адекватная оценка патогенетических маркеров у женщин, страдающих ожирением, в дальнейшем поможет выбрать оптимальный способ лечения и профилактики метаболических и репродуктивных нарушений.

Цель исследования – определить взаимосвязь уровня провоспалительных и протромботических факторов с наличием компонентов метаболического синдрома (IDF, 2005), инсулинорезистентности и репродуктивных нарушений у женщин.

Обследовано 397 женщин репродуктивного возраста 18–45 лет, из них 137 – с ИМТ 18,5–24,9 кг/м² (возраст – 24–35 лет, в среднем – 29 лет); 138 – с ИМТ 30 кг/м² (возраст – 25–36 лет, в среднем – 31 год) и более и 122 женщины с метаболическим синдромом (IDF, 2005) (возраст – 29–39 лет, в среднем – 33,5 года). Проведен сбор анамнеза, клинический осмотр, измерение массы тела, роста, окружности талии, артериального давления (АД), определение ИМТ. Исследование уровня провоспалительных и протромботических факторов (фибриногена, С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина-6 и фактора некроза опухоли- α), метаболических (глюкозы, триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП)) и гормональных показателей (базальный ИРИ) выполняли на автоматическом анализаторе «Chem Well +» производства «Awareness Technology» (США) в сыворотке крови, взятой из кубитальной вены локтевого сгиба. Инсулинорезистентность оценивали с помощью индексов HOMA-IR и ТГ/ЛПВП.

Статистическую обработку материала проводили с использованием пакета программ Microsoft Excel, Statistica 7.0. Данные представлены в виде относительных частот и медианы (Me), интер-

квартильного размаха (IQS). Достоверность различий между признаками оценивали с помощью критериев Манна – Уитни и χ^2 . Исследование взаимосвязи между признаками осуществляли с помощью коэффициента корреляции Спирмена (r). Критический уровень значимости принимали при $p < 0,05$.

Содержание интерлейкина было выше у женщин с МС (1,9 пг/мл [0,9; 4,1]) и ожирением (1,1 пг/мл [0,21; 2,2]) в сравнении с его значениями у женщин с ИМТ 18,5–24,9 кг/м² (0,4 пг/мл [0,0; 0,7]); $p < 0,0001$. Уровень фактора некроза опухоли – α у женщин с МС составил 1,53 пг/мл [0,0; 5,1] и был выше, чем у женщин с ожирением (0,75 пг/мл [0,0; 2,4]) и с нормальным ИМТ (0,54 пг/мл [0,0; 2,2]); $p = 0,04$.

В клинической практике чаще определяют уровень СРБ, на синтез которого влияют провоспалительные цитокины. Содержание СРБ было значимо выше у женщин с МС и ожирением, чем у женщин с ИМТ 18,5–24,9 кг/м² (2,5 мг/л [1,1; 4,8] vs 1,86 [0,75; 3,3] и 0,65 мг/л [0,3; 1,6]); $p < 0,0001$.

Повышение концентрации фибриногена усиливает агрегацию тромбоцитов, приводит к нарушению системы фибринолиза и является характерным компонентом МС. Уровень фибриногена у женщин с ожирением и МС был выше, чем у здоровых и составил 3,6 г/л [3,2; 4,2] vs 2,8 г/л [2,5; 3,3], $p < 0,0001$.

Установлена ассоциация между концентрациями протромботических и провоспалительных факторов ($r = 0,38$; $p = 0,0001$), а также их взаимосвязь с антропометрическими показателями (ИМТ, ОТ) ($r = 0,44$; $p = 0,00001$).

У женщин с МС выявлены более высокие показатели индексов инсулинорезистентности HOMA-IR (4,17 [2,94; 6,83]) и ТГ/ЛПВП (1,47 [0,97; 2,1]) в сравнении с их значениями у женщин без метаболических нарушений (HOMA-IR – 1,99 [1,44; 2,33], ТГ/ЛПВП – 0,44 [0,36; 0,6]).

Установлена достоверная умеренная положительная взаимосвязь показателей инсулинорезистентности со всеми компонентами МС, а также с содержанием интерлейкина-6, СРБ и фибриногена. У женщин с ожирением и МС обнаружена ассоциация антропометрических показателей (массы тела, ИМТ, ОТ) и индекса HOMA-IR с развитием репродуктивных нарушений – олигоменореи, бесплодия ($r = 0,27$, $p = 0,00001$ и $r = 0,26$, $p = 0,00002$). Выявлена взаимосвязь фибриногена с вторичной аменореей ($r = 0,24$, $p = 0,04$).

Таким образом, для женщин репродуктивного возраста с ожирением и МС характерно повышение уровня провоспалительных и протром-

ботических факторов, связанное с наличием компонентов метаболического синдрома и инсулинорезистентности. Получены данные об ассоциации антропометрических показателей,

инсулинорезистентности и содержания провоспалительных факторов с нарушениями репродуктивной функции у женщин с ожирением и МС.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

**Цветкова И. Г.,
Белякова Н. А.,
Чичановская Л. В.,
Михайлова Д. Г.**

ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Одними из актуальных аспектов изучения сахарного диабета являются психосоциальные (Дедов И. И., 2006).

Цель исследования – изучить психологический статус женщин, больных сахарным диабетом (СД) 2 типа и его взаимосвязь с клинико-метаболическими особенностями заболевания.

Обследовано 104 больных с СД 2 типа (средний возраст – $54,0 \pm 0,59$ года, давность СД – $9,7 \pm 0,65$ года), проходивших лечение в эндокринологическом отделении ОКБ г. Твери. Помимо общеклинического обследования и лабораторных анализов проводилась диагностика выраженности полинейропатии с использованием шкал неврологических симптомов (NSS), нейропатического дисфункционального счета (NDS), электронейромиографии с определением максимальной амплитуды М-ответа и скорости проведения импульса (СПИ) по дистальным сенсорным волокнам нервов нижних конечностей. Суточное мониторирование ЭКГ и АД осуществлялось в течение 24 часов портативным комплексом «Кардиотехника-4000АД». Психологический статус изучался с помощью шкалы депрессии Бэка и посредством методики Шпильбергера – Ханина. Определялась ситуационная (PX-1) и личностная (PX-2) тревожность. Статистическую обработку материала проводили на персональном компьютере с использованием пакета анализа данных «Excel».

У 61% больных СД 2 типа течение заболевания было среднетяжелым, у 41% – тяжелым, у 74% имела место декомпенсация (гликемия натощак – $8,4 \pm 0,24$ ммоль/л). Диабетическая периферическая полинейропатия выявлена у 93% больных (тяжелая по NSS – в 53% случаев, выраженная по NDS – в 41,5%), кардиоваскулярная форма автономной нейропатии (КАН) установлена у 67%,

ожирение (ИМТ > 30 кг/м²) – у 74%, АГ – у 70% пациентов. Исследование психологического статуса показало большую распространенность депрессии (85%) и тревожности (100%) среди обследованных. Преобладала умеренная депрессия (63%), только в 17% случаев она была критической и в 5% – явной. Низкая тревожность (ситуационная и личностная) диагностирована у 25 и 5% пациентов соответственно, умеренная – у 63 и 26%, высокая – у 12 и 69%. Личностная и ситуационная тревожности сопровождали депрессию в 100 и 86% случаев соответственно. Выраженность тревожности как по PX-1, так и по PX-2 была взаимосвязана со степенью депрессии. При критической и явной депрессии уровень PX-1 составил $38,5 \pm 1,95$ против $34,5 \pm 0,89$ балла в группе пациентов с умеренной депрессией или без нее ($p < 0,05$). Уровень PX-2 также оказался выше при тяжелой депрессии ($51,1 \pm 1,41$ против $45,1 \pm 1,04$ балла в группе сравнения; $p < 0,05$).

Отмечена взаимосвязь психологического статуса пациентов с клинико-anamnestическими и лабораторными данными. Длительность сахарного диабета и АГ более 10 лет ассоциировалась с большими значениями по шкалам PX-2 и депрессии. Так, уровень PX-2 в группе пациентов с СД длительностью более 10 лет был $48,0 \pm 0,94$ балла, а менее 10 лет – $45,5 \pm 1,10$ балла ($p < 0,05$). Результат по шкале Бэка составил соответственно $16,4 \pm 0,95$ и $14,4 \pm 0,74$ балла ($p < 0,05$). При стаже АГ более 10 лет PX-2 была $48,0 \pm 1,02$ балла, а менее 10 лет – $44,7 \pm 1,10$ балла ($p < 0,05$). У пациентов с ожирением оценка по шкале Бэка соответствовала $15,7 \pm 0,68$ балла, а при меньшем значении ИМТ – $13,8 \pm 0,50$ балла ($p < 0,05$). У больных с гликемией натощак ниже $7,5$ ммоль/л выявлены достоверно более высокие уровни PX-1 ($36,8 \pm 0,76$ против $34,3 \pm 0,54$ при гликемии < $7,5$ ммоль/л; $p < 0,05$), PX-2 ($46,7 \pm 0,51$ и $45,3 \pm 0,33$

балла соответственно; $p < 0,05$) и депрессии ($17,7 \pm 0,44$ и $13,2 \pm 0,52$ соответственно; $p < 0,05$). Кроме того, отмечена взаимосвязь между психологическим статусом и состоянием периферической нервной системы у больных СД 2 типа. У пациентов с тяжелой нейропатией (по шкале NSS) диагностированы более высокие значения по шкалам РХ-2 и Бэка, чем у больных с умеренной и выраженной нейропатией. Так, РХ-2 составила $48,4 \pm 0,97$ балла в 1-й группе и $45,0 \pm 1,20$ балла во 2-й ($p < 0,05$), а депрессия была оценена $17,3 \pm 0,81$ и $13,7 \pm 0,72$ соответственно ($p < 0,05$).

Аналогичные результаты были получены при анализе нейропатии по шкале NDS. Выраженная нейропатия сопровождалась более высокими значениями тревожности и депрессии, чем умеренная или отсутствие нейропатии. Уровень РХ-1 в 1-й группе составил $36,7 \pm 0,72$ против $34,4 \pm 0,56$ балла во 2-й ($p < 0,05$); РХ-2 – $47,1 \pm 0,77$ и $45,1 \pm 1,1$ балла ($p < 0,05$) и депрессии – $16,1 \pm 0,78$ и $14,2 \pm 0,54$ балла соответственно ($p < 0,05$).

Результаты ЭНМГ (уменьшение максимальной амплитуды М-ответа и СПИ, свидетельствующие о поражении периферической нервной системы) согласовывались с данными шкал NSS и NDS. При сниженных значениях максимальной амплитуды М-ответа уровень тревожности и депрессии был выше, чем при нормальных. Так, РХ-1 составила $37,5 \pm 0,34$ и $36,1 \pm 0,68$ балла соответственно ($p < 0,05$); РХ-2 – $47,3 \pm 0,41$ и $46,0 \pm 0,33$ балла ($p < 0,05$), уровень депрессии – $16,5 \pm 0,91$ и

$13,9 \pm 0,66$ балла соответственно ($p < 0,05$). Анализ взаимосвязи СПИ и психологического статуса показал, что при сниженном значении СПИ уровень по шкалам РХ-1, РХ-2 и Бэка был также выше, чем при нормальной СПИ ($p < 0,05$).

Сниженной вариабельности ритма сердца (ВРС), указывающей на развитие КАН, соответствовали более высокие показатели тревожности и депрессии, чем при нормальной вариабельности. При выявленной КАН уровень ситуационной тревожности составил $40,1 \pm 1,11$ балла, а у пациентов без этого осложнения – $37,3 \pm 1,51$ балла ($p < 0,05$). Показатель РХ-2 составил $53,7 \pm 1,21$ и $50,6 \pm 0,67$ балла соответственно ($p < 0,05$), а депрессии – $17,3 \pm 0,81$ и $15,3 \pm 0,52$ балла ($p < 0,05$). В целом по данным оценки КАН в группе пациентов с явной и критической депрессией ВРС была снижена в 67% случаев, в группе с умеренной депрессией или без нее – в 47% случаев ($\chi^2 = 3,96$; $p < 0,05$).

Таким образом, у женщин, больных СД 2 типа, часто встречаются тревожно-депрессивные состояния. Распространенность их нарастает с увеличением длительности заболевания, его декомпенсации, а также при наличии выраженной диабетической периферической соматической и автономной нейропатий. Надо полагать, что эти психологические изменения, с одной стороны, являются следствием, а с другой – могут быть причиной неэффективного лечения и тяжелого течения СД.

Проблемы репродуктивного здоровья женщин

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Дубисская Л. А.,
Филинов А. Г.,
Брагина Л. Б.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Охрана репродуктивного здоровья населения как фактора национальной безопасности при наблюдающихся негативных демографических тенденциях и депопуляции населения является одной из самых важных медико-социальных проблем.

Убыль населения России, начавшаяся двадцать лет назад, особенно коснулась субъектов Центрального Федерального округа, где численность к 2000 году снизилась почти на 15,0%. Следует заметить, что темпы сокращения населения детского возраста в 2–2,5 раза превысили этот показатель для взрослого населения.

В общей структуре населения уменьшилась доля женщин репродуктивного возраста и детей до 18 лет.

Незначительное повышение рождаемости в предыдущее пятилетие и некоторое снижение общей смертности не привело к желаемым изменениям в демографическом процессе. Негативные тенденции сохраняются, и естественная убыль населения продолжается. На низком уровне остается суммарный коэффициент рождаемости (1,2–1,5).

Об ухудшении репродуктивного здоровья населения свидетельствует устойчивая тенденция к развитию осложнений беременности и родов, повышению заболеваемости детей раннего возраста и подростков. Удельный вес нормальных родов за последнее десятилетие – 25–30%. Заболеваемость новорожденных составляет около 400 случаев на 1000 родившихся живыми. Ведущее место в структуре перинатальной патологии занимают внутриутробная гипоксия, синдром задержки роста плода, врожденные аномалии. Репродуктивные потери вследствие невынашивания беременности составляют 13–15%.

О низком потенциале здоровья детей и подростков свидетельствует высокий удельный вес соматической патологии, выявляемой при диспансеризации детей.

Большой урон здоровью женщин наносят аборты. Несмотря на тенденцию к снижению абсолютно-

го числа абортов, они занимают ведущее место в структуре исходов всех наступивших беременностей. В общем числе зарегистрированных в области беременностей растет доля внематочной беременности – 1,43% (общепопуляционный показатель, по данным ВОЗ, составляет 1%).

В общем числе женщин, сделавших аборт, сохраняется высокий удельный вес девочек и девушек до 19 лет. Причем среди них доля первобеременных, сделавших аборт, составляет 56–70%. Вследствие этого не снижается гинекологическая заболеваемость, распространенность других патологий женской репродуктивной системы, бесплодия, невынашивания.

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией населения репродуктивного возраста и подростков также имеет тенденцию к росту. Использование современных средств оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам, включающих профилактические, лечебные, психосоциальные мероприятия, позволило достичь положительных результатов в ведении беременности и родов у этих пациенток и профилактике вертикальной передачи инфекции от матери к ребенку. При диспансерном наблюдении детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, в возрасте 1,5 лет ВИЧ-инфекция подтверждена у 5% из них, что в 3 раза ниже, чем этот показатель по России (14%).

Вызывает тревогу высокая онкологическая заболеваемость органов репродуктивной системы у женщин и смертность от этой патологии, а также низкая выявляемость злокачественных заболеваний при профилактических осмотрах, которая составила в 2010 году при различных нозологических формах от 3 до 12%.

Стабилизирующее влияние на ряд ведущих показателей репродуктивного здоровья женщин оказывает сохранение традиционных для Ивановской области и внедрение новых организационных и медицинских технологий в системе родовспоможения и детства.

Проблема совершенствования системы охраны репродуктивного здоровья женщин отражена в тематике научных исследований Ивановской государственной медицинской академии и Ивановского НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова. Большое внимание уделяется изучению региональных факторов риска нарушения здоровья беременных женщин, детей.

На формирование репродуктивного здоровья оказывают влияние социально-экономические, культурные факторы риска, а также наличие соматической патологии, заболеваний репродуктивной системы у семейной пары. При разработке мероприятий по совершенствованию системы охраны здоровья женщин и детей необходимо учитывать наличие этих неблагоприятных факторов и направлять государственную адресную поддержку лицам группы риска.

Научные исследования проводятся в рамках федеральных и региональных целевых программ «Дети России», «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» и др.

Одной из важнейших задач акушеров-гинекологов, неонатологов и педиатров является профилактика младенческой смертности от заболеваний, связанных с беременностью и родами, и врожденных пороков развития. В научных исследованиях профильных кафедр в предыдущие годы уделено серьезное внимание прекоцепционной профилактике и антенатальной охране плода. Это позволило при поддержке государства внедрить в Ивановской области медико-генетическое консультирование, мониторинг семей с риском рождения детей с врожденными пороками развития, массовые скрининги беременных на на-

личие такого риска, неонатальные скрининги на фенилкетонурию, гипотиреоз, галактоземию, муковисцидоз, аденогенитальный синдром.

На основании анализа перинатальных исходов в Ивановской области совместно с органами здравоохранения разработана система дифференцированного подхода к родоразрешению беременных с риском осложнений для матери и ребенка.

Ряд научных исследований по совершенствованию системы оказания помощи женщинам с гипертензивными нарушениями в период беременности, родов и послеродовой период проводится в рамках комплексной научной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации». Разработаны критерии прогнозирования и ранней диагностики осложнений гестации у пациенток с артериальной гипертонией.

При взаимодействии с органами здравоохранения разработано методическое пособие для врачей, включающее алгоритмы профилактики и ранней диагностики онкологических заболеваний, в том числе молочной железы и гениталий.

С целью улучшения качества медицинской помощи женщинам перименопаузального возраста проводятся исследования эффективности заместительной гормональной терапии, возможности ее использования для профилактики инсультов и инфарктов у женщин после 40 лет.

Все вышесказанное позволяет сделать вывод о том, что охрана репродуктивного здоровья выходит далеко за рамки медицинских проблем и требует принятия управленческих решений и межведомственных мер правовой и финансовой поддержки материнства и детства.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО БИЛИАРНОЗАВИСИМОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ БИЛИАРНОМ СЛАДЖЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Арутюнян С. А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Холестаз, формирование билиарного сладжа у беременных возникает, по данным литературы, в 26–31% случаев. Это связано с увеличением уровня эстрогенов и прогестиннов во время беременности, что ведет к повышению литогенности желчи и гипотонии желчного пузыря. Рост внутрибрюшного давления, особенно в последнем триместре, обуславливает повышение давления в двенадцатиперстной кишке и в желчных путях, а

также застой желчи и формирование холедохолиаза и/или панкреатита.

Цель работы – разработать тактику диагностики и лечения билиарного сладжа у женщин в период беременности.

Проведен ретроспективный анализ 38 историй болезни беременных женщин с билиарным сладжем, проходивших обследование и лечение в хи-

ругическом отделении МУЗ ГKB № 7 г. Иванова. Диагноз был подтвержден клинически, данными УЗИ. Проводилось полное клиничко-лабораторное обследование пациенток. Полученные данные обработаны с использованием программы Statistica v. 6.0.

У 38 беременных на УЗИ был выявлен билиарный сладж (неоднородные структуры, взвесь, сгустки в желчи). В зависимости от наличия или отсутствия осложнений билиарного сладжа пациентки были разделены на две группы: I группа – 26 женщин с билиарным сладжем без осложнений, II группа – 12 женщин, у которых на фоне билиарного сладжа наблюдались клинические проявления острого билиарнозависимого панкреатита (ОБЗП).

При сборе анамнеза выявлено, что подавляющее большинство женщин ($p < 0,05$) до беременности имели увеличение индекса массы тела (предиктор патологии желчного пузыря).

При анализе клиничко-анамнестических и лабораторных данных было обнаружено, что у женщин I группы на первое место выходили признаки дискинезии желчевыводящих путей, умеренного холестаза без явлений механической желтухи, тяжесть в правом подреберье (у 8 беременных – 34%), тошнота (у 18 беременных – 74%). В биохимическом анализе крови наблюдалось умеренное увеличение содержания прямой фракции билирубина (до $10,2 \pm 2,3$ мкмоль/л), щелочной фосфатазы (до 340 ± 21 ЕД) и трансаминаз (АЛТ – до 45 ± 4 , АСТ – до 56 ± 6).

У женщин II группы на первый план выходили признаки острого панкреатита, а именно: тошно-

та и рвота, опоясывающие боли в эпигастральной области, вздутие живота. Лабораторные данные свидетельствовали об умеренной гипербилирубинемии (до 28 ± 4 мкмоль/л), лейкоцитозе (до $15,4 \pm 6,2 \cdot 10^9$ /л), росте уровня диастазы мочи (до 2 048 ЕД).

С целью профилактики прогрессирования воспалительных изменений в поджелудочной железе и развития тяжелых осложнений острого панкреатита женщинам с ОБЗП назначалось консервативное инфузионное, спазмолитическое, противовоспалительное, антисекреторное, обезболивающее лечение. Несмотря на то что опыт применения сандостатина в период беременности и лактации минимальный, при отсутствии положительного эффекта от проводимой консервативной терапии в первые 4–6 часов в курс лечения включали прием сандостатина (в обычных дозировках). Парентеральное питание продолжалось до нормализации моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Вследствие раннего назначения комплексной интенсивной терапии признаков панкреонекроза, перитонита, абсцесса забрюшинного пространства ни в одном из случаев не было.

