

АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научно-преподавательского состава на www.avicenna-idp.ru

ISSN 2500-378X

Издательский дом "Плутон"

www.idpluton.ru

Выпуск №51

КЕМЕРОВО 2019

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на www.avicenna-idp.ru

За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинских наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинских наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет».

Тахирова Рохатой Норматовна- кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировна доцент - кандидат медицинских наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамутдиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Сулейменова Роза Калдыбековна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой "Гигиена" АО "Медицинский Университет Астана"

Бовтюк Николай Ярославович - кандидат медицинских наук, доцент кафедра общей хирургии ОУ "Белорусский государственный медицинский университет"

Якубова Азада Батировна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Факультетской и госпитальной терапии, Ургенческий филиал Ташкентской Медицинской Академии

Афанасьева Галина Александровна - доктор медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

Бесхмельницкая Евгения Александровна - ассистент кафедры фармакологии и клинической фармакологии НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», врач акушер-гинеколог

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Научный медицинский журнал «Авиценна», входящий в состав **«Издательского дома «Плутон»**, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.

Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail:admin@idpluton.ru

Подписано в печать 09.12.2019 г. Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).

Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.

Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

Оглавление

1. СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ СТЕРЕОТИПОВ.....	4
Баев М.Ю., Митрофанова М.А., Дронова М.А., Щедрина А.С., Морозова А.Ю.	
2. ИНФАРКТ МИОКАРДА	8
Щедрина А.С., Морозова А.Ю., Баев М.Ю., Митрофанова М.А., Дронова М.А.	
3. БЕСПЛОДИЕ. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА БЕСПЛОДИЯ	11
Морозова А.Ю., Щедрина А.С., Митрофанова М.А., Баев М.Ю., Дронова М.О.	
4. КУРОРТНАЯ ПЕДИАТРИЯ. ОБЗОР.....	14
Остапишин В.Д.	
5. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ	19
Тожибаева Д.М.	
6. КУРОРТНАЯ ПЕДИАТРИЯ. ОБЗОР.....	22
Крамарский В.А., Трусов Ю.В.	
7. ОСНОВНЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ..	32
Митрофанова М.А., Баев М.Ю., Дронова М.А., Щедрина А.С., Морозова А.Ю.	

Баев Максим Юрьевич**Baev Maxim Yurievich**

Студент 3 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования
«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.
E-mail: baevmaksim@icloud.com

Митрофанова Марина Александровна**Mitrofanova Marina Alexandrovna**

Студентка 3 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования
«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

Дронова Маргарита Олеговна**Dronova Margarita Olegovna**

Студентка 4 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования
«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

Щедрина Анастасия Сергеевна**Shchedrina Anastasia Sergeevna**

Студентка 3 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования
«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

Морозова Анастасия Юрьевна**Morozova Anastasia Yurievna**

Студентка 3 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования
«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

УДК 316.6:61

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ СТЕРЕОТИПОВ

SOCIAL PSYCHOLOGY OF STEREOTYPES

Аннотация: Представлен анализ отечественной и зарубежной литературы, в результате которого выделены основные стереотипы восприятия специалистов медицинских профессий. Дается краткая характеристика выделенных стереотипов, кратко рассматриваются возможные причины их возникновения, а также определяется, насколько релевантными они являются. Оценивается также влияние подобных представлений на общественное сознание.

Annotation: The analysis of domestic and foreign literature is presented, as a result of which the basic stereotypes of perception of specialists in medical professions are highlighted. A brief description of the identified stereotypes is given, a brief explanation of the possible causes of their occurrence is given, and it is also determined how relevant they are. The impact of such ideas on public consciousness is also evaluated.

Ключевые слова: врач, специалист, диагноз, стереотип, благодарность, диагноз, деятельность врачей, принцип, возможность.

Keywords: doctor, specialist, diagnosis, stereotype, gratitude, diagnosis, doctors' activity, principle, opportunity.

Введение**Актуальность исследования.**

В обыденном сознании и СМИ о стереотипах распространено мнение как об отрицательном феномене. Стереотипы формируются потому, что человеку необходимо обобщать информацию об

окружающих людях. Следуя стереотипу, личность упрощает картину мира, делает ее более понятной.

В современной России государственная медицина — одна из наименее обеспеченных государством отраслей. Труд врача не всегда вызывает благодарность пациентов. Во многом это связано со стереотипами. У врача ненормированный рабочий день. Часто пациенты неохотно делятся симптомами своего заболевания. Поэтому деятельность врача подвержена стрессовым состоянием. Многие люди боятся врачей. Пациенты не идут к врачу, запуская болезнь до клинической стадии, или занимаются самолечением. Болезнь врачей объясняется следующими причинами: неудовлетворительным личным опытом посещения врачей, долгим и безуспешным лечением, генной памятью.

В России недостаточно хорошо развита медицина, поэтому люди, находящиеся в больнице, переживают психическую травму. Кроме всей боли, процедур приходится терпеть жестокость и грубость. Подсознательно развивается негативное представление о врачах.

Объект исследования — профессиональные стереотипы.

Предмет исследования — стереотипы о работе врачей.

Методологической основой исследования послужили труды отечественных и зарубежных ученых. В качестве теоретической базы исследования были использованы учебники и статьи, посвященные данной теме.

Цель исследования — раскрыть стереотипы о работе врача в народе.

Задачи исследования:

1. Раскрыть сущность стереотипов;
2. Изучить особенности стереотипов о работе врача в народе;
3. Рассмотреть проблемы стереотипного мышления, препятствующие работе врачей;
4. Разработать рекомендации по преодолению стереотипов о работе врачей.

Весомое значение в современном обществе имеют стереотипы, которые определяют мировоззрение и поведение людей. Понятие «стереотип» ввел в научную литературу У. Липпман в 1922 г. Слово «стереотип» переводится с греческого языка как «твердое впечатление от одной или нескольких идей / теорий» [9, с. 120].

В настоящее время существуют различные определения понятия «стереотип». Стереотип — ложное представление о чем-либо. Стереотип — устойчивый и упрощенный образ социальной группы, человека, события явления [6, с.128].

Стереотип — это определенная последовательность привычных действий, закрепленная при помощи функциональных связей и условных рефлексов. И.П. Павлов открыл динамический стереотип, который является слаженной системой определенных внутренних процессов. Человек, только осваивающий определенный вид деятельности, тратит много сил на его выполнение, а профессионал все делает автоматически. Изменить стереотипы очень сложно, время от времени возвращаются прежние реакции [14, с.126].

Стереотип возникает в условиях дефицита информации, служит механизмом взаимопонимания, отражает аффективную окрашенность оценки действительности.

У каждой личности существует внутренняя иерархия стереотипов. Стереотипы формируются и закрепляются на уровне психики. Всю Я - концепцию личности можно рассматривать как когнитивную схему. Стереотипы бывают позитивными и негативными [20, с.6].

Основные свойства стереотипов:

- a) неразвитый когнитивный компонент;
- b) поляризованность оценки;
- c) устойчивость;
- d) интенсивность эмоционального проявления;
- e) концентрированное выражение свойств социальных установок.

Стереотипы выполняют следующие функции:

- передают относительно достоверную информацию (например, характеризуют представителей профессий по определенным признакам);
- ориентирующую функцию (распределяют социальное окружение на обозримые и понятные группы);
- функцию влияния на создание реальности (оценочное сравнение)

[18, с.120].

На схеме 1 представлены виды стереотипов.

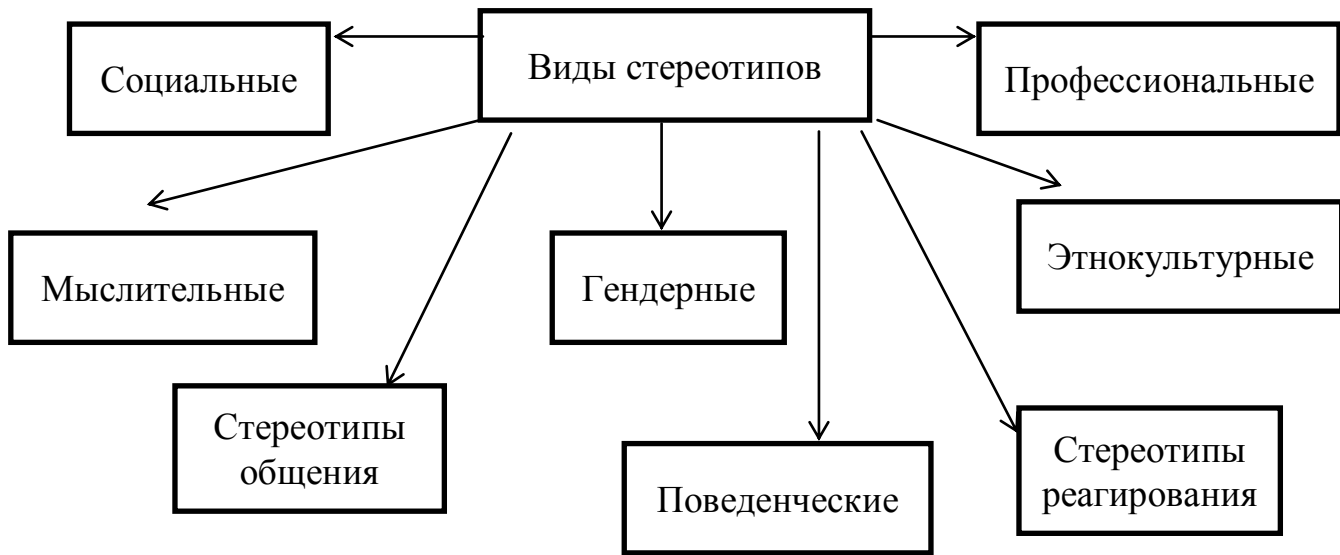


Схема 1. Виды стереотипов

В структуре стереотипов весомое значение имеет профессиональный стереотип, который способствует формированию опыта и индивидуального стиля деятельности. Профессиональные стереотипы тесно связаны с гендерными стереотипами (представлениями о чертах и качествах представителей женского и мужского пола).

Гендерные стереотипы характеризуются следующими особенностями:

- стремлением к схематичному когнитивному восприятию пола;
- являются общепринятыми;
- формируют социальную идентификацию мужчин и женщин.

Стереотипы формируются под воздействием социокультурной среды и эмоций. Средства массовой информации оказывают большое влияние на развитие стереотипного мышления [17, с. 124].

Схема 2 иллюстрирует этапы усвоения стереотипов.

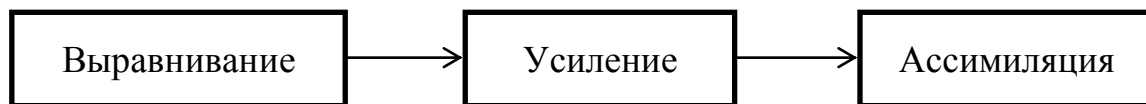


Схема 2. Этапы усвоения стереотипов.

Сначала новая информация внедряется в сознание, усиливаются отдельные характеристики новой информации, выстраивается стереотип.

Стереотип начинает действовать еще до того, как включается разум. Внешние стимулы активизируют некоторую часть системы стереотипов. В ситуации, когда опыт вступает в противоречие со стереотипом, то человек может изменить существующую картину мира.

На процесс формирования стереотипов большое влияние оказывают предрассудки (необоснованно отрицательное отношение). Личности, находящиеся под влиянием предрассудка, всегда не нравятся определенная категория людей (как правило, тех, кто не похож на него).

С предрассудками тесно связаны предубеждения (предварительно сформированные убеждения).

Предубеждения возникают всякий раз, когда ситуация становится похожей на те негативные моменты, которые были пережиты в свое время. Например, если у человека брали кровь из вены и долго не могли найти вену, то каждый раз, когда он будет у врача, этот предрассудок станет срабатывать. Предрассудки появляются исключительно из-за скудности ума [13, с.64].

Для избавления от негативного влияния предубеждений, предрассудков и стереотипов необходимо:

- уметь выделять главное,
- смотреть на мир без категоричных суждений,
- развивать способность принимать отличную точку зрения,
- игнорировать навязывание негативной информации [7, с.42].

Итак, стереотипы определяют мировоззрение и поведение людей. Они представляют собой устойчивые, упрощенные образы социальной группы, человека, события и явления. У каждой личности существует внутренняя иерархия стереотипов. Функции стереотипов: передача относительно достоверной информации, ориентирующие и влияние на создание реальности. Наиболее распространенными видами стереотипов являются: социальные, мыслительные, поведенческие, гендерные, этнокультурные, стереотипы реагирования, стереотипы общения, профессиональные.

Заключение

Стереотипы определяют мировоззрение и поведение людей. Они представляют собой устойчивые, упрощенные образы социальной группы, человека, события и явления. У каждой личности существует внутренняя иерархия стереотипов. Функции стереотипов: передача относительно достоверной информации, ориентирующие и влияние на создание реальности. Наиболее распространенными видами стереотипов являются: социальные, мыслительные, поведенческие, гендерные, этнокультурные, стереотипы реагирования, стереотипы общения, профессиональные.

На процесс формирования стереотипов большое влияние оказывают предрассудки и предубеждения. Современному человеку необходимо избавляться от отрицательного влияния предубеждений, предрассудков и стереотипов.

Библиографический список:

1. Ардаматский Н.А. Врачебная мораль сегодня // Вопросы социального обеспечения. 2016. № 8. С. 28–29.
2. Борисова В.В. «Врачи - каратели»: почему за 200 лет россияне не перестали бояться психиатров // Медицина России. 2018. № 10. С.82–86.
3. Васюков Р.В. Социальные и индивидуальные основания и сострадания // Социально-гуманитарные знания. 2013. № 1. С.156–166.
4. Винева И.В. Клонирование человека: за и против // Наука и религия. 2017. № 5. С. 14–17.
5. Жуков Б.В. Доктор, скажите правду // Вокруг света 2015. № 6. С. 192–198.
6. Захарова О.В. Динамика изменения гендерных стереотипов профессиональной реализации // Вестник бурятского государственного университета. Педагогика. Философия. Филология. 2015. № 6. С. 128–132.
7. Зеер Э.Ф. Психологические факторы профессиональной деформации // Концепт. 2016. № 3. С.40–44.
8. Ижевская В.Л. Динамика этнических установок российских медицинских генетиков // Концепт. 2015. № 4. С. 78–83.
9. Липпман У. Общественное мнение. М.: Институт фонда общественного мнения, 2015. 208 с.
10. Миллер С. Смерть и умирание: взгляд из разных культур // Человек. 2017. № 6. С.105–111.
11. Мишаткина Т.В. Биомедицинская этика. М.: БЕК, 2016. 320 с.
12. Мяготин А.А. Профессиональная этика // Гуманитарные знания. 2016, № 2. С. 178–187.
13. Нельсон Т. Психология предубеждений: секреты шаблонов мышления, восприятия и поведения. М.: БЕК, 2016. 384 с.
14. Осман А.У. Липпман о стереотипах: выписки из книги «Общественное мнение» // Социальная реальность. 2015. № 4. С.125–141.

Щедрина Анастасия Сергеевна**Shchedrina Anastasia Sergeevna**

Студентка 3 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

E-mail: shchedrina.nastena@mail.ru

Морозова Анастасия Юрьевна**Morozova Anastasia Yurievna**

Студентка 3 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

Баев Максим Юрьевич**Baev Maxim Yurievich**

Студент 3 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

Митрофанова Марина Александровна**Mitrofanova Marina Alexandrovna**

Студентка 3 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

Дронова Маргарита Олеговна**Dronova Margarita Olegovna**

Студентка 4 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

УДК 616.127

ИНФАРКТ МИОКАРДА

MYOCARDIAL INFARCTION

Аннотация: Заболевания сердечно-сосудистой системы относятся к числу наиболее распространенных и чаще других приводят к инвалидности и смерти. Для многих из них характерно хроническое течение с постепенно прогрессирующим ухудшением состояния больного. Эта патология вызывает разнообразные нарушения функций, которые проявляются характерными симптомами и вызывают разнообразные жалобы у больных.

Annotation: Diseases of the cardiovascular system are among the most common and more often than others lead to disability and death. Many of them are characterized by a chronic course with a gradually progressive worsening of the patient's condition. This pathology causes a variety of dysfunctions, which are manifested by characteristic symptoms and cause a variety of complaints in patients.

Ключевые слова: сердце, инфаркт, некроз, недостаточность, боль, клиническая картина, неотложная помощь.

Keywords: heart, heart attack, necrosis, failure, pain, clinical presentation, emergency care.

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – одно из основных заболеваний человека, значительно ухудшающее качество жизни и приводящее к летальному исходу. Статистические исследования свидетельствуют о том, что более 50% населения в возрасте от 65 лет страдают сердечно - сосудистыми заболеваниями. В России, по данным разных авторов, ежегодно ишемическая болезнь сердца диагностируется у 2,8-5,8 млн. человек, смертность же составляет до 30% общей.

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) – заболевание, которое может закончиться выздоровлением больного без вмешательства врачей, и наоборот, привести к смерти, несмотря на все их усилия. Однако между этими крайностями находится многочисленная группа больных, судьба которых зависит от своевременного вмешательства врача и использования современных методов лечения.

Объект исследования - инфаркт миокарда.

Предмет исследования – сердечно-сосудистая недостаточность.

Инфаркт миокарда – это некроз участка сердечной мышцы, возникающий вследствие нарушения коронарного кровотока и гипоксии миокарда, приводящих к нарушению функций сердца, сосудов и других органов.

Факторы, способствующие развитию инфаркта миокарда: психическое и физическое перенапряжение, нерегулярное и несбалансированное питание, ожирение, генетическая неполноценность регуляции, курение. Факторы, приводящие к некрозу миокарда, - это гипоксия, нарушение коронарного кровотока и изменение метаболизма. Факторы, возникающие вследствие появления некроза миокарда: острая сосудистая недостаточность, острая сердечная недостаточность, нарушение сердечного ритма, разрыв сердечной мышцы. Некроз участка миокарда возникает после двух - трехчасового прекращения коронарного кровотока с маловыраженной компенсацией за счет коллатералей.

Основным клиническим симптомом инфаркта миокарда является болевой приступ.

Боли при типичном инфаркте миокарда иррадируют в левую руку, плечо, лопатку, в некоторых случаях боль иррадирует в правую руку, лопатку, челюсть. Характер боли самый разнообразный: давящий, сжимающий, режущий. Боли не снимаются приемом нитроглицерина требуют применения наркотиков, нейролептоанальгезии и даже наркоза. Длительность болевого приступа может быть различной – от 1 – 2 ч до нескольких суток.

Тридцать процентов случаев инфаркта миокарда может проявляться атипично. Выделяют следующие формы: астматическая, гастрологическая, аритмическая, церебральная и бессимптомная.

Гастралгический вариант инфаркта миокарда характеризуется появлением болевого приступа в эпигастральной области с распространением в за грудинное пространство. Одновременно возникают диспептические жалобы: отрыжка воздухом, икота, тошнота, многократная рвота, вздутие живота с ощущением расширения брюшной полости. Гастрологический вариант инфаркта миокарда следует дифференцировать с пищевой токсикоинфекцией, прободной язвой желудка, панкреатитом.

Астматический вариант инфаркт миокарда характеризуется развитием острой левожелудочковой недостаточности, которая как бы затушевывает болевой синдром, проявляется в виде приступа удушья.

Аритмический вариант инфаркта миокарда характеризуется возникновением острого нарушения ритма с развитием угрожающей для жизни аритмии. Сюда относятся политопная желудочковая экстрасистолия, желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков, параксизмальная тахикардия, мерцательная аритмия, нарушение проводимости сердца.

Церебральный вариант инфаркта миокарда. Обусловлен развитием нарушения церебрального кровообращения в остром периоде инфаркта миокарда, что связано с уменьшением кровоснабжения головного мозга, особенно при развитии кардиогенного шока. Будет проявляться появлением общемозговых симптомов с явлениями ишемии мозга: тошнота, головокружение, нарушение сознания, с развитием обморока и также в виде очаговых симптомов со стороны головного мозга, симулируя нарушение мозгового кровообращения в той или иной области головного мозга.

Бессимптомный вариант инфаркта миокарда характеризуется отсутствием клинических проявлений инфаркта миокарда и неожиданным проявлением на ЭКГ острого инфаркта миокарда. Частота этого варианта колеблется от одного до десяти процентов среди всех атипичных форм заболевания.

Рецидивирующий инфаркт миокарда характеризуется длительным, затяжным течением на протяжении 3-4 недель и дольше. В основе этой формы заболевания лежат замедленные процессы замещения соединительной ткани участков некроза в сердечной мышце. Клиническая картина рецидивирующего инфаркта миокарда характеризуется проявлением особо частых приступообразных за грудинных болей, развитием болевого приступа различной интенсивности, который может сопровождаться развитием острых нарушений ритма, кардиогенного шока. Нередко рецидивирующий инфаркт миокарда развивается по астматическому варианту течения.

Неотложная помощь в остром периоде инфаркта миокарда включает, прежде всего, снятие приступа. При отсутствии эффекта от повторного приема нитроглицерина необходимо ввести промедол, пантопон или морфин подкожно вместе с 0,5 мл 0,1 % раствора атропина. Позвонить в

скорую. До прихода врача следует поставить горчичники на область сердца, грелки к ногам и рукам больного. Если врачебный осмотр задерживается, для снятия боли следует ввести внутримышечно 2 мл 50 % раствора анальгина.

Заключение

Профилактику ишемической болезни сердца (ИБС) следует начинать уже в 35—40-летнем возрасте (а при наследственной отягощенности — еще раньше) и проводить ее, исключая по возможности факторы риска (так называемая первичная профилактика) и устраняя уже наступившие изменения в органах, обусловленные атеросклерозом сосудов (так называемая вторичная профилактика). Рекомендуется по возможности исключить нервное перенапряжение, урегулировать внутрисемейные и служебные взаимоотношения, исключить неприятные переживания. Важнейшее профилактическое значение имеет рациональная физическая нагрузка: пешеходные ежедневные прогулки, езда на велосипеде. Запрещаются курение и употребление алкоголя. Необходима большая разъяснительная работа по борьбе с избыточным питанием, по профилактике и лечению ожирения — важнейшего фактора риска ИБС.

Библиографический список:

1. А.А. Корж, Е.П. Меженина, А.Г. Печерский, В.Г. Рынденко. Справочник по травматологии и ортопедии/ Под ред. А.А. Коржа и Е.П. Межениной. - Киев: Здоров'я, 1980.
2. Алексеева Г.В. Клиника, профилактика и терапия постгипоксических энцефалопатий. //Рекомендации. М., 1996.
3. Баллгопулос Г. Новая техника сердечного массажа — улучшает ли она исход. //Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. Освежающий курс лекций. Архангельск—Тромсе. 1997.
4. Баскет П. Новые аспекты сердечно-легочной реанимации. / //Актуальные вопросы анестезиологии и реаниматологии. 10 Всемирный конгресс анестезиологов (пер. с англ.). Архангельск, 1993.
5. Васильев С.В., Юрьев Ю.П., Дадаев Х.А. Методы оказания первичной реанимационной помощи. //Метод рекомендации, Ташкент, 1987.
6. Гроер Г., Кавалларо Д. Сердечно-легочная реанимация (пер. с англ.). — М., Практика, 1996.
7. Гурвич Н. Л. Основные принципы дефибрилляции сердца. М., Медицина, 1976.
8. Иванов Г.Г., Востриков В.А. Клинические аспекты внезапной сердечной смерти. //Материалы Международного Симпозиума “Реаниматология на рубеже 21 века. М., 1996.
9. Коттрелл Д. Е. Защита мозга. //Анестезиол. и рениматол., 1996.

Морозова Анастасия Юрьевна

Morozova Anastasia Yurievna

Студентка 3 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

E-mail: 89513398310@mail.ru

Щедрина Анастасия Сергеевна

Shchedrina Anastasia Sergeevna

Студентка 3 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

Митрофанова Марина Александровна

Mitrofanova Marina Aleksandrovna

Студентка 3 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

Баев Максим Юрьевич

Baev Maxim Yurievich

Студент 3 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

Дронова Маргарита Олеговна

Dronova Margarita Olegovna

Студентка 4 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

УДК 612.663.5

БЕСПЛОДИЕ. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА БЕСПЛОДИЯ

INFERTILITY. TREATMENT AND PREVENTION OF INFERTILITY

Аннотация. В данной статье рассматривается проблема бесплодия, которая становится все больше актуальной в наше время. Отсутствие беременности может обуславливаться как актуальными проблемами репродуктивной функции у мужчин, так и проблемами репродуктивной функции у женщин. Особое внимание в статье уделено лечению и профилактике данного заболевания.

Annotation. This article discusses the problem of infertility, which is becoming increasingly relevant in our time. The absence of pregnancy can be caused by both actual problems of reproductive function in men and problems of reproductive function in women. Special attention is paid to the treatment and prevention of this disease.

Ключевые слова: бесплодие, беременность, оплодотворение, донорство.

Keywords: infertility, pregnancy, fertilization, donation.

Введение. Бесплодие - это отсутствие возможности лиц детородного возраста к воспроизводству потомства вследствие нарушения имплантации оплодотворенной яйцеклетки. Бесплодие имеет серьезные демографические последствия. Статистика бесплодия в мире постепенно растет. По этой причине каждый год проводится сверка статистических данных, изобретение новых технологий по решению данной проблемы.

Бесплодие, как можно понять, заключается в неспособности зрелого организма к воспроизведению потомства. Если беременность при условии нормальной половой жизни и без использования в ней каких-либо средств контрацепции не наступает в срок ближайших двух лет, то

Существует несколько видов бесплодия. Первичным считается бесплодие, при котором женщина никогда не была беременна, вторичным — когда беременность и (или) роды уже были, но повторное зачатие не происходит.

Эндокринное бесплодие возникает у женщин в результате дисфункции яичников, надпочечников, гипофиза или щитовидной железы. Необходимые гормоны не вырабатываются в достаточном количестве в нужное время, и это приводит к сбою в созревании яйцеклеток. Данный вид бесплодия чаще всего является временным и исчезает после нормализации гормонального фона. Маточное бесплодие является следствием одного или нескольких заболеваний: от пороков развития или аномального положения матки до аденомиоза, миомы матки, а также патологий шейки матки. Среди женщин с первичным бесплодием миому матки диагностируют каждой третьей пациентке, а у каждой пятой именно миома матки становится причиной, не позволяющей зачать ребенка. Диагностика этого заболевания не сложна: для того чтобы обнаружить миому большого и среднего размера, врачу достаточно клинической картины, гинекологического осмотра и результатов УЗИ. В некоторых случаях к обследованиям добавляют также гистероскопию, которая позволяет определить состояние эндометрия.

Еще один вид бесплодия – психологическое — возникает в результате стресса и других факторов, не имеющих отношения к физиологии. Такой вид бесплодия поддается лечению, причем работать с психологом рекомендуется не только женщине, но и мужчине.

Мужское бесплодие обусловлено дефектами семени (отсутствием в семени живчиков или неподвижностью), прирожденные или приобретенные после болезни.

Существуют две основные формы мужского бесплодия:

1. Секреторная.
2. Обтурационная.

При секреторной форме нарушено образование сперматозоидов в извитых канальцах яичек, при обтурационной имеется препятствие на их пути к мочеиспускательному каналу.

Бесплодие у мужчины – это не самостоятельная патология, а следствие целого ряда других заболеваний. Выставляется этот диагноз в случае ненаступления беременности в течение года регулярных половых контактов без применения средств контрацепции. Ведущим методом диагностики является исследование эякулята. Тактика лечения зависит от формы бесплодия и может включать в себя нормализацию образа жизни, прием ряда лекарственных препаратов или же хирургическое вмешательство.

Для излечения от бесплодия крайне важно узнать, что именно является его причиной. Не менее важно обоюдное обследование пары, то есть обследование и женщины, и мужчины. На основании приобретённых результатов врач впоследствии или назначает дополнительную диагностику или, если причина бесплодия была найдена во время прохождения основного обследования, определяет, какое лечение будет наиболее подходящим в этом случае.

Среди способов лечения бесплодия можно выделить те, которые направлены на возобновление способности пары к естественному зачатию (лечение хронического воспаления придатков матки, хирургическое и нехирургическое восстановление проходимости маточных труб, коррекция эндокринных расстройств и нарушенного сперматогенеза) и те, что применяют технику искусственного оплодотворения или, так называемые вспомогательные репродуктивные технологии.

ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) – способ лечения бесплодия, при котором взаимодействие сперматозоида с яйцеклеткой, а также раннее развитие эмбрионов осуществляется вне организма женщины. Такой способ лечения применяется практически при всех формах бесплодия.

У некоторых женщин бесплодие связано с тем, что не возможен рост фолликулов и созревание яйцеклеток вследствие некоторых патологических состояний (преждевременный климакс, удаление яичников во время операций и др.). В таких случаях яйцеклетки берут от другой, здоровой женщины-донора, оплодотворяют эти донорские яйцеклетки спермой мужа бесплодной пациентки, и полученные эмбрионы переносят в матку бесплодной женщины.

Донорство спермы – это меры, которые помогают иметь детей семье в случаях абсолютного мужского бесплодия или одиноким женщинам. Доноры спермы проходят специальный отбор, включающий генетическое обследование. За состоянием их здоровья ведется полный медицинский контроль. По внешним признакам пациенты могут выбрать подходящего им донора.