Таким образом, у беременных женщин на фоне билиарного сладжа, даже при отсутствии желчнокаменной болезни, возможно развитие ОБЗП. У женщин признаками билиарного сладжа на УЗИ и жалобами на тошноту и рвоту, опоясывающие боли в эпигастральной области, вздутие живота необходимо проводить раннюю интенсивную инфузионную терапию, направленную на профилактику осложнений острого панкреатита, что ведет к благоприятному исходу.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Валиуллина Н. З.,
Зайнуллина Р. М.,
Ящук А. Г.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России (Уфа)

Гормональный дисбаланс, возникающий в период менопаузы у женщин, часто обуславливает развитие патологического климакса, ухудшающего качество их жизни. Заместительная гормональная терапия при климактерическом синдроме в некоторых случаях противопоказана, так как у ряда больных приводит к негативным последствиям. Применение негормональных методов лечения (фито-, гидро-, психотерапия, лечебная физкультура и др.) не всегда обеспечивает желаемый эф-

фект. В связи с этим сохраняется необходимость поиска новых форм терапии. В последние годы большое значение придается комплексным методам лечения, в частности сочетанию лазеропунктуры и введения мексидола.

Целью нашего исследования стал клиничский анализ эффективности применения комплексного лечения ипохондрического синдрома у женщин в климактерическом периоде.

Проводилось комплексное лечение 105 больных в возрасте от 45 до 55 лет. Для постановки диагноза использовались данные анамнеза и психологических тестов. В клинике синдрома преобладали вегетососудистые и нервно-психические расстройства с выраженностью от 1,7 до 3,33 балла по 5-балльной системе, которая нарастала по мере увеличения длительности заболевания. Состояние вегетативной нервной системы оценивалось с помощью ортоклиностагической пробы, исследования глазо-сердечного, зрачкового рефлексов, термометрии точки G14. Наряду с общеклиническими методами использовались электроэнцефалография, электрокардиография, определялся ударный объем сердца методом грудной реографии с расчетом по Кубичку. Гормональная функция яичников изучалась посредством тестов функциональной диагностики, учитывался уровень экскреции эстрогенов.

Больные были разделены на две группы. У 45 женщин, вошедших в 1-ю группу (контрольную) основным методом лечения было применение комбинированных эстрогенгестагенных препаратов, витаминов, транквилизаторов по общепринятой схеме. 60 женщин 2-й группы (основной) проходили комплексное лечение, состоящее из сочетанных курсов психо-, диетотерапии, приема мексидола и лазеропунктуры. Мексидол обладает широким спектром действия (церебропротективным, ноотропным), способствует коррекции микроциркуляции, активации иммунной системы. Препарат вводили внутримышечно в дозе 200 мг (4 мл) в сутки в течение 15 дней. После инъекции мексидола проводилась лазеропунктура.

Лазеропунктуру осуществляли ежедневно, воздействуя через день на RP6 и E36, ежедневно добавляя к каждой из них по 2–3 симптоматические точки. Воздействовали на точки базового рецептора излучением головки ЛОЗ при частоте следования импульсов 150 Гц, мощности импульса 10 Вт, в течение 32 с. Точки воздействия: местные – VC6, VC4, отраженные – TR6, V15, V18, общего действия – RP6, E36, C7, MC6. При головных болях и приливах крови – VB20, T20, VB6, E8. При бессоннице – VB39, E38, RP6, C7. При тахикардии – MC6, C7, C5, GJ11. Курс лечения состоял из 12–14 процедур.

Перерыв между первым и вторым курсом комплексного лечения составил 12–14 дней, между вторым и третьим – 1–1,5 месяца. Дополнительно была рекомендована лечебная гимнастика, фитотерапия.

До лечения у всех больных были обнаружены функциональные нарушения нервной системы – в основном в стволовых структурах головного мозга. Нередко встречались вспышки высокоамплитудной тета-активности. Изучение функционального состояния вегетативной нервной системы с помощью функциональных нагрузок выявило повышенную ее возбудимость с преобладанием тонуса симпатического отдела над парасимпатическим. На ЭКГ в правых грудных отведениях у больных регистрировался отрицательный зубец T, свидетельствующий о дистрофии миокарда. Показатель ударного объема сердца, определяемый по данным реографии, был пониженным. Гормональный фон характеризовался нарастанием уровня эстрогенов и относительным уменьшением содержания прогестерона.

Клинические наблюдения свидетельствовали о том, что в результате проведенного лечения у больных обеих групп наблюдалось улучшение общего состояния. Однако значительное улучшение – в результате сочетанного применения медикаментозного метода и лазеропунктуры – имело место у пациентов основной группы. Выраженность симптомов у них оказалась в пределах $2,35 \pm 0,31$ балла (у больных контрольной группы – $2,75 \pm 0,89$ балла). У большинства пациентов основной группы (55 из 60 человек) наблюдалось восстановление биоэлектрической активности головного мозга, значительно уменьшилось возбуждение вегетативной нервной системы, нормализовалась ЭКГ-картина, произошли значительные сдвиги в концентрации половых гормонов, возросло гестагенное влияние, что характерно для физиологического климакса. У больных контрольной группы такие изменения не зафиксированы.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о хорошем клиническом эффекте комплексного метода, лечения больных с ипохондрическим синдромом в климактерическом периоде, включающего прием мексидола и лазеропунктуру.

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Войченко Н. А.,
Кузнецова И. В.,
Мычка В. Б.,
Акарачкова Е. С.,
Кириллова М. Ю.,
Успенская Ю. Б.

РМАПО

Институт клинической кардиологии им А. Л. Мясникова Российского кардиологического научно-практического комплекса
МГМУ им. И. М. Сеченова

В последние 20 лет в России отмечается повышение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц обоих полов. Так, в период постменопаузы среди женщин на фоне гипоэстрогении, сопровождающейся дислиппротеидемией, усилением вазоспастических реакций, наблюдается рост распространенности ишемической болезни сердца и гипертонической болезни (Сметник В. П., 2006). Одной из первоочередных задач, стоящих перед специалистами, является решение вопроса о необходимости и возможности назначения заместительной гормональной терапии (ЗГТ) в как можно более ранние сроки после наступления менопаузы, т. е. до развития необратимых атеросклеротических изменений сердца и сосудов, обусловленных дефицитом эстрогенов. Только при этом условии ЗГТ сможет обеспечить первичную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний и улучшить качество жизни у женщин в постменопаузальный период.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния заместительной гормональной терапии на уровень артериального давления, состояние микроциркуляции, сосудистой стенки и метаболический статус у женщин в постменопаузе.

В исследовании участвовали 60 пациенток (средний возраст – $49,6 \pm 5,2$ года) с диагностированной постменопаузой в сочетании с климактерическим синдромом, имеющих показания для назначения ЗГТ. Женщины были разделены на 2 группы. В первую вошли 15 пациенток с хирургической менопаузой и 15 пациенток с естественной менопаузой, которым после тщательного обследования гинекологом и при отсутствии противопоказаний назначали ЗГТ, включающую 1 мг 17В-эстрадиола и 2 мг дроспиренона (анжелик). 30 пациенток группы контроля не получали ЗГТ. Перед включением в исследование проводилось общеклиническое обследование. Рассчитывался индекс массы тела; оценивался гормональный статус пациенток, по показаниям выполнялась

остеоденситометрия, онкоцитологическое исследование, маммография, ультразвуковое исследование органов малого таза. Проводили биохимический анализ крови. Результаты лечения оценивались через 24 недели.

На фоне проводимой ЗГТ через 24 недели в среднем по группе по результатам клинического измерения артериального давления (АД) отмечалось достоверное снижение его уровня по сравнению с исходным. Так, систолическое АД снизилось с $134,3 \pm 11,2$ до $122,3 \pm 12,4$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Диастолическое АД – с $89,3 \pm 7,1$ до $82,1 \pm 8,1$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Масса тела в среднем уменьшилась с $80,7 \pm 2,3$ до $77,4 \pm 1,7$ кг, ИМТ – с $27,95 \pm 4,70$ до $26,75 \pm 3,9$ кг/м² ($p > 0,05$). Через 24 недели лечения установлено снижение показателя висцерального ожирения: окружность талии уменьшилась с $89,2 \pm 1,2$ до $87,6 \pm 0,8$ см ($p < 0,05$). Уровень глюкозы в плазме крови натощак значимо не изменился ($5,5 \pm 0,1$ ммоль/л до начала терапии и $5,4 \pm 0,1$ ммоль/л через 24 недели лечения). ЗГТ оказала благоприятное влияние на липидный профиль крови. Достоверно снизился уровень общего холестерина в плазме крови (с $6,3 \pm 0,62$ до $5,5 \pm 0,57$ ммоль/л ($p < 0,005$)) и холестерина липопротеидов низкой плотности (с $3,8 \pm 0,64$ до $3,4 \pm 0,64$ ммоль/л ($p < 0,005$)). Содержание холестерина липопротеидов высокой плотности значимо не менялось ($1,7 \pm 0,74$ и $1,8 \pm 0,86$ ммоль/л до и после лечения соответственно). Уровень триглицеридов до лечения составлял $1,0 \pm 0,90$ ммоль/л и после лечения – $1,1 \pm 0,93$ ммоль/л.

По данным повторного анкетирования пациенток на фоне ЗГТ существенно уменьшились число и выраженность жалоб. Кроме того, ЗГТ способствовала редукции симпатикотонии по данным исследования вариабельности ритма сердца (индекс LF/LF снизился с $3,6 \pm 1,2$ до $1,9 \pm 0,8$; $p < 0,05$).

Фиксированная низкодозированная комбинация, включающая натуральный эстроген (1 мг 17В-

эстрадиола) и прогестин (2 мг дроспиренона) (анжелик), выбрана не случайно. Вследствие высокой частоты метаболического синдрома и артериальной гипертензии и их значимости в развитии атеросклероза и его осложнений в качестве ЗГТ у женщин в постменопаузе особенно показана комбинация эстрадиола с дроспиреноном, который является первым и единственным прогестагеном, обладающим свойствами антагониста альдостерона. Причем его антиминералокортикоидная активность превосходит таковую известного антагониста альдостерона – спиронолактона. Кроме того, не менее важным свойством дроспиренона является его способность воздействовать на висцеральную жировую

ткань и дифференцировку адипоцитов, что препятствует увеличению объема висцерального жира, нормализует чувствительность к инсулину и липидный обмен. Эти свойства крайне важны при профилактике метаболического синдрома и артериальной гипертензии у женщин в ранней постменопаузе.

Результаты промежуточного анализа продемонстрировали позитивное влияние ЗГТ комбинированным препаратом анжелик на уровень АД, степень висцерального ожирения, метаболический статус и клинические проявления климактерического синдрома у женщин в ранние сроки постменопаузы.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

**Дубисская Л. А.,
Филинов А. Г.,
Брагина Л. Б.,
Лобанова О. В.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

В последние годы многими исследованиями доказано, что развитие артериальной гипертонии (АГ) у беременных обусловлено влиянием факторов риска. Но до настоящего времени нет убедительных данных о распространенности этих факторов в популяции и не выявлены наиболее значимые из них для прогноза развития данного осложнения беременности.

Целью нашего исследования явилось установление наиболее значимых факторов риска развития АГ в популяции беременных. Для достижения указанной цели была использована компьютерная программа «Мониторинг здоровья и качества медицинского обеспечения беременных и родильниц». Проанализированы данные 4 621 беременной. Все они наблюдались в женских консультациях № 1, 3, 4, 8 г. Иванова в 2006–2008 гг.

Распространенность факторов риска в популяции рассчитывалась на 1000 беременных, удельный вес каждого фактора и сила влияния на развитие патологии производилась путем вычисления весового индекса.

В структуре факторов риска АГ в популяции беременных выделены 4 группы в зависимости от распространенности:

1. Факторы, возникающие при беременности – 2275,0 на 1000 беременных;

2. Факторы репродуктивного здоровья – 2209,0 на 1000 беременных;

3. Факторы, обусловленные соматическим здоровьем, – 929,0 на 1000 беременных;

4. Социальные факторы – 873,0 на 1000 беременных.

По силе влияния первое место заняли факторы, отражающие репродуктивное здоровье (весовой индекс (ВИ) – 125,65). Из них наибольшую значимость имеют предстоящие первые роды у юных и женщин старше 30 лет, воспалительные заболевания матки и придатков, осложненный абортми и выкидышами анамнез, нарушение менструальной функции. ВИ 78,76 установлен у факторов, возникающих при беременности: отеки, плацентарная недостаточность, многоводие, анемия, острые инфекции.

Меньшую значимость в популяции имеют социальные факторы (ВИ – 56,51): возраст старше 30 лет, социальное неблагополучие в семье, беременность вне брака, вредные привычки (курение), а также факторы, обусловленные соматическим здоровьем (ВИ – 44,7): ожирение, АГ в анамнезе, заболевания мочевыводящей системы, дефицит массы тела больше 25%.

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало большую значимость этих групп факторов в развитии АГ у беременных.

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ОРГАНИЗМ ЖЕНЩИНЫ

Зиганшин А. М.,
Кулавский В. А.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России (Уфа)

Неблагоприятные факторы образа жизни (модифицируемые факторы риска) оказывают воздействие на организм женщины, вызывая нарушения функций органов и систем и способствуя развитию различных заболеваний. Урбанизация приводит к росту количества модифицируемых факторов и «омоложению» большинства заболеваний, проявляющихся в период беременности и родов. Нередко после перенесенных родов через естественные родовые пути развивается несостоятельность мышц тазового дна и расстройства функции тазовых органов, которые, влияя на общее состояние здоровья, при отсутствии лечения ведут к формированию дисфункций, негативно отражающихся на функции мочеиспускания, дефекации и сексуальной жизни женщины.

Выявление модифицируемых факторов риска, способствующих развитию несостоятельности мышц тазового дна, позволит наметить пути профилактики, предотвратить развитие тяжелых форм пролапса гениталий и снизить их частоту. Дисфункция тазовых органов способна приводить к депрессии, отчуждению от общества, снижать трудоспособность, переводя, таким образом, сугубо медицинскую проблему в социально значимую.

Цель исследования – выявить влияние модифицируемых факторов образа жизни, способствующих развитию несостоятельности мышц тазового дна (на примере запирательной мышцы нижней трети влагалища).

Под наблюдением находились 104 первобеременных. Основную группу составили 64 женщины с наличием влияния модифицируемых факторов риска. В контрольную группу вошли 40 беременных, у которых влияние факторов риска отсутствовало.

Исследуемые факторы включали: особенности питания, уровень физической активности, наличие хронической интоксикации и заболеваний. Оценка питания проводилась путем расчета индекса массы тела по G. Bray (1998); уровня физической активности – по частоте занятий физкультурой; хронических интоксикаций – по употреблению алкогольных напитков, курению, учитывали число заболеваний, выявленных в процессе гестации.

Исследование сократительной способности мышц малого таза проводилась по разработанной нами методике с помощью специального устройства (патент на полезную модель № 78415 RU) и методом компьютерного вагинотензометрического исследования (КВТИ) (патент на изобретение № 2364336 RU).

Оценивались сила тонического, максимального, волевого сокращений и их продолжительность. Оценка степени недостаточности силы сокращений проводилась по классификации, где нормальной силой тонического сокращения считали более 15,00 гс, максимального – более 70,00 гс, волевого – более 55,00 гс, нормальной продолжительностью – более 5 с. Как недостаточность первой степени квалифицировали силу тонического сокращения от 14,00 до 10,00 гс, максимального – от 69,00 до 50,00 гс, волевого – от 54,00 до 40,00 гс, продолжительностью от 4,00 до 2,00 с. Как недостаточность второй степени рассматривали силу тонического сокращения от 9,00 до 6,00 гс, максимального – от 49,00 до 21,00 гс, волевого – от 39,00 до 16,00 гс, продолжительностью – от 2,0 до 1,0 с. Недостаточность третьей степени устанавливали при силе тонического сокращения менее 5,0 гс, максимального – менее 20,00 гс, волевого – менее 15,00 гс, продолжительности – менее 1 с.

Возраст женщин в обеих группах колебался от 18 до 36 лет, составляя в среднем $25,6 \pm 0,26$ года. Основным фактором, оказывающим воздействие на организм, явилась хроническая интоксикация, которая выявлена у 33 (51,5%) женщин основной и у 5 (12,5%) – контрольной групп. При КВТИ установлено, что минимальная сила тонического сокращения наблюдалась у курящих в основной группе – $12,34 \pm 0,61$ гс, а максимальная – у женщин контрольной группы с отсутствием факторов риска – с продолжительностью более $6,02 \pm 0,3$ с.

Нормальная масса тела наблюдалась у 42 (65,6%) женщин основной и у 32 (80%) контрольной групп. Минимальная сила тонического сокращения наблюдалась у женщин основной группы с дефицитом массы тела – $13,62 \pm 0,68$ гс, а максимальная способность к волевому сокращению – $60,36 \pm 0,60$ гс – у женщин контрольной группы

с нормальной массой тела. Активные занятия физкультурой вели 43 женщины (67,1%) основной группы и 30 (75%) – контрольной. Минимальная сила тонического сокращения наблюдалась у женщин основной группы, не занимающихся физкультурой, – $12,68 \pm 0,63$ гс, а значительная – более $15,48 \pm 0,75$ гс – в контрольной группе у ведущих активные занятия физкультурой.

Среди заболеваний у беременных встречались с высокой частотой анемии – у 19 (30%) основной и у 9 (22,5%) женщин контрольной группы. КВТИ у лиц с анемией тяжелой степени выявило, что минимальная продолжительность максимального сокраще-

ния составила $3,89 \pm 0,19$ с (против $5,83 \pm 0,29$ с – в контрольной группе у женщин с отсутствием анемии).

Таким образом, у женщин, имеющих неблагоприятные факторы образа жизни, наблюдается снижение сократительной способности запирающей мышцы нижней трети влагалища первой степени по параметрам силы тонического, максимального, волевого сокращений и их продолжительности. Устранение этих факторов позволит предотвратить формирование несостоятельности мышц тазового дна после родов через естественные родовые пути.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ КАК МОТИВАЦИОННЫЙ ФАКТОР В РЕПРОДУКТИВНОМ ВЫБОРЕ ЖЕНЩИНЫ

**Камалова Е. В.,
Агаркова Л. А.,
Шперлинг Н. В.**

Управление здравоохранения администрации г. Томска
Учреждение РАМН «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии СО РАМН»
ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России (Томск)

Продолжающиеся в течение длительного времени негативные демографические процессы в России перешли в качественно новое состояние – демографический кризис. Основными причинами сложившейся ситуации явились социально-экономические изменения, происходящие в стране, и состояние репродуктивного здоровья населения, которые взаимосвязаны между собой (Римашевская Н. М., 2004; Лещенко О. Я. и др., 2009).

На репродуктивное здоровье женщин оказывают существенное влияние соматические, инфекционные, психические и другие социально-значимые заболевания, которые часто накладывают отпечаток на психологию женщин, снижая вероятность реализации репродуктивной функции (Кулаков В. И., 2002; Бабенко А. И., 2003; Федорова Л. А., 2005). В связи с этим всестороннее изучение значимости состояния здоровья как мотивационного фактора, влияющего на репродуктивный выбор женщин, является актуальным.

Цель исследования – выявить роль состояния здоровья как мотивационного фактора в репродуктивном выборе женщины.

Материалом исследования служили данные учетной медицинской документации и анкетирования 284 сексуально активных женщин репро-

дуктивного возраста, проживающих в г. Томске, которые обращались в период с 2007 по 2009 гг. в женские консультации родильных домов № 1, 2, 4, им. Семашко г. Томска, ЗАО «Центр семейной медицины», а также находившихся на стационарном лечении (обследовании) в гинекологических отделениях, отделениях патологии беременных родильных домов г. Томска, НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии СО РАМН.

Все респондентки были распределены по возрастному признаку на 3 группы: 1-ю – 15–19 лет (90 человек), 2-ю – 20–35 лет (108 человек), 3-ю – 36–45 лет (86 человек). Каждая группа делилась на подгруппы А и Б в зависимости от желания женщины сохранить или не сохранять (соответственно) беременность в случае ее наступления. Осуществляли объективный анализ состояния здоровья женщин по данным учетной медицинской документации. Анкетирование проводили с помощью разработанного нами опросника, включающего вопросы, ответы на которые характеризуют желание женщины родить ребенка, самооценку состояния здоровья (отличное, хорошее, среднее, удовлетворительное, ниже удовлетворительного), роль состояния здоровья в репродуктивном выборе. Перед началом исследования все его участницы дали информированное согласие.

Для оценки результатов анкетирования применяли методы описательной статистики; гипотезу о достоверности различий ($p < 0,05$) проверяли с помощью критерия Пирсона χ^2 .