Программа «суррогатных матерей» дает шанс иметь ребенка тем женщинам, у которых по разным причинам удалена матка или есть тяжелые заболевания (сердца, почек и т.п.), которые

являются противопоказаниями для вынашивания беременности. В таких случаях используются собственные яйцеклетки и сперма бесплодной супружеской пары. Полученные же эмбрионы будут перенесены в полость матки здоровой женщины – «суррогатной матери», которая и будет вынашивать все девять месяцев эту беременность (донорскую для нее).

Иногда случается, что ранний эмбрион вместо того, чтобы имплантироваться в матку, имплантируется не в нужном месте. По мере развития эмбрион или плод могут повредить ближайшие ткани, что станет причиной кровотечения. В некоторых случаях эмбрион может прекратить свое развитие и абсорбироваться в теле матери.

Выкидыш случается в том случае, если в первые 24 недели беременности эмбрион или плод отторгается организмом женщины. В медицине это явление получило название спонтанного или самопроизвольного аборта. Примерно 20% всех самопроизвольных абортов случается в первые 16 недель беременности, притом в некоторых случаях женщина даже не знает, что она беременна. Признаки и симптомы, угрожающие выкидышем, включают вагинальное кровотечение или боли в спине. Женщины, которые не знают, что такие симптомы говорят о дальнейшем выкидыше, могут продолжать вынашивание ребенка. Внезапное исчезновение симптомов и признаков беременности также свидетельствует о том, что женщина может потерять ребенка. Об этом может говорить выделение из влагалища прозрачной розовой жидкости в начале срока беременности, что, как правило, означает вскрытие плодного пузыря (амниотического мешка). Если женщина заметит, что у нее появились такие признаки или симптомы, ей нужно срочно обратиться к врачу.

Вывод: бесплодие — это огромная всемирная проблема, затрагивающая 50-80 миллионов жителей репродуктивного возраста. Несмотря на большие успехи медицины в лечении бесплодия, эта проблема по-прежнему имеет много нерешенных вопросов, но во многом помогает семейным парам. Поэтому если возникают проблемы с зачатием ребенка, то стоит обратиться к специалистам и проконсультироваться с ними, при этом не стоит прибегать к народным средствам, так как это может усугубить ситуацию.

Библиографический список:

1. Сухих, А. Л. Бесплодный брак / А. Л. Сухих, А. С. Скотников // Рус. мед. журн. – 2011. – Т. 19. - № 7. – С. 446-447.
2. Зайратьянц О.В. Общая патологическая анатомия (общий курс): Учебное пособие. - М.:МГМСУ,2012. - 264 с.
3. Снежневский, А.В. Основы репродуктивной медицины / А.В.Снежневский // Рус. мед. журн. – 2014. - № 3. – С. 56-59.
4. Чайка, Г.В. Гинекология / Г.В.Чайка // Рус. мед. журн. – 2013. - №23. –С. 24-43.
5. Ахметзянова, Э. Х. Гинекология - национальное руководство / Э. Х. Ахметзянова // Рус. мед. журн. – 2015. – № 2. – С. 83-87.
6. Анализ данных: учебн./ под ред. В.С. Мхитаряна. – М.: Издательство Юрайт, 2016. – 490 с.
7. Давыдовский, И.В. Общая патология человека: Учебник. – М.: Медицина, 2010. – 612 с.
8. Баташин, М. М. Прогнозирование развития бесплодия / М. М. Баташин, В. П. Терентьев // Профилактика бесплодия. – 2014. –Т. 3. – № 5. – С. 3-9.
9. Борзов, С. А. Что мы знаем о бесплодии / С. А. Борзов // Consilium medicum. – 2014. – Т. 6. – № 5. – С. 315-319.
10. Урсова, О. Я. Современные методы профилактики бесплодия / О. Я. Урсова, А. Л. Димова. – М. : Весть, 2017. – 108 с.

Остапишин Владимир Данилович
Ostapishin V.D.
ВГБОУ ВО КубМУ Минздрава России

УДК 616-053.2

КУРОРТНАЯ ПЕДИАТРИЯ. ОБЗОР.

SPA PEDIATRY. OVERVIEW.

Аннотация. Категория «часто болеющие дети» (ЧБД) соответствует понятию «пациенты с рекуррентными респираторными инфекциями» в зарубежной литературе и не является диагнозом, она составлена из различных заболеваний, в основном респираторного тракта. В этой группе находятся дети, перенесшие респираторные заболевания больше 6 раз в году или чаще одного раза в месяц в период максимальной заболеваемости с октября по март. В России доля ЧБД в общей популяции колеблется от 15 до 75%, из них две трети составляют дети в возрасте от 3 до 6 лет. Известно, что более половины родителей таких детей в детстве также могли быть отнесены к этой диспансерной группе. Группа часто болеющих детей ежегодно переносит целый ряд повторяющихся в течение определенного периода времени респираторных заболеваний, ухудшающих качество здоровья, что вынуждает работающих матерей часто получать освобождение от работы по уходу за больным ребенком, которое приносит весомый экономический ущерб.

Annotation. Category "often ill children" (ChBD) corresponds to the term "patients with varying respiratory infections" in the literature and is not a diagnosis, it is composed of various diseases, mostly respiratory tract. In this group are children who respiratory disease more 6 times per year or more frequently than once per month during the period of maximum incidence from October to March. In Russia the share of ChBD in the general population ranges from 15 to 75%, of whom two-thirds are children aged 3 to 6 years. It is known that more than half of the parents of such children in childhood may also be assigned to this group of dispensary. Group of sickly children annually carries a number of repeated over a period of time of respiratory diseases, worsen the quality of health care, forcing working mothers often get leave from work to care for sick child, which brings substantial economic damage.

Ключевые слова: пациенты с рекуррентными ОРЗ, индекс Кердо, индекс резистентности, лимфоцитарный индекс, курортные учреждения, курортные факторы, резервы здоровья, магнитотерапия, магнитофорез, адаптация, сульфидные ванны (мацеста).

Key words: patients with recurrent acute respiratory infections, Kerdo index, resistance index, lymphocytic index, spa facilities, spa factors, health reserves, magnetotherapy, magnetophoresis, adaptation, sulfide baths (matsesta).

Физическое и психическое здоровье подрастающего поколения является важным фактором, определяющим развитие любого государства. Между тем, по данным ВОЗ на сегодняшний день только 33% детей в Российской Федерации можно признать здоровыми. В этой ситуации на ведущие позиции профилактики различных заболеваний выходят средства, активирующие собственные резервы детского организма. С полным основанием к ним можно отнести методы курортной терапии. Различные природные факторы оказывают тренирующие воздействия на адаптационные резервы организма, обеспечивая выздоровление (17).

По данным А.Н. Разумова (2008) курортное дело в России традиционно является составной частью государственной политики в области здравоохранения и национальной политики в системе повышения качества жизни и здоровья детского населения. Медицинские аспекты курортного дела реализуются в Российской Федерации на нормативно правовой и методической основе восстановительной медицины и медицинской реабилитации.

Благодаря лидерству Российской курортологической школы и наличия уникальных природных факторов на курортах России санаторно-курортное лечение является приоритетным фактором для профилактики и медицинской реабилитации целого ряда соматических и неврологических заболеваний у детей и подростков. Однако, как показывает анализ, на курортах при наличии практически всех природных факторов (минеральные воды, климато-, бальнеолечение, талассотерапия и др.) использование их происходит лишь на уровне эмпирических исследований и без достаточной эффективности.

Функционирование курортных учреждений в системе рыночных отношений, в частности в поле обязательного медицинского страхования, вынуждают уделять особое внимание маркетинговым процессам деятельности по предоставлению медицинских услуг и удовлетворению спроса на медицинские процедуры. Организация маркетинга заключается в нахождении и построении определённой структуры соотношения элементов, характеризующих рыночные отношения. Создание такой модели может служить инструментом для управления маркетинговыми функциями, определяющими достижение поставленных целей и удовлетворения социальных потребностей.

Многообразие курортных факторов позволило за прошедшие годы работать в различных клинических направлениях, охватывающих практически всю современную курортологию – кардиологию, ревматологию, пульмонологию, гастроэнтерологию, уронефрологию, неврологию – где посредством первичной профилактики заболеваний за счет усиления защитно-адаптационных процессов детского организма можно создать «запас прочности» у ребёнка.

Повышение резервов здоровья особенно важно для детей, живущих в зонах повышенного радиационного фона. По данным Пятигорского Института курортологии установлено, что традиционная схема внутреннего приёма минеральных вод, для данной популяционной группы детей недостаточно эффективна. Можно полагать, что в основе этого факта лежит недостаточность адаптивной реакции гормональной системы на отдельные природные факторы.

В то же время при изучении вопросов хромотерапии установлена зависимость терапевтического и профилактического эффектов от минеральных вод в зависимости от степени активации гормональных систем в разное время суток (4). Одновременно понятный интерес вызвала возможность организация лечебного питания с использованием веществ, способных сорбировать радионуклиды. К таким веществам относятся, в частности, пектины, уступающие по своей лечебной ценности, лишь хлорофиллу. Известно действие пектиновых веществ на моторно-эвакуационную функцию желудка и кишечника, их способность адсорбировать и тормозить синтез токсических веществ, а, главное, их радиопротекторное свойство (12).

Известно, что у детей, живущих в экологически загрязнённых регионах, происходит срыв всех интегральных механизмов с нарушением адаптационных реакций. В целях дальнейшего совершенствования методов реабилитации таких детей предлагается адаптационно-рефлекторная методика пелоидотерапии (13), в основу которой положен щадящий принцип воздействия грязевой процедуры.

Важной проблемой на сегодняшний день считаем разработку методов оздоровления часто болеющих детей. Из практики видно, что результаты лечения часто болеющих детей имеют неубедительный характер, не позволяя изменить наметившуюся тенденцию, а новые антибактериальные и противовоспалительные средства, не только не способствуют решению проблемы, но и создают основу для хронизации и рецидивирования присутствующих заболеваний. Длительное применение медикаментозных средств, обеспечивают у часто болеющих детей кратковременный и нестабильный результат, неизбежно приводящий к развитию побочных реакций и депрессии иммунитета. Поскольку уменьшение лекарственной нагрузки становится в этой ситуации актуальной задачей, альтернативным направлением является использование природных лечебных факторов, реабилитационные возможности которых при данных состояниях весьма целесообразны, эффективны и необходимы.

Исследования позволили выявить преимущества комплексного курортного лечения часто болеющих детей с использованием радоновых ванн. Наблюдение за этими детьми через год показали снижение частоты заболеваемости в два-три раза. Результаты альфа-терапии объясняются способностью радоновых ванн «пробуждать защитно-приспособленческие силы организма», улучшать гуморальный и клеточный иммунитет, оптимизировать процессы кровоснабжения тканей, а кроме того, обеспечивать нормализацию вегетативных, регуляторных механизмов, оказывать противовоспалительное и седативное действие (14).

Учитывая, что радоновыми источниками располагают незначительное число курортных местностей, несомненный интерес может иметь изучение эффективности назначения часто болеющим детям углекисло-сероводородных ванн, что позволяет провести сравнительный анализ эффективности данных процедур для оптимизации санаторно-курортного лечения. На этом основании можно сделать обоснованный вывод о целесообразности назначения этих ванн часто болеющим детям, особенно при доминировании признаков вегетативной дисфункции.

Установлено, что пребывание больных бронхиальной астмы в условиях санаториев, расположенных в предгорном климате, может обеспечивать необходимую перестройку

иммуногормональных процессов. Этому же способствуют и новейшие медицинские технологии, включающие процедуры в солевой гала-камере в сочетании с лечебной физкультурой. Положительный результат можно получить и от пенно-солодковых ванн в сочетании с ингаляцией минеральной водой. В результате комплексного лечения у таких пациентов улучшается бронхиальная проходимость и увеличивается жизненная ёмкость лёгких. Для некурортных условий можно назначать сухие углекислые ванны, которые уменьшают бронхоспазм и улучшают общее состояние ребёнка (10).

При оздоровлении детей с функциональными нарушениями кишечника, которые встречаются чаще, чем диагностируются, разработана методика комплексного применения питьевых минеральных вод и высокоинтенсивного магнитного поля с чередованиями с грязевыми аппликациями. Эффективность курортного лечения детей с функциональным нарушением кишечника составляет 84%. При этом сокращаются затраты родителей на медикаментозную поддержку примерно в два раза (5).

В ФГБУ ПГНИИК изучено влияние внутреннего и наружного применения минеральных вод на состояние детей со вторичным панкреатитом. Выявлено высокая эффективность бальнеолечения в сочетании с пилоидами и аппаратной физиотерапией. При патологии поджелудочной железы особенно благоприятно оказалось комплексное применение магнитотерапий в сочетании с грязевыми аппликациями (6).

Одновременно доказано, что включение в лечебный комплекс грязевых аппликаций более низких температур и удлинение грязевой экспозиции существенно уменьшает экссудативные проявления (86%) у детей с заболеванием ювенильным ревматоидным артритом, снижает активность процесса второй степени (у 70%), улучшает большинство иммунных показателей. Также установлено, что с увеличением площади грязевой аппликации, которая накладывается не только на поражённый сустав, но и на всю конечность, значительно уменьшается болевой синдром, пролиферативные признаки и контрактуры (16).

С учётом клинических проявлений и тяжести заболевания можно предложить при черепно-мозговой травме детей новые медицинские технологии с использованием углекисло-сероводородных ванн в комплексе с процедурами ВЧ, УВЧ и К инфитотерапии. Таким комплексным воздействием достигается выраженный положительный эффект (1).

Вывод о целесообразности более раннего (с годовалого возраста) направления на бальнеогрязелечение детей с перинатальной церебральной патологией и церебральным параличом вместе с родителями назрел давно. Соблюдение этого принципа позволяет реабилитировать до 70% детей с минимальной мозговой дисфункцией и улучшить функциональные возможности при церебральном параличе. Доказанным позитивным методом лечения является магнитотерапия, а также магнитофорез с сульфатом магния и раствором глютаминовой кислоты. Назначение токов КВЧ, с локализацией на артикулярные мышцы, оказалось достаточно эффективным способом коррекции речевых нарушений. Для детей с минимальной мозговой дисфункцией разработана методика приёма радоновых ванн в сочетании с инфито – процедурами на шейно-воротниковую зону (2).

Новейшие медицинские технологии разработаны в сфере хронобиологического подхода к лечению ожирения у детей на санаторном этапе (7). Доказано, что клинико-метаболический и психологический статус у некоторых категорий детей не однозначен в течении года. В период с августа по ноябрь метаболические процессы в организме ребёнка более интерферированы, что связано с усилением компенсаторно-приспособленческих реакций. С декабря по июль наблюдаются более выраженные изменения со стороны липидного обмена и гормонального статуса (8).

Для детей страдающих функциональной кардиомиопатией разработан инновационный метод лечения, который основан на применении сероводородных ванн, йодобромных ванн, рефлексотерапии, лазеротерапии и ЛФК (9). Особую практическую значимость имеют результаты исследований посвящённых оптимизации курортного лечения детей, страдающих псориазом с сопутствующим офтальмогерпесом. Доказана целесообразность сочетанного назначения морских купаний, солнечных и морских ванн (3). Установлено, что комплекс физических лечебных факторов черноморских курортов высоко эффективен при постоперационном лечении детей с монетовидной и бляшечной формами обычного псориаза, сочетающегося с офтальмогерпесом.

Актуален в последнее время поиск новых методов лечения и реабилитации детей, страдающих ревматизмом. Доказано, что курортные, и прежде всего, бальнеологические факторы имеют существенное значение в устранении этой тяжелой патологии. Достоверно установлено благоприятное воздействие сульфидной бальнеотерапии у детей с минимальной степенью активно-

Детальный сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов курортного лечения детей, больных ревматизмом с минимальной степенью активности, позволил установить, что применение сульфидных ванн в ранние сроки после ревматической атаки повышает терапевтическую эффективность используемых лекарственных препаратов и способствует благоприятному течению заболевания. Назначение ванн с концентрацией сероводорода 100 и 50 мг/л способствует более выраженному улучшению функционального состояния сердечно-сосудистой и нервной системы, нормализации патологической реактивности организма, повышению компенсаторно-приспособительных и резервных механизмов. Терапевтический эффект сульфидной бальнеотерапии заметно повышается при включении в комплекс электрофореза салициловых, пиразолоновых или нестероидных противовоспалительных препаратов, а также аналогов этих лекарственных средств.

Сульфидная бальнеотерапия оказывала выраженный положительный эффект в комплексном курортном лечении хронических дерматозов у детей и подростков.

Общие сероводородные ванны детям следует назначать после 3-5-дневного периода адаптации, с нарастающей концентрацией сероводорода от 25 до 100 150 мг/л, через день, с температурой воды 35—36° С в теплое и 36—37°С в холодное время года. Продолжительность ванн следует устанавливать от 5 до 10 минут, на курс использовать 8-10 ванн. В теплое время года сероводородную бальнеотерапию следует сочетать с солнечными, воздушными ваннами и морскими купаниями.

В ходе лечения наряду с благоприятной динамикой клинических проявлений дерматозов у детей отмечалось улучшение большинства показателей лабораторных и функциональных исследований.

Предложенные схемы инновационного восстановительного лечения детей с различными заболеваниями могут быть освоены медицинским персоналом любых здравниц, что позволит повысить эффективность реабилитации детей, обеспечить укрепление адаптационных резервов их здоровья.

Реабилитационные мероприятия одновременно требуют эффективной организации информационно-просветительской работы, что позволит увеличить продажи указанных медицинских услуг.

Как показывают ранее проведенные исследования, суть медицинской информации в рамках информационно-профилактической (рекламной) и разъяснительной работы в условиях рыночных отношений, коренным образом отличается от подобной деятельности, проводимой в системе классического медицинского просвещения, несёт свою объективную маркетинговую специфику.

Фактором маркетингового успеха при продаже выше перечисленных реабилитационных мероприятиях является соответствующая маркетинговая программа курортного учреждения, включающая разработку убеждающих и демонстративных рекламных действий, стимулирующих повышенный интерес к предлагаемым лечебным продуктам.

Библиографический список:

1. Арзуманова, В.В. Суховоздушные радоновые ванны в лечении детей с последствиями черепно-мозговой травмой /В.В. Арзуманова //Актуальные вопросы курортологии, восстановительной медицины и профпатологии. - Пятигорск, 2010. - С. 377-378.

2. Гурова, Н.В. Применение магнитофореза глютаминовой кислоты и сульфата магния в реабилитации детей с церебральными параличами /Н.В. Гурова, Л.М. Бабина //Журн. неврологии и психотерапии им. С.С. Корсакова. - 2007. - № 12.- С. 45-50.

3. Катханова, О.А. Природные физические факторы черноморского побережья Кубани в восстановительном лечении детей, страдающих псориазом с сопутствующим офтальмогерпесом /О.А. Катханова, С.Н.Сахнов /Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 2009. -№ 2. - С. 36-38

4. Полушина, Н.Д. Эффективность четырехкратного внутреннего приема славяновской минеральной воды у детей с синдромом экологической дезадаптации /Н.Д. Полушина, Л.Н. Шведунова // Современные подходы к организации лечебно-диагностического процесса в различных нозологических и возрастных группах больных на санаторно-курортном этапе медицинской помощи: матер. юбил. конф., Кисловодск, 2000. - С. 45-46.

5. Степаненко, В.М. Курортное лечение детей с функциональными расстройствами кишечника/В.М. Степаненко, А.Г. Пак //Актуальные вопросы курортологии, восстановительной медицины и профпатологии. - Пятигорск, 2010. - С. 228-230.

6. Степаненко, В.М. Результаты курортного лечения детей с хроническим панкреатитом в отдаленные сроки /В.М. Степаненко, А.Г. Пак //Развитие санаторно-курортной помощи, восстановительного лечения, медицинской реабилитации: матер. Всерос. форума. - М., 2010. - С. 183.
7. Степаненко, Н.Л. Хронобиологический подход к лечению ожирения у детей на санаторно-курортном этапе /Н.Л. Степаненко, Е.И. Кондратьева, Е.Ф. Левицкий и др. //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. -2010.- 3. - С. 35-39.
8. Степаненко, н.п. Санаторно-курортная реабилитация детей с ожирением /Н.Л. Степаненко, Е.И. Кондратьева, Г'А. Суханова и др. //Педиатрия. - №5. - Т. 89,2010. - С. 68-72.
9. Ходасевич, Э.Т. Эффективность бальнеоклиматического лечения детей с функциональной кардиомиопатией /Э.Т. Ходасевич, О.Ш. Куртаев, С.А. Крапивина //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 2008. - №6. - С. 35-36.
10. Чалая, Е.Н. Бальнеолечение детей, больных бронхиальной астмой на низкогорном курорте /Е.Н. Чалая, с.В. Демина, З.Ч. Вазиева //Развитие санаторно-курортной помощи, восстановительного лечения, медицинской реабилитации: матер. Всерос. форума. - М., 2010. - С. 193-194.
11. Шведунова, Л.Н. Минеральные воды как фактор оздоровления детей, подвергшихся радиационному воздействию /Л.Н. Шведунова, Л.М. Бабина, Ю.М. Гринзайд //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 1993. - № 2. - С. 19-22.
12. Шведунова, л.н. Эффективность внутреннего приема славяновской минеральной воды и пектинового экстракта в комплексе курортного лечения детей, подвергшихся радиационному воздействию /Л.Н. Шведунова //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 1995. - №1.-С.36.
13. Шведунова, Л.Н. Новая методика пелоидотерапии в реабилитации детей, живущих в экологически неблагоприятных регионах /Л.Н., Шведунова, Т.В. Ходова, Л.М. Бабина //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 2009. – №4. - С. 48-49.
14. Шведунова, Л.Н.. Оздоровление часто болеющих детей курортными факторами /Л.Н.Шведунова, Л.М.Бабина, Д.Х. Балаева //Физиотерапия, бальнеология и реабилитации. - 2009. - № 5.- С. 49-55.
15. Шемякина, Т.А. Возможности дыхательной гимнастики в реабилитации детей дошкольного возраста с патологией органов дыхания /Т.А. Шемякина, Е.В. Голикова, Е.И. Кондратьева и др. //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 2008. - № 2. - С. 31-33.
16. Шляпак, Е.А. Грязелечение при ювенильном ревматоидном артрите /Е.А. Шляпак, М.А. Моргатая, Н.Т. Габидова //Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. - 2008. - № 5. - С 52-54.
17. Шведунова Л.Н., Бабина Л.М., Зайцев Л.А., Остапишин В.Д., Курортная педиатрия.

Тожибаева Дилдора Мавлонбердиевна
Tojibayeva Dildora Mavlonberdiyevna

Ассистент кафедры ВОП Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии

УДК 616-092.11

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

OPTIMIZATION OF METABOLIC SYNDROME THERAPIES IN WOMEN IN PREMENOPAUSE

Аннотация. Объект для изучения влияния лечения ожирения на основные характеристики сердечно-сосудистого риска у женщин в перименопаузальном периоде с ожирением и артериальной гипертензией. В исследование было включено 52 женщины в перименопаузальном периоде с ожирением и артериальной гипертензией. Полное физическое, инструментальное и лабораторное исследование было выполнено первоначально, в течение одного, трех и шести месяцев лечения, включая оценку ведения дневника пациентом, антропометрические данные. Проведенное исследование продемонстрировало, что включение орлистата в комплексную терапию ожирения с использованием ременса не только существенно снижает массу тела, но и значительно снижает основные сердечно-сосудистые риски, и приводит к снижению артериального давления (без каких-либо гипотензивных препаратов), а также к дислипидемии и коррекции обмена веществ.

Abstract. The object to study effects of treatment of obesity on main cardiovascular risk characteristics in premenopausal women. Methods and materials: in the study 52 women in perimenopausal period with obesity and arterial hypertension (AH) were recruited. The complete physical, instrumental and laboratory investigation were accomplished initially, within one, three and six months of treatment, including assessment of diet diary keeping by the patient, anthropometric data. Results: the accomplished investigation demonstrated that inclusion of orlistat in the complex obesity therapy with remens not only substantially decreases body mass but also significantly reduces main cardio-vascular risks, resulting in arterial blood pressure decreasing (without any antihypertensive drugs), and dislipidemia and carbohydrate metabolism correction.

Ключевые слова: перименопауза, сердечно-сосудистый риск, ожирение, методы лечения.

Key words: premenopause, cardiovascular risk, obesity, treatment methods.

Актуальность. В настоящее время ожирение рассматривается как хроническое заболевание обмена веществ, возникающее в любом возрасте. Оно проявляется в избыточном увеличении массы тела преимущественно за счёт чрезмерного накопления жировой ткани, сопровождающееся увеличением случаев общей заболеваемости и смертности населения. Заболеваемость ожирением в цивилизованном обществе растёт независимо от наследственных факторов (изменения в генетическом пуле отсутствуют).

В разных странах ожирение приводит к дополнительным расходам как государственных бюджетов, так и граждан. На 2019 год потери стран G20 из-за проблем с лишним весом их граждан составляют 3,5% ВВП. На ближайшие 30 лет прогноз потерь для стран ОЭСР и G20 — 5,3 трлн. долларов, что сравнимо с тридцатилетним же бюджетом Германии или Японии. по прогнозу, рост ожирения приведёт к росту налогов в Евросоюзе на 300 Евро, а в США на \$1350. С 1975 по 2016 год число людей, страдающих ожирением, во всем мире выросло более чем втрое.

Ожирение является серьёзной медико-социальной проблемой современности. Актуальность ожирения определяется, в первую очередь, его распространенностью. В связи с развитием тяжелых сопутствующих заболеваний и патологических состояний ожирение приводит к ранней инвалидизации и снижению продолжительности жизни. К последним относятся- артериальная гипертензия, дислипидемия у молодых, атеросклероз и связанные с ним заболевания, нарушение углеводного обмена, включая сахарный диабет типа 2, онкологические заболевания (рак эндометрия, рак предстательной железы, рак молочных желез, рак поперечноободочной и прямой кишок, рак печени и др.), синдром апноэ во сне, гиперурикемия и подагра, репродуктивная дисфункция, деформирующий остеоартроз, заболевания печени и желчного пузыря, варикозное расширение вен нижних конечностей, геморрой, тромбоэмболии. Таким образом, можно говорить, что ожирение является доказанным фактором риска развития основных, наиболее распространенных и грозных

заболеваний. Ожирение и повышение артериального давления является компонентом метаболического синдрома (инсулинорезистентность, дислипидемия, гиперактивность симпатической нервной системы, повышенное артериальное давление), но в отличие от метаболического синдрома мы исследовали женщин у которых отсутствовали другие признаки этого синдрома в перименопаузальном периоде климактерические изменения такие как артериальная гипертензия, прибавка массы тела вплоть до ожирения, приливы, функциональная стенокардия встречаются у многих женщин. **Цель исследования**-изучить влияние терапии ожирения в сочетании с гомеопатическим препаратом на основные показатели сердечно-сосудистого риска у женщин в пременопаузе.

Материалы и методы исследований. В исследование включено 52 женщины. Средний возраст составил 45,2±4,6 года. Все пациенты исходно, через 1, 3 и 6 мес. терапии проходили полное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Это-оценка пищевого дневника, ведущегося больным, антропометрические данные (индекс массы тела – ИМТ, окружность талии – ОТ, окружность бедер – ОБ), липопротеидограмму (общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой и высокой плотности, триглицериды), электрокардиографическое исследование, контроль артериального давления (АД). У всех пациентов на момент обследования была диагностирована артериальная гипертензия (систолическое АД 152±13,4 мм рт. ст., диастолическое АД 101±11,2 мм рт. ст.). Все пациенты были случайно разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 28 больных, которые на фоне немедикаментозной терапии принимали ксеникал в дозе 120 мг 2 раза в сутки на протяжении 1-го месяца терапии, а в последующем по 120 мг 1 раз в сутки и ременс по 1 таб. в день. Во 2-ю контрольную группу были включены 20 пациентов, которым проводили только медикаментозную терапию антигипертензивным препаратом ИАПФ- лизиноприл (диротон-10 мг/сут) в сочетании с рациональным питанием.

Результаты и обсуждение. Как показали проведенные исследования, уже к концу первого месяца терапии отмечалась отчетливая тенденция к снижению ИМТ у больных обеих групп. К 3-му и 6-му месяцу лечения снижение ИМТ у больных, принимавших ксеникал, было значительно более выраженным и статистически достоверным. Следует отметить, что ОТ является клиническим маркером абдоминального ожирения и инсулиновой резистентности. В то же время нами выявлена значительная разница в скорости уменьшения ОТ в зависимости от метода лечения. Как известно, именно абдоминальное ожирение ассоциируется с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Динамика величин ОТ и ОБ представлена в табл. 1.

Таблица 1.

Динамика ИМТ (кг/м²), ОТ и ОБ (см) под влиянием терапии у больных ожирением

Сроки исследования	Группа 1			Группа 2		
	ИМТ	ОТ	ОБ	ИМТ	ОТ	ОБ
Исходное состояние	33,4±0,1	104,7±2,0	101,7±1,6	32,6±1,4	103,6±2,7	102,9±1,8
Через 1 мес	30,5±1,1	99,1±1,9*	100,8±1,5	32,5±1,7	102,9±3,4	101,6±1,8
Через 3 мес	27,2±1,1*	92,1±2,0*	97,3±1,4*	31,5±1,6	101,4±2,9*	100,4±1,6*
Через 6 мес	24,6±1,2*	88,6±2,5*	94,5±1,7*	29,8±0,8	99,4±2,6*	99,6±2,2*

Примечание. Здесь и в табл. 3: * – достоверные изменения (p<0,05 и менее).