Анализ заболеваемости показал, что среди всех обследованных всего 41% были практически здоровыми, то есть болели редко и не имели хронических заболеваний, снижающих их работоспособность. К данной категории пациенток были отнесены в 1, 2 и 3-й группах соответственно 69, 31 и 11% женщин ($p < 0,05$), наиболее актуальными для них были: хронический гастрит (4, 17 и 11%), хронический холецистит (4, 14 и 7%), заболевания щитовидной железы (1, 5 и 11%), ЛОР-заболевания (6, 10 и 11%), хронический пиелонефрит (1, 13 и 11%), хронический цистит (3, 4 и 14%), кольпит (21, 7 и 11%), эрозия шейки матки (8, 20 и 9%), аднексит (3, 20 и 25%). Структура заболеваемости свидетельствует о том, что состояние здоровья участниц исследования с возрастом ухудшается.

Доля респонденток, желающих сохранить беременность в случае ее наступления (подгруппы А), составила в 1, 2 и 3-й группах соответственно 38, 52 и 20% ($p < 0,05$), что указывает на сравнительно большой «репродуктивный резерв» женщин в возрасте до 35 лет. Доля опрошенных подгрупп А и Б в 1, 2 и 3-й группах, которые имели хронические заболевания, практически не различалась,

составляя 31 и 29% в 1-й, 86 и 87% во 2-й, 78 и 86% в 3-й соответственно.

Состояния здоровья респондентками расценено как «удовлетворительное» или «ниже удовлетворительного» в подгруппах А и Б соответственно в 1-й группе в 60 и 36% случаев ($p < 0,05$), во 2-й – в 55 и 54%, в 3-й – в 11 и 63% ($p < 0,05$). Женщины считали, что состояние здоровья является важным фактором планирования рождения детей, в 1-й группе – в 46 и 44% случаев (для подгрупп А и Б), во 2-й – в 71 и 31% ($p < 0,05$), в 3-й – в 100 и 83% соответственно.

Таким образом, состояние здоровья женщин репродуктивного возраста (15–45 лет) с возрастом ухудшается, при этом заболеваемость женщин, желающих и не желающих сохранить беременность в случае ее наступления, не различается.

Оценка женщинами значимости состояния своего здоровья как мотивационного фактора в репродуктивном выборе с возрастом повышается, но практически не реализуется.

Медицинским работникам следует проводить разъяснительную работу с женщинами, особенно раннего репродуктивного возраста, информировать их о роли профилактики заболеваний с целью сохранения репродуктивного здоровья и обеспечения рождения здорового потомства.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

**Керимкулова Н. В.,
Никифорова Н. В.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

В практической работе акушеру-гинекологу часто приходится сталкиваться с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ) с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы, которое отражается на течении беременности и родов.

Цель исследования – изучить течение беременности, родов, состояние новорожденных у женщин, страдающих НДСТ.

В основную группу вошли 60 женщин в возрасте от 18 до 35 лет с внешними и висцеральными маркерами дисплазии соединительной ткани. Сопоста-

вимую по возрасту контрольную группу составили 60 женщин без вышеуказанных изменений.

Изучены жалобы, анамнез, проведено физикальное исследование, выполнены лабораторные анализы (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, диагностика внутриутробной инфекции методом полимеразной цепной реакции), КТГ, УЗИ, доплерометрия.

У женщин основной группы выявлялось по 5–12 маркеров дисплазии. К ним относились: вегетососудистая дистония (в 100% случаев), астеническое телосложение (в 71%), особенности строения

скелета и связочного аппарата (гипермобильность суставов – в 50%, сколиоз – в 21%, уплощение свода стопы – в 58%, нарушение рефракции – в 64%, геморрагические проявления – в 43%, склонность к аллергическим реакциям – в 21%, эмоциональная неустойчивость – в 21%. Как висцеральные маркеры дисплазии соединительной ткани были отмечены аномалии развития сердечно-сосудистой (пролапс митрального клапана – в 36%) и мочевыделительной (нефроптоз – в 4%) систем, а также варикозное расширение вен нижних конечностей (в 63%).

В структуре гинекологической патологии в основной и контрольной группах чаще встречались нарушения менструальной функции (36 и 13% соответственно), воспалительные заболевания матки и придатков (43 и 27% соответственно).

В основной группе первобеременные составили 46%, повторобеременные – 54%, в контрольной группе – первобеременные – 63%, повторобеременные – 37%.

У женщин с НДСТ в анамнезе установлена высокая частота невынашивания и недонашивания (45%), причем привычное невынашивание выявлено у 29% пациенток, преждевременные роды – у 14%, гипотоническое кровотечение – у 7%, перинатальные потери – у 4%, погибшая беременность – у 4%.

Искусственное прерывание беременности путем медицинского аборта имело место у 21% женщин.

В контрольной группе искусственное прерывание беременности путем медицинского аборта встречалось у 17% пациенток, погибшая беременность – у 3%.

У женщин с НДСТ значительно чаще, чем в контрольной группе, отмечалось осложненное течение беременности и родов (100 и 67% соответственно, $p < 0,05$). В основной группе достоверно чаще ($p < 0,05$) имела место угроза невынашивания (86%) и недонашивания (50%), случаи сочетанных гестозов (71%), плацентарная недостаточность и хроническая внутриутробная гипоксия плода (86%), внутриутробная инфекция (21%), недонашивание беременности (11%), быстрые

роды (7%), разрывы промежности (36%), несвоевременное излитие вод (54%), дискоординация родовой деятельности (11%), гипотоническое кровотечение (14%). Симфизит отмечен у 11% беременных основной группы.

Путём кесарева сечения роды разрешились у 36% женщин с признаками НДСТ. В большинстве случаев кесарево сечение проводилось по сочетанным показаниям. У одной из рожениц основной группы с геморрагическими проявлениями имело место массивное коагулопатическое кровотечение, по поводу чего была выполнена простая экстирпация матки без придатков. У другой роженицы основной группы развилось гипотоническое кровотечение, была выполнена надвлагалищная ампутация матки без придатков. У пациентки, оперированной по поводу тяжелой формы гестоза, развилась ТЭЛА. Случай выворота матки имел место у женщины с признаками НДСТ.

В контрольной группе в 2,5 раза реже отмечались разрывы промежности и стенок влагалища, в 2 раза реже – несвоевременное излитие вод. Операцией кесарева сечения завершены роды у 10% женщин. В структуре заболеваемости новорожденных основной группы в 1,5 раза чаще встречалось ишемически-гипоксическое повреждение центральной нервной системы (80%), в 2 раза чаще – конъюгационная желтуха (26,1%) и геморрагический синдром (21,7%), имели место также гипертензивный синдром (14%), синдром задержки развития (7%), дисплазия тазобедренного сустава (4%).

В контрольной группе в структуре детской заболеваемости преобладали ишемически-гипоксическое повреждение центральной нервной системы и гипертензивный синдром.

Таким образом, женщины с НДСТ относятся к группе высокого риска формирования акушерской и перинатальной патологии, что диктует необходимость раннего их выявления в условиях поликлиник и женских консультаций, раннего взятия на учет, активного наблюдения во время беременности и подбора оптимальных методов терапии и способов родоразрешения. Дети, рожденные от женщин с НДСТ, требуют наблюдения начиная с неонатального периода.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ФЕРРОКИНЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА

Коваленко В. М.,
Горбатовский Я. А.,
Мисюра Е. А.

ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Минздравсоцразвития России
МЛПУ «Городская клиническая больница № 1» г. Новокузнецка

Одной из нерешенных медико-социальных проблем остается высокая частота железодефицитной анемии (ЖДА) у беременных. Ранняя диагностика и своевременная адекватная терапия ЖДА являются залогом неосложненного течения родов и послеродового периода.

Загрязнение природной среды Сибири обусловлено деятельностью предприятий металлургической, угольной, химической, горноперерабатывающей отраслей. Неблагоприятные факторы окружающей среды изменяют состояние здоровья женщины, вследствие чего возрастает распространенность экстрагенитальной патологии, в том числе ЖДА.

Цель исследования – изучить динамику клинических и феррокинетических показателей у беременных в первом, втором и третьем триместрах.

Обследовано 134 первобеременных в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст составил $23,1 \pm 3,3$ года), из них 78 – без анемии и 56 – с анемией легкой степени тяжести. В первом, втором, третьем триместрах определяли гематологические показатели периферической крови на гематологическом анализаторе DANAM HC-5710 с оценкой следующих параметров: содержания гемоглобина (HGB), числа эритроцитов (RBC), гематокрита (Ht), среднего объема эритроцитов (MCV), среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH), средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC), показателя анизоцитоза эритроцитов (RDW). Исследовали феррокинетические показатели: уровень сывороточного железа (СЖ), общую железосвязывающую способность сыворотки (ОЖСС) с последующим определением латентной железосвязывающей способности сыворотки (ЛЖСС) и коэффициента насыщения трансферрина (КНТ). Оценку запасов железа проводили по уровню сывороточного ферритина (СФ), который устанавливали иммуноферментным методом с использованием тест-систем фирмы «Orgentec diagnostika» (Германия) на анализаторе «Multiskan Multisoft Labsystems». Результаты обработаны методами вариационной

статистики, для оценки достоверности использован t-критерий Стьюдента.

В группе беременных без анемии значения гематологических и феррокинетических показателей были следующими: RBC – $3,93 \pm 0,31$ и $3,83 \pm 0,27 \cdot 10^{12}/л$ в первом и втором триместрах соответственно ($p < 0,05$); HGB – $124,1 \pm 8,5$; $116,8 \pm 9,3$ и $118,6 \pm 8,7$ г/л в первом, втором и третьем триместрах ($p < 0,001$); Ht – $33,8 \pm 2,3$ и $32,0 \pm 2,7\%$ в первом и втором триместрах соответственно ($p < 0,001$), причем показатель оставался таким же в третьем триместре ($p < 0,001$); MCV – $87,3 \pm 4,9$, $83,2 \pm 4,8$ и $83,1 \pm 4,7$ фл в первом, втором и третьем триместрах ($p < 0,001$); MCH – $32,2 \pm 2,3$ и $30,6 \pm 2,1$ пг в первом и третьем триместрах ($p < 0,001$); достоверного различия MCHC и RDW не обнаружено; СФ – $17,6 \pm 9,1$, $11,9 \pm 4,4$ и $12,9 \pm 8,6$ нг/мл в первом, втором и третьем триместрах ($p_{I-II} < 0,001$, $p_{I-III} < 0,05$).

Анализ полученных результатов показал, что у всех беременных формируются признаки железодефицита, наиболее выраженные во втором триместре и сохраняющиеся к концу беременности.

У беременных с ЖДА динамика показателей клинического анализа крови и феррокинетических данных по сравнению со здоровыми носит противоположный характер на фоне лечения препаратами железа: RBC – $3,52 \pm 0,14$, $3,65 \pm 0,24$ и $3,76 \pm 0,17 \cdot 10^{12}/л$ в первом, втором и третьем триместрах соответственно ($p < 0,001$); HGB – $103,28 \pm 4,92$, $110,5 \pm 9,55$ и $116,16 \pm 7,41$ г/л в первом, втором и третьем триместрах ($p < 0,001$); Ht – $29,3 \pm 1,6$, $30,7 \pm 2,1$ и $31,7 \pm 1,9\%$ в первом, втором и третьем триместрах ($p < 0,001$); MCV – $79,5 \pm 2,6$, $82,2 \pm 4,7$ и $83,1 \pm 4,3$ фл в первом, втором и третьем триместрах ($p < 0,001$); MCH – $26,9 \pm 0,6$, $29,9 \pm 2,3$ и $30,6 \pm 2,2$ пг в первом, втором и третьем триместрах ($p < 0,001$); MCHC – $351,6 \pm 8,87$, $368,0 \pm 14,76$ и $367,7 \pm 11,12$ г/л в первом, втором и третьем триместрах ($p < 0,001$); RDW – $16,1 \pm 1,3$, $14,6 \pm 1,6$ и $14,0 \pm 6,8\%$ в первом, втором и третьем триместрах ($p < 0,001$).

Различия феррокинетических показателей между группами: СЖ – $14,4 \pm 6,7$ и $11,1 \pm 4,3$ мкмоль/л ($p < 0,001$); ОЖСС – $74,9 \pm 13,8$ и $81,8 \pm 13,2$ мкмоль/л ($p < 0,05$); КНТ – $20,1 \pm 11,5$ и $13,9 \pm 6,4\%$ ($p < 0,001$).

Таким образом, у всех женщин к концу беременности формируются признаки железодефицитного состояния, требующие проведе-

ния профилактических мероприятий с начала беременности.

При лечении ЖДА у беременных компенсация наступает к концу третьего триместра при отсутствии формирования тканевых запасов железа, что требует продолжения терапии препаратами железа после завершения лактационного периода.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ (СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖДА У БЕРЕМЕННЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА)

**Крючкова А. В.,
Пятницина С. И.,
Кондусова Ю. В.**

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко»
Минздравсоцразвития России

Железодефицитная анемия (ЖДА) остается серьезной проблемой экстрагенитальной патологии в акушерстве, поскольку частота заболевания не снижается. Распространенность анемии беременных составляет 15–80 и 20–40% родильниц. При длительном течении анемии нарушается функция плаценты, развивается плацентарная недостаточность. Часто присоединяется гестоз у 40–50%; преждевременные роды наступают у 11–42%; гипотония и слабость родовой деятельности отмечаются у 10–15%; гипотонические кровотечения в родах возникают у 10% рожениц; послеродовой период осложняется гипогалактией у 38% родильниц. Кроме того, недостаточное депонирование железа в антенатальном периоде является одной из причин развития дефицита железа и анемии у грудных детей.

Цель – провести сравнительную оценку эффективности лечения беременных с ЖДА легкой степени тяжести препаратом двухвалентного железа «Ферро-Фольгаммой» и препаратом полимальтозного комплекса гидроокиси трехвалентного железа «Мальтофером».

Под наблюдением находилось 45 беременных с ЖДА. В 1-ю группу включено 25 женщин с ЖДА легкой степени тяжести, которые получали препарат «Ферро-Фольгамма» по 1 капсуле 2 раза в сутки, что соответствует 75 мг элементарного железа в сутки. Средняя продолжительность лечения составила $53,3 \pm 2,7$ дня. Во 2-ю группу включено 20 беременных с ЖДА легкой степени, которые получали препарат «Мальтофер» по 1 таблетке 2 раза в сутки (200 мг элементарного железа в сутки).

У каждой беременной до начала приема препарата железа и через 1,5–2 месяца после начала приема проводилось определение гематологических параметров: уровня гемоглобина (Hb), гематокрита (Ht), эритроцитов (RBC); феррокинетических параметров: уровень сывороточного железа (СЖ), ферритина (СФ), трансферрина (ТФ), а также высчитывался коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТ).

Определение концентрации сывороточного железа и трансферрина осуществлялось на биохимическом анализаторе с использованием стандартных реактивов. Концентрацию ферритина в сыворотке больных определяли методом иммуноферментного анализа.

Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с использованием компьютера.

Средний возраст беременных в 1-й и 2-й группах составил $29,7 \pm 1,4$ и $26,5 \pm 2,1$ года соответственно ($p > 0,05$). Срок начала лечения – от 16 до 30 недель беременности.

Анализ особенностей менструальной функции, частоты перенесенных гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, а также частоты осложнений настоящей беременности не выявил достоверных различий у пациенток обеих групп.

При взятии под наблюдение пациентки с ЖДА предъявляли жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, одышку при легкой физической нагрузке, головокружение. В результате лечения препаратами железа частота указанных жалоб уменьшилась во всех группах независимо от вида препарата. Ни у кого из беременных не

было отмечено побочных эффектов на фоне приема препаратов «Ферро-Фольгамма» или «Мальтофера».

Исходное значение гемоглобина в группе беременных колебалось от 95 до 110 г/л и в среднем составило $100,5 \pm 2,1$ г/л. Уровни гематологических показателей до и после лечения у беременных 1-й и 2-й группы достоверно не различались ($p > 0,05$): уровень гемоглобина после лечения составил в 1-й группе $116,3 \pm 1,5$ г/л; а во 2-й группе $117,6 \pm 1,6$; RBC – $10^{12}/л$ после лечения составил в 1-й группе $3,59 \pm 0,5$; а во 2-й группе $3,66 \pm 0,6$; уровень гематокрита после лечения составил в 1-й группе $32,9 \pm 0,5\%$; а во 2-й группе $33,7 \pm 0,46\%$. Достоверные различия между группами выявлены только по исходному уровню СФ, который составил $18,3 \pm 1,3$ мкг/л во 2-й группе, что достоверно выше ($p < 0,05$), чем в 1-й группе ($11,3 \pm 1,2$ мкг/л).

После лечения достоверно возросли уровни СЖ, КНТ и СФ в обеих группах, достигнув нормативных значений, существенно они не различались

($p > 0,05$). Достоверных различий между группами беременных с ЖДА легкой степени, пролеченных разными препаратами железа, при одинаковой продолжительности лечения не было.

Полученные результаты показывают, что соотношение между оптимальным содержанием двухвалентного железа, фолиевой кислоты и цианокобаламина в одной капсуле «Ферро-Фольгаммы» позволяет добиться отличных результатов в лечении ЖДА легкой степени у беременных при суточной дозе 75 мг элементарного железа, в то время как для достижения такого же эффекта при лечении препаратом полимальтозного комплекса гидроксили трихвалентного железа «Мальтофером» необходимо 200 мг элементарного железа в сутки. Наличие в препарате Ферро-Фольгамма» фолиевой кислоты и цианокобаламина является его дополнительным преимуществом, так как при ЖДА у беременных часто имеет место недостаток многих витаминов, и прежде всего участвующих в кроветворении. Мы убедились в целесообразности и высокой эффективности применения «Ферро-Фольгаммы®» для лечения ЖДА в акушерской практике.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ В ГЕНЕЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Кулавский Е. В.,
Кулавский В. А.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрасоцразвития России

Среди важнейших проблем перинатального акушерства одно из первых мест занимает проблема преждевременных родов, так как они определяют уровень перинатальной смертности и заболеваемости. Перинатальная смертность недоношенных новорожденных во много раз выше, чем доношенных.

Проблема преждевременных родов также имеет психосоциальный аспект, так как рождение недоношенного ребенка, его болезнь и смерть являются тяжелой психической травмой для матери. Женщины, потерявшие ребенка, ощущают тревогу за исход последующей беременности, чувство собственной вины, что в конечном итоге приводит к заметному уменьшению их жизненной активности, конфликтам в семье, а часто и к отказу от последующей беременности. В этой связи проблема преждевременных родов рассматривается не только как медицинская, но и как социальная. Огромное социальное значение приобретает вопрос преждевременных родов в связи с высокой стоимостью выхаживания недоношенных детей.

Целью исследования явилось изучение причин преждевременных родов у 150 первобеременных без экстрагенитальной патологии и позднего гестоза. Большинство обследованных имели нормальный женский морфотип, правильное телосложение, и только 7 из них страдали ожирением. У 65 женщин прерывание беременности произошло на сроке 28–33 недели, у 85 – 34–37 недель. Из 150 женщин 18,3% были в возрасте 15–19 лет, 62,4% – 20–24 года, 12,1% – 25–29 лет и 7,2% – старше 30 лет.

По социальному положению большинство обследованных были служащими (44,5%), 37,5% – рабочими и 18% – учащимися. Анализ перенесенных заболеваний показал, что 12,6% женщин ничем не болели, 70% имели инфекционный индекс 1–2, 16,6% – 3–4. Обращает на себя внимание тот факт, что у 28% беременных выявлен хронический тонзиллит, а 72% женщин неоднократно болели гриппом и ОРЗ.

Возраст менархе колебался от 11 до 18 лет: у 32% он составил 11–12 лет, у 60,7% – 13–15 и у

7,6% – 16–18 лет. По-видимому, отсутствие выраженных нарушений менструальной функции объясняется тем, что при ее расстройстве чаще происходит прерывание беременности в первом триместре, а у обследованных был третий триместр беременности.

До наступления беременности у 24% пациенток имелись воспалительные заболевания гениталий, 2,6% перенесли операции по поводу кист яичников. У 60,6% женщин беременность в первом триместре протекала без осложнений, у 20% – наблюдался ранний токсикоз, у 13,4% – угроза прерывания (лечение проводилось в условиях стационара). Во втором триместре угроза прерывания беременности отмечена у 16,6% обследованных. 22,4% женщин перенесли острые респираторные заболевания.

Наиболее частым осложнением в родах было дородовое излитие околоплодных вод, чаще оно наблюдалось у женщин, имеющих в анамнезе воспалительные и острые респираторные заболевания во время беременности. Стремительные и быстрые роды были у 24,3% обследованных, наиболее часто – в группе с прерыванием беременности в 28–33 недели. Средняя продолжительность родов составила $11,0 \pm 0,3$ часа с индивидуальными колебаниями от 3 часов до суток. Частичная отслойка плаценты во время родов выявлена у 5,6% пациенток, причем она имела место у тех женщин, у которых имели в анамнезе были воспалительные заболевания и/или перенесли ОРВИ в процессе беременности. У 4,6% женщин проведено ручное обследование полости матки в связи с дефектом плаценты и кровотечением в послеродовом периоде (1,3%). Послеродовый период протекал без осложнений у большинства женщин, и только у 2,3% отмечены явления эндометрита. При сроке гестации 28–33 недели масса новорожденных со-

ставляла $1\,644,5 \pm 58,7$ г, а при сроке 34–37 недель – $2\,389,7 \pm 42,4$ г.

В плацентах женщин с прерыванием беременности в 28–33 недели преобладали деструктивно-дистрофические изменения: обширные отложения фибриноидных масс в межворсинчатом пространстве и в строме ворсин, преобладание отечных терминальных ворсин, наличие участков обызвествления, инфарктов, воспалительных изменений. Эти нарушения были менее выражены у женщин с прерыванием беременности в 34–37 недель. Помимо дистрофических изменений наблюдались и компенсаторно-приспособительные – наличие ворсин с расширенными и полнокровными капиллярами, с сосудами, расположенными субэндотелиально, с синцитиальными узелками пролиферативного типа. Чаще такие изменения обнаруживались в плаценте у женщин с прерыванием беременности в 34–37 недель.

При сроке беременности 28–33 недели воспалительные изменения последа отмечены в 42,3% случаев, в 34–37 гестации – в 28%. В половине плацент с воспалительными изменениями выявлен децидуит, в каждой четвертой – плацентарный хориоамнионит с субхориальным интервиллузитом (воспаление хориальной пластинки в сочетании с лейкоцитарной инфильтрацией в межворсинчатом пространстве). Воспалительные изменения в плацентах в большинстве наблюдений сочетались с дистрофическими.

Таким образом, анализ анамнеза, клинических особенностей течения беременности и родов и морфологии плаценты у первобеременных женщин с преждевременными родами показал, что во всех случаях имело место развитие плацентарной недостаточности, что и было ведущей причиной досрочных родов.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОСЛЕДЕ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Перетятко Л. П.,
Кулида Л. В

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздравсоцразвития России

В последние годы одно из первых место среди нозологических форм экстрагенитальной патологии, оказывающей негативное влияние на течение беременности и родов, занимает артериальная гипертензия. По данным литературы, артериальная

гипертензия в 50% случаев клинически проявляется до 30 недель беременности. Структурные изменения артериолярного звена, развивающиеся при данной патологии, распространяются на сосуды плацентарного ложа и приводят к наруше-

нию маточной перфузии с формированием расстройств маточного и плодового кровообращения. Циркуляторно-метаболические нарушения в плаценте оказывают неблагоприятное влияние на развитие плода и приводят к таким тяжелым осложнениям беременности, как эклампсия и преждевременная отслойка плаценты.

С целью выявления патоморфологических изменений в плацентах при артериальной гипертензии проведено комплексное морфологическое исследование последов. Основную группу составили 44 женщины с артериальной гипертензией. В группу сравнения вошли пациентки, показатели артериального давления у которых на протяжении беременности оставались в пределах возрастной нормы.

Анализ акушерского и гинекологического анамнеза показал, что беременные основной группы отличались более старшим возрастом, у 28 женщин (63,6%) диагностирована умеренная и у 16 (36,4%) – тяжелая степень артериальной гипертензии. При этом первичная идиопатическая гипертензия выявлена у большей части пациенток (у 29), а вторичная, связанная в основном с болезнями почек, – у 15. Независимо от вариантов гипертензии в 4 случаях (9,1%) заболевание имело быстро прогрессирующее или злокачественное течение, которое выявлялось в основном у женщин молодого репродуктивного возраста.

Артериальная гипертензия в 70,5% случаев сопровождалась развитием гестоза средней и тяжелой степени. В группе сравнения гестоз диагностирован лишь в 8 (20,0%) случаях. Беременность и роды у пациенток с артериальной гипертензией протекали с большим числом осложнений в виде преждевременных родов (44,3%) и антенатальной гибели плода (6,8%), обусловленной преждевременной отслойкой плаценты.

При патоморфологическом исследовании последов, полученных от женщин основной группы, в 54,5% случаев выявлена гипоплазия плацент, сочетающаяся в 32,3% с аномалиями формы (плацента, окруженная ободком, валиком), с краевым и оболочечным прикреплением пупочного канатика. Из нарушений кровообращения в основной группе в 2 раза чаще диагностировались апоплексии, ишемические и хронические геморрагические инфаркты общей площадью более 30%. Морфологическим подтверждением внутриплацентарной гипертензии служили варикозное расширение вен в стволовых ворсинах второго и третьего порядков с распространением патологических изменений на вену пуповины с последующим компенсаторным вовлечением в плацентарно-плодовый обмен резервных арте-

риол и капилляров стволовых и промежуточных ворсин. Гипертензия в венозном русле пупочного канатика, диагностированная в 36,4% случаев, проявлялась неравномерным варикозным расширением вены, отеком вартонова студня и деформацией пуповины.

Преждевременная отслойка плаценты, обнаруженная только в плацентах, полученных от женщин основной группы, в отличие от таковой при воспалении, была крупноочаговой и развивалась до родов. Прогрессирующее увеличение в плацентах объема плодового и материнского фибриноида в межворсинчатом пространстве, базальной пластинке, во вневорсинчатом цитотрофобласте и в афункциональных зонах свидетельствует об обострении артериальной гипертензии.

Существенное значение в развитии осложнений беременности и родов при артериальной гипертензии играют морфологические изменения артерий и артериол, расположенных в базальной части остатков плацентарного ложа. Сосуды базальной пластинки плацент, полученных от женщин основной группы, находятся в состоянии незавершенного ремоделирования и характеризуются гипертрофией сосудистой стенки, облитерацией или стенозом просвета, очагами фибриноидного некроза и резко утолщенными базальными мембранами.

Выявленные структурные изменения в плаценте опосредованно – через компенсаторные и адаптивные процессы – влияют на течение и исход беременности. Прогрессирование артериальной гипертензии сопровождается срывом компенсаторных процессов, обусловленным развитием воспаления в плацентах в виде стромально-сосудистого виллузита промежуточных и терминальных ворсин, базального и париетального децидуита. Именно в ответ на воспаление в плаценте развиваются адаптивные процессы в виде варикозного расширения вен стволовых ворсин и пуповины.

Таким образом, основными структурными изменениями в плаценте при артериальной гипертензии, диагностированной у беременных женщин до 30-й недели, являются незавершенная гестационная трансформация миометриальных сегментов спиральных артерий и артериол, хроническая плацентарная гипертензия, фибриноидная дезорганизация эпителия и стромы ворсин, острые и хронические нарушения маточного и плодового кровотока. Артериальная гипертензия влияет на структуру и функцию плаценты, оказывает неблагоприятное воздействие на течение и исход беременности, состояние плода и новорожденного из-за срыва компенсаторных процессов.

ИЗУЧЕНИЕ УЛЬТРАСТРУКТУРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ МИОМЕТРИЯ И РЕЦЕПЦИИ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ У БЕРЕМЕННЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Подзолкова Н. М.,
Назарова С. В.,
Анташова М. А.

ГОУ ДПО « Российская медицинская академия последипломного образования»
Минздравсоцразвития России

В последние десятилетия значительный рост частоты родов у женщин старше 35 лет (в 1997 г. – 24%, в 2008 г. – 43,2%) стал объективной реальностью современного акушерства во всем мире, в том числе и в России. Поздний репродуктивный возраст женщины принято рассматривать как самостоятельный фактор риска развития осложнений во время беременности, родов и послеродового периода. Большинство исследователей едины во мнении, что их уровень в данной возрастной группе заметно выше, чем среди более молодых пациенток. Однако до сих пор дискуссионным остается вопрос, что именно – «возраст яичников» или «возраст матки» – является основной причиной высокой частоты осложнений.

Цель исследования – провести сравнительный анализ содержания рецепторов к прогестерону и эстрогенам, индекса пролиферативной активности и ультраструктурных особенностей миометрия беременных женщин позднего и оптимального репродуктивного возраста для выяснения влияния состояния миометрия на течение беременности и родов в разных возрастных группах.

На базе родильного дома ГКБ № 72 г. Москвы у 20 беременных пациенток в возрасте от 35 до 45 лет, составивших основную группу, и 10 беременных моложе 30 лет (от 18 до 29 лет), вошедших в группу контроля, во время операции кесарева сечения осуществлялся забор биоптата миометрия для последующего иммуногистохимического и микроэлектронного исследования. Иммуногистохимическое исследование выполнялось пероксидазно-антипероксидазным методом с применением антител к эстроген- и прогестерон-рецепторам фирмы «BIOCARE» (ER Clone SP1, 1:300; PGR Clone SP2, 1:300) и «Ki67» фирмы «DAKO» (clone MIB 1), с предварительным разведением их в Primary Antibody Diluent (Diagnostic BioSystems)). Затем проводилась полуколичественная оценка иммуногистохимического определения рецепторов гормонов, основывающаяся на учете процента позитивных клеток и определения интенсивности их окрашивания. Индекс пролиферации Ki67 получали путем подсчета позитивных

клеток (в %) в 50 полях зрения ($\times 400$). Изучали ультраструктурные особенности миометрия в ходе электронно-микроскопического исследования: определяли количество микрофиламентов и внутриклеточных органелл, форму ядра, субплазмолемальные уплотнения и контакты, развитие коллагена, васкуляризацию биоптата.

Согласно полученным данным, в основной группе заметно большей была концентрация рецепторов к эстрогенам. В 60% наблюдений она составила более 40%. Интенсивность окраски ядер в среднем равнялась 1+. В группе контроля в 60% наблюдений доля окрашенных ядер была равна 0, а в оставшихся 40% – была крайне низкой (15% при интенсивности окраски 1+). Концентрация рецепторов к прогестерону также заметно отличалась в двух возрастных группах. Доля окрашенных ядер по D. C. Allred в основной группе в 85% случаев превышала 40%, в то время как в группе контроля в 70% наблюдений этот показатель был ниже 40%. Интенсивность окраски в баллах существенно не отличалась и в среднем составляла 2+.

Индекс пролиферативной активности Ki67 в основной группе в среднем составил 3,3%, а в контрольной – 0,6%. Выявлена корреляция этого индекса с концентрацией рецепторов к эстрогенам, что, очевидно, связано с тем, что эстроген является индуктором пролиферативной активности миометрия.

Результаты электронно-микроскопического исследования биоптатов миометрия показали, что количество микрофиламентов, субплазмолемальных уплотнений и контактов и васкуляризация миометрия в двух данных возрастных группах не имеют существенных различий. Однако в биоптатах миометрия женщин позднего репродуктивного возраста значительно чаще встречаются внутриклеточные органеллы и сильнее развит коллаген, чаще встречаются клетки с каплями липидов, крупными ядрышками, лизосомами, выражен гладкий эндоплазматический ретикулум, вакуоли. В то время как в биоптатах миометрия более молодых пациенток отмечается значительно более правильная форма клеток и ядер, более

выраженные микрофиламенты (при их приблизительно равном количестве по сравнению с биоптатами основной группы), а субплазмолемальные уплотнения и контакты в миометрии молодых пациенток более короткие, без расширений.

Таким образом, в данном исследовании показано, что с возрастом миометрий женщин претерпевает как структурные, так и рецепторные изме-

нения, что подтверждает литературные данные о высоком значении «возраста матки» для развития ряда осложнений течения беременности и родов у женщин позднего репродуктивного возраста.

Очевидно, что наибольшие изменения касаются именно рецепторного аппарата миометрия, в то время как на ультраструктуру клеток возраст оказывает меньшее влияние.

РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

**Подзолкова Н. М.,
Осадчев В. Б.,
Бабков К. В.,
Сыровкваша Е. А.**

ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития России (Москва)

Одним из перспективных направлений в ранней диагностике новообразований яичников является поиск биологических веществ, специфичных для опухолей определенного гистотипа, которые можно было бы идентифицировать (количественно и качественно) биохимическими и иммунологическими методами. Повышение диагностической значимости и снижение частоты ложноотрицательных результатов возможно при комплексном определении биологических маркеров, отражающих особенности как генной экспрессии, так и метаболизма опухоли.

Цель исследования – оценка информативности комплексного определения биологических маркеров в дифференциальной диагностике опухолей и опухолевидных образований яичников.

Обследовано 59 пациенток с верифицированными опухолями и опухолевидными образованиями яичников в возрасте от 21 до 47 лет (средний возраст – $39 \pm 4,8$ года). В зависимости от результатов гистологического исследования удаленных тканей все больные разделены на две группы: первую составили 18 (30,5%) женщин с эндометриоидными кистами яичников, вторую – 41 (69,5%) пациентка с серозными цистаденомами – 20 (33,9%), муцинозными цистаденомами – 10 (16,9%), фибромами – 9 (15,3%), гранулезоклеточными опухолями яичников – 2 (3,4%). В плазме крови пациенток обеих групп определялось содержание лептина, пролактина, остеопонтина, инсулиноподобного фактора роста II, макрофагального колониестимулирующего фактора и СА-125 методом иммуноферментного анализа.

Предельно допустимые концентрации маркеров у здоровых женщин: СА-125 – 35 ЕД/мл, пролактин – 30 нг/мл, лептин – 27,6 нг/мл, остеопонтин – 147,1 нг/мл, макрофагальный колониестимулирующий фактор – 4 000 пг/мл, инсулиноподобный фактор роста II – 280 нг/мл.

В результате проведенного исследования установлено, что концентрации лептина, пролактина, макрофагального колониестимулирующего фактора, остеопонтина, инсулиноподобного фактора роста II в первой группе ($n = 18$) не превысили референсных значений (лептин – $19,8 \pm 3,8$ нг/мл, пролактин – $23,4 \pm 4,2$ нг/мл, макрофагальный колониестимулирующий фактор – $2\,245,7 \pm 4,8$ нг/мл; остеопонтин – $121,3 \pm 5,3$ нг/мл, инсулиноподобный фактор роста II – $168,7 \pm 5,1$ нг/мл). Однако отмечалось увеличение концентрации СА-125 ($52,7 \pm 4,6$ ЕД/мл) у 15 (83,3%) больных данной группы.

У каждой третьей обследованной с серозными и муцинозными цистаденомами яичников ($n = 30$) отмечено повышение дискриминационных значений лептина ($48,3 \pm 4,2$ нг/мл). Уровни пролактина, остеопонтина превышали референсные значения у 23 (76,7%), макрофагального колониестимулирующего фактора, инсулиноподобного фактора роста II – у 14 (46,7%) больных (пролактин – $38,7 \pm 4,2$ нг/мл; остеопонтин – $252 \pm 5,4$ нг/мл; макрофагальный колониестимулирующий фактор – $4347 \pm 3,7$ нг/мл; инсулиноподобный фактор роста II – $312,4 \pm 5,8$ нг/мл). Повышение концентрации СА-125 ($48,1 \pm 5,3$ ЕД/мл) отмечено у каждой пятой пациентки.

При фиброме яичников у трети обследованных пациенток содержание СА-125 и лептина превышало дискриминационные значения (СА-125 – $45,2 \pm 3,7$ ЕД/мл; лептин – $40,1 \pm 2,8$ нг/мл).

При гранулезоклеточных опухолях уровни комплекса маркеров находились в пределах референсных значений.

Таким образом, комплексное определение концентраций биологических маркеров может быть использовано в клинической практике для дифференциальной диагностики опухолевидных образований и эпителиальных опухолей яичников.

Определение данного комплекса маркеров для новообразований яичников других гистологических типов малоинформативно.

ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ МАРКЕРОВ СА 125 И СА 19,9 У БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПОГРАНИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Покуль Л. В.,
Чугунова Н. А.

Краснодарский клинический онкологический диспансер
ФГУ «Новороссийский медицинский центр» ФМБА России

Большая распространенность опухолей яичников обуславливает большую заинтересованность врачей в улучшении результатов лечения.

Цель исследования состояла в изучении возможности сохранения и восстановления менструальной и фертильной функции женщин репродуктивного возраста, перенесших органосохраняющие операции на придатках матки по поводу пограничных опухолей яичников с диагностической ориентацией на показатели опухолеассоциированных маркеров СА 125 и СА 19,9.

В исследование за период с 2008 по 2010 год включено 387 женщин, из них 198 больных – с пограничными опухолями яичников. Возраст пациенток варьировал от 25 до 45 лет. Объем проведенного оперативного лечения ограничивался односторонней аднексэктомией, резекцией противоположного яичника, биопсией сальника и париетальной брюшины, взятием смывов из брюшной полости. Все пациенты были разделены на три группы по нозологическим формам опухолей: I группа (n = 103) – больные с серозными пограничными опухолями яичников; II группа (n = 95) – пациентки с муцинозными пограничными опухолями яичников; III группа (n = 189) – группа сравнения – женщины с доброкачественными серозными и муцинозными опухолями яичников (цистаденомы, папиллярные цистаденофибромы). Иммунологический контроль опухолеассоциированных маркеров СА 125 и 19,9 проведен методом твердофазного (гетерогенного) иммуноферментного анализа Г. Фримель (1987). Математическую обработку осуществляли с использованием программ Statistica 6.0 и BioStat Professional 5.25.

У пациенток I группы (с пограничными серозными опухолями) уровень маркера СА 125 был повышен и составил в среднем $74,3 \pm 0,439$ ЕД/мл ($\sigma = 4,46$). Показатели патологической секреции СА 19,9 в среднем составили $47,16 \pm 0,231$ ЕД/мл ($\sigma = 2,35$). Во II группе (муцинозные опухоли яичников) среднее значение содержания СА 125 обнаружено на границе $57,8 \pm 0,349$ ЕД/мл ($\sigma = 3,40$). При этом концентрация опухолевого маркера плазмы крови СА 19,9 находилась в пределах $67,6 \pm 0,374$ ЕД/мл ($\sigma = 3,64$). В I группе средний уровень маркера СА 125 значительно выше, чем во II группе ($t = 29,4$; $p < 0,001$), при этом и число пациентов с повышенным содержанием СА 125 в этой группе достоверно больше (при $\phi^* = 5,88$ $p \leq 0,001$).

В группе сравнения повышение уровня опухолевого маркера СА 125 по сравнению с нормальными показателями зарегистрировано у 30,2% женщин (n = 57) при среднем значении $46,8 \pm 0,478$ ЕД/мл, что достоверно ниже, чем в группах наблюдения (при $t = 31,1$ и $\phi^* = 9,1$ $p < 0,001$). Повышенные показатели маркера СА 19,9 отмечены только у 20,1% пациентов (n = 38) при среднем значении $36,74 \pm 0,519$ ЕД/мл ($\sigma = 3,202$), что также достоверно ниже, чем у пациентов с серозными и муцинозными опухолями (при $t = 34,34$ и $\phi^* = 12,34$ $p < 0,001$).

Через 3 месяца после операции в I группе у 74,8% больных (n = 77) уровень маркера СА 125 не выходил за пределы референсных значений ($15 \pm 0,385$ ЕД/мл), что является вариантом нормы. У 25,2% женщин (n = 26) наблюдался рост концентрации маркера и рецидивы заболевания. Маркер СА 19,9 в этой подгруппе имел уровень в пределах нормы ($M = 23 \pm 0,238$ ЕД/мл) у 72,8%

пациентов ($n = 75$). Рост содержания маркера отмечен у 27,2% больных ($n = 28$), что в совокупности с показателями СА 125 и другими диагностическими критериями расценивалось как рецидив заболевания.

Во II группе уровень СА 125 составлял $17 \pm 0,417$ Ед/мл у 89,0% обследованных ($n = 85$). В 11,0% случаев наблюдался его незначительный рост, что обусловило необходимость дальнейшего обследования пациенток. Показатель СА 19,9 колебался на уровне 27 Ед/мл ($M = 27 \pm 0,0184$) у 74,4% больных ($n = 71$), но у 25,3% женщин, прошедших курс лечения ($n = 24$), наблюдался рост показателя с явными проявлениями рецидива заболевания. В группе сравнения концентрации обоих маркеров находились в зоне нормальных значений и их рост не выявлен.

Менструальная функция восстановилась у 99,9% обследованных в сроки от 2 до 6 месяцев после проведенного оперативного лечения. Нарушения менструального цикла были зарегистрированы в I группе в 34,0% случаев ($n = 35$), во II группе – в 32,6% ($n = 31$), в III группе – в 15,9% ($n = 30$),

что статистически отличается от двух исследуемых групп (при $\Phi^* = 8,06$ $p \leq 0,001$). В группах беременность наступила в 34 и 24 случаях (33,0 и 24,0% соответственно). Пожелали ее сохранить в I группе – 12 женщин, во II – 4. Бесплодие различного генеза, потребовавшее дальнейшего лечения, выявлено у 6 пациенток I и 10 – II группы. В группе сравнения беременность наступила у 67 женщин (35,4%), 47 из них затем наблюдались в акушерских клиниках. По данному параметру репродуктивного здоровья полученные показатели не различаются статистически.

Анализ уровня СА 125 и СА 19,9 в группе больных с пограничными опухолями после проведенного хирургического лечения свидетельствует о положительном лечебном воздействии. Динамика восстановления менструально-фертильной функции пациенток, включенных в исследование, подтверждает возможности расширенного внедрения органосохраняющих методов лечения у больных с пограничными опухолями яичников. Оценка уровня секреции СА 125 и СА 19,9 необходима при условии проведенного щадящего хирургического лечения внутренних гениталий.

ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Талаев А. М.,
Талаева Е. М.**

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздравсоцразвития России

Проблема первичного хронического пиелонефрита у беременных является весьма актуальной. Его частота у этой категории составляет более 12%, и в последние годы наблюдается тенденция к ее увеличению. Беременность вызывает обострение заболевания у каждой третьей женщины. Первичный хронический пиелонефрит (без сопутствующей урологической патологии) оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода. У 40–45% беременных с первичным хроническим пиелонефритом развивается гестационная артериальная гипертензия со значительными гемодинамическими нарушениями. Она является основной причиной материнской смертности и перинатальной патологии.