Снижение избыточной массы тела сопровождалось нормализацией систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД у большинства больных (табл.2). Это позволило отменить прием антигипертензивных препаратов у всех больных, принимавших ксеникал. Последующее динамическое наблюдение за больными этой группы показало, что стойкий антигипертензивный эффект сохранялся в течение всего срока наблюдения и необходимости в медикаментозной антигипертензивной терапии не было. У 14 больных 2-й группы к концу 1-го месяца приема лизиноприла препарат был отменен, а 6 пациентов его прием продолжили.

Таблица 2.**Динамика АД (мм рт. ст.) под влиянием терапии у больных ожирением**

Сроки лечения	Группа 1		Группа 2	
	САД	ДАД	САД	ДАД
Исходно	156,4±11,5	101,2±14,8	148,1±9,6	98,3±10,0
1 мес	140,0±8,6	84,1±4,7	130,2±6,9	81,5±8,9
3 мес	135,1±6,4	79,8±4,1	130,1±10,3	76,5±10,9
6 мес	132,0±6,5	80,1±8,8	129,7±5,5	78,2±6,4

Проведенная терапия приводила к существенному улучшению метаболизма липидов. Следует отметить, что у всех больных до начала терапии отмечалась выраженная дислипидемия с увеличением содержания общего холестерина (ОХ) и его атерогенной фракции – липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) в плазме периферической крови. Помимо этого отмечалась тенденция к снижению концентрации триглицеридов (ТГЦ) в плазме периферической крови под влиянием проводимой терапии у больных обеих групп. Можно полагать, что более выраженная положительная динамика концентрации холестерина и его фракций под влиянием терапии ксеникалом обусловлена основным фармакологическим эффектом препарата, поскольку известно, что он в среднем на 30% уменьшает всасывание жиров в желудочно-кишечном тракте.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что лечение ксеникалом в сочетании с ременсом приводит не только к существенному снижению массы тела, но и значительному уменьшению основных факторов сердечно-сосудистого риска – снижению АД, коррекции дислипидемии и нарушений углеводного обмена. Так, более быстрое и статистически значимое уменьшение ОТ у пациентов 1-й группы свидетельствует об уменьшении количества абдоминального жира. Известно, что висцеральный жир метаболически более активен, и, следовательно, при адекватной терапии ожирения липолиз в первую очередь идет в нем.

Выводы.

1. Результаты исследования показывают, что включение в долгосрочный план ведения больных с ожирением ксеникала как препарата, предотвращающего повторное увеличение массы тела, является необходимым.

2. Лечение ожирения является сложной и еще окончательно не решенной проблемой. В то же время известно, что коррекция избыточной массы тела значительно снижает риск развития сердечно-сосудистой патологии. В связи с этим в план лечебных мероприятий пациентов с артериальной гипертензией, атеросклерозом, ишемической болезнью сердца необходимо включать и мероприятия, направленные на уменьшение массы тела. В перименопаузальном периоде происходит резкое снижения женских половых гормонов и это является пусковым механизмом для ССС патологии и для ее коррекции на фоне ожирения рекомендована комплексная терапия.

Библиографический список:

1. Вебер В.Р. Факторы риска артериальной гипертензии // Новые Санкт-Петербургские врачебные вести 21. ВОЗ. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения. - 2007. - 97 с.
2. Джаиани Н.А. Кардиопротективные и нефропротективные эффекты ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента // РМЖ. — 2005. -т. 13.- №27. - с. 1858-1862.
3. Данилова О.В., Чечулина О.В. Климактерический синдром. Возможности коррекции средствами природного происхождения. Казань.- 2010.- с. 21.
4. Гаспарян Н.Д. Эффективность препарата Ременс при лечении климактерических расстройств в менопаузе. Бмтгнер.-М.-2017.-с.37.
5. Каткова И.С. Ожирение и артериальная гипертония: распространенность, данные суточного мониторирования артериального давления, состояние миокарда и метаболических факторов риска, эффект орлистата // Дисс. канд. мед. наук. Москва. -2006.
6. Weintraub M (May 1992). «Long-term weight control: The National Heart, Lung, and Blood Institute funded multimodal intervention study». Clin. Pharmacol. Ther. 51 (5): 581
7. Kolata, Gina (2007). Rethinking thin: The new science of weight loss — and the myths and realities of dieting. Picador. ISBN 0-312-42785-9.

Крамарский В.А.**Kramarsky V.A.**

д.м.н., проф. кафедры акушерства и гинекологии Иркутской государственной академии последипломного образования, филиала Российской медицинской академии непрерывного последипломного образования. E-mail: kramarskye@mail.ru

Трусов Ю.В.**Trusov Yu.V.**

к.м.н. асс. кафедры акушерства и гинекологии Иркутской государственной академии последипломного образования.

УДК 618.3-008. 6-085.2

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ И ДРУГИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ УСИЛЕНИЕМ ПРОЦЕССОВ САНОГЕНЕЗА АНТИГОМОТОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ

PREVENTION OF PREECLAMPSIA AND OTHER COMPLICATIONS OF PREGNANCY AND DELIVERY BY STRENGTHENING OF SANOGENESIS PROCESSES BY ANTIGOMOTOXIC THERAPY

Аннотация. Цель: определить эффективность биорегуляционной терапии в профилактике преэклампсии и других осложнениях беременности и родов. Основная группа женщин 140 человек и контрольная группа 94 человека в возрасте не менее 18 лет. Риск развития преэклампсии у беременных женщин определялся по методике Мериакри В.С.(1986).

В основной группе исследуемых беременных первая степень риска отмечалась у 58 человек, вторая степень у 48 и высокая степень риска у 34 беременных женщин. В контрольной группе риск развития преэклампсии распределился соответственно: 44, 30 и 20 женщин. У беременных основной группы женщины с 1, 2 и 3 степенями риска проводили усиливающуюся в зависимости от степени риска биорегуляционную терапию с 16 по 20 неделю беременности. В контрольной группе профилактика не проводилась. В основной группе беременных женщин преэклампсия развилась в 2,5 раза меньше чем в контрольной. В 2,7 раза меньше наблюдалось преждевременных родов и в 15,2 раза меньше задержек роста плода.

Annotation. Objective: to determine the effectiveness of Bioregulation therapy in the prevention of preeclampsia and other complications of pregnancy and childbirth. The main group of women is 140 people and the control group is 94 people aged at least 18 years. The risk of developing preeclampsia in pregnant women was determined by the method of Meriakri V. S. (1986). In the main group of pregnant women studied, the first degree of risk was observed in 58 people, the second degree in 48 and a high degree of risk in 34 pregnant women. In the control group, the risk of developing preeclampsia was distributed, respectively: 44, 30 and 20 women. In pregnant women of the main group, women with 1, 2 and 3 degrees of risk underwent Bioregulation therapy, which increased depending on the degree of risk, from 16 to 20 weeks of pregnancy. In the control group, prevention was not carried out. In the main group of pregnant women, preeclampsia developed 2.5 times less than in the control group. There were 2.7 times fewer preterm births and 15.2 times fewer fetal growth delays.

Ключевые слова: профилактика, степень риска, преэклампсия биорегуляционная терапия

Keywords: prevention, degree of risk, preeclampsia, Bioregulation therapy

Преэклампсия одна из наиболее актуальных проблем в современном акушерстве, так как входит в число ведущих причин перинатальных и материнских потерь [2]

Диагностика, лечение и профилактика преэклампсии продолжают оставаться наиболее сложными акушерскими задачами современного акушерства, на что указывает сохраняющаяся частота этой патологии, не смотря на постоянное совершенствование лечебно-диагностических технологий. Данная патология встречается у 6-8 % беременных в развитых странах и превышает 20 % в развивающихся(5). В России, несмотря на наблюдающееся в последнее десятилетие снижение абсолютного числа родов, частота преэклампсий из года в год увеличивается и достигает 16-21 % .(1)

Преэклампсия в 82 % случаев развивается на фоне нарушения процессов плацентации и экстрагенитальной патологии. По данным отечественных авторов, она занимает 3-е место в

структуре летальности беременных, на ее долю приходится 15-25 % случаев материнской смертности. Преждевременные роды при преэклампсии встречаются в 20-30% случаев, перинатальная заболеваемость составляет 560‰, а перинатальная смертность в 3-4 раза превышает популяционную, достигая 12 % [2]. По данным ВОЗ, у каждого 5-го ребенка, родившегося у матери с преэклампсией, нарушено физическое и психоэмоциональное развитие, значительно выше уровень заболеваемости в младенческом и раннем детском возрасте.(1)

Вопросы профилактики преэклампсии как таковой, так и медикаментозной до настоящего времени являются одной из дискуссионных тем данной проблемы в связи с концепцией генетической детерминированности данной патологии. В тоже время целесообразность профилактики для предупреждения тяжелых форм преэклампсии наиболее часто приводящих к материнской смертности и послеродовой заболеваемости, а так же нарушению когнитивных функций и высокой заболеваемости новорожденных, требует поиска более эффективных методов профилактики выраженных форм преэклампсии через персонализированный подход с учетом индивидуальной степени риска патологии.(3)

Одним из перспективных направлений профилактики преэклампсии является биорегуляционный подход, основанный на принципах усиленного саногенеза. Фактором усиления процессов саногенеза организма может являться антигомотоксическая терапия. С точки зрения гомотоксикологии организм является открытой и стремящейся к равновесию биологической системой, нарушение которой может быть обусловлено появлением в организме экзогенных и эндогенных токсинов. Воздействие этих химических веществ, различных по происхождению – поступающих в организм извне или вырабатываемых в ходе нарушения обменных процессов – вызывает ответные защитные реакции организма, проявляющиеся в форме заболевания.

Таким образом, болезнь, с точки зрения гомотоксикологии, является комплексом целесообразных защитных процессов, а так же проявлений попыток организма компенсировать интоксикацию.(3, 4)

Антигомотоксические препараты представляют собой сочетание компонентов из естественных продуктов окружающей среды в очень малых разведениях, исключающих их токсическое воздействие на организм, стимулирующих детоксикационные (лимфатическая, дыхательная, мочевыделительная, печеночная), и защитные силы организма (гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система, гуморальный и клеточный иммунитет). Эти препараты изготавливают из натуральных природных компонентов: экстрактов растений, вытяжек из органов животных, стерилизованных культур микроорганизмов, минеральных веществ, микроэлементов и катализаторов. Безопасность применения антигомотоксических препаратов, особенно в перинатальной медицине, связана с низкими концентрациями минералов, микроэлементов и гормонов, содержащихся в комплексных препаратах, соответствует их концентрации в организме человека. Поступающие в организм микродозы не вызывают перегрузки организм, а наоборот, стимулируют его системы и подключают дополнительные защитные механизмы. Терапевтический эффект препаратов достигается на различных регуляторных уровнях.(5).

Материал и методы исследования:

Всего число наблюдений 234. В первой группе женщин(140 чел.) после оценки степени риска по методике предложенной Мериакри В.С.(1986). и получения информированного согласия беременных, проводилась дифференцированная профилактика преэклампсии с использованием антигомотоксических препаратов. У 58(41,4%)женщин выявлена легкая степень риска, у 48(34,3%) средней степени и у 34(24,3%) высокая степень риска. В контрольной группе беременных из 94 человек, профилактика преэклампсии не проводилась, но так же оценивалась степень риска преэклампсии. При этом в контрольной группе женщин с первой степенью риска преэклампсии было 44(46,8%) человека, второй-30(31,9%) и высокой степенью риска 20(21,3%) беременная.

В группе женщин, у которых проводилась профилактика преэклампсии – 140 беременных со сроком гестации от 16 до 20 недель (по шкале Мериакри В.С.) оценка степени риска колебалась от 13 до 36 баллов, средний возраст женщин составил $27,6 \pm 2,1$ лет. Из этой группы наблюдения, с учетом применения антигомотоксических препаратов, исключались женщины в возрасте менее 18 лет.

В контрольной группе беременных суммарная оценка степени риска преэклампсии колебалась от 15 до 33 баллов, а средний возраст составил $28,4 \pm 3,6$ лет и достоверно не отличался от возраста группы женщин, где профилактика проводилась ($P \geq 0,005$).

Средний возраст в зависимости от степени риска развития преэклампсии составил при низкой степени риска преэклампсии, в первой группе $21,3 \pm 1,2$ лет, а во второй $20,6 \pm 1,6$ лет и так же достоверно не отличался ($P \geq 0,005$). В тоже время при средней степени риска преэклампсии, во

второй группе женщин средний возраст был достоверно больше ($P \leq 0,005$) чем в первой и составил $26,1 \pm 1,1$ лет, в то время как в контрольной средний возраст был равен $23,5 \pm 0,8$ годам. При высокой степени риска преэклампсии средний возраст во второй группе женщин, которым профилактика не проводилась, так же был достоверно выше ($P \leq 0,005$) и составил $28,1 \pm 1,2$ лет против показателя среднего возраста женщин первой группы, который был равен $25,2 \pm 1,3$ лет.

Первородящих женщин в первой группе было 85(60,7%) человек, а во второй 72(76,6%). Медицинские аборт в анамнезе в первой группе женщин отмечены в 92(65,7%) случаях, во второй группе в 68(72,3%).

Соматическая патология в анамнезе (пиелонефрит, анемия беременных, повышенное питание, сахарный диабет, гипертония, эутиреоидный зоб) в первой группе выявлены в 96(68,6%) случаях, а во второй в 68(72,3%) и значительно не отличались. При этом из соматической патологии в анамнезе преобладали: пиелонефрит, который отмечался у 36(25,7%) человек из первой группы женщин и у 28(29,8%) из второй и анемия у 32(22,9%) из первой группы и у 30(31,9%) из второй. После взятия на учет по беременности железодефицитная анемия была диагностирована у 72(51,4%) человек из первой группы женщин и у 48(51,1%) из второй.

Оценка степени риска развития преэклампсии проводилась по методике предложенной В.С.Мериакри (1986), как технологии, наиболее полно охватывающей дезадаптационные факторы риска.

Факторы риска развития преэклампсии (в баллах)

- Возраст : 15-17 лет – 2,2 баллов, 18 лет – 0,4 баллов, 31-35 лет – 2,3 баллов, 36-40 лет – 3,9 баллов.

Наследственность: преэклампсия у матери – 3,2 баллов, гипертоническая болезнь – 2,6 баллов, болезнь почек – 3,3 баллов, неотягощена – 1,0 балл.

- Группа крови беременной: 0(1) - 0,2 баллов, А(2) – 2,6 баллов, В(3) – 1,4 баллов, АВ(4) – 2,1 баллов, Rh (-) - 2,6 баллов

Длительность проживания на данной территории: до 5 лет – 3,4 баллов, до 10 лет – 2,7 баллов, больше 10 лет - 1,0 балл

Время года зачатия: весна – 2,7 баллов, лето – 0,8 баллов, осень – 0,5 баллов, зима – 0,3 баллов.

Профессиональные вредности: химические – 4,7 баллов, нервно-психические – 2,8 баллов, температура и влажность – 1,9 баллов, отсутствие факторов – 1,0 балл.

Экстрагенитальная патология: вегетососудистая дистония – 6 баллов, ожирение 2-3 степени – 4,5 баллов, сахарный диабет – 4,5 баллов, эндемический зоб – 3,9 баллов, ревматизм – 3,4 баллов, заболевание легких – 3,3 баллов, заболевание почек – 2,1 баллов, аллергия – 2,9 баллов, отсутствие факторов – 1,0 баллов.

Менархе: 10-11 лет – 0,7 баллов, 12-14 лет – 0,6 баллов, 15-17 лет – 2,2 баллов.

- Гинекологические заболевания: нарушение м/цикла - 3,8 баллов, воспаление ЖПО – 2,0 балла, отсутствие заболеваний – 1,0 балл

Семейное положение: первый брак – 1,0 балл, второй брак – 2,9 баллов, не замужем – 2,9 баллов.

- Осложнения предшествующей беременности: преэклампсия – 5,7 баллов, мертворождаемость – 2,9 баллов, нет – 1,0 балл

Прогнозирование частоты развития преэклампсии при данной беременности производится по суммарному подсчету баллов.

При сумме баллов до 11, по мнению автора, риск развития преэклампсии отсутствовал. Если сумма баллов составляла от 12 до 20 баллов, то риск развития преэклампсии был равен 25%. При сумме баллов от 21 до 30 баллов - 50%, а свыше 30 баллов – 98%.

Таким образом, риск развития преэклампсии при сумме баллов от 12 до 20 расценивали как легкую, от 21 до 30 баллов, как среднюю степень риска развития преэклампсии, а свыше 30 баллов как высокую степень риска преэклампсии.

Всем беременным проводилось ультразвуковое исследование фето-плацентарного комплекса с оценкой маточно-плацентарного кровотока посредством доплерометрии маточных, пуповинных сосудов и средне-мозговой артерии плода и определением степени его нарушения. Для подтверждения выраженной преэклампсии проводилась оценка кровотока в надлобковых артериях женщин.

Определение биохимических показателей крови и исследование мочи проводили по общепринятым методикам.

При легкой степени риска беременные основной группы исследуемых женщин (140) принимали только препараты кальция в виде пищевых добавок с 16 по 20 неделю беременности, не менее 2 грамм в сутки. При средней степени риска так же с информированного согласия к профилактике кальцием по описанной схеме добавлялся антигомотоксический препарат с дренажной и детоксикационной функцией – гепар композитум по 1 ампуле (2,2 мл.) подкожно 2 раза в неделю.

Профилактика проводилась с 16 по 20-22 неделю беременности. При высокой степени риска преэклампсии, к выше указанным профилактическим мероприятиям, добавлялись антигомотоксические препараты метаболической и иммунологической направленности: коэнзим композитум, и энгистол. Все лекарственные средства, использовались только после информированного согласия женщин с объяснением целесообразности их применения и минимальной возможности осложнений.

Препарат гепар композитум вводился подкожно по 1 ампуле (2,2 мл.) 2 раза в неделю через 3 дня в течении 1 месяца. Между инъекциями раствора гепар композитум, так же 2 раза в неделю, через 3 дня, внутримышечно вводился раствор коэнзим композитум по 1 ампуле (2,2 мл.) в течении 1 месяца. Основное действие этих препаратов заключалось в нормализации метаболических процессов в плаценте и печени, органах, нарушение функции которых лежит в основе развития преэклампсии.

С целью нормализации иммунологических взаимоотношений системы мать – плод использовался препарат энгистол по 1 таблетке 3 раза в день под язык до рассасывания за 20-30 минут до принятия пищи в течении недели, затем по 1 таблетке 2 раза в день так же в течении недели и по одной таблетке в день в течении 2 недель.

Статистическую обработку полученных результатов производили общепринятыми методами вариационной статистики. Данные представлены как среднее \pm ошибка среднего ($M \pm m$). Значимость определяемых различий оценивали с помощью однофакторного мультидисперсного анализа (ANOVA) с использованием пакета статистического анализа SHSS Statistics 22. Статистически значимыми считали отличия при $p < 0,05$. Непараметрические данные исследовали с помощью этого же пакета статистического анализа. Т-тест Стьюдента считали значимым при значении менее 0,05.

Результаты и обсуждение:

При первой степени риска и проведении профилактики, преэклампсия развилась только в 16,7% (9 человек), (см.рис 1). Первые проявления симптомов отмечены с 33-34 недель беременности. Степень тяжести была невыраженной. Основными проявлениями в этой группе женщин была гипертония. При этом систолическое АД не превышало 160 мм.рт. ст., составляя в среднем $142 \pm 5,8$ мм.рт.ст., среднее АД не превышало 110 мм.рт.ст., составляя в среднем $108 \pm 1,8$ мм.рт.ст. Индекс дезадаптации (ИД), рассчитываемый по формуле: отношение среднего артериального давления (САД) к частоте пульса, не превышал показатель 1,4 составляя $1,25 \pm 0,12$. Суточная протеинурия в этой группе беременных не превышала 2,5 г., составляя в среднем $1,9 \pm 0,5$ г/л, а фильтрационная способность почек не понижалась ниже 80 мл/мин, и была равна в среднем $87 \pm 9,5$ мл/мин. Отеки, при их наличии локализовались только на нижних конечностях. Печеночные пробы, показатель билирубина и щелочной фосфатазы были в пределах референтных значений. Средний показатель рассчитанной математически осмолярности крови составил $289 \pm 5,6$ мосм/л. Средний уровень фибриногена был равен $3,8 \pm 0,6$, тромбоцитов в периферическом бассейне кровотока 257 ± 28 тыс., антитромбина три (А-111) $-85 \pm 3,4$., а средний уровень гематокрита $32,7 \pm 3,4$ %.

Продукты деградации фибриногена ни в одном из наблюдений с преэклампсией невыраженной степени не выявлены.

По данным КТГ (методика of Fisher) внутриутробная гипоксия плода легкой степени отмечена только в 3 наблюдениях, ассиметричная гипотрофия в 1, а нарушение маточно-плацентарного кровотока 1А в двух случаях.

Большинство женщины с преэклампсией из этой группы (8 человек-88,9%) родоразрешены через естественные родовые пути при доношенной беременности. Средняя продолжительность родов среди них составила $9,4 \pm 2,7$ часов. Средняя кровопотеря после родов $109,4 \pm 53$ мл. Только в одном наблюдении отмечена слабость родовых сил, которая успешно скорректирована внутривенным введением окситоцина. Нарушения кровотока ФПН в родах, по данным кардиотокографии (КТГ), ни в одном наблюдении не зафиксировано.

Средняя масса новорожденных составила $3126,4 \pm 73,2$ гр., а средняя оценка по шкале Апгар в первую минуту жизни $-7,3 \pm 1,1$ баллов. В одном случае, у плода по данным УЗИ, отмечались признаки ассиметричной гипотрофии легкой степени и оценка по шкале Апгар при рождении 6 баллов.

Только в одном наблюдении из этой группы женщин с преэклампсией проведено экстренное

оперативное родоразрешение при беременности 38 недель и самостоятельно развившейся родовой деятельности. При открытии маточного зева 6-7 см. были диагностированы признаки клинически узкого таза обусловленные неправильным вставлением головки плода (задний ассинклитизм второй степени). Извлечена девочка массой 3054 гр., длиной 50 см. с оценкой по шкале Апгар 7-9 баллов. Общая кровопотеря после операции кесарево сечение составила 450 мл.

При второй степени риска, преэклампсия невыраженной степени развилась у 29,2%(14 человек),(см.рис 1).

Первые проявления симптомов отмечены с 30-32 недель беременности. Степень тяжести была в 4(28,6%) наблюдениях более выраженной, чем в первой группе женщин с легкой степенью риска развития преэклампсии.

Основными проявлениями у женщин со средней степенью риска развития преэклампсии являлась гипертония. При этом систолическое АД в 4 случаях превышало 160 мм.рт. ст., составляя в среднем $168 \pm 2,4$ мм.рт.ст., среднее АД в этих наблюдениях превышало 115 мм.рт.ст., составляя в среднем $118 \pm 2,5$ мм.рт.ст. Средний показатель индекса дезадаптации (ИД) не превышал показатель 1,5 составляя $1,35 \pm 0,14$. В тоже время, в 2 наблюдениях ИД не смотря на проводимое лечение, был больше 1,5, равняясь соответственно 1,6 и 1,7. Суточная протеинурия не превышала 5,0 г., составляя в среднем $2,7 \pm 1,2$ г/л., а фильтрационная способность почек не понижалась ниже 75 мл/мин, составляя в среднем $81 \pm 5,5$ мл/мин. Отеки, при их наличии, носили периферический, но более распространенный характер(на нижних конечностях и передней брюшной стенке). Печеночные пробы, показатель билирубина и щелочной фосфатазы были в пределах референтных значений. Средний показатель осмолярности крови составил $292 \pm 13,9$ мосм/л. В тоже время в 3 наблюдениях отмечалась гипоосмолярность, когда ее уровень был ниже 280 мосм/л. Средний уровень фибриногена составил $4,3 \pm 0,7$ г/л, тромбоцитов в периферическом бассейне кровотока 212 ± 35 тыс., А - $111-78 \pm 2,4\%$, а средний уровень гематокрита $35,6 \pm 4,42\%$. Продукты деградации фибриногена(фибриноген-В) выявлены в 8(57,1%) наблюдениях случаев преэклампсии этой группы женщин.

По данным КТГ (методика of Fisher) внутриутробная гипоксия плода легкой степени отмечена в 5(10,4%) наблюдениях, а средней степени в 3(6,25%). Ассиметричная гипотрофия при ультразвуковом исследовании (УЗИ) выявлена у 4(8,3%) плодов. У трех легкой и у 1 средней степени тяжести. Нарушение маточно-плацентарного кровотока 1А отмечено в 3(6,25%) случаях, второй степени у 3(6,25%) женщин и критический кровоток в 2(4,2%) наблюдениях. В случаях критического кровотока только в 1 наблюдении определили нарушение кровотока в средней мозговой артерии, что потребовало досрочного родоразрешения. В трех случаях(21,4%), при развившейся преэклампсии, женщины были оперативно родоразрешены досрочно в 32 и в 33 недели беременности в связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии и продолжающей прогрессировать внутриутробной гипоксии плода. Были извлечены живые дети с признаками задержки внутриутробного развития(ЗВУР) и средней оценкой по шкале Апгар $5,8 \pm 0,6$ баллов. Средняя операционная кровопотеря составила $568,3 \pm 57$ мл. В одном наблюдении произошли преждевременные самопроизвольные роды при беременности 36 недель недоношенным мальчиком массой 2670 граммов и длиной 48см. без признаков гипотрофии, но с оценкой по шкале Апгар 6-7 баллов. В 2 случаях при доношенной беременности произведено оперативное родоразрешение. В одном из них в связи с отсутствием готовности родовых путей, преждевременным излитием околоплодных вод и нарастанием безводного периода и в другом случае в связи с вторичной упорной слабостью родовых сил. В остальных 8 наблюдениях при преэклампсии роды завершились самопроизвольно при доношенной беременности. Средняя продолжительность родов составила $7,7 \pm 2,8$ часов. При этом средняя масса плодов была равна $345,6 \pm 48,3$ граммов, а средняя оценка по шкале Апгар $7,6 \pm 0,5$ баллов. Средняя послеродовая кровопотеря составила $180,7 \pm 34$ мл.

В группе с высокой степенью риска и проводимой профилактикой преэклампсия развилась только в 32,3%(11 человек) наблюдений(см.рис.1). При этом ни в одном из наблюдений не отмечалась выраженная степень преэклампсии. А средняя степень тяжести преэклампсии по классификации принятой в РФ отмечена только у 3 человек, то есть в 27,3% случаев в этой группе женщин.

Первые проявления симптомов у женщин с высокой степенью риска отмечены с 32-34 недель беременности. Основным проявлением преэклампсии была протеинурия. Средние суточные потери белка с мочой составляли $3,2 \pm 1,4$ г/л. При этом средний белок сыворотки крови составил $54,2 \pm 0,9$ г/л. Повышение артериального давления отмечено во всех наблюдениях. Систолическое АД в 3 случаях превышало 160 мм.рт. ст., составляя в среднем $164 \pm 3,6$ мм.рт.ст.,

среднее АД в этих случаях превышало 115 мм.рт.ст., составляя в среднем $116 \pm 1,5$ мм.рт.ст. В то же время среднее систолическое АД среди всех женщин с преэклампсией было равно $146,4 \pm 4,8$ мм.рт.ст. Средний показатель индекса дезадаптации(ИД) не превышал показатель 1,5 составляя $1,28 \pm 0,2$. В то же время в 1 наблюдении ИД не смотря на проводимое лечение превышал показатель 1,5 равняясь 1,71 при АД 150/110 мм.рт.ст. и пульсе 72 ударов минуту. Фильтрационная способность почек составляла в среднем $76,7 \pm 4,6$ мл/мин. Отеки, при их наличии носили периферический, но более распространенный характер. Печеночные пробы, показатель билирубина и щелочной фосфатазы были в пределах референтных значений. Средний показатель осмолярности был равен $298 \pm 12,6$ мосм/л. В то же время только в 1 наблюдении отмечалась гипоосмолярность, когда уровень осмолярности был ниже 280 мосм/л. и составил 278 мосм/л. Средний уровень фибриногена равнялся $3,8 \pm 0,9$ г/л, тромбоцитов в периферическом бассейне кровотока 184 ± 35 тыс., А- $111-82 \pm 4,5\%$, а средний уровень гематокрита $38,6 \pm 3,4\%$. Продукты деградации фибриногена выявлены во всех наблюдениях с преэклампсией.

По данным КТГ (методика of Fisher) внутриутробная гипоксия плода легкой степени среди женщин с высокой степенью риска преэклампсии отмечена в 4 наблюдениях, средней степени в 1. Ассиметричная гипотрофия имела место в 3 наблюдениях. Нарушение маточно-плацентарного кровотока 1А отмечено в 3 случаях, второй степени у 2 женщин и критический кровоток в 1 наблюдении. В случае критического кровотока нарушения кровотока в средней мозговой артерии не было.

Лечение проводилось в зависимости от характера клинических проявлений по существующим стандартам с использованием магнезиальной терапии, антагонистов кальция, клофеллина. Инфузионная терапия волюеном(гидроксиэтилированный крахмал) проведена только одной больной с гипоосмолярностью, тромбоцитопенией и снижением фильтрационной способности почек.

В одном наблюдении женщина была оперативно родоразрешена досрочно в 35 недель беременности в связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии и продолжающейся внутриутробной гипоксией плода. Была извлечена живая девочка с признаками задержки роста плода(ЗРП) и оценкой по шкале Апгар 5-6 баллов. Средняя операционная кровопотеря составила 650 мл. В двух наблюдениях произошли преждевременные самопроизвольные роды при беременности 35 и 36 недель недоношенными мальчиками массой 2370 и 2560 гр. без признаков гипотрофии, с оценкой по шкале Апгар 7 и 8 баллов. В остальных 8 наблюдениях беременность завершилась самопроизвольными родами при доношенной беременности. Средняя продолжительность родов составила $6,5 \pm 3,8$ часов. В одном наблюдении роды носили быстрый характер, когда продолжительность родов была равна 3 часам 20 минутам. Средняя масса плодов составила $3347 \pm 59,3$ граммов, а средняя оценка по шкале Апгар $7,8 \pm 0,7$ баллов. Средняя послеродовая кровопотеря была равна $260,3 \pm 42$ мл.

В контрольной группе женщин, которым не проводилась профилактика преэклампсии при первой степени риска, преэклампсия развилась в 38,6%(17 человек), при второй в 61,8%(21 человек) и при третьей 90,5%(19 человек).

При первой степени риска основные клинические проявления патологии в контрольной группе женщин у 7 беременных возникли в 31-34 недели, у 10 в 35-37 недель. В двух наблюдениях преэклампсия носила выраженный характер с повышением систолического АД более 160 мм.рт.ст, протеинурией от 5 до 12 г/л в сутки, генерализованными отеками, гипосомолярностью в одном наблюдении и тромбоцитопенией (154 и 126 тыс.). ИД в этих случаях был равен 1,72 и 1,83. Срок беременности у этих женщин был равен 31 и 32 неделям. По данным КТГ отмечалась внутриутробная гипоксия плодов, а доплерометрия показала нарушение кровотока второй и третьей степени. По данным УЗИ отмечена ассиметричная гипотрофия 2 степени обеих плодов. У этих женщин был отмечен ретроградный кровоток в надлобковых артериях, что указывало на выраженный характер преэклампсии. В связи с создавшейся ситуацией после подготовки больных с проведением магнезиальной и инфузионной терапией в течении 2 часов проведено кесарево сечение под эпидуральной анестезией. Извлечены живые недоношенные плоды с оценкой по шкале Апгар при рождении 5 и 6 баллов с признаками ЗРП и массой 1080 и 1030 граммов.

У 5 женщин в сроки беременности от 34 до 38 недель проявления преэклампсии соответствовали невыраженной его степени с протеинурией от 3 до 5 г/л и средним показателем $4,2 \pm 0,8$ г/л. Средним АД составляющим $116,4 \pm 1,6$ мм.рт.ст. Индексом дезадаптации не превышающим 1,5 и средней осмолярностью $296,8 \pm 5,1$ мосм/л. У всех этих беременных отмечалась тромбоцитопения со средним уровнем тромбоцитов 167 ± 35 тыс. Средний уровень фибриногена

составил $2,3 \pm 0,8$ г/л. Во всех наблюдениях выявлены продукты дегградации фибриногена. По данным КТГ гипоксия внутриутробного плода отмечалась в 4 наблюдениях из 5. Нарушение маточно-плацентарного кровотока 1 степени у 2 и 2 степени у трех беременных. Самопроизвольные преждевременные роды произошли у трех женщин в 35 и 36 недель беременности. У 2 беременных роды произошли в 38 недель. Из трех недоношенных живых детей, только у одного отмечались признаки ЗВУР.

В 10 наблюдениях отмечена невыраженная преэклампсия. Во всех наблюдениях среднее АД не превышало 120 мм.рт.ст. Протеинурия в среднем составляла $2,6 \pm 1,1$ г/л. По данным КТГ гипоксия плода отмечалась только в 4 случаях, а нарушение кровотока 1 степени по данным доплерометрии в 5 случаях. Асимметричная ЗВУР 1 степени выявлена у 3 плодов.

Лечение проводилось соответственно существующим стандартам и в основном оказалось эффективным.

Все женщины самопроизвольно вступили в роды при доношенной беременности. У двух из них в связи с прогрессирующей внутриутробной гипоксией плода, на фоне развившейся дискоординации родовых сил и упорной слабости произведено экстренное кесарево сечение. Новорожденные при рождении имели оценку по шкале Апгар 5 баллов. У одного из них выявлены признаки ЗВУР. Его масса при рождении составила 2870 граммов при длине 50 см. Общая послеоперационная кровопотеря составила 450 и 530 мл.

Остальные 8 женщин родоразрешены через естественные родовые пути. При этом у 2 рожениц отмечалась слабость родовых сил, которая была успешно скорректирована внутривенным введением окситоцина. Оценка по шкале Апгар при рождении в среднем была равна $7,1 \pm 0,9$ баллам. Средняя масса новорожденных составила $3654,2 \pm 423$ граммов, а средняя кровопотеря 168 ± 58 мл. Только у 3 новорожденных были выявлены признаки ЗВУР легкой степени.

При второй степени риска преэклампсии основные клинические проявления патологии у 15 из 21 женщины возникли в 28-32 недели, у 5 в 34-36 недель и у одной в 37 недель беременности. В четырех наблюдениях преэклампсия носила выраженный характер с повышением систолического АД более 160 мм.рт.ст, протеинурией от 5 до 18 г/л в сутки, генерализованными отеками, гипосомолярностью в двух наблюдениях и тромбоцитопенией (121 и 134 тыс.). ИД в этих наблюдениях был равен 1,74, 1,78, 1,65, 1,84. Срок беременности в этих случаях был равен 28, 30, 31, 32 неделям. По данным КТГ отмечалась внутриутробная гипоксия плодов, а доплерометрия показала нарушение кровотока второй(3) и третьей степени(1). По данным УЗС отмечена асимметричная гипотрофия 2 степени у двух плодов и первой степени так же у двух плодов. У трех женщин был отмечен ретроградный кровоток в надлобковых артериях. В связи с создавшейся ситуацией после подготовки больных с проведением магнезиальной и инфузионной терапией в течении 2 часов произведено кесарево сечение под эпидуральной анестезией. Извлечены живые недоношенные плоды с оценкой по шкале Апгар при рождении 4, 5, 6 и 6 баллов с признаками ЗВУР.

Из 11 наблюдений с ранним проявлением преэклампсии, из этой же группы беременных, у 8 женщин были клинические проявления соответствующие выраженной преэклампсии, что потребовало проведения интенсивной терапии в условиях реанимации по существующим стандартам. Эффективной терапия оказалась у 4 женщин. Это послужило причиной пролонгирования беременности и пересмотра оценки степени тяжести патологии. У 2 женщин произошли самопроизвольные преждевременные роды с рождением детей с оценкой по шкале Апгар 6 баллов и признаками ЗВУР. У 2 беременных терапия оказалась безэффективной. С кратковременным улучшением, что потребовало досрочного родоразрешения через естественные родовые пути с рождением живых детей с оценкой по шкале Апгар 5 и 6 баллов и признаками ЗРП.

При более позднем проявлении преэклампсии у 6 беременных степень тяжести преэклампсии носила невыраженный характер с ИД не превышающим показатель 1,5. Высокое АД эффективно корректировалось антагонистами кальция и небольшими дозами магнезии (1,0 гр/кг) При этом общий уровень белка во всех наблюдениях был не менее 59 г/л., а протеинурия не превышала 2г/л. Во всех случаях отмечалась гиперосмолярность (более 295мосм/л.) и отсутствие выраженной гемоконцентрации. По данным доплерометрии только в двух наблюдениях выявлено нарушение кровотока 1 степени.

В этой группе женщин срочные самопроизвольные роды произошли у 9 женщин. У одной беременной на фоне преждевременного излития околоплодных вод и отсутствия эффективной родовой деятельности развился дистресс плода, в связи с чем произведено экстренное кесарево сечение. Извлечен мальчик массой 3440 гр. Длиной 52 см. с оценкой по шкале Апгар 6 баллов.

Общая кровопотеря составила 350 мл. У остальных 9 женщин роды протекали: со слабостью родовой деятельности эффективно коррегируемой окситоцином и у двух рожениц и с дискоординацией родовой сил 1 степени эффективно леченных транквилоседативной терапией. У двух женщин роды осложнились послеродовым гипотоническим кровотечением с дефицитом объема циркулирующей крови (ОЦК) 22 и 19%, с которым успешно справились консервативными методами (в одном наблюдении была применена баллонная тампонада и в одном применялись щипцы по методике Бакшеева) Средняя оценка по шкале Апгар у детей этой группы женщин составила $6,5 \pm 1,4$ баллов, а средняя масса новорожденных 3124 ± 159 граммов. Средняя послеродовая кровопотеря за исключением женщин с гипотоническим кровотечением была равна $223,7 \pm 46$ мл.

У женщин с высокой степенью риска развития преэклампсии признаки заболевания возникли у 18(90%) человек из 20. У 16 беременных первые признаки преэклампсии появились в 26 – 32 недели беременности. При этом у 10(55,6%) беременных клинико-параклинические проявления носили выраженный характер с высоким АД превышающим 160 мм.рт.ст.(систолическое), высокой протеинурией от 6 до 13 г/л., дефицитом диуреза, у 6 человек он не превышал 800 мл в сутки, сниженной фильтрационной способностью почек, средний показатель $56,8 \pm 3,2$ мл/мин. С проявлением хронического ДВС (фибриноген $2,3 \pm 0,9$ г/л, Д-димеры, антитромбин-3(А-111)- $71,3 \pm 2,6\%$, агрегация тромбоцитов 45%). У 6 беременных отмечены невыраженные проявления преэклампсии. У 10 из 16 человек проведенная патогенетическая терапия, которая оказалась эффективной, что позволило пролонгировать беременность. У 6 человек эффективность терапии носила временный характер, что послужило причиной досрочного прерывания беременности у 4(22,2%) женщин посредством кесарева сечения в 29(2), 31 и 32 недели беременности. У этих женщин отмечался ретроградный кровоток в надлобковых артериях, указывающий на выраженный характер преэклампсии. Извлечены живые недоношенные дети с признаками ЗВУР и оценкой по шкале Апгар от 4 до 6 баллов. С целью профилактики послеродового кровотечения у всех женщин проводилась внутриоперационная баллонная тампонада. Средняя кровопотеря составила 754 ± 127 мл. Учитывая наличие параклинических признаков диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) кровопотерю восполняли смвезамороженной плазмой(СЗП) и растворами (рефортан, волювен). Две женщины родоразрешены через естественные родовые пути, у одной из которых произошла антенатальная гибель плода в 26 недель беременности на фоне проводимой терапии и недооценки функционального состояния плода. Другая беременная родоразрешена в 32 недели беременности после подготовки сурфактантной системы плода на фоне преждевременного излития околоплодных вод с самопроизвольно развившейся родовой деятельностью.

Родилась живая недоношенная девочка с оценкой по шкале Апгар 6 баллов массой 754 граммов с признаками ЗРП.

У двух человек(11,1%) клиника преэклампсии невыраженной степени была выявлена в 36 и 37 недель беременности. При этом Среднее АД не превышало 115 мм.рт.ст.. протеинурия не превышала 2г/л., уровень тромбоцитов был в пределах нормы и не уменьшался, гематокрит составил 32 и 34%. Параклинические признаки синдрома ДВС отсутствовали. Расчетная осмолярность составляла 286 и 312 мосм/л. Проводимая терапия оказалась эффективной.

Эти женщины родоразрешились самопроизвольно при доношенной беременности в 38 и 39 недель беременности. Новорожденные без признаков гипотрофии и гипоксии (оценка по Апгар 7 и 8 баллов). Кровопотеря составила 120 и 160 мл. Роды протекали с преждевременным излитием околоплодных вод в одном наблюдении и с вторичной слабостью родовой сил в другом. Слабость родовой сил хорошо поддавалась коррегирующей терапии.(окситоцин в/в капельно в течении 50 минут). У одной из рожениц в процессе родов АД повышалось до 150/100 мм.рт.ст.. что потребовало коррегирующей гипотензивной терапии.

Заключение: Таким образом, при проведении целенаправленной профилактики преэклампсии с различной степенью риска ее развития она проявилась у 24,3% беременных женщин. В тоже время среди женщин, которым не проводили профилактику преэклампсии она развилась у 60,6% женщин, то есть в 2,5 раза чаще. При этом в группе женщин, которым проводилась профилактика ни в одном случае развития преэклампсии она не носила выраженного характера и только у 7(5%) беременных степень выраженности соответствовала средней степени тяжести преэклампсии (классификации в России до 2014 года.) Среди женщин, которым профилактика не проводилась, выраженная форма преэклампсии отмечена у 19,1%(18) женщин. А средняя степень тяжести преэклампсии выявлена у 13(13,8%) человек, то есть с частотой в 2,76 раз большей, чем в первой группе.

Частота преэклампсии в основной и контрольной группах при различных степенях риска ее развития.

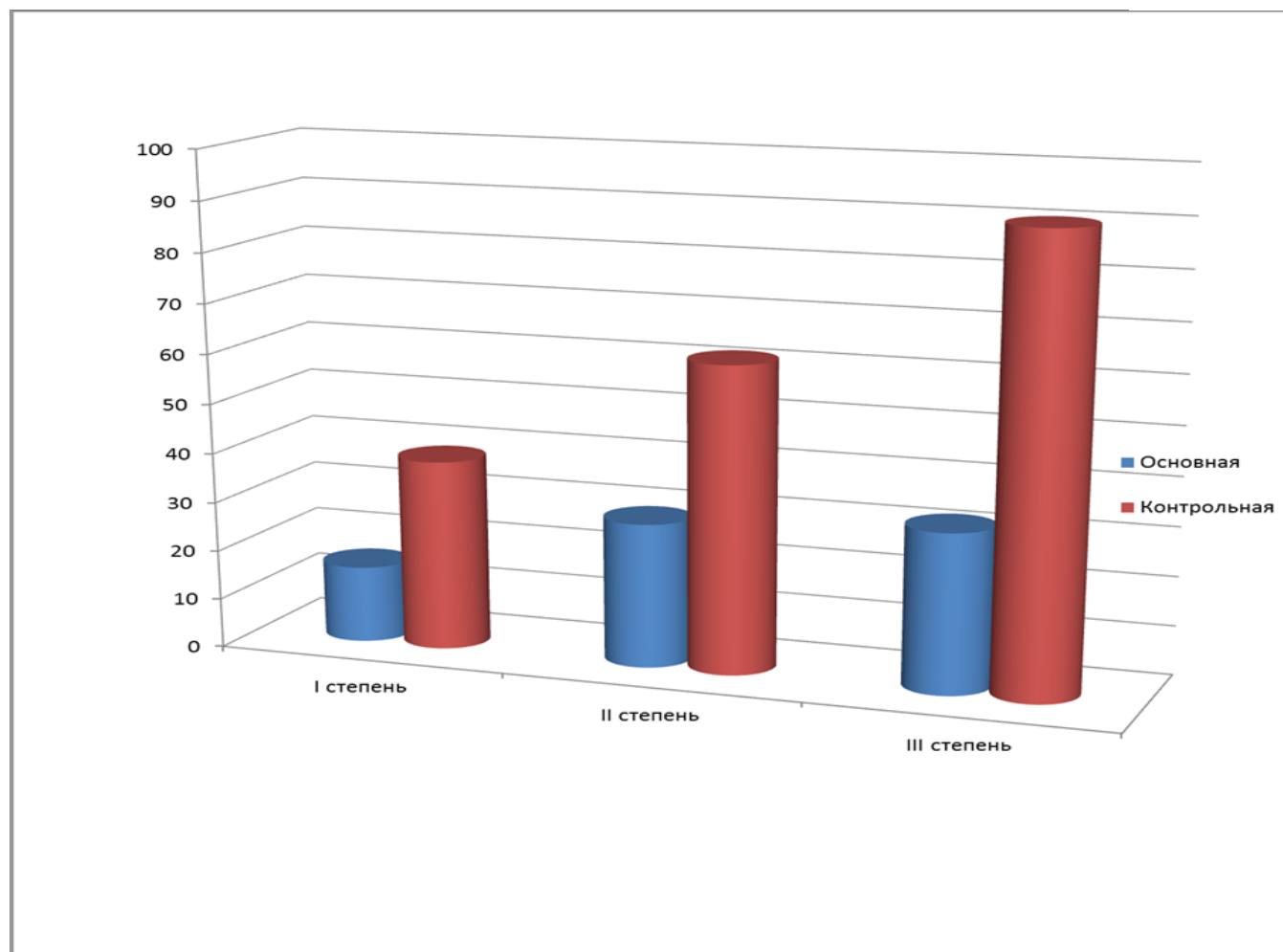


Рис.1.

Наибольшая степень эффективности профилактики преэклампсии отмечена для беременных с высокой степенью риска развития этой патологии. Так для женщин с низкой степенью риска при отсутствии профилактики частота преэклампсии увеличивалась в 2,5 раза, со средней степенью в 2,54 раза, а с высокой в 2,8 раз.(см.рис 1)

Учитывая, что преэклампсия лежит в основе многих осложнений беременности и родов в рассматриваемых группах женщин были проанализированы течение родов, методов родоразрешения, осложнения родов и состояние новорожденных.

В группе беременных, где проводилась профилактика преэклампсии частота преждевременных родов составила 4,3%(6) в то время как во второй группе женщин без профилактики этот показатель был равен 9,6%(9), то есть в 2,2 раза больше. Оперативное родоразрешение посредством операции кесарево сечение в первой группе женщин было произведено в 5%(7), а во второй группе уже в 13,8%, то есть в 2,76 раз больше. В первой группе женщин ни в одном наблюдении не отмечено послеродового кровотечения в то время как во второй группе эта патология имела место в двух наблюдениях. Нарушение сократительной деятельности матки в процессе родов в виде слабости родовых сил было отмечено только в одном случае (0,71%) у женщин из первой группы и в 4 (4,25%) у рожениц из второй. В одном из наблюдений у женщин из второй группы нарушение сократительной деятельности матки проявилось в виде дискоординации родовых сил.

Состояние новорожденных так же значительно отличалось в рассматриваемых группах женщин. Так новорожденных, у которых отмечалось при рождении состояние гипоксии, было 5(2,9%) человек в первой группе женщин и 19(20,2%) во второй группе, то есть в 7 раз чаще гипоксия новорожденных выявлена в группе женщин, у которых не проводилась профилактика преэклампсии. С такой же частотой отмечены признаки ЗВУР при рождении детей. Так в первой

группе женщин ЗВУР новорожденных выявлена у 2(1,4%) детей, а во второй группе у 20(21,3%), в 15,2 раза чаще. Во второй группе женщин так же отмечена антенатальная смерть плода на фоне выраженной формы преэклампсии.

Таким образом, как частота, так и степень выраженности преэклампсии при проведении профилактики и ее отсутствии говорит о целесообразности профилактики преэклампсии по предложенной нами технологии с использованием антигемотоксических препаратов обладающих наименьшим ятрогенным воздействием на плод. Подтверждением этого вывода является и относительно высокая частота преждевременных родов, осложнений родового процесса, оперативных родоразрешений и состояние новорожденных в группе женщин которым профилактика преэклампсии не проводилась.

Библиографический список:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия / В.Е.Радзинский. – М.: Медиабюро Статус презенс, 2011. – 678 с.

2. Цахилова С.Г., Торчинов А.М., Сарахова Д.Х., Джонбоева Г.Н. Актуальность преэклампсии (гестоза) в современном акушерстве. Проблемы и решения (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2010. – № 3. – С. 87 – 91.

3. Крамарский В.А.Тактические подходы к решению некоторых акушерских проблем /В.А.Крамарский. - Иркутск.: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2012.- 213 с.

4. Крамарский В.А. Перспективные направления в решении проблем преэклампсии./В.А.Крамарский-Лейпциг.: Palmarium Acadtmic Pablishing, 2015.- 120с.

5. Общая терапия. Каталог препаратов фирмы «Хеель» / под ред. А.А.Марьяновского, С.А. Рабиновича С.О. ,Серебрякова – М.ЗАО «Арнебия», 2014. – 400с.

Митрофанова Марина Александровна**Mitrofanova Marina Aleksandrovna**

Студентка 3 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

E-mail: enmitrofanova2009@ya.ru**Баев Максим Юрьевич****Baev Maxim Yurievich**

Студент 3 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

Дронова Маргарита Олеговна**Dronova Margarita Olegovna**

Студентка 4 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

Щедрина Анастасия Сергеевна**Shchedrina Anastasia Sergeevna**

Студентка 3 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

Морозова Анастасия Юрьевна**Morozova Anastasia Yurievna**

Студентка 3 курса лечебного факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

УДК 178/179

**ОСНОВНЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ
ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ****BASIC HISTORICAL STAGES OF DEVELOPMENT OF RELATIONS BETWEEN THE
DOCTOR AND THE PATIENT**

Аннотация: Проблема эффективной организации профессионального общения и разрешения конфликтов в медицинской сфере не утратила своей актуальности среди врачей и социологов как в России, так и во всем мире. Наряду с более распространенными исследованиями, посвященными отдельным национальным системам здравоохранения, появляются сопоставительные работы, рассматривающие специфику моделей взаимоотношений «врач — пациент» в свете разных культур и религий. Изучение моделей взаимодействия «врач — пациент» с точки зрения их исторического развития и современного статуса в российском обществе привлекают внимание многих исследователей и во всем мире.

Annotation: The problem of effective organization of professional communication and conflict resolution in the medical field has not lost its relevance among doctors and sociologists both in Russia and around the world. Along with more common studies on individual national health systems, comparative works are appearing that examine the specifics of the doctor-patient relationship models in the light of different cultures and religions. The study of the doctor-patient interaction models from the point of view of their historical development and modern status in Russian society has attracted the attention of many researchers around the world.

Ключевые слова: модели взаимоотношений, история, врач, пациент, патернализм, коллегиальность, контрактная модель

Keywords: relationship models, history, doctor, patient, paternalism, collegiality, contract model

При рассмотрении эволюции отношений врач — пациент выделяют следующие временные отрезки:

11. древний период (Древний Египет, Древняя Греция), 4000 — 100 лет до н.э.;
12. средние века (XIII – XVII века);
13. эпоха Просвещения (конец XVII – начало XIX века);
14. XIX – XX века;
15. новейшее время .

В древний период «целители» совмещали обязанности врача с действиями магов, священнослужителей. Они обладали передаваемыми по наследству или через учение знаниями, магическими силами и ритуалами. В обществе к ним предъявлялись высокие требования. Так, известны примеры, когда за неудачно проведенную операцию и последовавшую смерть пациента врач мог лишиться руки или жизни, в то время как исцеление больного щедро вознаграждалось. Отношения целителей с пациентами строились в основном по патерналистской модели, целитель принимал на себя роль «отца», а пациент — роль «ребенка», обязанного выполнять предписания. Целитель должен был осознавать свое высокое предназначение и ставить интересы пациента выше собственных, что отразилось в Клятве Гиппократа, сформулированной в этот период. Медицина Древней Греции испытывала благотворное влияние популярных философских идей и искала новые подходы к лечению заболеваний. Благодаря этому намечался отход древнегреческой медицины от магии и религиозных обрядов.

Патернализм как ведущий стиль общения врача и пациента сохранился и в средневековый период. При этом главное внимание уделялось исцелению души. Врачи не пользовались уважением властей, а медицина находилась в упадке. Например, в средневековой Европе гонения на врачей со стороны церкви и попытка священнослужителей самим заняться лечением привело к деградации медицины как науки и широкому распространению опасных инфекционных заболеваний (оспы, чумы, проказы), высокой смертности населения . В средние века медицина рассматривалась как ремесло, и богатые пациенты относились к врачам как к квалифицированным слугам.

В эпоху Просвещения в связи с развитием науки, появлением медицинских лабораторий, улучшением технической оснащенности больниц рос и социальный статус врачей. В противоположность повышению уважения, автономности и социальной значимости врача статус пациента снижался, ему все в большей степени отводилась пассивная роль больного, неспособного улучшить свое состояние без экспертной помощи доктора. Врач принимал решение не только о способе лечения, но и том, какую часть информации он может раскрыть пациенту. Таким образом, патерналистский стиль общения в значительной степени укрепился.

К концу XIX века развитие психоанализа привело к подчеркиванию личности пациента, в связи с чем наметился переход от преобладавшей патерналистской модели к коллегиальной, утверждающей равенство, автономию и взаимодействие двух сторон. В 60-70 годах XX века формируется биоэтика, основным принципом которой является принцип уважения прав и достоинств человека. Именно в этот период принимаются нормативные документы биомедицинской этики: «Нюрнбергский Кодекс» (1947г.), «Хельсинкская декларация» (1964г.), «Конвенция о правах человека в биомедицине» (1997г.). Основной тезис этих документов — абсолютная необходимость добровольного согласия человека на участие в каких-либо медицинских процедурах и экспериментах, преобладание ценности человеческой жизни над интересами науки и общества. Биоэтика утверждает основные правила поведения врача при взаимодействии с пациентом: правило правдивости, конфиденциальности, добровольного информированного согласия. Со стороны врача пациент ожидает понимания, участия, сочувствия, уважения и помощи.

Краткий исторический обзор взаимоотношений врача и пациента показывает, что коллегиальная модель закрепилась только в XX веке. Можно предположить, что распространение данной модели было обусловлено социальными преобразованиями, гуманизацией в науке и обществе, а также появлением образованного, информированного пациента, с которым доктор мог вести диалог на равных, а не предписывающий монолог.

В конце XX века и в настоящее время в связи с утверждением капиталистических рыночных отношений большее распространение получила контрактная модель, в соответствии с которой медицинскую помощь рассматривают как услугу, оказываемую пациенту за определенную плату в государственном или частном лечебном учреждении. Пациент добровольно соглашается на определенное лечение или диагностику на приемлемых для себя условиях. Договор определяет права и обязанности двух сторон, при нарушении которых он может быть расторгнут. При этом не

возникает иллюзии равенства врача и пациента, утверждается вертикаль их отношений и ответственности.

Таким образом, на современном этапе развития отечественной медицины наблюдается противоречивая ситуация, когда не только присутствуют различные модели взаимоотношений врач — пациент, но и утверждаются противоположные нормы этого взаимодействия. В медицинских и общественных изданиях появляются многочисленные статьи об отрицательном влиянии рыночного подхода к медицине, при котором главным показателем работы лечебного учреждения является не излечение заболеваний, а количество контрактов и заработанных денег. Находящиеся под давлением данной системы врачи государственных лечебных учреждений и частных клиник не всегда выдерживают этические нормы, компрометируют себя и свою профессию нарушением этических принципов, равнодушием к пациентам и даже возбуждением против них уголовных дел. С другой стороны, многие материально обеспеченные пациенты подчеркивают преимущества получения платных медицинских услуг: современное оборудование, отсутствие очередей, более внимательное отношение врачей и большая удовлетворенность результатом лечения.

В завершение краткого обзора эволюции отношений врач — пациент отметим основные факторы их изменения:

1. социально-экономические отношения в обществе, степень гуманности общественных институтов;
2. развитие науки, в том числе медицины, технического оснащения лечебных учреждений;
3. распространение образования и информации в обществе, обеспечивающих наличие информированных пациентов.

Заключение

Сопоставляя выделенные модели взаимоотношений врачей и пациентов, следует подчеркнуть, что наиболее традиционной, исторически первичной моделью выступает патерналистская, сохранившаяся с древнейших времен до наших дней. Коллегиальная модель возникает позднее и закрепляется только в XX веке. В настоящее время реализуются различные стратегии взаимодействия врача и пациента, конкретное соотношение которых будет выявлено в данной работе.

Библиографический список:

1. Бартко А.Н., Михаловска-Карлова Е.П. Биомедицинская этика: Теория, принципы проблемы. Ч.2. М.: МГМСУ, 1999. 275 с.
2. Иванюшкин А.Я., Игнатъев В.Н., Коротких Р.В. и др. Введение в биоэтику. М.: Прогресс — Традиция, 1998. 381с.
3. Каштанова А.И. Эволюция модели отношений врач — пациент // Научное обозрение. Медицинские науки. 2016. №6. С. 50 — 53.
4. Милица Е.Е. Трансформация моделей взаимодействия врача и пациента // Российский психологический журнал. 2010. Том 7. №3. С. 24 — 26.
5. Arafat Yasir S.M., Andalib A., Kabir R. Progression of doctor – patient relationship model in light of time and culture: a narrative review // International journal of perception in public health. 2017. Vol.1, Issue 2, Pp. 102 – 107.
6. Burke S.E. The doctor-patient relationship: An exploration of trainee doctors' reviews. A thesis for the degree of Doctor of Philosophy. Birmingham, 2008. 308 p. P. 43.

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X