В связи с этим особую важность приобретает выявление особенностей почечной гемодинамики у беременных с первичным хроническим пиело-

нефритом ещё до развития у них клинической картины артериальной гипертензии. Разработка прогностических гемодинамических критериев этого тяжёлого осложнения поможет рано распознать развивающуюся патологию и проводить адекватную профилактическую терапию.

Цель исследования – изучить особенности почечной гемодинамики и разработать прогностические критерии развития гестационной артериальной гипертензии у женщин с хроническим пиелонефритом.

Проведено компьютерное реографическое исследование почечной гемодинамики на аппарате «Рео-Спектр-2» фирмы «Нейрософт» (Россия) по тетраполярной методике у 304 беременных с хроническим пиелонефритом в сроки 16–20, 28–32 недели гестации и перед родами. Контрольная группа – 36 здоровых беременных.

У женщин с первичным хроническим пиелонефритом выявлены существенные нарушения почечной гемодинамики в сроки гестации 16–20 и 28–32 недели по сравнению со здоровыми беременными. У 155 пациенток с хроническим пиелонефритом вне обострения в 16–20 недель гестации достоверно снижался объёмный почечный кровоток (РИ) – $0,1345 \pm 0,0150$ у. е., амплитудно-частотный показатель (АЧП) – $0,1724 \pm 0,0223$ у. е. против РИ – $0,2245 \pm 0,0068$ у. е. и АЧП – $0,2842 \pm 0,0078$ у. е. в контрольной группе ($p < 0,05$), увеличивалось сосудистое сопротивление в почках, дилятационный индекс (ДИК) – $21,85 \pm 1,13\%$ против $17,57 \pm 1,14\%$ ($p < 0,01$). При этом изменения были более выраженными при обострении воспалительного процесса в почках (РИ – $0,1273 \pm 0,0151$ у. е., АЧП – $0,1697 \pm 0,0211$ у. е., ДИК – $25,7 \pm 1,42\%$ ($p < 0,01$)).

Выявленные нарушения почечной гемодинамики сохранялись в 28–32 недели гестации и перед родами.

Проведён сравнительный анализ показателей почечной гемодинамики в зависимости от присоединения гестационной артериальной гипертензии.

Наиболее информативными в плане прогнозирования развития артериальной гипертензии у этих пациенток оказались: РИ и АЧП, отражающие состояние артериального кровотока в почках, и ДИК, отражающий почечное сосудистое сопротивление.

Установлено, что при показателях РИ – ниже $0,1279 \pm 0,008$ у. е., АЧП – ниже $0,1611 \pm 0,004$ у. е. и ДИК – выше $22,79 \pm 0,37\%$ у женщин с хроническим пиелонефритом в срок беременности 16–20 недель в дальнейшем (в 28–32 недели) развивается артериальная гипертензия в 87,5% случаев. При показателях РИ – выше $0,1417 \pm 0,007$ у. е., АЧП – выше $0,1828 \pm 0,004$ у. е. и ДИК – ниже $20,93 \pm 0,51\%$ у женщин с хроническим пиелонефритом в срок беременности 16–20 недель в дальнейшем отмечалось неосложнённое течение беременности и физиологические роды на фоне артериальной нормотензии.

На основании полученных данных нами разработан способ прогнозирования развития гестационной артериальной гипертензии у женщин с хроническим пиелонефритом: проводится компьютерное реографическое исследование почечной гемодинамики в 16–20 недель гестации, при уменьшении РИ ниже $0,1279 \pm 0,008$ у. е., АЧП – ниже $0,1611 \pm 0,004$ у. е. и повышении ДИК выше $22,79 \pm 0,37\%$ прогнозируется развитие артериальной гипертензии в дальнейшем в сроки до 32 недель беременности в 87,5% случаев (патент РФ № 2204313).

Предложенный способ позволяет за 10–12 недель до развития клинических проявлений артериальной гипертензии начать профилактические мероприятия.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ

Тонких О. С.,
Завадовская В. Д.,
Сотникова Л. С.,
Эль-Акад Е. В.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России (Томск)

Современный взгляд на доброкачественные заболевания молочных желез как на фактор риска развития рака и высокий уровень распространенности этой патологии среди женщин различных возрастов на долгое время определили интерес исследователей к данной проблеме. Анализ опубликованных за последние годы работ показывает, что существуют противоречия по вопросам этиологии и патогенеза различных форм мастопатий.

Целью исследования стала оценка показателей ультразвуковой сонографии молочных желез у

пациенток с различными формами фиброзно-кистозной болезни.

В рамках межведомственной научно-практической программы «Здоровье женщины», совместного проекта СибГМУ, НИИ фармакологии СО РАМН, НИИ психического здоровья СО РАМН и Департамента здравоохранения администрации Томской области, обследовано 86 женщин репродуктивного возраста. Исследование выполнено в рамках гранта Президента РФ № МК-3743.2008.7. Основную группу составили 66 пациенток с верифицированным диагнозом и фиброзно-кистозной

болезнью молочных желёз (ФКБ). В контрольную группу вошли 20 практически здоровых женщин, сопоставимых с основной группой по возрасту, без соматической и гинекологической патологии.

Ультразвуковое исследование выполнялось на аппарате «Sonix» фирмы «Ultrasonix» (США) с использованием линейных датчиков от 10 до 14 МГц с применением цветового и энергетического доплеровского картирования. Статистический анализ данных осуществлялся при помощи пакета программ Statistica 6.0 («StatSoft», USA). Проводился анализ вариационных рядов методами описательной статистики с вычислением медианы (Me) и верхнего и нижнего квартилей. Качественные признаки оценивались путем вычисления абсолютных и относительных частот. Анализ различий по количественным признакам выполнялся методами множественного сравнения независимых групп (ANOVA Краскела – Уоллиса) и методами сравнения двух независимых групп (U-тест Манна – Уитни). Для изучения связей между признаками применялся корреляционный анализ Кенделла. Разницу значений считали статистически значимой при $p < 0,05$.

Средний возраст пациенток с ФКБ составил $30,4 \pm 0,3$ года. Данные ультразвукового исследования позволили разделить пациенток с ФКБ на три группы: I группа ($n = 32$) – с преобладанием железистого компонента; II группа ($n = 18$) – с преобладанием кистозного компонента; III группа ($n = 16$) – с преобладанием фиброзного компонента.

Эхоскопически при ФКБ с преобладанием железистого компонента у пациенток определялось увеличение толщины слоя паренхимы желез до 19 мм ($16 \div 23$), отмечалась средняя или пониженная эхогенность железистого слоя, со слабой выраженностью или отсутствием явлений жировой инволюции, уменьшение толщины пре- и ретромаммарного слоя (средние значения – 2 мм ($1 \div 3$)). Дуктэктазия встретилась лишь у 8% ($n = 4$) женщин I группы. При проведении доплерографии выявлено увеличение количества сосудов и увеличение скоростей кровотока: $V_{\max} - 0,16$ м/с ($0,15 \div 0,17$), $V_{\min} - 0,06$ м/с ($0,05 \div 0,07$), RI – 0,6 ($0,5 \div 0,7$), PI – 1,13 ($1,11 \div 1,15$).

При ФКБ с преобладанием кистозного компонента диагностировалось наличие кист, средние размеры которых составили 5 мм ($4 \div 7$). В большей части случаев кисты обнаружены в обеих желе-

зах ($n = 16$, 89%), у 11% ($n = 2$) женщин – в одной из желез. Увеличение толщины железистого слоя установлено у 77% ($n = 14$) пациенток, она составила 16 мм ($14 \div 18$), что достоверно ниже, чем при железистом варианте ФКБ. Во II группе также отмечено наличие более выраженного перидуктального фиброза, а у 30% ($n = 6$) пациенток выявлено расширение млечных протоков.

Анализ доплерографических показателей кровотока при кистозной форме ФКБ не выявил достоверных отличий их значений при железистом варианте. Характерным стало увеличение толщины слоя фиброглангулярной ткани у всех пациенток с ФКБ с преобладанием фиброзного компонента, которая составила 15 мм ($13 \div 17$). Отмечено резкое повышение эхогенности железистой ткани, наличие перидуктального фиброза и фиброзирование связок Купера, а также увеличение количества жировых включений, увеличение толщины пре- и ретромаммарной клетчатки, толщина которой, в большинстве случаев, соответствовала нормальным значениям для данной возрастной группы. Дуктэктазия выявлена у 67% пациенток ($n = 11$), это достоверно чаще, чем в двух других группах ($r = 0,76$; $p < 0,05$). Оценка показателей кровотока при ФКБ с преобладанием фиброзного компонента не выявила достоверных отличий от их значений при других вариантах ФКБ. Сравнительный анализ показал, что в III группе увеличение толщины железистой ткани значимо меньше, чем в I группе ($r = 0,81$; $p < 0,05$), причем она не отличается от толщины фиброглангулярного слоя у пациенток II группы ($r = 0,47$; $p > 0,05$).

Таким образом, характерной особенностью ФКБ с преобладанием железистого компонента является гиперплазия фиброглангулярного слоя молочных желез, при этом отмечается уменьшение, а иногда полное отсутствие пре- и ретромаммарной клетчатки. При ФКБ с преобладанием кистозного компонента наблюдается наличие кист небольших размеров (5–7 мм) по всем квадрантам желез, при этом толщина фиброглангулярной ткани увеличивается незначительно. Для ФКБ с преобладанием фиброзного компонента характерно одновременное увеличение толщины железистого слоя и резкое повышение его эхогенности, а также фиброзирование стромальных элементов желез. Отмечается умеренное повышение скорости кровотока и увеличение количества сосудов в фиброглангулярном слое молочных желез по данным цветового и энергетического доплеровского картирования.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ НЕСОСТОЯВШИЙСЯ АБОРТ

Фролов А. Л.,
Кулавский В. А.,
Гараева Л. Н.,
Кулавский Е. В.

ИПО БГМУ

ГУЗ «Республиканский перинатальный центр», Башкортостан

МУЗ «Городская клиническая больница № 21» г. Уфы

При современном уровне рождаемости проблема невынашивания беременности становится еще более актуальной. Среди различных форм невынашивания особое место занимает несостоявшийся аборт (НА). Частота данной патологии в структуре репродуктивных потерь составляет 15–20%. Причинами неразвивающейся беременности являются генетические, эндокринные, иммунные, инфекционные. В последние годы как одну из причин развития этой акушерской патологии рассматривают тромбофилические расстройства и генетические тромбофилии (Макацария А. Д., Бицадзе В. О., 2006).

Целью нашего исследования стало изучение состояния здоровья женщин, перенесших НА. Была составлена анкета, при помощи которой проведен опрос 260 женщин.

По результатам опроса сформированы две группы пациенток: 1-я – 116 женщин, у которых в анамнезе имелся НА, 2-я (группа сравнения) – 144 женщины без данной акушерской патологии. Группы были идентичны по возрастному составу (средний возраст составил $27,7 \pm 0,8$ и $29,1 \pm 0,8$ года в 1-й и 2-й группах соответственно).

Хронические экстрагенитальные заболевания имели место у 51 (55,4%) женщины 1-й группы и у 97 (67,4%) – 2-й ($p < 0,05$). Частые обострения хронических заболеваний (4 и более раз в год) в 1-й группе отмечались в 9 (9,8%), а во 2-й – в 23 (23,7%) случаях ($p > 0,01$). Частые острые заболевания (4 и более раза в год) отмечались у 9 (9,8%) и 16 (11,1%) пациенток соответственно ($p < 0,05$).

Регулярно курящих женщин в 1-й группе оказалось 13 (14,1%), а во 2-й – 22 (15,3%) ($p < 0,05$), курящих редко (не каждый день) – 16 (17,4%) и 20 (13,9%) соответственно ($p < 0,05$), кутивших, но бросивших, – 10 (10,9%) и 31 (21,5%) соответственно ($p > 0,05$). Таким образом, в 1-й группе некурящих женщин было 53 (57,6%), а во 2-й – 71 (49,3%) ($p < 0,05$). Обращает на себя внимание ранний возраст начала курения: $18,1 \pm 0,5$ года в 1-й группе и $18,2 \pm 0,7$ года – во 2-й ($p < 0,05$).

Ежедневно употреблявших алкогольные напитки пациенток в 1-й группе не было, а во 2-й их доля составила 2,7% ($p > 0,05$).

В 1-й группе выявлены 3 (3,3%) женщины, которые имели случаи употребления наркотических средств, во 2-й группе – 2 (1,4%) ($p < 0,05$).

По среднему возрасту менархе группы оказались идентичны: в 1-й группе – $13,2 \pm 0,1$ года, а во 2-й – $13,4 \pm 0,2$. Менструации установились сразу у 34 (36,9%) пациенток 1-й группы и у 60 (41,7%) – 2-й ($p < 0,05$). Нерегулярный менструальный цикл сохранился у 16 (17,5%) и 39 (27,9%) женщин соответственно ($p < 0,05$). Средняя продолжительность менструального цикла у женщин 1-й группы составила $28,2 \pm 0,4$ дня, а 2-й – $27,8 \pm 0,3$. У 67 (72,8%) пациенток 1-й группы менструации были умеренные, во 2-й группе – лишь у 84 (60,4%) ($p > 0,05$). В 1-й группе оказалось достоверно меньше женщин с обильными менструациями, чем во 2-й (21 (22,8%) и 52 (37,4%) соответственно). Как болезненные охарактеризовали свои менструации 4 (4,4%) и 5 (3,6%) женщин соответственно.

Анализ особенности наследственности пациенток и их половых партнеров показал, что в семейном анамнезе 1-й группы было несколько больше случаев невынашивания беременности, чем у женщин 2-й группы, хотя разница не была достоверной.

В 1-й группе пациенток значительно чаще встречался кандидозный вагинит, отмечалась тенденция к увеличению числа случаев бактериального вагиноза, неспецифического вагинита, патологии шейки матки, острого эндометрита, хронического сальпингоофорита. Во 2-й группе значительно чаще наблюдались патология эндометрия, миома матки, опухоли яичников, которые являлись причинами госпитализации больных этой группы. Паравенерические и венерические инфекции в анамнезе отрицали 59 (64,1%) пациенток 1-й группы и 114 (81%) – 2-й.

Медицинские абортс никогда не делали 43,9% (40 и 60 человек соответственно) женщин в обеих группах, у остальных пациенток насчитывалось от 1 до 10 медицинских абортс в анамнезе. Воспалительные послеабортные осложнения (эндометрит, сальпингоофорит) отмечались у 12 (23,5%) женщин 1-й группы и у 19 (24,7%) – 2-й. У пациенток 1-й группы, кроме несостоявшегося выкидыша, имели место 27 (29,4%) случаев самопроизвольных абортс. Количество самопроизвольных абортс колебалось от 1 до 5. Послеабортные осложнения в виде эндометритов, сальпингоофоритов отмечались у 6 (22,2%) пациенток. У 14 (15,2%) женщин данной группы были и повторные

случаи несостоявшегося абортс. У 3 (3,3%) больных в анамнезе были мертворождения.

Таким образом, у женщин, перенесших несостоявшийся аборт, в анамнезе наиболее часто отмечается нарушение менструальной функции, невынашивание беременности, наличие перенесенных венерических и паравенерических инфекций, воспалительных заболеваний матки и ее придатков, патология шейки матки и экстрагенитальная патология. Полученные данные необходимо учитывать при проведении предгравидарной подготовки женщин, ранее перенесших несостоявшийся аборт.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕСОСТОЯВШЕГОСЯ АБОРТА

Фролов А. Л.,
Кулавский В. А.,
Гараева Л. Н.,
Кулавский Е. В.

ИПО БГМУ

ГУЗ «Республиканский перинатальный центр», Башкортостан

МУЗ «Городская клиническая больница № 21» г. Уфы

Несостоявшийся аборт на современном этапе остается актуальной проблемой. Частота данной патологии в структуре репродуктивных потерь составляет 15–20%. На ранних сроках беременности на его долю приходится 45–86,6% всех самопроизвольных абортс. За последние годы в Республике Башкортостан имеется тенденция к росту распространенности данной патологии (среднегодовой прирост составил свыше 7%).

Известно, что существенное влияние на течение беременности оказывают социальные факторы, а также психологическое состояние женщины. Поэтому с целью изучения социальных и психологических аспектов жизни женщин с несостоявшимся абортс была разработана анкета, с помощью которой проведен опрос 260 женщин.

В ходе исследования установлено, что 116 (44,6%) обследованных имели в анамнезе случаи невынашивания беременности и мертворождений, из них несостоявшийся выкидыш был у 92 (35,4%) больных. Эти пациентки составили 1-ю группу. 2-я группа (сравнения) включала 144 женщин, не имевших в анамнезе случаев невынашивания беременности и мертворождений. Группы были идентичны по возрастному составу ($p < 0,05$): средний возраст составил $27,7 \pm 0,8$ и $29,1 \pm 0,8$ года в 1-й и 2-й соответственно.

По имеющимся литературным данным, косвенной причиной патологии беременности может быть уровень образования. Однако это выявить не удалось, так как различия по этому признаку не носили статистически достоверный характер.

Несмотря на то, что у работающих женщин не установлен повышенный риск развития спонтанных абортс, мертворождений и задержки внутриутробного развития, данными литературы доказано, что условия труда могут оказывать определенное влияние на течение беременности. Однако проведенные исследования показали, что статистически достоверного различия по роду занятий у пациенток в двух группах не отмечалось.

На вопрос «Удовлетворены ли Вы своей работой?» положительно ответили 60 (72,3%) пациенток 1-й группы и 73 (56,2%) – 2-й.

Напряженными и конфликтными назвали свои отношения на работе 4 (5,1%) женщины 1-й группы и 4 (3,2%) – 2-й. У остальных пациенток обеих групп отношения в коллективе были хорошими и спокойными.

Установлено, что среди женщин, пользующихся несколькими видами транспорта по пути на работу, преждевременные роды имели место у 22%, при меньшей нагрузке – у 6,3%.

Известно, что на течение и исход беременности влияют нерешенные жилищные проблемы, а проживание в плохих бытовых условиях ведет к снижению общей физиологической реактивности, что нередко сопровождается повышением инфекционной заболеваемости. Проведенные исследования показали, что статистически достоверных различий в жилищных условиях у пациенток обеих групп не было ($p < 0,05$).

Уклад семьи, характер отношений между супругами также оказывают определенное влияние на течение и исход беременности. Обнаружено, что среди преждевременно родивших значительное число женщин находилось в незарегистрированном браке, у разведенных был высоким риск рождения маловесных детей. В ходе анализа семейного положения женщин обеих групп установлено, что 57 (61,9%) пациенток 1-й группы и 66 (50%) 2-й состояли в законном браке, хотя различие не было статистически достоверным. В гражданском браке состояли 29 (31,5%) и 22 (16,7%) женщины соответственно. Одинокими являлись 3 (3,3%) пациентки 1-й группы и 33 (25%) – 2-й.

59 (64,1%) пациенток с неразвивающейся беременностью не имели детей, в группе сравнения этот показатель был несколько ниже и составил 79 (54,8%), хотя различие не носило статистичес-

ки достоверного характера. На вопрос «Хотели бы Вы иметь детей?» утвердительный ответ получен у 89 (96,7%) женщин 1-й группы и лишь у 103 (71,3%) – 2-й.

Уровень дохода семьи 13 (14,1%) пациенток 1-й группы и 49 (35,5%) 2-й оценили как низкий и очень низкий. Таким образом, было установлено, что в 1-й группе существенно больше женщин удовлетворено своим материальным положением.

Большинство пациенток обеих групп (60 (82,2%) – в 1-й и 93 (84,6%) – во 2-й) никогда не сожалели о своем браке, а 56 (66,7%) и 62 (62,6%) соответственно охарактеризовали свои взаимоотношения с мужем как спокойные и доброжелательные. На вопрос «Какими сторонами своей жизни Вы не удовлетворены?» получены ответы, из которых следует, что личной жизнью и материальным положением недовольны лишь 9 (9,8%) и 27 (29,4%) женщин 1-й группы соответственно, в отличие от 2-й группы, где аналогичные показатели составили 29 (20,1%) и 62 (43,1%) соответственно.

Таким образом, наиболее значимым социально-психологическим фактором риска развития несостоявшегося аборта явилась социальная тревога, что необходимо учитывать при подготовке и планировании последующих беременностей.

Особенности течения социально значимых заболеваний у женщин разных возрастных групп

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ У ДЕВУШЕК 15–17 ЛЕТ РАЗНЫХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ

**Бобошко И. Е.,
Жданова Л. А.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Вегетативные расстройства представляют собой комплекс влияния патогенных факторов среды и конституциональных особенностей ребенка. Представляется принципиально важным разделить на составляющие конституциональный и средовой факторы, т. к. доказано наличие нормы конституционального типа. Простое отклонение от популяционной нормы характеристик, получаемых методами функциональной диагностики, не означает истинного нарушения функции той или иной системы организма. Истинным отклонением является лишь то, что не соответствует норме психосоматического конституционального типа, а также возраста и пола ребенка и протекает с выраженной клинической картиной.

Цель исследования – изучить особенности клинических проявлений вегетативной дистонии у девушек 15–17 лет с разными типами психосоматической конституции.

Установление типа психосоматической конституции осуществлялось по тесту Айзенка с использованием шкалы интро-, экстраверсии.

Под наблюдением в условиях клиники ИвГМА находились 125 девушек-подростков 15–17 лет. Все они имели верифицированный диагноз синдрома вегетативной дистонии (перманентное течение). Исследование показало четкую взаимосвязь определенных типов психосоматической конституции с определенными типами вегетативной дисфункции. Так, у подавляющего большинства интровертов выявлялся ваготонический тип ВСД, у экстравертов – симпатикотонический.

У интровертов наблюдались мигреноподобные цефалгии, обусловленные гипокинетическим типом церебральной гемодинамики и застойными цереброваскулярными явлениями. У экстравертов преобладали головные боли при эмоциональном напряжении, связанные с гиперреактивностью сосудистых рецепторов. Особенно яркие различия

при проявлениях отмечались в церебрастеническом синдроме. Для интровертов были характерны общая пассивность, вялость, медлительность в мышлении и движениях, даже при незначительных нервно-психических нагрузках наблюдалась повышенная утомляемость, истощаемость, сниженный фон настроения. У экстравертов картина была принципиально иной. Им свойственны повышенная раздражительность, гиперестезия, готовность к аффективным вспышкам, недостаточная критичность, поверхностный, беспокойный сон, нередко сопровождающийся устрашающими сновидениями. При этом ведущим фоном настроения была капризность, недовольство окружающей обстановкой.

На фоне вегетососудистой дистонии электроэнцефалографическая картина у девушек разных конституциональных типов приобретает свои особенности, определяя различия жалоб и нарушений эмоционально-вегетативного реагирования.

У интровертов наблюдается уплощение альфаритма, повышение бета-активности с возрастанием амплитуды бета-ритма. Такой «плоский» тип электроэнцефалограммы отражает невозможность быстро отвечать на меняющиеся условия (инертность процессов возбуждения), а также церебрастению и объясняет трудности при переключении на иную деятельность. Об инертности процессов в головном мозге свидетельствует и слабый эффект от фотостимуляции. У экстравертов наблюдается появление острых волн в покое и их значительное возрастание при гипервентиляции, гиперсинхронизация альфа-ритма, что отражает повышение возбудимости мозга и объясняет генерализацию процессов возбуждения. Возрастание медленноволновой активности с перемещением ее в передние отделы мозга и дистопия альфа-ритма в теменные отделы отражает признаки доброкачественной внутричерепной гипертензии. У этих детей отмечена слабая реак-

ция на гипервентиляцию, что свидетельствует о слабости парасимпатических влияний. У центровертов отмечено уплощение альфа-ритма с возрастанием его амплитуды, кроме этого – усиление межполушарной асимметрии альфа-ритма, что говорит о дефиците произвольного внимания и сосредоточенности.

Таким образом, характер вегетативной регуляции неотъемлем от психосоматической конституции ребенка. В основе патогенеза нарушений вегетативной регуляции лежит перенапряжение адапционно-компенсаторных механизмов организма, которые у интровертов проходят с избытком ваготонических, а у экстравертов – симпатикотонических влияний.

Характер нарушений здоровья, особенности течения заболеваний напрямую зависят от варианта вегетативного реагирования, и первым доказательством этого являются четкие различия проявлений вегетативной дистонии у детей разных конституциональных типов.

Дополнение возрастных и популяционных норм конституциональными позволяет значительно точнее описывать индивидуальность ребенка, прогнозировать его резистентность к патологическим факторам и разрабатывать оптимальные модели прогноза, лечения и реабилитации различных заболеваний, а так же реализовывать медико-психолого-педагогические программы сопровождения детей с учетом индивидуального оптимума адаптации.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, ЗЛУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

**Ветюгов В. В.,
Худяков А. В.**

ГУЗ НО «Наркологическая больница» (Н. Новгород)

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Изучение особенностей формирования злоупотребления психоактивными веществами у девочек-подростков имеет большую актуальность. Дети больных алкоголизмом родителей составляют группу высокого риска развития не только алкоголизма, но и различных психических заболеваний, психологических и поведенческих проблем (Малыгин В. Л. и соавт., 2004). Особое внимание ученые обращают на наблюдаемую в «аддиктивных» семьях интенсивную психологическую травматизацию, негативно отражающуюся на широких эмоционально-личностных структурах девочек (Дозорцева Е. Г. и др., 2004), что в будущем будет дезинтегрировать их взаимодействие со своим ребенком. По мнению большинства исследователей, депривация со стороны матери играет решающую роль в развитии девиантного поведения детей (Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г., 2002 и др.). Таким образом, употребление психоактивных веществ матерями порождает порочный круг воспроизводства психопатологических отклонений и употребления этих веществ последующими поколениями.

Предметом данного исследования явились особенности функционирования механизмов психологической защиты и условия формирования дезадаптивного стиля защиты у девочек-подростков с аддиктивным поведением и химической

зависимостью. Объектом исследования стала 201 девочка в возрасте от 12 до 18 лет из числа проживающих в Нижегородской области. Согласно «Структурной теории защит Эго» Р. Плутчика (1979), механизмы психологической защиты являются производными эмоций, и недоразвитие одной из базисных эмоций, по мнению В. Г. Каменской (2005), может положить начало патологии поведения, большая роль в которой принадлежит механизмам защиты. Анализ литературы показывает, что выраженность тех или иных механизмов способствует проявлению некоторых психопатологических симптомов и симптомокомплексов. Наиболее дезадаптивными и связанными с аффективной патологией являются такие механизмы, как «замещение» и «регрессия».

В ходе исследования обнаружено, что общим признаком для девочек с аддиктивным поведением и химической зависимостью являются интенсивное функционирование механизмов «регрессии» ($p < 0,001$) и «замещения» ($p < 0,001$) и возбудимые черты личности ($p < 0,001$). Для лиц с данными показателями характерны импульсивность, непредсказуемость, неуправляемость, раздражительность, агрессивность, неадекватность эмоциональных реакций, смена настроения без каких-либо видимых внешних мотивов, отсутствие самоконтроля, не критичность к своему по-

ведению и нетерпимость критики. Наиболее ярко аффективные нарушения проявлялись у девочек с химической зависимостью, что оказалось серьезным препятствием в налаживании долгосрочного контакта, необходимого для продуктивного психотерапевтического лечения. Кроме отмеченных механизмов психологической защиты, характерным признаком этой группы являлась высокая напряженность «вытеснения» ($p < 0,001$) и рост выраженности в защитном поведении к 17–18 годам «проекции» и «реактивного образования».

Анализ образования, динамики и взаимодействия психологических защит у девочек с химической зависимостью показывает, что в результате неблагоприятных условий жизни и неадекватного воспитания вытеснению в сенситивные периоды онтогенеза подвергались не только социально неприемлемые, с точки зрения родителей, черты характера и паттерны поведения ребенка, но и необходимые для развития индивида способности. Как следствие, в стрессовых ситуациях девочка-подросток не может полагаться на свои внутренние резервы, так как они для нее недоступны. Это порождает избегающее или неадекватное ситуации поведение. Потеря контроля над проблемой стимулирует регрессивное, снимающее ответственность, зависимое поведение. В результате психологическое развитие ребенка останавливается и даже оборачивается вспять. Имевшее место в анамнезе жесткое подавление любых форм протеста и агрессии в онтогенезе исключает возможность конструктивного ее использования. Весь гнев и агрессия, контролируемые «замещением», направляются не на исправле-

ние существующего положения, а на более слабый объект, которым все чаще становится сама девочка. Практически каждый адаптационный акт для нее становится неуспешным, самоуничтожающим и снижающим самооценку, что требует еще более активного использования «вытеснения». Интенсивно функционирующая «проекция» приписывает вытесненные недостатки, слабости, чувства, желания и страхи окружающим, а «реактивное образование» создает иллюзию обладания противоположными вытесненным качествами. В результате у девочки формируются сверхценные идеализированные представления о себе, которые активно оберегаются полным отрицанием противоречащей этим представлениям информации или различными оправдывающими рационализациями. Указанная структура стилиза защиты девочек с химической зависимостью блокирует осознание своей болезни, однако позволяет безошибочно идентифицировать ее у других.

Таким образом, адаптационную систему подростка с химической зависимостью можно сравнить со средневековой крепостью, попасть в которую можно только с помощью терпеливой осады или военной хитрости. Простое информирование с целью переучивания или рациональная психотерапия неэффективны, поскольку могут восприниматься как нападение и вызвать еще большее сопротивление в виде обострения аффективной патологии. Как показало наше исследование, наиболее эффективными для этой цели являются психотерапевтические техники, направленные на стабилизацию эмоционального фона.

НЕЙРОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ

**Епифанова О. С.,
Бобошко И. Е.,
Новиков А. Е.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Проблема вегетативной дистонии у подростков приобретает все большую значимость не только вследствие ее высокой распространенности, но и в связи с существенным вкладом данной патологии в нарушения биологической и социальной адаптации. Более чем у 80% девушек с синдромом вегетативной дистонии (СВД) отмечается неврологическая симптоматика, требующая проведения как оздоровительных, так и коррекционных мероприятий.

Цель работы – выявить различия неврологических нарушений у девочек 14–18 лет разных конституциональных типов, у которых диагностирован СВД.

Проведено обследование 100 девочек 14–18 лет с СВД, разделенных по типу направленности психической активности (тест Айзенка) на экстра-, интро- и центровертов. Исследовались психофизиологические особенности: личностные, характерологические свойства, эмоциональные

реакции; тип электроэнцефалограммы, характер церебральной гемодинамики (по данным ультразвуковой доплерографии). Распределение по типам выглядело следующим образом: более половины обследованных (55%) составили центроверты, 17% – интроверты и 28% – экстраверты.

Установлено, что СВД у девушек с разными типами психосоматической конституции сочетается с разными неврологическими отклонениями, особенно яркие различия выявлены между интро- и экстравертами.

Так, обнаружены четкие различия в перинатальном анамнезе: у интровертов достоверно чаще встречался токсикоз I триместра беременности – более чем в 60% случаев; угроза прерывания, гинекологические заболевания матери, пособия в родах, хроническая внутриутробная гипоксия плода – у трети обследованных; соматические заболевания матери и наличие анемии – у четверти. У половины экстравертов в анамнезе выявлялись медицинские аборт и угроза прерывания беременности; нефропатия, ОРВИ, профессиональные вредности, кесарево сечение имели место в 25% случаев.

В раннем возрасте у интровертов чаще отмечалось наличие синдрома вегетативно-висцеральных дисфункций (в 70% случаев), у половины имел место синдром двигательных нарушений. У большинства экстравертов преобладал гипертензивно-гидроцефальный синдром.

На момент обследования у 70% интровертов с СВД в структуре жалоб преобладали метеозависимость, головокружения и трудности при засыпании; а также отмечалась плохая переносимость транспорта, упадок настроения, повышенная тревожность и утомляемость. У половины интровертов были выявлены мигренозные цефалгии, повышенная сонливость, склонность к уединению, плаксивость. У экстравертов в 50% случаев имели место головные боли напряжения, у 25,3% – непереносимость жары и духоты, дистальный гипергидроз, сердцебиение, колебания АД, тошнота, атонические запоры, гневливость, несдержанность.

При неврологическом обследовании у 50% интровертов наблюдались нистагм и асимметрия носогубных складок, у 20% – недоведение глазных яблок кнаружи, легкая девиация языка, высокие глубокие рефлексy. Неустойчивость в позе Ромберга встречалась в 11,8% случаев. У половины экстравертов отмечалось снижение фотореакций. Ослабление конвергенции и мышечная гипотония имели место в 30% случаев.

Для оценки состояния высших уровней психического регулирования оценена биоэлектрическая

активность головного мозга. У девушек-интровертов показатель «частота» соответствовал максимальным значениям, α -ритм был долгодлительным, с малой амплитудой, «монотонный» с выраженной десинхронизацией. Им был свойственен низкий ответ на фотостимуляцию, замедление ритма после гипервентиляции, «плоский» тип электроэнцефалограммы, высокий удельный вес β -активности. У экстравертов, напротив, α -ритм был минимален по частоте и максимален по амплитуде, отмечалась его гиперсинхронизация со склонностью к формированию вспышек, высоких острых волн и дисритмии, эффект от фотостимуляции был выраженный, а ответ на гипервентиляцию – низкий.

Состояние мозговой гемодинамики интровертов характеризовалось снижением скорости кровотока, венозной дисгемией, вертеброгенными воздействиями ирритативного характера, высоким индексом вазоконстрикции. У экстравертов, напротив, отмечались повышенные скорости кровотока, компрессионные вертеброгенные воздействия, низкий индекс вазодилатации.

Исследование характерологических данных и состояния эмоциональной сферы выявило у интровертов самые высокие показатели дисциплины и самые низкие значения импульсивности, активности и работоспособности. Они были достоверно тревожнее и педантичнее экстравертов, имели склонность к «пережевыванию» подробностей, чрезмерной аккуратности. Экстраверты, напротив, имели наибольшие значения импульсивности, активности и работоспособности и наименьшие – дисциплинированности. Они демонстрировали выраженное стремление быть в центре внимания и добиваться своей цели любой ценой (слезы, обмороки, скандалы, болезни, хвастовство, необычные увлечения, ложь). Центроверты имели средние значения по всем свойствам характера и обнаруживали наибольшие значения циклотимичности и эмотивности, т. е. демонстрировали приподнятое настроение в ситуациях, где интроверты тревожились, а экстраверты раздражались.

Таким образом, 80% девушек с СВД имеют не только неврологические жалобы, но и психофизиологические и гемодинамические нарушения. Характер гемодинамики и психофизиологические показатели четко различаются у подростков с разными типами психосоматической конституции. Эти различия должны учитываться при составлении медико-социальных рекомендаций по сопровождению детей в учреждениях образования и здравоохранения, что позволит существенно повысить эффективность реабилитационных программ для подростков с СВД.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН – ПЕДАГОГОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

Жданова Л. А.,
Бобошко И. Е.,
Ширстов Д. А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Активное формирование здоровья учителей должно основываться на этапной межведомственной системе прогностического слежения, включающей прогнозирование развития психосоматических отклонений с использованием принципов семейной диспансеризации, разработку современных профилактических технологий и организационных принципов мониторинга здоровья.

Целью настоящей работы стало изучение состояния здоровья женщин – учителей общеобразовательных школ и разработать комплексные оздоровительные программы для профилактики и коррекции отклонений в эмоциональной и вегетативной сферах.

Исследование проводилось на базе клиники ИвГМА. Обследовано 76 женщин – педагогов общеобразовательных школ. Возраст учителей колебался от 23 до 60 лет, 83,3% составили женщины моложе 40 лет. Замужем – 72%, не вступивших в брак – 18%.

По результатам амбулаторного обследования картина соматической патологии выглядела следующим образом: терапевтическая патология была выявлена у 86% женщин, неврологическая – у 77%, сочетанная – у 71%, остеохондроз позвоночника – у 100%. Более 60% учителей нуждались в лечении у стоматолога. Распространенность патологии ЛОР-органов составила 35%, гинекологической – 23%. Отклонения в вегетативной регуляции наблюдались более чем в 70% случаев. В 55% проявления шейного остеохондроза (в стадии обострения) сочетались с нарушениями мозгового кровообращения. Невротические расстройства имели место у 36% обследованных, синдром вегетативной дистонии – у 76%, гипертоническая болезнь II ст. – у 20%, железодефицитная анемия – у 7%, эндокринная патология – у 8%.

Исследование центральной гемодинамики в 98% случаев выявило гиперкинетический тип регуляции. У всех женщин-педагогов с обострением шейного остеохондроза отмечалось периферического сосудистого сопротивления, повышение тонуса крупных артерий, снижение эластичности сосудов, затруднение венозного оттока во всех бассейнах. У больных с гипертонической болезнью I–II ст. венозный отток нарушен не был.

Многопрофильный анализ межличностных отношений женщин показал, что небιологические патогенные факторы, влияющие на формирование патологии, можно условно разделить на три группы. Первая – это культуральные факторы: более чем в 70% случаев женщины отмечали неудовлетворенность своей ролью в семье (авторитарная позиция мужа, гипоопека со стороны членов семьи, конфликты с членами семьи и т. п.) и обществе (боязнь резких социальных перемен, отсутствие чувства защищенности, снижение престижности профессии, изменения взглядов в обществе на ценность педагогического труда). Вторую составили социальные факторы: уровень материального достатка и субъективное отношение к стабильности в социальной перспективе семьи. К третьей группе отнесены факторы микросоциального порядка – межличностные отношения в семье: недостаточное уважение взглядов женщины членами семьи, занижение оценки их личных качеств, низкий уровень эмпатии, низкий культурно-образовательный и социальный статус мужа.

Разрабатывая индивидуальный план лечебно-реабилитационных мероприятий, мы учитывали, что эмоциональная сфера выступает в роли индикатора как дезадаптации, так и восстановления функций. Не найдя причин эмоционального напряжения, которые обычно лежат в области межличностных отношений, невозможно добиться полного восстановления адаптационных возможностей индивида, предупредить развитие невротических и психосоматических заболеваний, а вегетативные расстройства являются облигатными.

В результате комплексного лечения у педагогов достигнуто значительное улучшение состояния (подтвержденное повторными осмотрами специалистов, данными функциональных, лабораторных исследований), а также значительное и достоверное снижение уровня невротизации и тревоги.

Особую значимость приобретает изучение структуры отклонений в состоянии здоровья учителей, поскольку они являются для своих учеников одной из ведущих референтных групп и напрямую влияют на состояние их психосоматического здоровья.

Одним из значимых результатов комплексной реабилитации педагогов явилось улучшение их взаимоотношений с учениками. Опрос школьников показал, что стабильное эмоциональное состояние учителя, его уважительное отноше-

ние и отсутствие авторитарности существенно гармонизируют межличностное взаимодействие и позитивно влияют не только на дисциплину и успеваемость, но и на самочувствие и работоспособность каждого ученика.

ВЛИЯНИЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

**Керимкулова Н. В.,
Никифорова Н. В.,
Волкова А. И.,
Манушина А. О.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

В последние годы недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) рассматривается как один из факторов риска развития осложнений беременности и родов, что не может не отразиться на состоянии новорожденных.

Цель исследования – изучить особенности течения раннего неонатального периода у доношенных детей, рожденных от матерей, которые страдают НДСТ.

Основную группу составили 46 детей, рожденных от матерей с внешними и висцеральными маркерами НДСТ, контрольную группу – 44 ребенка, матери которых не имели признаков НДСТ. Исследование проводилось на базе МУЗ «Родильный дом № 4», учитывались жалобы, данные анамнеза, физикального и лабораторного исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, определение уровня лактата в крови). Математическая обработка проводилась при помощи пакета прикладных программ Windows Excel.

У женщин с НДСТ достоверное чаще отмечалось осложненное течение беременности и родов, по сравнению с пациентками без признаков НДСТ (100 и 67% соответственно, $p < 0,05$). У беременных основной группы чаще встречались угроза невынашивания (86%) и недонашивания (50%), случаи сочетанных гестозов (71%), плацентарная недостаточность и хроническая внутриутробная гипоксия плода (86%), внутриутробная инфекция (21%), быстрые роды (7%), разрывы промежности (36%), несвоевременное излитие вод (54%), дискоординация родовой деятельности (11%), гипотоническое кровотечение (14%).

Дети, рожденные от матерей с НДСТ, имели более низкую оценку по шкале Апгар на 1-й минуте ($7,34 \pm 0,2$ балла), чем дети контрольной группы ($7,64 \pm 0,16$ балла), и на 5-й минуте после рождения ($7,5 \pm 0,1$ и $8,5 \pm 0,1$ балла соответственно, $p < 0,05$). У 78,1% новорожденных основной группы состояние при рождении было расценено как удовлетворительное, у 17,6% – средней тяжести и у 4,3% – как тяжелое. Тяжесть состояния была обусловлена задержкой внутриутробного развития, дыхательной недостаточностью, недостаточностью кровообращения, гипоксическим поражением ЦНС. В основной группе у 21,7% детей выявлен кожный геморрагический синдром, у 26,1% – синдром желтухи, у 13% – отечный синдром, а в контрольной – у 13, 13 и 4,3% соответственно. В основной группе в 13% случаев имел место синдром задержки внутриутробного развития, в контрольной группе – в 4,3%. Кроме того, в основной группе были диагностированы: гипотермия – у 8,7% новорожденных, синдром угнетения – у 4,3%. В контрольной группе данные заболевания не встречались.

Повышение уровня лактата в основной группе встречалось у 39,1% детей, в контрольной – у 26,1%. В основной группе было 17,4% новорожденных с установочной кривошеей, 13% – с дисплазией тазобедренных суставов. В контрольной группе в 4,3% случаев диагностирована установочная кривошея.

В основной группе повышение уровня стигматизации выявлено у 26,1% детей, в контрольной – у 13%, причем как в первой, так и во второй группах преобладали такие стигмы дизэмбриогенеза, как гипертелоризм сосков, низкое стояние пупочного

кольца, деформации ушной раковины. 17,6% детей, рожденных от женщин с НДСТ, потребовалось лечение в палате интенсивной терапии по поводу церебральной ишемии, конъюгационной желтухи.

Таким образом, наличие НДСТ у матерей является фактором риска развития осложнений у детей

в раннем неонатальном периоде, таких как гипоксия, поражение центральной нервной системы, синдром задержки внутриутробного развития, синдром желтухи. Дети, рожденные от женщин с НДСТ, требуют наблюдения начиная с неонатального периода.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АКТИВНЫЙ РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПЕРИОД

**Кондусова Ю. В.,
Крючкова А. В.,
Пятницина С. И.**

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Репродуктивное здоровье женщины закладывается еще во время внутриутробного развития и продолжает формироваться в постнатальный период. Наиболее интенсивно процесс формирования репродуктивной системы происходит в подростковый период, поэтому крайне важно оценивать состояние здоровья подростков и выявлять факторы, которые могут привести к неблагоприятным последствиям. В последнее время все большее внимание уделяется дисплазии соединительной ткани (ДСТ) как фоновому состоянию. ДСТ – врожденный дефект мезинхимального матрикса организма с прогрессивным течением, который служит основой для формирования разнообразных клинико-функциональных нарушений и проявляется внешними фенотипическими признаками в сочетании с клинически значимой дисфункцией одного или нескольких внутренних органов. Наиболее характерные фенотипические проявления ДСТ со стороны репродуктивной системы у женщин: аномалии развития и расположения половых органов, невынашивание беременности, нарушение менструального цикла, различные формы бесплодия.

Цель исследования – выявить ДСТ у девочек подросткового возраста и спрогнозировать возможные последствия ее влияния на репродуктивное здоровье.

Исследование проводилось в 2009–2010 годах на базе Детской клинической больницы ВГМА им. Н. Н. Бурденко, Областной детской клинической больницы № 1, Городской детской клинической больницы № 1 г. Воронежа. В исследовании приняли участие 69 девочек в возрасте 13–17 лет. Дети были разделены на 2 группы в зависимости

от наличия признаков ДСТ. I группу составили 39 девочек с признаками ДСТ, II группу – 30 девочек без признаков ДСТ.

В процессе проведения исследования были использованы: клинико-anamnestический, общеклинические методы, физикальное исследование, оценка исходного вегетативного тонуса, осмотр специалистов, функциональные методы, по показаниям – УЗИ внутренних органов, фиброэзофагогастродуоденоскопия. Для выявления недифференцированной ДСТ применялись критерии Э. В. Земцовского и таблица скрининг-диагностики ДСТ О. М. Герасимовой и соавт.

Анализ структуры сопутствующих заболеваний показал, что у детей с ДСТ достоверно чаще выявлялась соматическая патология ($p < 0,05$), причем первое место занимала патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз – у 46,9%, нарушение осанки – у 73,5%, плоскостопие – у 31,9%, деформация грудной клетки – у 22,1%), второе место – патология нервной системы (дисрегуляция вегетативной нервной системы – у 31,9%, астеноневротический синдром – у 9,8%), третье место – патология желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит – у 19,5%, дискинезия желчевыводящих путей – у 12,4%, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – у 9,8%). Возможно, увеличение частоты заболеваний внутренних органов связано с различными изменениями их строения из-за ДСТ, которые являются благоприятным фоном для развития патологического процесса.

Внешний осмотр показал, что большинство стигм ДСТ (плоскостопие, сколиоз, ГМС, арахнодактилия, деформация грудной клетки, аномалии

строения ушной раковины, прикуса, неправильный рост зубов, голубые склеры, бледность и гиперрастяжимость кожи, слабость мышц живота, грыжи) достоверно чаще ($p < 0,03$) встречались у детей основной группы, чем у девочек из группы сравнения.

При анализе данных ЭКГ замечено, что нарушения ритма, проводимости, процессов реполяризации достоверно чаще ($p < 0,001$) наблюдались у детей I группы, в то время как у девочек II группы в большей степени выявлялся нормальный тип ЭКГ.

По результатам анкетирования при изучении состояния вегетативного гомеостаза у детей I группы в большинстве случаев ($p < 0,001$) установлен смешанный тип исходного вегетативного тонуса (ИВТ) – 67,2%, в то время как во II группе пациентов преобладала эйтония (54,3%).

У девочек I группы достоверно чаще ($p < 0,05$) выявлялись: нарушение менструального цикла (34,3%), ювенильные кровотечения, нарушение

полового развития (6,8%), аномалии развития гениталий (0,95%), воспалительные заболевания гениталий (15,1%).

Таким образом, у детей с проявлениями дисплазии соединительной ткани достоверно чаще встречаются сопутствующие соматические заболевания и стигмы дизэмбриогенеза, что может стать отягощающим фактором при беременности в будущем.

Вегетативный статус девочек I группы характеризуется наличием смешанного типа исходного вегетативного тонуса (67,2%), что может быть благоприятным фоном для развития дисрегуляции вегетативной нервной системы по смешанному типу.

Наличие различного рода отклонений со стороны органов репродуктивной системы достоверно чаще выявлялось у девочек с признаками ДСТ, что может служить благоприятным фоном для развития осложнений беременности в активный репродуктивный период.

СОЦИАЛЬНЫЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ЖЕНЩИН КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

**Корецкая Н. М.,
Шогжал И. С.**

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Минздравсоцразвития России

Одну из наибольших опасностей для женщин представляет такое социально значимое заболевание, как туберкулез. За годы эпидемиологического неблагополучия в Красноярском крае значительно выросла их заболеваемость туберкулезом органов дыхания (ТОД), соотношение заболевших женщин и мужчин в 2009 году составило 1 : 1,8, что превышает показатели по России.

Цель исследования – проанализировать показатели впервые выявленного ТОД у женщин; факторы, способствующие его развитию, структуру клинических форм и эпидемиологическую опасность заболевших.

Возраст, доля фиброзно-кавернозного туберкулеза в структуре заболеваемости и массивных бактериовыделителей (по результатам микроскопии мазка) изучены по форме № 8 у 833 заболевших ТОД женщин в 2009 году. Социальные, медико-биологические и эпидемиологические факторы

риска, способствующие развитию заболевания, структура клинических форм ТОД, характеристика процесса, особенности его выявления и приверженность лечению проанализированы по историям болезни 195 пациенток, лечившихся стационарно в Красноярском краевом противотуберкулезном диспансере № 1.

Возраст заболевших в 2009 г. составил: 18–24 года – 16,4%, 25–34 года – 34,7%, 35–44 года – 19,8%, 45–54 года – 15,0%, 55–64 года – 8,3%, 65 лет и старше – 5,8%, т. е. преобладали женщины фертильного возраста. Фиброзно-кавернозный туберкулез был выявлен в 2,3% случаев. Бактериовыделение методом бактериоскопии было установлено у 28,3% обследованных, т. е. почти каждая третья заболевшая являлась массивным бактериовыделителем и представляла высокую эпидемическую опасность для окружающих.

Среди 195 больных, пролеченных в стационаре, 58,5% являлись сельскими жителями; средний

возраст заболевших составил $36,5 \pm 1,0$ года. По социальному статусу преобладало неорганизованное население (65,1%), среди которого наибольшая доля представлена неработающими лицами трудоспособного возраста (41,5%); значительно меньше было пенсионеров, инвалидов (по 9,2%) и женщин, находившихся в декретном отпуске (5,2%). Среди организованного населения 14,9% составили служащие; несколько ниже удельный вес лиц рабочих профессий (12,8%), студентов и учащихся (7,2%). Обращает на себя внимание относительно высокий образовательный уровень заболевших: высшее образование имели 7,7%, незаконченное высшее – 2,1%, среднее и средне-специальное – 80,5%; лишь у 9,7% образование было незаконченным средним или начальным.

Значительно распространены были вредные привычки: курили – 62,6%, злоупотребляли алкоголем – 7,7%, употребляли наркотики – 2,1%.

В благоустроенных квартирах проживала 1/3, лишь 3,1% – в общежитиях; 53,3% – не имели семьи.

Высока значимость экзогенной суперинфекции в развитии ТОД у женщин в современных условиях: контакт с больными туберкулезом в анамнезе имели 55,9% (семейный – 41,5%, бытовой – 7,2%, профессиональный – 6,2%, в пенитенциарных учреждениях – 1,0%). Заболевания группы риска имели место у 31,9% (ХНЗЛ – у 18,5%, сахарный диабет – у 4,1%, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – у 3,1%, ВИЧ – у 4,1%). Более 1/2 женщин (54,7%) имели гинекологические заболевания; 5,6% – сифилис, 5,1% – трихомониаз. Наличие заболеваний, передаваемых половым путем, у 14,8%, наряду с распространенностью вредных привычек, отсутствием семьи и работы, у каждой второй свидетельствует об их социальной дезадаптации.

При проверочном флюорографическом обследовании туберкулез был выявлен у 66,7%, из которых 23,1% при имеющейся симптоматике за медицинской помощью не обращались. Каждая четвертая не проходила флюорографическое обследование в течение более чем 3 лет до момента установления диагноза ТОД, а 16,4% – свыше 2 лет, т. е. более 1/2 заболевших характеризовались низкой санитарной грамотностью и невнимательным отношением к своему здоровью.

Нарушение регулярности прохождения флюорографического обследования, несвоевременное обращение за медицинской помощью в сочетании с распространенностью вредных привычек, сопутствующих заболеваний, воздействием негативных социальных и эпидемиологических факторов объясняет неблагоприятную структуру клинических форм ТОД и их характеристику: диссеминированный туберкулез – у 28,2%, инфильтративный – у 47,7%, казеозная пневмония – у 4,1%, фиброзно-кавернозный – у 1,0%; очаговый – у 8,7%. Туберкулема, первичный туберкулезный комплекс, экссудативный плеврит наблюдались в 2,6; 1,0 и 6,7% случаев. Сочетание ТОД с внелегочной локализацией имелось у 2,4%. В 51,1% наблюдались распространенные (доля и более) процессы, что отразилось на частоте деструкции и бактериовыделения (47,8%). В 42,2% выделенные микобактерии имели первичную лекарственную резистентность (моно – 12,1%, поли – 14,4%, множественную – 15,7%), что еще раз подтверждает решающее значение экзогенной суперинфекции в развитии заболевания и высокую эпидемиологическую опасность заболевших. Сроки госпитализации составили: до 1 месяца – 6,2%, 1–2 – 11,8%, 2–3 – 15,9%, 3–6 – 52,3%, более 6 – 13,8%. Причинами досрочной выписки в 32,3% случаев явился самовольный уход и отказ от лечения, в 11,8% – нарушение режима (употребление алкоголя, аморальное поведение), что свидетельствует не только о низкой санитарной грамотности заболевших, но и об асоциальном образе жизни каждой десятой.

Таким образом, ТОД развивается преимущественно у женщин детородного возраста. В его развитии решающее значение имеет экзогенная суперинфекция и факторы, ослабляющие реактивность организма, главными из которых являются высокая распространенность вредных привычек, сопутствующих заболеваний группы риска, социальная дезадаптация. Структура клинических форм характеризуется высокой долей диссеминированного туберкулеза и низкой – очагового, преобладанием распространенных поражений с наличием деструкции и бактериовыделения у каждой второй женщины. Обращает на себя внимание и низкая санитарная грамотность заболевших.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ, КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Новожилова И. Ю.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Общепризнано, что раннее выявление метаболического синдрома (МС) и изменение образа жизни могут замедлить его прогрессирование в молодом возрасте и предотвратить развитие сердечно-сосудистой патологии.

Цель исследования – определить частоту встречаемости, клинико-лабораторные различия проявлений МС у девочек подросткового возраста с различными видами ожирения.

Обследовано 40 девочек в возрасте 14–17 лет, с жалобами на избыточный вес и повышение артериального давления. План обследования включал определение тех показателей, на основании которых можно диагностировать метаболический синдром у детей и подростков (IDF, 2007): измерение окружности талии (ОТ), исследование липидного спектра, проведение теста на толерантность к глюкозе, суточного мониторирования артериального давления (СМАД). Кроме того, вычислялись индекс массы тела (ИМТ) и процент избытка массы.

У половины обследованных диагностировано экзогенно-конституциональное ожирение, осложненное гипоталамическим синдромом. Избыточный вес у них регистрировался уже с дошкольного возраста, нарастал постепенно, вступление в пубертат сопровождалось прибавкой в весе на 7–10 кг в год.

Две трети девочек имели ожирение второй степени (избыток веса в среднем составил $33,4 \pm 5,4\%$), еще треть – ожирение третьей степени (избыток веса в среднем – $55,3 \pm 3,2\%$). ИМТ менее 30 кг/м^2 , который отражает низкий риск сердечно-сосудистой патологии, отмечался у 27% девочек, 41% имели ИМТ от 30 до $34,9 \text{ кг/м}^2$, т. е. риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у них был средним; у 32% ИМТ составил 35 кг/м^2 и более, что свидетельствует о высокой степени риска развития сердечно-сосудистой патологии. У большинства зафиксирован абдоминальный тип ожирения, ОТ в среднем составила $94,05 \pm 1,62 \text{ см}$. Только две девочки имели гиноидный тип ожирения.

У половины обследованных этой группы регистрировалось нормальное АД, у 27% имела место

лабильная артериальная гипертензия (ЛАГ), у 23% диагностирована стабильная артериальная гипертензия I ст. (СТАГ). У пациенток с нормальным уровнем АД ИМТ был достоверно ($p < 0,05$) меньше ($30,8 \pm 0,9 \text{ кг/м}^2$), чем у больных с ЛАГ и СТАГ, у которых ИМТ составил $33,7 \pm 0,9 \text{ кг/м}^2$. Жалобы на повышение АД у лиц с ЛАГ регистрировались на протяжении 1–2 лет со СТАГ – более 2 лет. У пациенток со СТАГ достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у пациентов с ЛАГ, были среднее, дневное и ночное САД, индекс дневного и ночного времени САД.

Нарушения липидного обмена выявлены у трех девочек (14%), при этом у них установлен IV тип гиперлипидемии, характеризующийся в первую очередь гипертриглицеридемией. У двух из них имело место нарушение толерантности к глюкозе, все они страдали артериальной гипертензией.

Таким образом, у трех девочек (14%) из группы с экзогенно-конституциональным ожирением имел место МС.

У другой половины обследованных ожирение появилось только в подростковом возрасте и характеризовалось стремительным набором веса (на 10–15 кг в год).

Вес пациенток этой группы был ниже, чем в группе с экзогенно-конституциональным ожирением, и соответствовал второй степени, в среднем избыток массы у них составил $32,9 \pm 2,7\%$. Треть пациенток имела ИМТ ниже 30 кг/м^2 , а остальные – $30–34,9 \text{ кг/м}^2$, что свидетельствует о среднем риске развития сердечно-сосудистых заболеваний. В этой группе гиноидный тип отложения подкожно-жировой клетчатки встречался в 35% случаев, в остальных зафиксирован абдоминальный тип ожирения, ОТ в среднем составила $91,9 \pm 4,1 \text{ см}$.

Нормальное артериальное давление регистрировалось у большинства девушек (71%), но треть пациенток, как и в первой группе, имели ЛАГ. Больных со СТАГ в этой группе не выявлено. Давность повышенного АД составляла около полугода. Показатели СМАД у пациенток с ЛАГ при экзогенно-конституциональном ожирении и пубертатно-юношеском диспитуитаризме были одинаковы.

Также были сходны нарушения липидного и углеводного обменов. У двух девочек (12%) выявлена гипертриглицеридемия, еще у двух была нарушена толерантность к глюкозе, у всех диагностирована ЛАГ.

Таким образом, МС верифицирован у четырех девочек с пубертатно-юношеским диспитуитаризмом.

При сравнении клинико-лабораторных показателей у пациенток с МС из обеих групп, несмотря на разную давность заболевания, было выявлено много общего: средний возраст, избыток массы тела, окружность талии, наличие гипертриглицеридемии; нарушение толерантности к

глюкозе только при наличии нарушений липидного обмена. Артериальная гипертензия также регистрировалась у всех, только в группе с экзогенно-конституциональным ожирением она была продолжительнее по времени и носила стабильный характер.

Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте формирования МС у девочек подросткового возраста вне зависимости от формы ожирения. У девочек с пубертатно-юношеским диспитуитаризмом развитие МС отмечается через меньший промежуток времени от момента манифестации ожирения.

ТУБЕРКУЛЕЗ У ЖЕНЩИН КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Облогина Л. И.,
Чеботарева Т. В.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Несмотря на постепенно улучшающиеся эпидемиологические показатели (заболеваемость, смертность), ситуацию по туберкулезу в области нельзя рассматривать как благополучную. Об этом свидетельствует возрастной диапазон заболевших туберкулезом и соотношение среди них лиц женского и мужского пола. По существующим законам эпидемиологии, снижение распространенности туберкулеза сопровождается увеличением разницы между уровнем заболеваемости у женщин и мужчин, нарастание – сохранением и даже уменьшением. При благополучной ситуации соотношение составляет 1 : 4.

Цель исследования заключается в анализе эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Ивановской области.

Согласно статистическим данным, в 2010 году в Ивановской области зарегистрирован 391 человек в возрасте от 18 до 65 лет с впервые диагностированным туберкулезом. Женщин среди них было 135, мужчин – 256, следовательно, соотношение среди заболевших лиц женского и мужского пола составило 1 : 1,8.

Более высокую заболеваемость туберкулезом среди мужчин связывают с генетической предрасположенностью и социальными факторами. Женщины

не только имеют более низкую генетическую предрасположенность, но они и более внимательны к своему здоровью, чаще своевременно обращаются к врачу при появлении отклонений в состоянии здоровья, среди них меньше социально дезадаптированных лиц, ведущих беспорядочный образ жизни, курящих, употребляющих наркотики и алкоголь.

Анализ социальных факторов у жительниц Ивановской области с впервые выявленным туберкулезом показал, что 94 (69,6%) находились в фертильном возрасте, 103 (77,0%) проживали в городе, 32 (23%) – в сельской местности, большинство были работающими. Вместе с тем, у 8 женщин (5,9%) туберкулез был диагностирован в период их нахождения в местах лишения свободы, у 1 (0,7%) – посмертно.

Заболевание туберкулезом, как правило, вызывает личностные изменения. Среди анализируемого контингента женщин наиболее часто отмечались сенситивное и тревожно-сенситивное отношение к болезни. Это в ряде случаев приводило к самоизоляции, неблагоприятно отражалось на семейных отношениях, взаимоотношениях с окружающими.

Одним из обстоятельств, которое необходимо учитывать в работе с заболевшими туберкулезом

женщинами, является проблема материнства. На период лечения туберкулеза рекомендуется воздержание от беременности или ее прерывание, однако нередко женщины не соглашались с доводами специалиста. В 2010 году от матерей с туберкулезом в области родилось четверо детей. У всех родильниц имел место инфильтративный туберкулез, причем у одной из них он развился в послеродовом периоде, а у другой, ВИЧ-инфицированной, имелась множественная лекарственная устойчивость к противотуберкулезным препаратам. Этим больным назначалась противотуберкулезная терапия, которую они проходили в стационарных условиях и которая была продолжена в послеродовом периоде. Все родившиеся дети были здоровы и вакцинированы БЦЖ в роддоме.

У 90,4% заболевших туберкулезом женщин выявлены легочные формы, при этом более чем у

половины из них – инфильтративный туберкулез легких в фазе распада и обсеменения. Такие женщины представляют серьезную опасность для детей. Из 6 детей, зарегистрированных в 2010 году как находившиеся в контакте с заболевшими первичным туберкулезом, у половины имел место материнский контакт.

Таким образом, значительная доля лиц женского пола среди заболевших туберкулезом в 2010 году отражает напряженность эпидемиологической ситуации в Ивановской области, а преимущественная заболеваемость женщин в репродуктивном возрасте свидетельствует о массивности эндогенного резервуара инфекции. Все это требует совершенствования мер по профилактике и своевременному выявлению данного социально-значимого инфекционного заболевания с активным участием учреждений первичной медико-санитарной службы.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С СОСТОЯНИЕМ ПАМЯТИ И УРОВНЕМ СТРЕССА У ДЕВУШЕК, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Фокина Е. А.,
Гришина Т. Р.,
Шиляев Р. Р.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

В развитии многих заболеваний, в том числе и артериальной гипертензии (АГ), важную роль играют нарушения элементного гомеостаза. В ряде экспериментальных исследований установлено, что натрий обеспечивает повышение артериального давления (АД) за счёт увеличения объёма внеклеточной жидкости, повышения активности РААС, активации выделения натрийуретического фактора, увеличения выделения норадреналина, изменения толщины и жесткости сосудистой стенки.

Значимость дефицита магния при АГ связана со снижением активности магниевых $\text{Na}^+\text{-K}^+$ и $\text{Na}^+\text{-Ca}^{2+}\text{-АТФ-аз}$, имеющих ключевое значение в регуляции распределения электролитов, поддержании тонуса и реактивности сосудов.

Медь может опосредованно влиять на АД, модифицируя липидный обмен и антиоксидантную систему. Свинец и медь – антагонисты элементов антигипертензивного действия.

В литературе существуют данные о нарушении мнестической функции при АГ как у взрослых, так и у детей. Известно, что одним из пусковых факторов АГ является стресс, при этом любое заболевание можно рассматривать как стрессовый фактор для организма. Элементный статус также может влиять на стрессоустойчивость организма и показатели мнестической функции. Многие макро- и микроэлементы (в частности, магний, свинец) участвуют в нейрометаболических процессах и воздействуют на функции ЦНС, прежде всего за счёт регуляции выделения и рецепции нейромедиаторов, влияя на целостность нейрональных мембран. Поэтому большой интерес представляет вопрос об особенностях элементного гомеостаза и его взаимосвязи с состоянием памяти и уровнем стресса у девушек, страдающих АГ.

Целью исследования явилась оценка состояния элементного гомеостаза у девушек с АГ в сравне-

нии со здоровыми школьницами и изучение взаимосвязи его с показателями памяти и уровнем стресса.

Обследовано 20 девочек 13–15 лет с АГ. Контрольную группу составили 20 школьниц того же возраста I–II группы здоровья. Элементный анализ биосубстратов (волос) проводился методом атомной эмиссионной спектроскопии с индукционно-связанной аргонной плазмой (методика Г. Г. Онищенко и Н. В. Шестопалова (1999); Р. Т. Тогузова и А. Ю. Волкова (2007)). Уровень стресса определялся по методике ИДИКС (Леонова А. Б., 2007). Тестирование состояния памяти выполнялось по программе ДИАКОР (Микадзе Ю. В., Корсакова Н. К., 1994). Для статистической обработки материала использована программа Statistica 6.0.

У девушек с АГ в сравнении с контролем было достоверно выше среднее содержание натрия ($1057,71 \pm 18,4$ и $1007,09 \pm 25,92$ мкг/г соответственно, $p < 0,05$); меди ($17,39 \pm 0,87$ и $13,34 \pm 0,88$ мкг/г, $p < 0,05$) и свинца ($1,6 \pm 0,05$ и $1,38 \pm 0,04$ мкг/г, $p < 0,05$), а также достоверно ниже уровень магния ($36,88 \pm 2,14$ и $48,64 \pm 2,7$ мкг/г, $p < 0,05$). Анализ индивидуальных элементограмм и сравнение распределения девушек по обеспеченности макро- и микроэлементами (критерий χ^2) подтверждает выше обозначенные особенности элементного статуса при АГ. Среди девушек с АГ в сравнении с контролем было достоверно больше школьниц с избыточ-

ным содержанием в волосах натрия (83% в группе с АГ и 40% в контрольной группе), меди (60 и 30% соответственно) ($p < 0,05$).

У девочек с АГ по сравнению с контрольной группой выявлен достоверно более высокий уровень ошибок при тестировании слухоречевой и зрительной памяти. Так, сумма штрафных баллов по показателям слухоречевой памяти в контрольной группе и группе с АГ составила соответственно $8,75 \pm 1,58$ и $21,58 \pm 1,97$ ($p < 0,05$), по параметрам зрительной памяти – соответственно $1,23 \pm 0,56$ и $7,02 \pm 1,48$ ($p < 0,05$). Общий уровень стресса был одинаково высоким в обеих группах.

Содержание токсических и условно-токсических элементов (свинца, меди) достоверно положительно коррелировало с уровнем ошибок в большинстве тестов на память и с уровнем стресса (r – от $+0,45$ до $+0,8$; $p < 0,05$), тогда как концентрация магния отрицательно коррелировала с этими показателями (r – от $-0,3$ до $-0,7$; $p < 0,05$).

Итак, у девушек, страдающих АГ, выявлен дизэлементоз в виде повышенного содержания элементов, прямо или опосредованно повышающих АД (натрий, медь, свинец) и низкой обеспеченности магнием, обладающим антигипертензивным действием, что подтверждает патогенетическую значимость этих элементов в развитии заболевания. Описанные отклонения в элементном статусе также взаимосвязаны с нарушениями состояния памяти и уровнем стресса.

ПОСЛЕДСТВИЯ ИНСУЛЬТА У ЖЕНЩИН

**Челышева И. А.,
Точенов М. Ю.,
Ежков А. Ю.,
Герасимова Ю. А.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
МУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Иваново

Медико-социальная значимость проблемы острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) у женщин определяется их широкой распространенностью, высокой частотой смертности и инвалидизации. По данным Национального регистра инсульта, в России заболеваемость инсультом среди женщин в 2003 г.

составляла 224 случая на 100 000 человек (среди мужчин – 324 на 100 000). Инсульт нередко оставляет после себя тяжелые последствия в виде двигательных, речевых и иных нарушений, приводя к инвалидизации. По данным Научного центра неврологии РАМН, к концу острого периода инсульта гемипарезы наблюдались у 81,2%

выживших больных, в том числе гемиплегия – у 11,2%, грубый и выраженный гемипарез – у 11,1%, легкий и умеренный гемипарез – у 58,9%. Постинсультная депрессия также встречается часто, достигая, по сведениям различных исследователей, 11–68%. Кроме последствий инсульта, ситуация осложняется возможностью повторения ОНМК, особенно в случае отсутствия вторичной профилактики. Риск повторного ОНМК составляет от 4 до 30% в зависимости от вида инсульта.

Целью данного исследования стало изучение последствий перенесенного ОНМК у женщин, динамики факторов риска и особенностей вторичной профилактики инсульта.

Проведен гендерный анализ среди госпитализированных с ОНМК за 3 года. Изучены все случаи госпитализации женщин за 2008–2010 гг. в МУЗ ГKB № 3 г. Иванова. Путем случайного отбора включены в исследование 50 женщин (средний возраст – $65,1 \pm 9,3$ года), перенесших инсульт в 2008 г. Изучен неврологический статус, проведено тестирование с использованием шкал Бартель, Рэнкина, Гамильтона, изучены мероприятия по вторичной профилактике инсульта.

Гендерный анализ показал превалирование пациентов женского пола, причем как с ишемическим (56,5%), так и геморрагическим типом инсульта (69,4%). Ретроспективный анализ у 50 женщин, перенесших инсульт в 2008 г., показал, что у 88% был ишемический инсульт, у 12% – геморрагический. На момент развития инсульта работали 8 женщин (16%), остальные были пенсионеры. До развития инсульта страдали артериальной гипертензией 46 пациенток (92%), а спустя два года – 48 (96%). ИБС имели 38 человек (76%), у всех диагноз установлен до развития ОНМК. Сахарный диабет (СД) до развития инсульта был у 7 (14%), спустя 2 года – у 9 пациенток (18%). Наличие стрессовой ситуации или эмоционального напряжения на момент развития инсульта отмечали все обследованные. После перенесенного инсульта реабилитационное лечение в стационаре проводилось 9 (18%) женщинам. На момент исследования гемипарез и нарушения мышечного тонуса имелись у 27 (54%) больных, монопарез – у 7 (14%), речевые нарушения – у 18 (36%), атаксия – у 9 (18%). Самостоятельно не могли ходить 5 пациенток (10%). Независимыми в повседневной жизни были 17 женщин (34%), остальные нужда-

лись в постороннем уходе – полном (26%) или частичном (40%).

Депрессивные расстройства обнаружены у 24% женщин, тревожные – у 48%. Причины постинсультной депрессии были различными: в одних случаях это реакция на болезнь, на возникший в результате инсульта недостаток движений, отсутствие чувствительности или речи и связанная с ними беспомощность, изменение социального статуса, потеря трудоспособности, в других – обострение преморбидных свойств личности. Социально-бытовые, экономические и психологические условия своей жизни большинство исследованных (60%) характеризовали как неудовлетворительные и связывали это с правовой незащищенностью, ощущением собственной ненужности, обременительности для всех, постоянными финансовыми проблемами.

В качестве вторичной профилактики инсульта 19 (38%) больных принимали периндоприл, остальные – различные антигипертензивные средства, большинство нерегулярно, причем 5 женщин (10%) вообще не получали современных гипотензивных средств, прибегая лишь периодически к приему клофелина или эналаприла. Отсутствие контроля артериального давления выявлено в 20% случаев. Дезагреганты при выписке рекомендовались 88% больных, а принимали их спустя 2 года после инсульта 54% пациенток, объясняя отказ различными причинами. Антикоагулянты не были назначены, несмотря на наличие мерцательной аритмии, у 13 больных. Адекватный контроль уровня гликемии не осуществлялся ни у одной из обследованных, страдающих СД. Никто из пациенток не был осведомлен о состоянии своего липидного обмена ни до развития инсульта, ни после и не получал статинов. За период 2008–2010 гг. у 7 (14%) больных произошел повторный инсульт.

По данным гендерного анализа, инсульты чаще встречаются у женщин. Отдаленные последствия ОНМК у женщин представлены преимущественно двигательными (86%), речевыми (36%) и тревожно-депрессивными (48%) расстройствами. Выявлены недостатки в проведении вторичной профилактики инсульта: неадекватный контроль артериального давления, уровня гликемии, липидного спектра, нерегулярный прием гипотензивных и антиагрегантных препаратов или отказ от постоянного приема этих лекарств, отсутствие

назначения статинов и антикоагулянтов. Несмотря на имеющиеся тревожно-депрессивные расстройства, никто из женщин не обращался к специалисту и не принимал антидепрессантов. Реабилитационное лечение в стационаре проведено только 18% больным. Все это отразилось

на росте случаев артериальной гипертензии и сахарного диабета, у 14% пациенток произошел повторный инсульт. Таким образом, очевидна необходимость принятия мер по улучшению вторичной профилактики ОНМК с учетом имеющихся не только медицинских, но и социальных проблем.

ПРАВИЛА

представления и публикации авторских материалов в журнале «ВЕСТНИК ИВАНОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ»

Настоящие Правила разработаны на основании требований Гражданского кодекса РФ (часть 4 от 18.12.06), Закона РФ «Об авторском праве и смежных правах» от 09.07.1993 г. № 5351-1 с изменениями от 19 июля 1995 г. и 20 июля 2004 г., Закона РФ «О средствах массовой информации» от 27.12.1991 г. № 2124-1 с последующими изменениями и регулируют взаимоотношения между ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» в лице редакции журнала «Вестник Ивановской медицинской академии», в дальнейшем именуемой «Редакция», и автором, передавшим свою статью для публикации в журнал, в дальнейшем именуемым «Автор».

1. К опубликованию принимаются статьи, соответствующие тематике журнала.
2. Статьи следует направлять в Редакцию по почтовому адресу:

153012, г.Иваново, просп. Ф.Энгельса, д.8, ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия, редакционно-издательский отдел (каб. 220, 203, тел.: (4932) 32-95-74) или по электронному адресу: rioivgma@mail.ru
3. Статью (или сопроводительное письмо) должны подписать все авторы. В случае передачи статьи в Редакцию по электронной почте к отправлению должна быть приложена сканированная копия первой страницы статьи (или сопроводительного письма) с подписями авторов.
4. Представляемые материалы должны содержать следующую информацию: название статьи, фамилии и инициалы авторов. Сведения о каждом авторе: ученая степень, полное официальное название учреждения или отдела (кафедры, лаборатории), где автор работает, полный почтовый адрес (с индексом) учреждения.
5. В обязательном порядке следует указать фамилию, имя и отчество автора, ответственного за переписку с редакцией, его адрес (с почтовым индексом), телефон, адрес электронной почты (e-mail). При опубликовании статьи данный автор будет указан как ответственный за переписку с читателями.
6. Все представляемые в журнал материалы направляются Редакцией экспертам в области обсуждаемой в статье темы для независимой (анонимной) научной экспертизы (рецензирования). Заключение и рекомендации рецензента могут быть направлены авторам для внесения соответствующих исправлений. В случае несвоевременного ответа авторов на запрос редакции редколлегия может по своему усмотрению проводить научное редактирование и вносить правки в статью или отказать в публикации. В случае отказа в публикации статьи редакция направляет автору мотивированный отказ.
7. Редколлегия оставляет за собой право проводить научное редактирование, сокращать и исправлять статьи, изменять дизайн графиков, рисунков и таблиц для приведения в соответствие со стандартом журнала, не меняя смысла представленной информации.
8. Присылать статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал, абсолютно недопустимо.
9. Статьи, присланные с нарушением правил оформления, не принимаются редакцией журнала к рассмотрению.
10. Редакция не несет ответственности за достоверность информации, приводимой авторами.
11. Статьи, подготовленные аспирантами и соискателями ученой степени кандидата наук по результатам собственных исследований, принимаются к печати бесплатно.
12. Автор передает Редакции исключительные имущественные права на использование рукописи (переданного в редакцию журнала материала, в т.ч. такие охраняемые объекты авторского права, как фотографии автора, схемы, таблицы и т.п.) в следующих формах: обнаружения произведения посредством его опубликования в печати, воспроизведения произведения в журнале и в сети Интернет; распространения экземпляров журнала с произведением Автора любым способом; перевода рукописи (материалов); экспорта и импорта экземпляров журнала со статьей Автора в целях распространения для собственных нужд журнала.
13. Указанные выше права Автор передает Редакции без ограничения срока их действия (по распространению опубликованного в составе журнала материала); территории использования на территории Российской Федерации и за ее пределами.
14. Редакция вправе переуступить полученные от Автора права третьим лицам и вправе запрещать третьим лицам любое использование опубликованных в журнале материалов.
15. Автор гарантирует наличие у него исключительных прав на использование переданного Редакции материала.
16. За Автором сохраняется право использования опубликованного материала, его фрагментов и частей в личных, в том числе научных, преподавательских целях.
17. Права на материал считаются переданными Редакции с момента подписания в печать номера журнала, в котором он публикуется.
18. Перепечатка материалов, опубликованных в журнале, другими физическими и юридическими лицами возможна только с письменного согласия Редакции, с обязательным указанием номера журнала (года издания), в котором был опубликован материал.

Техническое оформление

19. Объем оригинальной статьи не должен превышать 6 стандартных машинописных страниц (1 страница 1800 знаков, включая пробелы) без

- учета резюме, таблиц, иллюстраций, списка литературы). Объем описания клинического случая (заметок из практики) не должен превышать 4 страниц, лекции и обзора литературы – 10 страниц, краткого сообщения – 2 страниц.
20. Статьи, основанные на описании оригинальных исследований, должны содержать следующие разделы: обоснование актуальности исследования, цель работы, описание материалов и методов исследования, обсуждение полученных результатов, выводы. Статьи, представляемые в разделы «Организация здравоохранения», «Проблемы преподавания», «Обмен опытом (в помощь практическому врачу)», «Обзор литературы», «Случай из практики», «Страницы истории», «Краткие сообщения» могут иметь произвольную структуру. Изложение должно быть ясным, лаконичным и не содержать повторов.
 21. В редакцию представляются два печатных экземпляра статьи и одновременно электронный вариант (текст и иллюстрации), при подготовке которого запрещается использование жирного шрифта (для выделения важной информации использовать курсив). Электронный и печатный варианты должны быть идентичны!
 22. Статья должна быть напечатана шрифтом Times New Roman 14 кегля через 1,5 интервала на одной стороне листа, ширина полей 2 см слева, справа, сверху и снизу. Нумерация страниц обязательна.
 23. Резюме печатается на отдельной странице, где дублируются название статьи, фамилии и инициалы авторов, их ученые степени, полное название и адрес учреждений и отделов, откуда вышла работа. Резюме содержит краткое описание цели исследования, материалов и методов, результатов, рекомендаций. В резюме обзора достаточно отразить основные идеи. Объем резюме должен составлять не более 100–150 слов. В конце резюме должны быть представлены 5–6 ключевых слов статьи и сокращенное название статьи для оформления колонтитулов (не более чем на 40 знаков). Редакция будет благодарна авторам за предоставление, помимо обязательного резюме на русском языке, также и английского его перевода.
 24. Таблицы должны быть построены сжато, наглядно, иметь номер, название, заголовки колонок и строк, строго соответствующие их содержанию. В таблицах должна быть четко указана размерность показателей. Все цифры, итоги и проценты в таблицах должны быть тщательно выверены и соответствовать таковым в тексте. Текст, в свою очередь, не должен повторять содержание таблиц. Необходимо поместить в тексте ссылки на каждую таблицу там, где комментируется ее содержание.
 25. Фотографии должны быть в оригинале или в электронном виде в формате «TIFF» с разрешением не менее 300 dpi (точек на дюйм).
 26. Графики, схемы и рисунки принимаются на бумаге и в электронном варианте в форматах «MS Excel», «MS PowerPoint». Графики, схемы и рисунки должны быть пронумерованы, иметь название и, при необходимости, примечания. Они не должны повторять содержание таблиц. Оси графиков должны иметь названия и размерность. График должен быть снабжен легендой (обозначением линий и заливок). В случае сравнения диаграмм следует указывать достоверность различий. Необходимо поместить в тексте ссылки на каждый график, схему и рисунок там, где комментируется их содержание. В случае представления в Редакцию оригиналов фотографий (в бумажном виде, без электронного варианта) на лицевой их стороне должны быть нанесены символы, стрелки или другие обозначения. На оборотной стороне обоих экземпляров мягким карандашом надписывается фамилия автора (только первого), номер рисунка, обозначение верха рисунка.
 27. При обработке материала используется система единиц СИ. Сокращения слов не допускаются, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин, терминов.
 28. Статья должна быть тщательно выверена автором: цитаты, химические формулы, таблицы, дозы визируются авторами на полях. В заголовке работы и резюме необходимо указывать международное название лекарственных средств, в тексте можно использовать торговое название. Специальные термины следует приводить в русском переводе и использовать только общепринятые в научной литературе слова. Ни в коем случае не применять иностранные слова в русском варианте в «собственной» транскрипции.
 29. Цитаты, приводимые в статье, должны быть тщательно выверены.
 30. При описании методов исследования указания на авторов должны сопровождаться ссылками на их работы, в которых эти методы были описаны. Эти работы должны быть обязательно включены в список литературы.
 31. Библиографические источники нумеруются в алфавитном порядке. Библиографическое описание литературных источников дается полностью в соответствии с ГОСТ Р 7.0.5 2008: для книг – фамилии авторов, их инициалы, полное название книги, место и год издания; для журнальных статей и материалов, опубликованных в сборниках – фамилии авторов, их инициалы, полное название статьи, журнала, год, том, страницы. Не следует использовать сокращения названий сборников и журналов. Сокращения библиографического описания до «Указ. соч.» или «Там же» не допускаются. В список литературы не включаются диссертационные работы и авторефераты. За правильность приведенных в списке литературы данных ответственность несут авторы.
 32. В библиографическом описании полный перечень авторов указывается, если общее число авторов не превышает трех человек. Если число авторов более трех, приводится сначала название работы, а потом после знака «косая черта» (/) – фамилия только первого автора, после которой для отечественных публикаций необходимо вставить «[и др.]», для зарубежных публикаций – «[et al.]».
 33. Ссылки на источники в тексте статьи оформляются в виде номера в квадратных скобках в строгом соответствии с местом источника в пристатейном списке литературы. Упоминаемые в статье авторы должны быть приведены обязательно с инициалами, расположенными перед фамилией. Фамилии иностранных исследователей указываются в их оригинальном виде, латиницей (кроме тех случаев, когда их работы переведены на русский и имеется общепринятая запись фамилии кириллицей).

ISSN 1606-8157

The Federal Agency of Public Health and Welfare of the Russian Federation
The Ivanovo State Medical Academy

**VESTNIK IVANOVSKOJ
MEDICINSKOJ AKADEMII
BULLETIN OF THE IVANOVO
MEDICAL ACADEMY**

Quarterly Reviewed Scientific and Practical Journal

Founded in 1996

Volume 16

Special issue

2011

Editorial Board

Editor-in-Chief R.R. SHILAYEV
Editor V.V. CHEMODANOV
Associate Editor E.K. BAKLUSHINA
Associate Editor E.A. KONKINA

V.F. BALIKIN, I.K. BOGATOVA, R.M. EVTIKHOV,
L.A. ZHDANOVA, S.I. KATAIEV, S.E. LVOV, I.E. MISHINA
A.E. NOVIKOV, A.I. RYVKIN, V.B. SLOBODIN

Editorial Council

R. APELT (Germany)	A.I. MARTYNOV (Moscow)
N. ARSENEVICH (Serbia)	L.S. NAMAZOVA (Moscow)
A.A. BARANOV (Moscow)	Yu.V. NOVIKOV (Yaroslavl)
G.I. BREKHMANN (Israel)	A.N. NOVOSELSKY (Ivanovo)
A.F. VINOGRADOV (Tver)	A.I. POTAPOV (Moscow)
N.N. VOLODIN (Moscow)	L.M. ROSHAL (Moscow)
Yu.E. VYRENKOV (Moscow)	N.Yu. SOTNIKOVA (Ivanovo)
V.V. GUBERNATOROVA (Ivanovo)	K.V. SUDAKOV (Moscow)
E.I. GUSEV (Moscow)	V.D. TROSHIN (Nizhny Novgorod)
B.N. DAVYDOV (Tver)	V.I. FYODOROV (Ivanovo)
M. JURAN (Serbia)	V.V. SHKARIN (Nizhny Novgorod)
V.A. KUZNETSOVA (Ivanovo)	D. CHANOVICH (Serbia)
V.Z. KUCHERENKO (Moscow)	

Address for the editorial office
Bulletin of the Ivanovo State Medical Academy
8 Engels avenue Ivanovo 153012 Russia
Tel.: (493-2) 32-50-42

The journal welcomes for publication contributions that promote medical science and practice:
(1) original articles describing either clinical research or basic scientific work relevant to medicine;
(2) review articles on significant advances or controversies in clinical medicine and clinical science: