специализированный медицинский журнал

Главный врач Юга России

№2 (66) 2019

WWW.AKVAREL2002.RU

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ НОМЕРА

- Лабораторная диагностика, онкогематология (стр. 4, 9)
- Скорая помощь, кардиология (стр. 14)
- Гинекология (стр. 17, 25, 33, 41, 46)
- Урология (стр. 23)
- Реабилитация (стр. 20)
- Инфекционные болезни (стр. 12, 52, 55)

MEDICAL COMPUTER SYSTEMS

25 YEARS OF INNOVATIONS

Шлем CLINIC

лучшее решение для рутинной ЭЭГ

- стабильный электрический контакт
- мин. шумов на низких частотах
- простая и быстрая установка
- комфорт для пациента
- регистрационное удостоверение РФ
- знак CE, патент РФ и патент ЕС
- 12 месяцев гарантии

ЭЭГ аксессуары MCScap

Посетите наш интернет-магазин
www.mcscap.ru

Производитель:
Медицинские Компьютерные Системы
Россия, 124460, г. Москва, Зеленоград
www.mks.ru, mks@mks.ru
Тел: +7 495 913 31 94

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ
№2(66) 2019

Специализированный медицинский журнал

«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ»

Крылова О. В. — учредитель и издатель,
e-mail: Krylova@akvarel2002.ru

Прошенко Е. А. — главный редактор,
e-mail: Proshenko@akvarel2002.ru

Редакционный совет:

Быковская Т. Ю. — министр здравоохранения Ростовской области

Гаджиибрагимов Д. А. — министр здравоохранения Республики Дагестан

Кокоев В. Г. — начальник ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ

Мажаров В. Н. — министр здравоохранения Ставропольского края

Маньшин В. П. — зам. министра здравоохранения Республики Калмыкия

Филиппов Е. Ф. — министр здравоохранения Краснодарского края

Цидаева Т. И. — зам. министра здравоохранения Республики Северная Осетия — Алания

Редакционная коллегия:

Альникин А. Б. — кандидат медицинских наук

Беловолова Р. А. — доктор медицинских наук

Гандылян К. С. — доктор медицинских наук

Дмитриев М. Н. — кандидат медицинских наук

Караков К. Г. — доктор медицинских наук

Карсанов А. М. – кандидат медицинских наук

Куценко И. И. — доктор медицинских наук

Максюков С. Ю. — доктор медицинских наук

Новгородский С. В. — доктор медицинских наук

Петров Ю. А. — доктор медицинских наук

Пшеничная Н. Ю. — доктор медицинских наук

Росторгуев Э. Е. — кандидат медицинских наук

Шкурат Т. П. — доктор биологических наук

Адрес редакции и издателя:
344064, г. Ростов-на-Дону,
ул. Вавилова, 54, оф. 404
т./ф. (863) **223-23-25, 8-991-366-00-67**

www.akvarel2002.ru,
e-mail: info@akvarel2002.ru

Отпечатано в типографии «Лаки Пак»,
ИП Истратов С. В. г. Ростов-на-Дону, ул. Мечникова, 112а

Тираж 6500 экз. Заказ №3

Подписано в печать 8.04.2019 г., дата выхода 15.04.2019 г.

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций

Регистрационный номер
ПИ № ФС 77-55311 от 11.09.2013 г.

Журнал входит в систему РИНЦ (Российский индекс научного цитирования) на платформе elibrary.ru.

Статьи, поступающие в редакцию, рецензируются. За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы.

В соответствии со ст. 38 закона РФ «О рекламе» ответственность за содержание информации в рекламе несет рекламодатель.

Распространяется бесплатно по линии МЗ

СОДЕРЖАНИЕ

«Цифровая поликлиника» — от проекта к реальности 2

Частота выявления маркеров гемотрансмиссивных инфекций у доноров Ростовской области 4

Острый лейкоз у детей: тенденции, сложности диагностики 9

Новые технологии профилактики гриппа и ОРВИ: обеззараживание и очистка окружающего воздуха в ЛПУ 12

Как эффективно лечить псориаз 13

Организационные аспекты догоспитального тромболизиса у больных с острым инфарктом миокарда на территории Ставропольского края 14

Повышение эффективности лечения рецидивов хронической тазовой боли при перитонеальном эндометриозе 17

Медицинские выставки 19, 49

Высокотехнологичная реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата посредством CPM-терапии 20

Негормональная терапия пациентов с синдромом инволюционного снижения и дезинтеграцией половых проявлений 23

Значение энтеросорбции Энтеросгелем в восстановлении адаптивных программ у больных поздним гестозом 25

Смеси на основе натурального козьего молока: лучшее для искусственного вскармливания детей первого года жизни 30

Клинический опыт лечения смешанных форм вагинального дисбиоза на фоне хронического вульвовагинального кандидоза 33

Синдром гиперстимуляции яичников в программе экстракорпорального оплодотворения 41

Нативное грудное молоко — необходимое условие для выхаживания недоношенного ребенка 44

Хронический эндометрит и репродуктивное здоровье женщины 46

Роль неспецифической профилактики ОРВИ в снижении острой заболеваемости в эпидемический период 52

Клинико-патогенетическое значение pH-метрии слизистой ротоглотки, мочи и кожи у больных гриппом и другими острыми респираторно-вирусными инфекциями 55

Основные прогностические критерии течения женского алкоголизма 57

«ЦИФРОВАЯ ПОЛИКЛИНИКА» — ОТ ПРОЕКТА К РЕАЛЬНОСТИ

В. С. Криштопин, А. Е. Герасимов, М. А. Бессольцев

Южный окружной медицинский центр ФМБА России свыше 10 лет активно внедряет информационные технологии в практику своей работы. Для нас уже стали рутинными электронный управленческий документооборот, проведение совещаний с использованием видеоконференцсвязи, эксплуатация интегрированных медицинской, рентгенологической и лабораторной информационных систем, телемедицинские консультации, электронные больничные, дистанционная расшифровка физиологических параметров человека (ЭКГ, ЭЭГ, холтеровское мониторирование, СМАД) и диагностических изображений. Применение информационных технологий позволяет нам эффективно решать управленческие задачи, поддерживать высокое качество оказания медицинской помощи, соблюдать стандарты диагностики и лечения, что, в конечном итоге, повышает нашу конкурентоспособность на рынке медицинских услуг.

Хотя наш Центр не попал в реализацию пилотного проекта «Бережливая поликлиника», нас этот проект активно заинтересовал. Мы полностью поддерживаем задачи по внедрению бережливых технологий и основную идею проекта — повышение эффективности работы лечебно-профилактического учреждения и доступности медицинской помощи путем изменения принципа работы регистратуры, установки современного оборудования, организации доступной среды для людей с ограниченными возможностями здоровья.

Внимательно проанализировав цели и задачи проекта «Бережливая поликлиника», мы дополнили их рядом информационных технологий и преобразовали в проект «Цифровая поликлиника», который был реализован на базе консультативно-диагностической поликлиники Ростовской клинической больницы в 2018 году.

В чем же отличия и нововведения проекта? Прежде всего, в ином подходе к организации работы регистратуры. Основной целью ставилось не упорядочение очереди из пациентов с помощью электронных устройств, а ликвидация очереди в регистратуру поликлиники как таковой. Вторая цель — перевод поликлиники на безбумажный медицинский документооборот с максимальным снижением объема всего бумажного документооборота, обрабатываемого врачами. Был разработан и внедрен новый алгоритм работы с пациентами. После тотального внедрения информатизации роль регистратуры, десятками лет воспринимавшейся как сакральное место, где можно получить заветный талончик на прием к врачу, свелась до места, где пациент может получить любую другую услугу, кроме выдачи талончика (рис. 1).

Рис. 1. Регистратура до реализации проекта.

Установленные информационные терминалы самозаписи, подключенный региональный портал медицинских услуг, активное использование пациентом личного кабинета, роботизированная система записи на прием к врачу, наличие мобильного приложения, call-центр и возможности официального сайта Ростовской клинической больницы предоставили пациенту возможность дистанционно, без участия медицинского регистратора, решить задачу записи на прием к врачу 24 часа в сутки 7 дней в неделю (рис. 2).

Рис. 2. Терминалы самозаписи.

Постоянно отслеживая статистику объема записи на прием к врачу через регистратуру поликлиники, мы отчетливо наблюдаем тенденцию ее снижения (более чем на 15% за полгода) при сохранении полного объема записи в поликлинике (рис. 3).

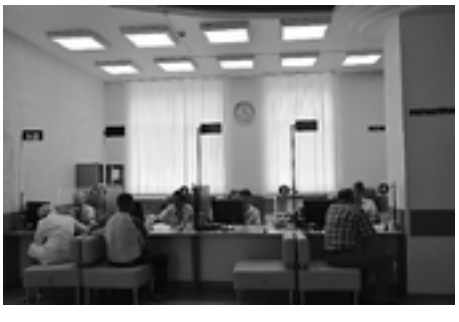


Рис. 3. Регистратура сегодня.

В поликлинике реализовано обязательное временное ранжирование приема пациентов во всех кабинетах и диагностических службах, а в холле созданы комфортные условия ожидания.

Тотальное внедрение информационных технологий в консультативно-диагностической поликлинике и реализация проекта «Цифровая поликлиника» проведено по двум направлениям.

1. ПОЛНАЯ АВТОМАТИЗАЦИЯ РАБОЧИХ МЕСТ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Применение медицинской информационной системы, использование

готовых шаблонов документов для типовых случаев позволяет сократить время для оформления документации на приеме. Кроме того, политика по установке в каждом кабинете врача поликлинического звена двух автоматизированных рабочих мест (врача и медицинской сестры) позволила существенно сократить время, затрачиваемое на заполнение документов в электронном виде. Врач оформляет осмотр в электронной медицинской карте, медсестра — электронные направления на исследования, в лабораторию, на консультации к другим специалистам, сразу внося пациента в расписание исследований и приема специалистов на конкретные дату и время, и формирует талон амбулаторного пациента в электронном виде.

2. ВВЕДЕНИЕ БЕЗБУМАЖНОГО МЕДИЦИНСКОГО ДОКУМЕНТООБОРОТА

Безбумажный медицинский документооборот реализован по следующим направлениям:

— *первичная медицинская документация, хранившаяся в регистратуре, перемещена в отдельное подразделение — автоматизированное хранилище медицинских карт. Все бумажные экземпляры медицинских карт амбулаторного пациента со всеми необходимыми документами (копиями и/или оригиналами СНИЛС, страхового полиса, заявления гражданина о прикреплении на обслуживание и т. п.) размещены в отдельном помещении. В случае необходимости медицинский регистратор-курьер доставляет карту врачу. По требованию пациента его электронная медицинская карта может быть распечатана на высокоскоростном принтере. Важно, что на документе стоит отметка об электронной подписи, и оригинал подписи врача не требуется;*

— *проведено техническое переоснащение рабочих мест регистраторов;*

— *алгоритм работы регистратуры перестроен по принципу получения исчерпывающей услуги в одном окне;*

— *созданы условия работы всех врачей с электронной подписью (установлены лицензии сертифицированного ФСБ России криптографического программного обеспечения, подготовлены документы и обеспечено получение электронной подписи каждым врачом);*

— *разработана и внедрена Персональная карта пациента, позволяющая быстро и легко записаться на прием к врачу путем идентификации пациента по штрих-коду, нанесенному на карту. Карта позволяет медицинскому работнику осуществить быстрый поиск сведений о пациенте, сканируя штрих-код. Персональная карта решает задачу пропускного режима (медицинская информационная система интегрирована с системой контроля управления доступом) — те пациенты, у которых есть карта, проходят беспрепятственно в поликлинику и стационар при условии, если на этот день на пациента имеется сформированное задание;*

— *внедрена продуманная электронная маршрутизация пациента с исключением попадания ранее зарегистрированных пациентов к окну для записи на прием к врачу;*

— *установлены многофункциональные информационные терминалы самозаписи;*

— *расписание приема специалистами поликлиники из медицинской информационной системы автоматически выводится на большие плоскопанельные мониторы;*

— *запущена электронная очередь.*

Результаты реализации проекта «Цифровая поликлиника»:

— *повышение доступности и качества оказания медицинской помощи;*

— *повышение пропускной способности и обеспечение более рационального использования труда медработников за счет времени, которое раньше тратилось на печать медицинских документов и их вклеивание в бумажный вариант медицинской карты пациента;*

— *исключение потери медицинской карты пациента за счет отказа от перемещения ее бумажного варианта;*

— *снижение числа ошибок из-за «человеческого фактора» за счет использования штрих-кодирования и готовых шаблонов документов;*

— *экономия денежных средств за счет сокращения расходов на бумагу, картриджи, ремонт и приобретение печатающей техники;*

— *быстрота получения и выдачи дубликатов (копий) медицинских электронных документов;*

— *обеспечение безопасного хранения данных за счет использования надежных систем хранения данных и ежедневного резервного копирования.*

В заключение можно отметить, что активное развитие информационных технологий в Южном окружном медицинском центре ФМБА России в самых различных направлениях преобразовало устоявшийся десятилетиями процесс работы с пациентом. Мы не подстраиваем автоматизированные информационные системы под процессы, а наоборот, с помощью цифровых технологий в лучшую сторону изменяем сами бизнес-процессы медицинской деятельности.

Мы уверены, что внедрение информационных технологий, реализация проектов «Бережливая поликлиника» и «Цифровая поликлиника» значительно улучшат полноту и качество медицинского обеспечения населения.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБУЗ «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» РФ, e-mail: uomc_fmba@uomc-mail.ru.
Криштопин Виталий Степанович — кандидат медицинских наук, директор Центра, заслуженный врач РФ.
Герасимов Алексей Евгеньевич — заместитель директора Центра по медицинской части для работы по гражданской обороне и чрезвычайным ситуациям.
Бессольцев Михаил Анатольевич — начальник отдела автоматизированных систем управления, информационных и компьютерных технологий Центра.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ МАРКЕРОВ ГЕМОТРАНСМИССИВНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДОНОРОВ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Г. Д. Бочкова, И. В. Ищенкова, С. И. Палухин, Э. Е. Кудинова, Е. В. Рябикина, О. В. Герасимова, А. И. Алавердян

Аннотация. *Трансфузионное обеспечение является важной частью сопроводительного лечения пациентов с опухолями, гемобластозами и другими заболеваниями крови. Трудно переоценить значение трансфузионной составляющей для осуществления интенсивной высокодозной полихимиотерапии. В лечении пациентов с онкогематологическими заболеваниями трансфузионная терапия является базисной. Важнейшей задачей трансфузионной медицины на современном этапе является совершенствование системы обеспечения безопасности компонентов крови.*

Ключевые слова: *гемотрансфузионная терапия, гемотрансмиссивные инфекции, безопасность компонентов донорской крови.*

FREQUENCY OF DETECTION OF MARKERS OF HEMOTRASMISSIVE INFECTIONS IN DONORS OF THE ROSTOV REGION

G. D. Bochkova, I. V. Ishchenkova, S. I. Palukhin, E. E. Kudinova, E. V. Ryabikina, O. V. Gerasimova, A. I. Alaverdyan

Annotation. *Transfusion support is an important part of the accompanying treatment of patients with tumors, hemoblastosis and other blood diseases. It is difficult to overestimate the importance of the transfusion component for the implementation of intensive high-dose polychemotherapy. In the treatment of patients with oncohematological diseases, transfusion therapy is basic. The most important task of transfusion medicine at the present stage is to improve the system for ensuring the safety of blood components.*

Keywords: *blood transfusion therapy, blood transmissible infections, safety of donor blood components.*

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы в значительной степени изменились подходы и принципы определения показаний для проведения гемотрансфузионной терапии [1, 2, 3]. В вопросе безопасности гемотрансфузий, помимо обеспечения иммунологической безопасности, важнейшей задачей для всех подразделений Службы крови является обеспечение инфекционной безопасности пациента. При этом значимость проблемы гемотрансмиссивных инфекций (ГТИ) постоянно возрастает [1, 2, 3, 4].

Поражение печени в ходе проведения программной химиотерапии у больных заболеваниями системы крови является одним из наиболее частых осложнений, характерной особенностью которого является многофакторность вызывающих его причин: гепатит на фоне прогрессирования основного заболевания, гепатотоксичность химиопрепаратов, воздействие инфекционных агентов. Поскольку трансфузионный путь инфицирования больных заболеваниями системы крови вирусами гепатитов В и С считают «ведущим», частота встречаемости маркеров этих вирусов среди реципиентов донорских компонентов крови отражает уровень применения в клинической практике инфицированных компонентов крови, не выявленных в процессе лабораторного исследования [5].

Служба крови — это отрасль здравоохранения, одной из задач которой является обеспечение качества гемотрансфузионной терапии. Основной принцип работы службы крови состоит в обеспечении максимальной безопасности гемотрансфузий. Любая гемотрансфузия имеет потенциальный риск и может вызвать инфекционные осложнения. Тестирование донорской крови является одним из важнейших вопросов трансфузиологии и службы крови в целом.

Началом существующего порядка обследования донорской крови на инфекционные маркеры в Ростовской области стал метод ИФА, внедренный в сентябре 1987 года в связи с выходом приказа Минздрава России о необходимости обследования доноров на ВИЧ-инфекцию [11]. В дальнейшем маркеры гепатитов В, С и суммарные антитела к возбудителю сифилиса тестировались методом иммуноферментного анализа. Для тестирования использовались реагенты отечественных производителей.

С целью максимального обеспечения инфекционной безопасности в 2008 году внедрен метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) [6]. За прошедшее время совершенствовались методики по обследованию, параллельно с изменением и привлечением донорских кадров [7, 8, 9, 10].

Цель работы. Проанализировать частоту выявления маркеров гемотрансмиссивных инфекций у доноров Ростовской области с 2012 по 2017 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 292.783 образца донорской крови. Из них 177.827 образцов были взяты у первичных доноров, 114.956 — у повторных. Тестирование проводилось в соответствии с действующими нормативными документами и актами Службы крови РФ [6, 8].

Скрининг образцов донорской крови проводился на следующих реагентах: на ВИЧ-инфекцию — «Дженскрин Ультра ВИЧ Аг/Ат» (Био-Рад, Франция), маркеры гепатитов В, С и сифилиса на тест-системах НПО «Диагностические системы» (г. Нижний Новгород, Россия):

Таблица 1

Частота выявления маркеров гемотрансмиссивных инфекций у доноров Ростовской области за 2012—2017 гг.

Показатели	2012		2013		2014		2015		2016		2017		P
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Антитела к ВИЧ-1,2 и антиген Р24	8	0,015	15	0,026	9	0,017	15	0,03	11	0,03	12	0,03	<0,05
HBSAg	97	0,19	143	0,25	56	0,11	38	0,08	31	0,08	31	0,07	<0,05
Анти HCV	284	0,55	278	0,49	154	0,3	109	0,23	67	0,16	65	0,15	<0,05
Анти БТ	199	0,38	270	0,48	142	0,28	117	0,25	74	0,17	82	0,19	<0,05
Итого сероположительных доноров	588	1,14	706	1,25	361	0,71	279	0,59	183	0,44	190	0,44	<0,05
Всего обследовано образцов	51 694	1,14	56 165	1,25	50 731	0,71	47 083	0,59	42 966	0,44	44 144	0,44	

Примечание: Р — достоверность отличия частоты выявления маркеров ГТИ в 2012 г. от таковых в 2017 г.

ДС-ИФА-HBSAg 0,01, МилаЛаб-ИФА-анти-HCV, ДС-ИФА-анти-Люис суммарные антитела. Подтверждение позитивных результатов на ВИЧ-инфекцию выполняется Ростовским областным ЦПиБ со СПИД.

Статистический анализ полученных данных проводили с использованием общепринятых методов вариационной статистики и стандартного пакета прикладных программ STATISTICA. Статистически достоверными считали отличия, соответствующие оценке ошибки вероятности P<0,05.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Сравнивая в таблице 1 частоту выявления положительных результатов на маркеры ГТИ, видно, что лидирующим является маркер вируса гепатита С. При этом за указанный период отмечается тенденция к снижению выявления положительных образцов. Так, общий процент инфицированности уменьшился с 1,14% до 0,43% (P<0,05). Исключением являются маркеры ВИЧ-инфекции — они не только не снижаются, но и отмечается некоторое увеличение числа забракованных доноров — с 0,015% в 2012 г. до 0,03% в 2017 г. (P<0,05).

Исследуя различные категории доноров Ростовской области, видно, что частота выявления маркеров среди первичных доноров в 3,5 раза превышает таковую среди повторных. Частота инфицированности среди первичных доноров представлена в таблице 2, повторных — в таблице 3.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По представленным данным, частота маркеров ГТИ среди первичных доноров в 5,37 раза превышает таковую среди повторных доноров. Частота выявляемости маркеров ГТИ среди первичных и повторных доноров

Таблица 2

Инфицированность первичных доноров Ростовской области

Годы	Кол-во доноров	Частота отводов									
		Анти ВИЧ-1,2 + ИБ		HBSAg		Анти HCV		Анти БТ		Всего	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2012	**31 542**	7	0,02	85	0,26	222	0,70	152	0,48	466	1,47
2013	**32 723**	8	0,024	121	0,36	241	0,73	233	0,71	603	1,84
2014	**22 888**	7	0,03	48	0,20	147	0,64	121	0,52	323	1,41
2015	**32 756**	8	0,024	36	0,11	104	0,32	94	0,29	242	0,75
2016	**32 886**	4	0,012	29	0,088	57	0,17	63	0,19	153	0,46
2017	**25 032**	8	0,032	31	0,12	62	0,24	62	0,24	163	0,65
P		>0,05		<0,05		<0,05		<0,05		<0,05	
Итого	**177 827**	42	0,02	350	0,2	833	1,35	725	0,40	1950	1,1

Примечание: Р - достоверность отличия частоты выявления маркеров ГТИ в 2012 г. от таковых в 2017 г.

Таблица 3

Инфицированность повторных доноров Ростовской области

Годы	Кол-во доноров	Частота отводов									
		Анти ВИЧ-1,2 + ИБ		HBSAg		Анти HCV		Анти БТ		Всего	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2012	20 152	1	0,004	12	0,059	62	0,3	47	0,23	122	0,6
2013	23442	7	0,02	22	0,093	37	0,15	37	0,157	103	0,43
2014	27 843	2	0,007	8	0,028	7	0,02	21	0,075	38	0,13
2015	14 327	7	0,05	2	0,014	5	0,036	23	0,2	43	0,3
2016	10 080	7	0,069	2	0,019	10	0,099	11	0,1	30	0,29
2017	19 112	4	0,02	0	0	3	0,015	20	0,1	27	0,13
Итого	114 956	28	0,02	46	0,04	124	0,11	159	0,14	363	0,31

различна: частота выявления антител к ВГС составила 0,11%, а первичных — 1,35%. HBSAg у первичных доноров — 0,2%, у повторных — 0,04%. Маркеры сифилиса первичные — 0,4%, повторные — 0,14%; ВИЧ у первичных — 0,02%, у повторных — 0,02%.

ВЫВОДЫ

За период с 2012 по 2017 гг. частота выявляемости ГТИ среди доноров Ростовской области составила 2,28%. Чаще всего были выявлены маркеры гепатита С (1,46%) и сифилиса (0,54%).

В службе крови постоянно проводится огромная работа по обеспечению инфекционной безопасности, но никогда не будет исключен риск передачи инфекционных агентов с компонентами по целому ряду причин: тождественность гемотрансмиссивных инфекций и болезней, передающихся половым путем, пандемия ретровирусных инфекций, заболеваемость вирусными гепатитами, ограниченность схемы обязательного обследования доноров, ограниченность чувствительности диагностических методов, отсутствие критериев возврата в донорский контингент, эволюция микроорганизмов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трансфузиология: национальное руководство / под ред. проф. А. А. Рагимова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 1184 с.
2. Гематология: национальное руководство / под ред. проф. О. А. Рукавицына. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 776 с.
3. Румянцев А. Г., Масчан А. А., Самочатова Е. В. Сопроводительная терапия и контроль инфекций при гематологических и онкологических заболеваниях: руководство для врачей. — М.: Медпрактика-М, 2006. — 504 с.
4. Голосова Т. В., Никитин И. К. Гемотрансмиссивные инфекции. — М.: МИА, 2003. — 192 с.
5. Динамика инфицированности вирусами гепатитов В и С больных заболеваниями системы крови / Т. А. Туполева [и др.] // Гематология и трансфузиология. — 2016. — Т. 61. — №1-S1. — С. 75.
6. Об утверждении порядка медицинского обследования доноров крови и ее компонентов: приказ МЗ РФ от 14.09 2001 №364 (в ред. приказов Минздравсоцразвития РФ от 16.04.2008 №175н, от 06.06.2008 №261н). — М.: Медсервис, 2008. — 13 с.
7. Об утверждении технического регламента о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии: Постановление Правительства РФ от 26.01.2010 №29. — М.: Медсервис, 2010. — 17 с.
8. Правила и методы исследований и правила отбора образцов донорской крови, необходимые для применения и исполнения технического регламента о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии: Постановление Правительства РФ от 31.12.2010 №1230. — М.: Медсервис, 2011. — 6 с.
9. Федеральный закон о донорстве крови и ее компонентов от 20.07.2012 №125-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 25.11.2013 №317-ФЗ, от 04.06.2014 №150-ФЗ, от 23.05.2016 №149-ФЗ, с изм., внесенными Федеральным законом от 06.04.2015 №68-ФЗ (ред. 14.12.2015)). — М.: Медсервис, 2014. — 8 с.
10. Белякова В. В., Рагимов А. А. Опыт работы по выявлению маркеров гемотрансмиссивных инфекций в России и за рубежом // Вестник службы крови России. — 2012. — №3. — С. 59—62.
11. О расширении мероприятий по борьбе со СПИД в РСФСР [Электронный ресурс]: приказ Минздрава РСФСР от 10.07.1987 №501-ДСП. — Доступ из ЭБС «КонсультантПлюс».

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ГБУ РО «Станция переливания крови», г. Ростов-на-Дону.

Бочкова Галина Дмитриевна — заведующая лабораторией иммунологических исследований, e-mail: asublood@mail.ru.

Ищенкова Ирина Владимировна — заместитель главного врача по медицинской части.

Палухин Сергей Иванович — главный врач.

Кудинова Эльвира Евгеньевна — заведующая зональной лабораторией иммунологического типирования тканей, e-mail: ella-kudinova@mail.ru. ORCID 0000-0001-7407-9864.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону.

Рябикина Елена Витальевна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры гематологии и трансфузиологии с курсами клинической лабораторной диагностики, генетики и лабораторной генетики ФПК и ППС, e-mail: ryabikel@mail.ru. ORCID 0000-0001-7382-8827.

Герасимова Ольга Викторовна — ассистент кафедры гематологии и трансфузиологии с курсами клинической лабораторной диагностики, генетики и лабораторной генетики ФПК и ППС, e-mail: olga0921g@gmail.com. ORCID 0000-0001-7830-2015.

Алавердян Артем Ильич — студент 6 курса лечебно-профилактического факультета.

ОНКОЦЕНТР НА ОСТУЖЕВА, 31

ЛЕЧЕНИЕ:

- КИБЕРНОЖ
- ТОМОТЕРАПИЯ
- ХИМИОТЕРАПИЯ

ДИАГНОСТИКА:

- УЗИ ЭКСПЕРТНОГО КЛАССА
- ЛАБОРАТОРНЫЕ АНАЛИЗЫ
- ТОМОГРАФИЯ:
  - ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННАЯ,
  - МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ,
  - КОМПЬЮТЕРНАЯ

МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний

394033, г. Воронеж,
ул. Остужева, 31,
запись по тел.
+7 (473) 200-22-33
e-mail: office@oncoclinic.su,
www.oncoclinic.su

Необходима консультация специалиста

РЕКЛАМА

ФБУН РостовНИИ МИКРОБИОЛОГИИ И ПАРАЗИТОЛОГИИ РОСПОТРЕБНАДЗОРА

Быстрое и качественное обследование современными методиками с использованием импортного оборудования, включая ДНК-диагностику!

Консультативная и лечебная помощь при инфекционных и паразитарных заболеваниях

- Обследование на ВИЧ-инфекцию и заболевания, передаваемые половым путем.
- Диагностика гепатитов B, C, D, выявление энтеровирусов, ротавирусов и других возбудителей инфекционных и паразитарных болезней
- Исследование иммунного статуса (иммунограмма II уровня).
- Бактериологические и паразитологические исследования.

Производство иммунобиологических препаратов

Лептоспирозная вакцина, гемофильная вакцина

г. Ростов-на-Дону, пер. Газетный, 119

Телефон для справок:

(863) 234-62-47

Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития на осуществление медицинской деятельности № ФС-61-01-002166 от 16.05.2014 г.

РЕКЛАМА

ЛайфКор Интернешнл

21 год на российском рынке

предлагает кислородные концентраторы от ведущего мирового производителя

AirSep® A Chart Industries Company

Компания AirSep (США) выпускает медицинские установки, позволяющие автономно производить кислород концентрацией 93±3% производительностью от 50 до 2500 куб. м в сутки и более

ПОРТАТИВНЫЕ КИСЛОРОДНЫЕ КОНЦЕНТРАТОРЫ

FOCUS (Фокус)

Самая маленькая модель портативного кислородного концентратора в мире.
Масса 0,8 кг, производительность 2 л/мин. Электропитание: 220 В/50 Гц, 12 В (от розетки автомобиля), потребляемая мощность 26 Вт. Уровень шума 40 дБ. Размеры, см: 16,4x12,2x6,1. Время работы: до 1,5 часов при работе от аккумулятора, до 4 часов при работе от дополнительного пояса-аккумулятора AirBelt.

FREESTYLE-3, FREESTYLE-5 (ФриСтайл)

Миниатюрный и легкий кислородный концентратор для пациентов, которым необходим кислород, но не нужны ограничения.
2 модификации, производительность: 1—3 и 1—5 л/мин.
Габариты, см: 21,8x15,5x9,1 и 27,2x16,8x11,2.
Масса, кг: 2,2 и 3,0.
Время заряда аккумулятора 4—5 ч.
Температура эксплуатации — от +5 до +40°С.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ КИСЛОРОДНЫЕ КОНЦЕНТРАТОРЫ

VISIONAIR (ВижнЭйр)

Компактный и практически бесшумный концентратор, удобный для использования в домашних условиях.
Масса 13,6 кг, производительность 1—5 л/мин.
Давление кислорода на выходе 0,6 атм.
Потребляемая мощность 290 Вт.
Уровень шума 40 дБ.
Размеры, см: 52,8x35,8x29,2.

NEWLIFE (НьюЛайф)

6 моделей, применяются при легочных и сердечно-сосудистых заболеваниях.
Базовая модель: производительность 5 л/мин., давление кислорода 0,6 атм.
Модели с повышенной производительностью: 8 и 10 л/мин., давление 1,4 атм.
Модели могут иметь 2 выхода для двух пациентов.

ОПЕРАЦИОННО-РЕАНИМАЦИОННЫЕ КИСЛОРОДНЫЕ КОНЦЕНТРАТОРЫ

RELIANT (РЕЛАЙЕНТ)

Обеспечивает работу одного аппарата (наркозного или ИВЛ).
Производительность 8 л/мин.
Давление кислорода на выходе 3,4 атм.
Электропитание 220 В/50 Гц, потребляемая мощность 0,73 кВт/час.
Внешний накопитель 227 л.

MZ-30, MZ-30 Plus

Обеспечивают одновременную работу двух аппаратов (наркозных или ИВЛ). Производительность 15 л/мин. Давление кислорода на выходе 3,4 атм. Производительность медвоздуха 40 л/мин. Давление медвоздуха 3,5 атм. Потребляемая мощность 1,1 кВт/час. Внешний накопитель 227 л.

СТАЦИОНАРНЫЕ КИСЛОРОДНЫЕ УСТАНОВКИ

Дополнительно мы предлагаем размещение завода по производству кислорода в блок-контейнере, который имеет все необходимое для автономной работы. Блок-контейнер может устанавливаться в любом удобном месте на территории ЛПУ.

AirSep — оборудование для автономного производства кислорода. Прямые поставки и обслуживание — «ЛайфКор Интернешнл». На всю продукцию имеются регистрационные удостоверения Росздравнадзора и сертификаты соответствия

ЛайфКор Интернешнл
Эксклюзивный представитель компании AirSep (США)
125480, г. Москва, ул. Героев Панфиловцев, 13, корп. 3, пом. 5
Тел./факс: (495) 944-06-66, 495-40-00, 495-50-00
e-mail: lifecore@lifecore.ru, www.lifecore.ru, www.promkislorod.ru

РЕКЛАМА

ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ У ДЕТЕЙ: ТЕНДЕНЦИИ, СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Н. Ю. Отто, М. Н. Арешева, А. И. Отто, В. А. Шульдайс, Н. А. Каширская, Е. В. Сапрыкина, М. Р. Тутаева, А. М. Шахбанова, Х. А. Сулейманова, Д. М. Фараджова

Аннотация. *В работе приводятся данные по заболеваемости острым лейкозом у детей в Астраханской области почти за 30-летний период. Установлено, что самый частый вид острого лейкоза — это острый лимфобластный лейкоз: на его долю приходится 98%. Пик заболеваемости, как и ранее, приходится на детей 0—4 лет. Чаще регистрируются малые аномалии развития, гнойные воспалительные заболевания уха, горла, носа, бронхов. В 98% случаев в общем анализе крови выявлено сочетание не менее трех измененных показателей. Наиболее частые лабораторные изменения — это анемия (у 100% детей с острым лейкозом), тромбоцитопения (у 66%) и высокая СОЭ (у 66%).*

Ключевые слова: *лейкоз, дети, динамика, клиника.*

ACUTE LEUKEMIA IN CHILDREN: TRENDS, DIAGNOSTIC DIFFICULTIES

N. Yu. Otto, M. N. Aresheva, A. I. Otto, V. A. Shuldays, N. A. Kashirskaya, E. V. Saprykina, M. R. Tutaeva, A. M. Shakhbanova, H. A. Suleymanova, D. M. Farajova

Annotation. *This paper presents data on the incidence of acute leukemia in children in the Astrakhan region for almost 30 years. It is established that the most frequent type of acute leukemia is acute lymphoblastic — it`s accounted for 98%. The peak incidence, as before, falls on children of 0—4 years. More often small anomalies of development, purulent inflammatory diseases of the ear, throat, nose, bronchi are registered. In 98% of cases the combination of not less than 3 changed indicators is revealed in the general analysis of blood. The most frequent laboratory changes are anemia (in 100% of children with acute leukemia), thrombocytopenia (in 66%) and high ESR (in 66%).*

Keywords: *leukemia, children, dynamics, clinic.*

За последнее десятилетие отмечается стремительный рост научно-технического прогресса и улучшение уровня материального благосостояния людей (во многих семьях есть автомобили, у детей — сотовые телефоны, компьютеры и т. д.). Однако в здравоохранении остается немало нерешенных, но решаемых проблем [1, 2, 7, 8]. Во многом стертость течения заболеваний, атипичность и «маски» заболевания не позволяют врачу-педиатру, впрочем, как и другим специалистам, сразу принять правильное решение [1, 5, 6, 7].

Одним из серьезных заболеваний в детском возрасте считается острый лейкоз (ОЛ), влияющий на показатели заболеваемости, госпитализации, инвалидности и, к сожалению, смертности, а для пациента и его семьи — на качество жизни и ее прогноз [2, 3, 4].

Последнее исследование в Астраханской области по лейкозу проводилось в 2003 году в рамках диссертационной работы И. Л. Халтуриной [9]. Несомненно, что и структура, и клиническая картина лейкоза за 15 лет изменились.

Цель работы: изучить современную структуру острого лейкоза у детей в Астраханской области и сравнить с результатами исследования, проведенного за период 1984—2004 гг.

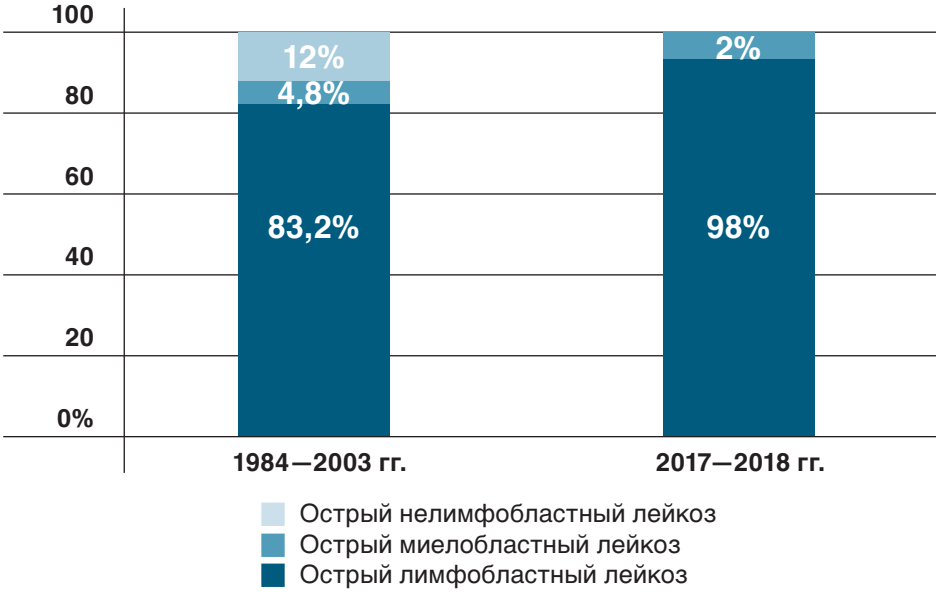


Рис. 1. Структура заболеваемости лейкозами детей Астраханской области (в процентах) за период 1984—2003 гг. и 2017—2018 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ данных медицинских документов детей (0—17 лет), прошедших обследование и лечение в специализированном отделении гематологии ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н. Н. Силищевой» за 1984—2004 гг. и 2017—2018 гг. Использовались общепринятые статистические методы. В контрольную группу (50 человек) вошли дети с ожирением.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За изучаемый период у 54 детей выставлен диагноз: «острый лимфобластный лейкоз» (ОЛЛ), у одного ребенка — острый миелобластный лейкоз (ОМЛ). Новые случаи ОЛЛ: два ребенка в 2017 году и один — в 2018 году. Рецидив диагностирован у двух детей с ОЛЛ (3,6%) (рис. 1).

Таблица 1

Заболевания в анамнезе детей с острым лейкозом и сравнение с группой контроля детей с ожирением

Нозологическая единица	Острый лейкоз		Ожирение	
	Абс.	%	Абс.	%
ОРВИ	39	70,9	50	90,0
Острые заболевания уха, горла, носа и бронхов: о. отит, о. бронхит, о. гайморит, ангина	17	30,9	14	25,4
Положительный титр иммуноглобулинов G к вирусу простого герпеса	16	29,09	-	-
МАРС, ВПС	15	27,3	1	1,8
Ветряная оспа	11	20,0	48	87,0
Аллергические заболевания: аллергический ринит, аллергодерматит, бронхиальная астма	9	16,4	8	15,0
КИНЭ	5	9,0	3	4,5
Положительный титр иммуноглобулинов G к цитомегаловирусной инфекции	3	5,4	-	-
Гепатит С	2	3,6	-	-
Церебрастенический синдром	2	3,6	9	16,0
Тубинфицированность, туберкулез лимфоузлов	2	3,6	1	1,8
ДЦП	2	3,6	0	0
Коклюш	1	1,8	0	0
Сколиоз	1	1,8	1	1,8
Головные боли напряжения	1	1,8	12	22,0

ОЛЛ — самый частый вид ОЛ у детей (по нашим данным, 83,2—98% случаев), характеризуется опухолевой пролиферацией лимфобластов, происходящих из стволовых лимфоидных клеток костного мозга. За период 1984—2004 гг. ежегодно в Астраханской области регистрировалось от 2 до 10 новых случаев ОЛ у детей, за период 2017—2018 гг. — 3 новых случая ОЛЛ. За последние 15 лет роста заболевания ОЛ у детей не выявлено. Заболеваемость ОЛЛ у мальчиков выше, чем у девочек. В период 1984—2004 гг. соотношение мальчики/девочки составляло 1,2—1,5:1. Данная тенденция сохранилась и в 2017—2018 гг.: заболевание преобладает у мальчиков (31 мальчик и 24 девочки). Соотношение мальчики/девочки остается прежним: за 21 месяц 2017—2018 гг. — 1,3:1; за 2017 год — 1,5:1. Проведенное диссертационное исследование И. Л. Халтуриной продемонстрировало на примере детской популяции Астраханской области так называемый младенческий пик, характерный для ОЛЛ в экономически развитых странах [9]. В период 1984—2004 гг. 44,6% составили дети в возрасте от 0 до 4-х лет. К 2017—2018 гг. младенческий пик заболеваемости ОЛ сохраняется. На момент дебюта заболевания 31 ребенок (56,3%) находился в возрасте 0—4 лет. Среди детей, находившихся на госпитализации в 2017—2018 гг., преобладают дети в возрасте 5 лет (14,8%) и 7 лет (11%), которые два-три года назад в момент дебюта входили в младенческий пик.

Анализ сопутствующей соматической патологии у детей с ОЛ показал:

- *у каждого 3-го ребенка (29%) выявлен положительный титр иммуноглобулинов G к вирусу простого герпеса, ЦМВ;*
- *у каждого 4-го ребенка (25%) — малые аномалии развития сердца (пролапс митрального клапана, эктопически расположенная хорда левого желудочка, открытое овальное окно). Частота встречаемости малых аномалий развития сердца у детей с ОЛЛ выше, чем в контрольной группе;*
- *у каждого 6-го ребенка (16,4%) аллергические заболевания: аллергический ринит, аллергодерматит, бронхиальная астма;*
- *в анамнезе у 17 детей с ОЛ (30,9%) регистрировались острые гнойные заболевания уха, горла, носа и бронхов: острый отит, острый бронхит, острый гайморит, ангина. Как правило, данные заболевания регистрировались либо в дебюте ОЛ, создавая «маску» заболевания, либо незадолго до его дебюта.*

Проведено сравнение с контрольной группой (55 детей от 5 до 17 лет с ожирением). Результат сравнения показывает преобладание в группе детей с ОЛ малых аномалий развития сердца и острых гнойных заболевания уха, горла, носа и бронхов по сравнению с контрольной группой (табл. 1).

Интересным, на наш взгляд, представляются варианты дебюта ОЛЛ, которые регистрировались в 2017—2018 гг. Они проявлялись:

- *гиперемией и гипертрофией небных миндалин в сочетании с лихорадкой, анемией (Нв — 66 г/л), ускорением СОЭ до 43 мм/час, положительной реакцией СРБ;*
- *геморрагическим синдромом (экхимозы), тромбоцитопенией и лейкоцитозом;*
- *увеличением шейных лимфатических узлов на фоне ОРВИ, анемией (2,5 млн эритроцитов, Нв — 56 г/л), лимфоцитозом (83%), ускоренным показателем СОЭ (78 мм/час);*
- *гиперлейкоцитозом (184 тыс.), анемией, тромбоцитопенией, недифференцированными клетками (98%).*

Характерны также были «маска аппендицита» и «кишечной инфекции» — острые боли в животе, субфебрильная температура, диарея, анемия, тромбоцитопения, бласты 37%; «маска ушиба» — боли в нижних конечностях и суставах, прихрамывание после травмы (прыжка с небольшой высоты), высокая СОЭ (50—60 мм/час), отсутствие бластов в периферической крови; «маска туберкулеза лимфоузлов» у ребенка, который был длительное время в контакте с родственником с открытой формой туберкулеза; клиника некупирующегося длительное время влажного кашля и лихорадки; клиника ринита (заложенность и выделения из носа); затяжные менструации; носовые кровотечения и кожный геморрагический синдром.

По данным гемограммы, чаще всего в дебюте ОЛ (2017—2018 гг.) выявлялись следующие изменения: тяжелая анемия (эритроциты 2,5 млн и менее, гемоглобин 56—66 г/л), тромбоцитопения (17—93 тыс.), лейкоцитоз 33—184 тыс. или лейкопения 2,7—3,6 тыс., лимфоцитоз (лимфоциты в формуле крови — от 77 до 98%), недифференцированные или бластные клетки (12—98%), СОЭ 29—78 мм/час. В 100% случаев у детей наблюдалась анемия (гемоглобин 56—103 г/л), в 66% — тромбоцитопения, в 66% — высокая скорость оседания эритроцитов, в 38% — лейкоцитоз, в 22% — лейкопения, в 38% — лимфоцитоз, в 28% — недифференцированные клетки/бласты. В 98% случаев в общем анализе крови выявлено сочетание не менее трех измененных показателей.

Таким образом, в ходе исследования выявлены метаморфозы в течение острого лейкоза у детей. Данные сведения должны способствовать совершенствованию ранней диагностики острого лейкоза детского возраста.

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов: отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акишкин В. Г., Сагитова Г. Р., Афанасьева Е. В., Абдрашитова А. В. Сравнительный анализ состояния детей в специализированных домах ребенка Астраханской области // Астраханский медицинский журнал. — 2009. — Т. 4. — №4. — С. 41—45.
2. Безнос О. А., Гривцова Л. Ю., Попа А. В. и др. Определение минимальной остаточной болезни при В-линейных острых лимфобластных лейкозах с использованием подходов EuroFlow // Клиническая онкогематология. — 2017. — №10 (2). — С. 58—68.
3. Исаева Е. А. Клиническое значение хромосомных аномалий при лейкозах у детей / Автореф. дисс. … к.м.н. — М., 2003. — 28 с.
4. Мовчан Л. В. Лейкоз-ассоциированный иммунофенотип опухолевых клеток у детей с острым лимфобластным лейкозом из предшественников В-лимфоцитов // Онкогематология. — 2012. — №1. — С. 23—28.
5. Сагитова Г. Р., Отто Н. Ю. Осложнения сахарного диабета в детском возрасте. Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию. — Астрахань: АГМА, 2010. — 115 с.
6. Сагитова Г. Р. Клинико-диагностическое значение комплексной оценки показателей естественной защиты организма при бронхолегочных заболеваниях у детей / Дисс. … к.м.н. — Астрахань, 1998. — 188 с.
7. Сагитова Г. Р. Болезни мочевой системы у детей. Организация диагностики и реабилитации. Руководство для врачей. — Астрахань: АГМА, 2006. — 146 с.
8. Пименова Н. Р., Сагитова Г. Р. Значение интерлейкина-8 у новорожденных с острой дыхательной недостаточностью // Вопросы практической педиатрии. — 2012. — Т. 7. — №5. — С. 16—18.
9. Халтурина И. Л. Острые лейкозы у детей Астраханской области: частотные характеристики, качество диагностики и результаты лечения / Автореф. дисс. … к.м.н. — М., 2009. — 35 с.

References

1. Akishkin V. G., Sagitova G. R., Afanasyeva E. V., Abdrashitova A. V. Comparative analysis of the state of children in specialized children's homes of the Astrakhan region // Astrakhan medical journal. — 2009. — Vol. 4, №4. — P. 41—45. (In Russ.)
2. Beznosov O. A., Grivtsova L. Y., Popa A. V. et al. Determination of minimal residual disease in b-linear acute lymphoblastic leukaemia using EuroFlow approaches // Journal of Clinical Oncohematology. — 2017. — №10(2). — P. 58—68. (In Russ.)
3. Isaeva E. A. Clinical significance of chromosomal abnormalities in leukemia in children / Abstract. Diss.... for the degree of candidate of medical sciences. — Moscow, 2003. — 28 p. (In Russ.)
4. Movchan L. V. Leukemia-associated immunophenotype of tumor cells in children with acute lymphoblastic leukemia from b-cell precursors // Onkogematologiya. — 2012. — №1. — P. 23—28. (In Russ.)
5. Sagitova G. R., Otto N. Yu. Complications of diabetes in childhood. Federal Agency for health and social development. — Astrakhan: The Astrakhan state med. Akad., 2010. — 115 p. (In Russ.)
6. Sagitova G. R. Clinical and diagnostic value of complex assessment of indicators of natural protection of the body in bronchopulmonary diseases in children / The dessert.... for the degree of candidate of medical Sciences. — Astrakhan, 1998. — 188 p. (In Russ.)
7. Sagitova G. R. Diseases of the urinary system in children. Organization of diagnostics and rehabilitation. Guide for doctors. Ministry of health of the Russian Federation. — Astrakhan: Astrakhan state medical Academy, 2006. — 146 p. (In Russ.)
8. Pimenova N. R. Sagitova G. R. The value of interleukin-8 in newborns with acute respiratory failure // Questions of practical Pediatrics. — 2012. — Vol. 7. — №5. — P. 16—18. (In Russ.)
9. Khalturina L. I. Acute leukemia in children of the Astrakhan region: frequency characteristics, quality of diagnosis and treatment results / Abstract. Diss.... for the degree of candidate of medical sciences. — Moscow, 2009. — 35 p. (In Russ.)

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Астрахань.
Отто Наталья Юрьевна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования, e-mail: natalia.otto@yandex.ru.
Отто Александра Игоревна — студентка 4 курса педиатрического факультета.
Тутаева Малика Руслановна — студентка 6 курса педиатрического факультета.
Шахбанова Айшат Магомедовна — студентка 6 курса педиатрического факультета.
Сулейманова Хадижат Аслановна — студентка 6 курса педиатрического факультета.
Фараджова Диана Мохуббатовна — СОШ №11 им. Г. А. Алиева, г. Астрахань.
Каширская Надежда Анатольевна — врач-педиатр ГБУЗ «Больница Кузнечики», г. Москва.
Шульдайс Владимир Александрович — главный врач ГБУЗ АО «ДП №4», главный внештатный диетолог Минздрава Астраханской области, г. Астрахань.
Арешева Майя Нариманович — врач-гематолог, заведующая отделением гематологии ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н. Н. Силищевой».
Сапрыкина Елена Владимировна — врач-педиатр ГБУ «Ленская ЦРБ», Республика Саха — Якутия.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА И ОРВИ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ И ОЧИСТКА ОКРУЖАЮЩЕГО ВОЗДУХА В ЛПУ

В России каждый год регистрируется более 40 млн случаев заболеваний гриппом и ОРВИ, и обращение за медицинской помощью, как правило, влечет заболеваемость медперсонала, в несколько раз превышающую общестатистическую по стране. Качество медицинской помощи напрямую зависит от грамотной организации противоэпидемических мероприятий любого ЛПУ. Обеспечение эпидемиологической безопасности персонала и профилактика внутрибольничных инфекций предусматривают применение дезсредств, которые не могут быть абсолютно безвредными для здоровья. В настоящее время широкое применение получили методы борьбы с патогенными микроорганизмами, позволяющие проводить обеззараживание без применения дезсредств и в присутствии медперсонала. Последнее очень важно, поскольку сам человек является источником инфекций, передающихся воздушно-капельным путем.

Российской компанией НПО «КИНЕТИКА» разработан уникальный климатический аппарат Aquacom, сочетающий в себе одновременно увлажнитель воздуха, бактерицидный очиститель и ионизатор. Аппарат оснащен современной нанотехнологией предварительного насыщения распыляемой воды ионами серебра Ag+, вследствие чего генерируемый водяной туман приобретает ярко выраженные бактерицидные, противогрибковые и антисептические свойства. Тонкодисперсный водный аэрозоль, обогащенный ионным серебром Ag+, обладает широким спектром антимикробной активности, его можно использовать на всех этапах дезинфекции в ЛПУ – от обеззараживания поверхностей до дезинфекции окружающего воздуха. Но самое важное – вырабатываемый Aquacom посеребренный пар обладает доказанными лечебно-профилактическими свойствами и благотворно воздействует на организм человека.

Ирригационная терапия, проводимая Aquacom, – инновационный метод неспецифической профилактики, направленный на превентивно-активное снижение количества вирусных и бактериальных патогенов на слизистых оболочках верхних дыхательных путей. Метод усиливает собственный отклик иммунной системы на инфицирование и повышает специфическую резистентность организма. Продуцируемый аппаратом тонкодисперсный водный аэрозоль Ag+ эффективен как на ранних стадиях вирусной инфекции, так и когда инфекция проникла глубоко в легкие и бронхи. Лечебный аэрозоль Ag+ хорошо сочетается и усиливает действие многих медицинских препаратов, в том числе интерферона и антибиотиков, в связи с чем целесообразно применять Aquacom в комплексе с традиционными методами лечения. Это сократит сроки лечения и выздоровления больного. Также аэрозоль Ag+ усиливает выработку и потенцирует активность фермента лизоцима, выполняющего в слизистой функции неспецифического антибактериального барьера.

Преимущества данного метода – высокая бактерицидная эффективность по широкому спектру простейших микроорганизмов, возможность применения в присутствии медперсонала, отсутствие химических реагентов и расходных материалов. Климатический аппарат Aquacom реализует инновационный метод обеззараживания воздушной среды помещений ЛПУ, что в свою очередь способствует профилактике и лечению широкого спектра ОРВИ. При разработке Aquacom использовались современные достижения науки и техники в области климатического оборудования. Простота использования и универсальность позволяют использовать аппарат в помещениях различной категории, не требуя при этом специальных условий.

Применение Aquacom в медицине

Исследования, проводимые ведущими ЛПУ Минздрава РФ и Министерства обороны РФ в оценке эффективности комплексной медицинской реабилитации больных хронической обструктивной болезнью легких с сопутствующей ишемической болезнью сердца с применением бактерицидного ультразвукового увлажнителя-ионизатора воздуха Aquacom показали, что пребывание больных в атмосфере очищенного и здорового воздуха приводит к уменьшению клинических проявлений дыхательной и сердечной недостаточности за счет снижения ирритативного воздействия окружающего воздуха, уменьшения активности воспалительного процесса в бронхах, улучшения функционального состояния кардиореспираторной системы и психологического состояния пациентов и обеспечивает более выраженную эффективность медицинской реабилитации больных.

Пульмонология

Больным с заболеваниями органов дыхания рекомендуется следить за уровнем увлажненности воздуха, потому что излишне сухой воздух способствует обострению легочных заболеваний и их затяжному течению

Аллергология

При использовании Aquacom снижается риск осложнений проявления аллергии, возникновения бронхиальной астмы. Клинические испытания, проведенные в ряде ЛПУ, подтвердили заметное улучшение состояния пациентов (снижение частоты приступов), находящихся в помещении, где осуществлялось обогащение воздуха ионами серебра. Клиническими испытаниями доказано, что ионное серебро Ag+ является сильнейшим профилактическим средством при многих заболеваниях и способствует укреплению как местного, так и общего иммунитета.

Перинатология

В условиях излишней сухости воздуха увеличивается восприимчивость детского организма к различным респираторным и хроническим заболеваниям, ослабевает иммунитет, и в связи с этим появляются проблемы. Пересыхание слизистых оболочек приводит к их истончению и разрыву, что облегчает проникновение в организм патогенных микроорганизмов. Оптимальный уровень влажности поможет предотвратить многие заболевания малыша или исключит длительное течение болезни. Полностью ограждать детей от простуд и невозможно, и не нужно. Благодаря перенесенным ОРВИ формируется иммунитет ребенка, невосприимчивость к более тяжелым вирусным инфекциям. Но важно, чтобы возможные болезни протекали сравнительно легко, без осложнений, и не были частыми. В этом и заключается одна из главных задач использования климатического комплекса Aquacom.

Аппарат Aquacom рекомендован для профессионального и бытового применения ФС по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (рег. уд. Росздравнадзора РФ № ФСР 2009/0 5119 от 22.06.2009).

АО НПО «Кинетика», г. Москва тел.: (495) 798-61-66, (499) 638-86-44; www.aqua-com.ru

КАК ЭФФЕКТИВНО ЛЕЧИТЬ ПСОРИАЗ

На наши вопросы о состоянии проблемы псориаза ответил Вадим Викторович Думченко, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии Астраханского ГМУ, главный внештатный дерматовенеролог Астраханской области, главный врач АОКВД, заслуженный врач РФ

— Вадим Викторович, что скрывается за диагнозом «псориаз»? Как проявляется заболевание, какими изменениями в организме оно сопровождается?

— Псориаз — достаточно грозное системное иммуноассоциированное заболевание. На сегодняшний день оно встречается у 1—3% жителей земного шара. Например, в Астраханской области мы наблюдаем около 910 человек, среди них 64 ребенка, 17 подростков, 829 взрослых. Предрасположенность к псориазу передается генетически, само заболевание протекает хронически и имеет самые разнообразные проявления. В первую очередь в процесс вовлекается кожа, в том числе волосистой части головы, нередко поражаются ногтевые пластины, которые являются одними из предикторов вовлечения в патологический процесс опорно-двигательной системы. При этом пациентов с тяжелыми формами псориаза и псориатическим артритом становится больше с каждым годом.

— Каковы основные проблемы в терапии псориаза на сегодняшний день?

— Прежде всего, основной проблемой лечения псориаза является плохая обращаемость пациентов к врачам-дерматологам, когда болезнь уже сильно запущена, и лечение может быть не так эффективно. Особенно это важно для своевременной диагностики псориатического артрита, когда промедление в постановке диагноза на 6 месяцев может обернуться для пациента формированием инвалидизации. Также важной проблемой является отсутствие статуса инвалида у пациентов с псориазом, поэтому зачастую дорогостоящее лечение они не в состоянии оплатить самостоятельно. А сформировавшийся среди врачей миф о небезопасности применения генно-инженерной биологической терапии ограничивает возможности как врачей, так и пациентов в получении хороших результатов терапии. Говоря о традиционно используемой терапии в России (наружные средства, антигистаминные, десенсибилизирующие средства, гепатопротекторы), нужно отметить, что ни один из методов не доказал своей эффективности при псориазе, поэтому сложно ожидать долгосрочных и видимых результатов терапии псориаза.

— Является ли терапия генно-инженерными биологическими препаратами инновационным методом при терапии псориаза со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести?

— Раньше методы лечения этого дерматоза были направлены на устранение симптомов — врачи старались просто облегчить состояние кожи больного. Сегодня существует инновационная группа генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), которые максимально избирательно воздействуют на принципиальные факторы — воспалительные цитокины, не нанося вред иммунной системе. Одно из существенных преимуществ этих препаратов — возможность получить очень быстрый результат в виде очищения кожных покровов; с другой стороны, это новая возможность предотвратить прогрессию псориатического артрита. Примерно в течение 1 месяца после начала терапии пациенты возвращаются к труду, они активны, живут полноценной жизнью. Для пациентов со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести псориаза это находка, которой мы, врачи-дерматовенерологи, несомненно, очень рады.

— Каков процесс назначения терапии для пациентов со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести псориаза?

— Сегодня процесс назначения терапии достаточно прост: пациент поступает на консультацию в кожно-венерологический диспансер, далее, при необходимости, пациент может быть госпитализирован для подбора терапии. Также может быть собран консилиум врачей для того, чтобы назначить более специфическое, необходимое в каждом конкретном случае, лечение. Например, в Астрахани в 2018 году у нас было проведено около 250 заседаний экспертной комиссии. Учитывая то, что у нас есть возможность применения ГИБП, проблема выбора эффективной терапии не стоит на первом месте.

— Как в ЮФО решается вопрос доступности биологической терапии для пациентов, которым она необходима, но у которых нет статуса инвалида?

— Конечно, вопрос доступности терапии для тех, у кого нет статуса инвалида, имеет место быть. В Астраханской области с прошлого года существуют клинико-статистические группы, куда вошли пациенты с псориазом, им была назначена терапия ГИБП. Администрация хорошо понимает необходимость данной группы препаратов в лечении пациентов с псориазом, поэтому была выделена квота для получения терапии. Некоторых пациентов перевели на региональный бюджет, и теперь препарат для них закупается из средств региона. Хочу отметить, что вопрос получения инвалидности зависит от лечащих врачей. Если врач правильно оформляет все документы, в региональной квоте, скорее всего, не откажут.

— Есть ли сейчас препараты, которые способны обеспечить медикаментозную ремиссию, а также способствовать предотвращению развития псориатического артрита и инвалидизации?

— В нашем арсенале появилась биологическая терапия с применением совершенно новых, уникальных препаратов. На сегодняшний день мы очень довольны инъекционным препаратом Секукинумаб (торговое название Козентикс), который мы достаточно активно используем на практике уже более года. Врачу всегда приятно наблюдать за результатами своего труда. Пациент, который еще месяц назад был угнетен своим положением, а после начала терапии заметил очищение кожи, совершенно по-другому себя ощущает. Терапия Козентикс при наименьших затратах имеет наибольший показатель эффективности в расчете на одного пациента. Таким образом, можем считать это наиболее рациональным с клинико-экономической точки зрения выбором для лечения псориаза среднетяжелой и тяжелой степеней тяжести.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ТЕРРИТОРИИ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

А. В. Фарсиянц, А. А. Вафиади

Аннотация. *Использование бригадами скорой медицинской помощи новых технологий в лечении острого инфаркта миокарда на догоспитальном этапе качественно улучшает оказание скорой медицинской помощи, оказываемой в экстренной форме, способствует повышению престижа профессии работника выездных бригад скорой медицинской помощи.*

Ключевые слова: *острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, тромболитическая терапия, фармакоинвазивная стратегия, тромболитические препараты, реперфузия миокарда, восстановление коронарного кровотока.*

ORGANIZATIONAL ASPECTS OF PRE-HOSPITAL THROMBOLYSIS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION OF THE STAVROPOL TERRITORY

A. V. Farsiyants, A. A. Vafiadi

Annotation. *The use of new technologies by emergency medical teams in the treatment of acute myocardial infarction at the prehospital stage qualitatively improves the provision of emergency medical care provided in an emergency form, contributes to the prestige of the profession of an employee of emergency medical teams.*

Keywords: *acute myocardial infarction with ST-segment elevation, thrombolytic therapy, pharmacoinvasive strategy, thrombolytic medicaments, myocardial reperfusion, coronary blood flow recovery.*

Стратегической задачей развития службы скорой медицинской помощи на современном этапе является снижение объема вызовов, оказываемых в неотложной форме, к больным без угрозы для жизни при качественном улучшении помощи во время обслуживания вызовов, оказываемых в экстренной форме, когда имеется явная угроза для жизни пациента. Инновационное развитие службы должно происходить при условии полной ее информатизации от приема и передачи вызова, контроля дислокации бригад, сокращения времени доезда до места вызова. Наряду с этими важными аспектами повышение качества экстренной медицинской помощи может быть достигнуто при широком использовании работниками выездных бригад современных методов диагностики и лечения острых заболеваний, угрожаемых развитием летального исхода или инвалидизации больных. К числу таких заболеваний относится острый инфаркт миокарда (ОИМ). Действия медицинских работников выездных бригад на догоспитальном этапе у больных с ОИМ преследуют следующие цели:

- *предотвращение смерти;*
- *ограничение размера повреждения миокарда;*
- *сведение к минимуму степени дискомфорта и дистресса для пациента.*

Это достигается мероприятиями по скорейшему восстановлению проходимости окклюзированной коронарной артерии. Существует несколько способов восстановления перфузии миокарда до возникновения его необратимого повреждения:

- *механический — первичное чрескожное коронарное вмешательство (далее ПЧКВ) с последующим стентированием окклюзированного сосуда;*
- *фармакологический — индукция тромболизиса тромболитическими препаратами;*
- *фармакоинвазивный — комбинация фармакологического и механического вмешательств.*

ПЧКВ является золотым стандартом лечения ОИМ с подъемом сегмента ST, если оно проводится в течение двух часов после первичного контакта больного с медицинским работником, способным снять ЭКГ и поставить диагноз: «ОИМ». Достижение этого временного интервала в большинстве субъектов Российской Федерации у большого количества пациентов не может быть выполнено. Инфарктная сеть медицинских учреждений, имеющих между собой значительные расстояния, увеличивает временной интервал медицинской эвакуации пациентов и в большинстве случаев составляет по продолжительности более двух часов. Методом выбора в таких условиях является применение на догоспитальном этапе фармакоинвазивной стратегии в лечении ОИМ.

Реализация фармакоинвазивной стратегии в лечении больных с ОИМ в Ставропольском крае происходит с учетом рекомендаций Европейского Совета кардиологов 2017 г. (рис. 1).

Учитывая особенности развернутой инфарктной сети на базе медицинских организаций государственной формы собственности, подведомственных Министерству здравоохранения Ставропольского края, проведение ПЧКВ возможно на территории края, где проживает только 20% его жителей. Поэтому фармакоинвазивный подход в лечении больных с ОИМ с подъемом сегмента ST на остальной территории, где проживает 80% жителей, не имеет альтернативы. Отрицательно сказывается на широком применении догоспитальной тромболитической терапии (далее ТЛТ) также тот факт, что состав бригад, дислоцированных на территории края, имеет значительное превалирование фельдшерских бригад (более 80%). Использование методики ТЛТ фельдшерскими

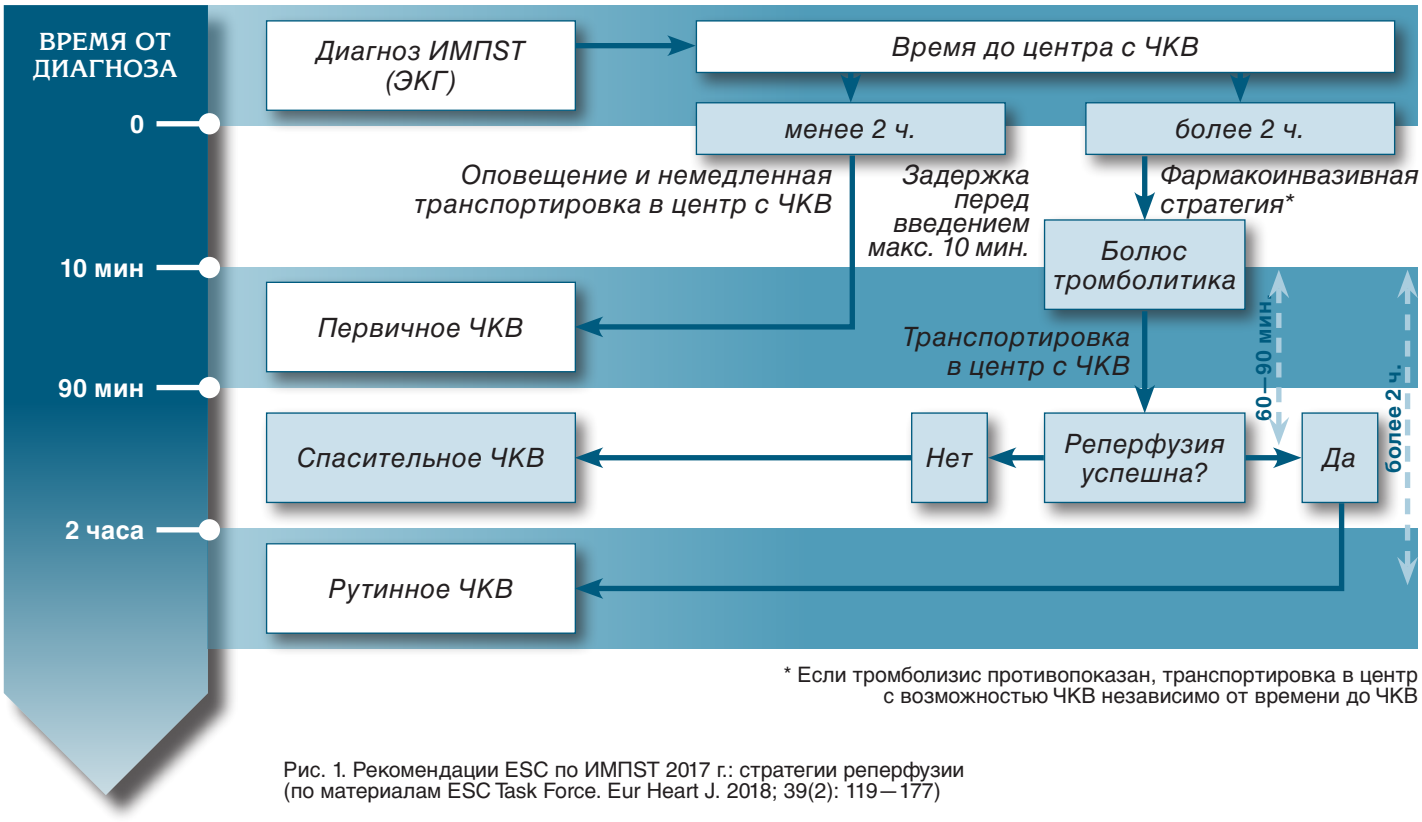


Рис. 1. Рекомендации ESC по ИМПST 2017 г.: стратегии реперфузии (по материалам ESC Task Force. Eur Heart J. 2018; 39(2): 119—177)

бригадами скорой медицинской помощи возможно только при создании ряда определенных условий, перечислим их.

1. Развернутая система дистанционной передачи и анализа кардиограмм. В 2014 году вся территория края и все бригады скорой медицинской помощи были оснащены электрокардиографами с возможностью дистанционной передачи ЭКГ.

2. Созданная система маршрутизации пациентов, в том числе их медицинская эвакуация в центр высоких технологий. С декабря 2014 года приказом Министерства здравоохранения Ставропольского края от 22.12.2014 №01—05/854 «О некоторых мерах по реализации Порядка оказания скорой и скорой специализированной медицинской помощи на территории Ставропольского края» был утвержден регламент межбольничной медицинской эвакуации больных на территории Ставропольского края, в том числе при переводе из ПСО в РСЦ.

3. В течение последних 5 лет в крае создана **система непрерывного обучения фельдшеров** стандартам и протоколам оказания скорой медицинской помощи больным кардиологического профиля, в том числе с ОИМ. Данная система включает в себя проведение двух научно-практических семинаров в течение года, дистанционных практикумов и стажировки фельдшеров на рабочих местах на базе крупных станций скорой медицинской помощи.

4. Система ведомственного контроля, совместная с главным внештатным кардиологом Минздрава Ставропольского края, в сочетании с утвержденными тарифами вызовов скорой медицинской помощи, возмещающими затраты на ТЛТ и межбольничные медицинские эвакуации, создает все предпосылки для широкого использования ТЛТ бригадами скорой медицинской помощи. Анализ заболеваемости инфарктом миокарда в Ставропольском крае позволяет рассчитать индикаторные показатели объема ТЛТ на догоспитальном этапе от 400 и более случаев в год. Частота применения ТЛТ в крае представлена на рисунке 2.

5. Планомерная организационная работа позволяет динамично увеличивать объемы данного вида помощи на догоспитальном этапе в условиях работы бригад скорой медицинской помощи.

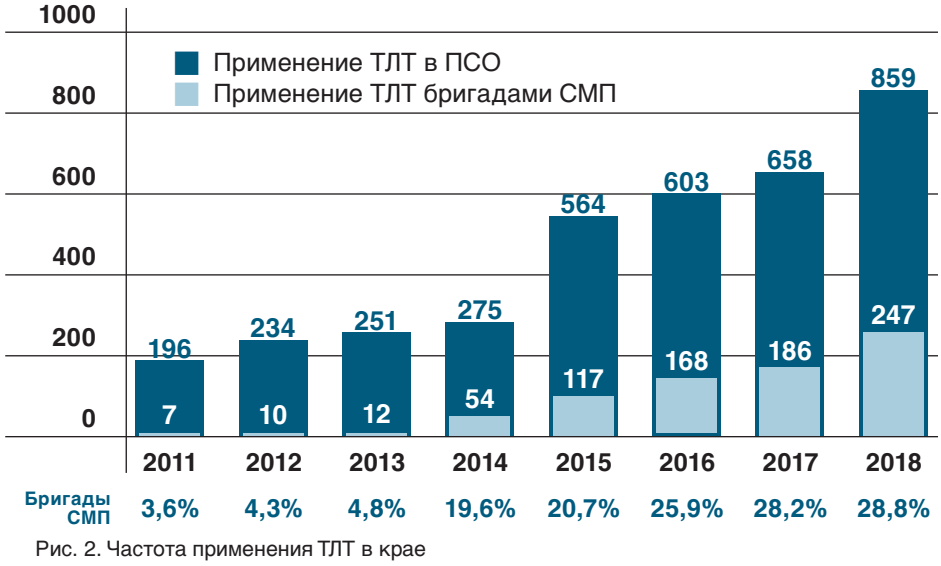


Рис. 2. Частота применения ТЛТ в крае

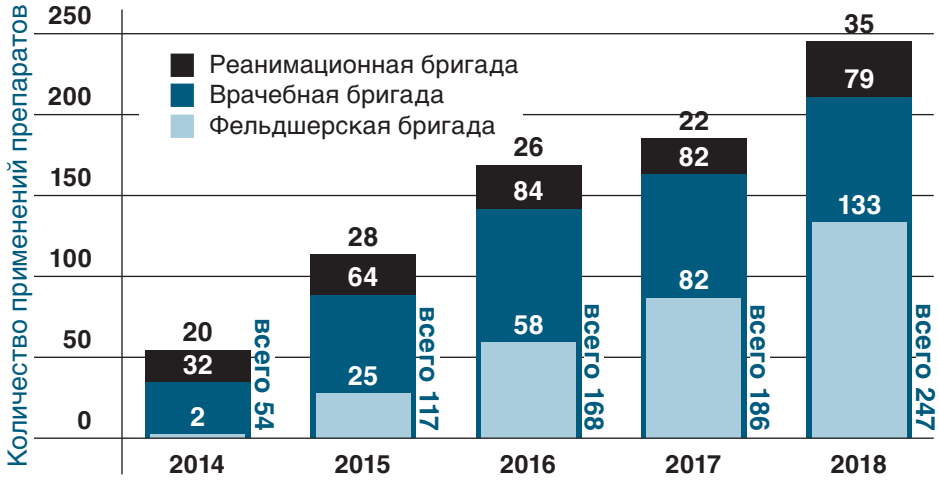


Рис. 3. Анализ применения препаратов бригадами в 2014—2018 гг.

Анализ применения тромболитической терапии бригадами скорой медицинской помощи за период 2014—2018 гг. показывает, что дальнейший рост возможен только за счет фельдшерских бригад (рис. 3).

Важными характеристиками в выборе препаратов ТЛТ для бригад скорой медицинской помощи являются:

- *быстрое начало действия препарата;*
- *высокая эффективность в пределах 60—90 минут с улучшением кровотока (степень 3 по шкале TIMI);*
- *низкая частота побочных эффектов, особенно кровотечений и инсультов;*
- *низкая частота повторных окклюзий;*
- *предпочтительное болюсное введение с простым режимом дозирования;*
- *экономически обоснованная эффективность.*

В течение последних 5 лет для проведения ТЛТ использовались все тромболитические препараты, представленные на фармрынке России, такие как:

- *тенектеплаза с одноболюсным введением — 433 случая;*
- *фортелизин с трехболюсным введением — 77 случаев и с одноболюсным введением — 54 случая;*
- *алтеплаза с болюсным введением и длительной инфузией в течение 1,5 часа — 126 случаев;*
- *проурокиназа с инфузионным введением в течение часа — 82 случая.*

Анализ эффективности применения препаратов оценивался по достижению реперфузии, наличию осложнений (кровоизлияние, кровотечение) и летальных исходов. Данные анализа представлены на рисунке 4.

Использование препаратов болюсно-инфузионного способа введения, таких как актилизе и пуролаза, уступает по эффективности препаратам болюсного введения, возможно, как из-за трудно создаваемого режима дозированной инфузии в салоне санитарного автомобиля, так и создания дополнительного объема медицинских манипуляций, требующих контроля со стороны медицинского персонала.

Использование в течение последних двух лет отечественного тромболитического препарата фортелизин для более углубленного анализа имеет небольшой опыт его применения в виде одноболюсного введения. Важным аспектом для медицинской организации, использующей данный препарат при выполнении стандарта скорой медицинской помощи при трансмуральном инфаркте миокарда является необходимость обоснования его применения врачебной комиссией учреждения (согласно приложению №2 приказа МЗ РФ от 05.06.2016 №457н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром трансмуральном инфаркте миокарда»). Форма выпуска препарата фортелизин — в трех флаконах, необходимых для проведения тромболитической терапии, — также приводит к увеличению объема манипуляционных действий для выездного персонала, создавая трудности с его дозированным введением.

Наиболее эффективным и широко применяемым препаратом, используемым бригадами скорой медицинской помощи на территории Ставропольского края, является препарат метализе. Внесение его в список ЖНВЛП и снижение цены на 30% по сравнению с 2018 годом позволяет позиционировать тенектеплазу как препарат выбора для бригад скорой медицинской помощи.

Более широкое применение фармакоинвазивной стратегии у больных с ОИМ с подъемом сегмента ST приводит к увеличению случаев реперфузионных осложнений, возникающих у пациентов после восстановления кровотока, особенно после более длительной ишемии миокарда, которая может приводить к феномену реперфузионного повреждения, приводящего к аритмиям в работе сердца.

Поэтому действия выездного персонала скорой медицинской помощи по выполнению стандарта при трансмуральном ОИМ являются

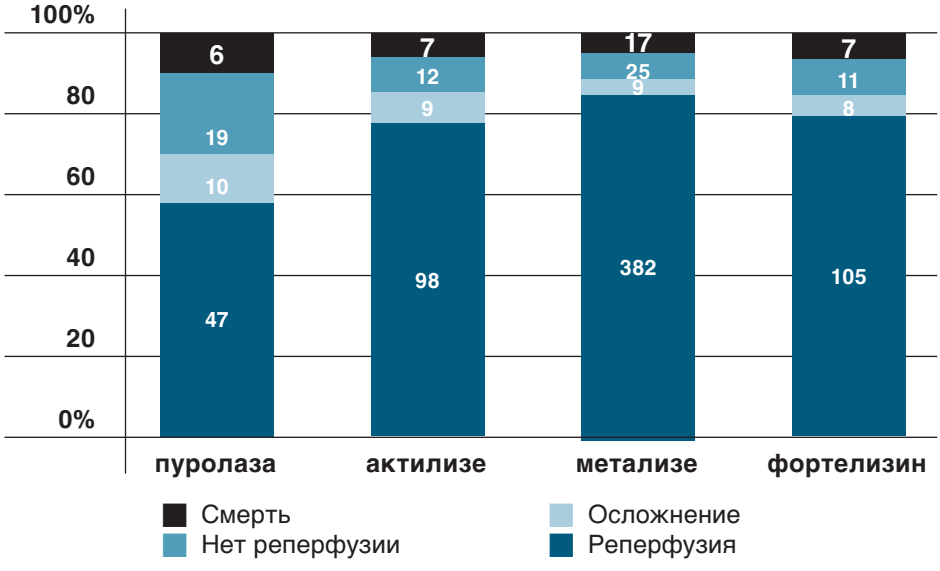


Рис. 4. Эффективность применения препаратов.

индикаторным показателем, характеризующим уровень подготовки выездного персонала к лечебным мероприятиям по широкому спектру проблем у кардиологических больных на догоспитальном этапе.

ВЫВОДЫ

1. Преимущественное использование бригадами скорой медицинской помощи для индукции тромболизиса препаратов болюсного введения обосновано достижением большей эффективности как по результатам, так и по времени их применения.

2. Только руководители тех медицинских организаций, которые уделяют значительное внимание решению вопросов по постоянному повышению качества оказания медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда за счет улучшения оснащения бригад необходимым оборудованием и самыми современными лекарственными препаратами, а также постоянно повышающие уровень теоретической и практической подготовки своего персонала, могут качественно улучшить объем скорой медицинской помощи, оказываемой в экстренной форме, что также повышает престиж работников службы скорой медицинской помощи.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Фарсиянц Антон Вячеславович — главный врач ГБУЗ Ставропольского края «Кисловодская городская станция скорой медицинской помощи», e-mail: skor87937@mail.ru.
Вафиади Аксинья Антоновна — врач-кардиолог ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр №1».

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ ПРИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

И. И. Куценко, Р. А. Гукеян, Е. И. Кравцова, С. К. Батмен

Аннотация. *В статье предложен вариант повышения эффективности лечения рецидивов синдрома хронической тазовой боли, обусловленной перитонеальным эндометриозом.*

Ключевые слова: *синдром хронической тазовой боли, эндометриоз, диеногест, диеногест-содержащие оральные контрацептивы, ронколейкин.*

THE INCREASE OF EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF RELAPSE CHRONIC PELVIC PAIN IN PERITONEAL ENDOMETRIOSIS

I. I. Kutsenko, R. A. Gukeyan, E. I. Kravtsova, S. K. Batmen

Annotation. *The article proposes an option to increase the effectiveness of treatment of relapse syndrome of chronic pelvic pain inherent in peritoneal endometriosis.*

Keywords: *chronic pelvic pain syndrome, endometriosis, dienogest, dienogest-containing oral contraceptives, Roncoleykin*

Хроническая боль является распространенным состоянием, которое оказывает существенное влияние на работоспособность, функциональную активность и качество повседневной жизни, и одновременно — поводом для огромных расходов на здравоохранение. На современном этапе отсутствуют методы лечения, которые привели бы к полному регрессу хронической тазовой боли (ХТБ) при перитонеальном эндометриозе (ПЭ) и позволили избежать рецидивов [6, 7]. В значительной мере это связано со сложностью структуры хронической боли, которая, как правило, гетерогенна и представлена сочетанием комплекса симптомов, отражающих наличие ноцицептивной, неврогенной и психогенной составляющих.

На современном этапе основным методом лечения рецидивов ХТБ, обусловленной ПЭ, служит гормонотерапия [1, 10]. Препаратами первой линии терапии эндометриоза признаны диеногест и диеногест-содержащие комбинированные оральные контрацептивы (КОК). Эффективность этих препаратов эквивалентна агонистам гонадотропин-релизинг-гормона (а-ГнРГ), но отсутствие эстрогендефицитных побочных эффектов обеспечивает возможность длительного их применения. При рецидивах ХТБ при ПЭ чаще всего упоминается применение а-ГнРГ. Однако после отмены а-ГнРГ, как и других гормональных препаратов, возникают повторные рецидивы, частота которых достигает 73% [5]. Вероятно, не столько сами эндометриоидные гетеротопии, сколько факторы, обусловливающие их выживание и инвазию, являются причиной ХТБ [1, 2]. Исследованиями, проведенными на нашей кафедре, доказана ведущая роль иммунного воспаления с гиперактивацией провоспалительного каскада цитокинов при рецидивах ХТБ при ПЭ [3, 4], что обеспечивает персистирование болевой симптоматики и способствует существованию гипервозбудимости ноцицептивной системы. Вероятно, своевременное купирование иммунного дисбаланса позволит устранить данную причину возникновения рецидивов тазовой боли при перитонеальном эндометриозе.

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности лечения рецидивов ХТБ при ПЭ путем разработки нового терапевтического комплекса с учетом патогенетических особенностей при различном течении болевого синдрома.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами обследовано 225 женщин: 195 больных ПЭ, страдающих ХТБ, и 30 здоровых женщин (группа контроля). Диагноз «ПЭ» был установлен при лапароскопии,

подтвержден патоморфологическим исследованием биоптатов гетеротопий. Распространенность процесса устанавливали в соответствии с классификацией Американского общества фертильности (r-AFS) 1996 г. пересмотра. При этом 62,8% пациенток не получали адъювантную гормональную терапию (в связи с купированием болевого синдрома сразу после оперативного этапа, а также боязнью побочных эффектов назначаемых препаратов или их стоимостью), в 37,2% случаев в послеоперационном периоде консервативная терапия проводилась, но ее длительность составила в среднем 1,2±0,8 года. Следует отметить, что ни одна больная в течение года до проводимого исследования этиотропного лечения не получала, контрацепция проводилась традиционными методами. Анамнестически пациентки отмечали нарастание количественной характеристики болевого синдрома при возникновении рецидива ХТБ по сравнению с первым эпизодом заболевания.

Для характеристики интенсивности боли применялась визуальная аналоговая шкала (ВАШ). В зависимости от характера течения и интенсивности ХТБ больные были разделены на соответствующие 4 клинические группы:

- *1 группа — 53 пациентки с ХТБ (ВАШ 4—6 баллов), обусловленной впервые выявленным ПЭ;*
- *2 группа — 56 пациенток с ХТБ (ВАШ 7—9 баллов), обусловленной впервые выявленным ПЭ;*
- *3 группа — 45 пациенток с ХТБ (ВАШ 4—6 баллов), обусловленной рецидивом ранее выявленного ПЭ;*
- *4 группа — 41 пациентка с ХТБ (ВАШ 7—9 баллов), обусловленной рецидивом ранее выявленного ПЭ;*
- *в 5-ю группу (группа контроля) вошли 30 здоровых женщин.*

Проведен проспективный анализ клинико-лабораторных и инструментальных данных с оценками статусов: гормонального (по периферической крови — ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон), цитокинового (содержания про- и противовоспалительных цитокинов периферической крови ИЛ1β, ИЛ8, ИЛ6, ИЛ2, РАИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-10), серотонинового (методом ИФА периферической крови) и психоэмоционального (по вопроснику SF-36 для оценки качества жизни и тесту Спилбергера — Ханина для оценки реактивной и личностной тревожности). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета статистических программ Excel-2010, Statistica 10.0 (StatSoft, США).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведенные исследования показали, что гормональный статус при ПЭ характеризуется дисфункцией как центрального, так и периферического звеньев регуляции репродуктивной системы, усугубляющейся при рецидивах болевого синдрома. Гормональный дисбаланс у больных с ПЭ не является непосредственным фактором формирования ХТБ, но как значимый фактор патогенеза ПЭ подтверждает необходимость проведения гормональной терапии. Исследование цитокинового каскада свидетельствует о присутствии иммунного воспаления (статистически значимое увеличение провоспалительного индекса — ПВИ) в патогенезе ХТБ любой интенсивности и характера течения.

При впервые выявленном заболевании отсутствует достоверная зависимость ПВИ от выраженности болевого синдрома. В случае рецидива ХТБ умеренной интенсивности наблюдается максимальное повышение ПВИ, при рецидиве выраженной тазовой боли — «ложная стабилизация», определяемая по ПВИ, свидетельствует о срыве адаптивных возможностей. При оценке серотонинового статуса отмечено снижение уровня серотонина, достоверно усугубляющееся при рецидивах заболевания, а также при усилении интенсивности боли, что свидетельствует об истощении антиноцицептивной активности серотонинергической церебральной системы. При анализе показателей психоэмоционального статуса необходимо отметить достоверно повышенную реактивную и личностную тревожность у всех больных с ХТБ при ПЭ относительно группы контроля. При одинаковой интенсивности ХТБ у пациенток с первично выявленным эндометриозом и его рецидивом результаты оценки уровня личностной и реактивной тревожности достоверно различались, нарастая при рецидивировании процесса.

Минимально страдает качество жизни у пациенток с впервые выявленным процессом, независимо от субъективной оценки интенсивности тазовой боли. Наиболее выраженное снижение качества жизни наблюдалось в группах с рецидивом ХТБ при ПЭ, что прослеживается по всем показателям.

В целом, проведенные исследования показывают, что наличие иммунного воспаления с развитием хронизации воспалительного процесса приводит к персистированию болевой симптоматики и способствует существованию долго длящейся гипервозбудимости ноцицептивной системы, приводящей к уменьшению уровня серотонина при любой интенсивности и характере течения болевого синдрома. При нарастании интенсивности ХТБ имеющиеся дисфункции достоверно значимо усиливаются. Однако только при рецидивах ХТБ, обусловленного ПЭ, при идентичной интенсивности боли на фоне достоверно более длительного наличия иммунного воспаления, наряду с ноцицептивным механизмом возникновения тазовой боли, наиболее значимо усугубляются неврогенный и психогенный компоненты. В связи с этим вопрос о медикаментозной терапии рецидивов ХТБ при ПЭ должен решаться с учетом этих патогенетических особенностей, учитывая необходимость долгосрочной программы лечения, по возможности, с применением наиболее безопасных из существующих на современном этапе препаратов. При этом наши данные об особенностях патогенеза при рецидивах ХТБ, а также ранее проведенный анализ иммунотропных эффектов диеногеста у пациенток с первым эпизодом ХТБ при ПЭ, позволили предположить, что монотерапия диеногестом при всей ее патогенетической обусловленности и некоторым косвенным воздействиям на дисбаланс в иммунной системе у пациентов с рецидивом болевого синдрома не приведет к полноценной коррекции иммунных взаимоотношений. В связи с этим нами разработан новый терапевтический комплекс медикаментозной терапии.

В качестве гормонотерапии в предлагаемом комплексе использовался диеногест в сочетании с иммуномодулирующим препаратом рекомбинантного интерлейкина ИЛ-2, который, обладая плеотропной активностью, компенсирует проявления иммунной недостаточности и регулирует баланс про- и противовоспалительных цитокинов. После окончания основной терапии все больные

получали диеногест-содержащие КОК до 24 месяцев в циклическом режиме в качестве поддерживающей терапии. Эффективность разработанного комплекса сравнивалась с традиционной терапией (диеногест с переходом на диеногест-содержащие КОК).

Проведенный сравнительный анализ показал, что при рецидивах ХТБ при ПЭ более эффективной явилась комбинированная терапия диеногестом в сочетании с ИЛ-2, с переходом на поддерживающий режим КОК, по сравнению с аналогичной терапией без иммунокоррекции: в 6 раз чаще и быстрее купировался болевой синдром, уменьшалась тревожность, опосредованно позитивно влияя на качество жизни, обеспечивался стойкий противорецидивный эффект. Положительные клинические эффекты сопровождались нивелированием цитокиновых и серотониновых дисфункций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных. — М., 2013. — С. 86.
2. Диагностика и лечение боли / Под ред. Дж. Х. Ван Роенн, Дж. А. Пэйс, М. И. Преодер. — М.: БИНОМ, 2012. — 496 с.
3. Куценко И. И., Мусольянц Р. А., Кравцова Е. И., Холина Л. А. Серотониновый и цитокиновый статус пациенток с хронической тазовой болью при перитонеальном эндометриозе // Доктор.Ру. — 2016. — С. 10—14.
4. Колесникова Н. В., Куценко И. И., Хорольская А. Е., Мусольянц Р. А. Особенности продукции цитокинов у пациенток с хронической тазовой болью, ассоциированной с перитонеальным эндометриозом // Российский иммунологический журнал. — 2015. — Т. 9 (18). — №1. — С. 108.
5. Сельков С. А., Егорова В. Н. Клинический опыт применения ронколейкина (рекомбинантного интерлейкина-2) в гинекологии: Пособие для врачей. — СПб., 2010. — С. 32.
6. Чернуха Г. Е. Хроническая тазовая боль: причины и последствия // Проблемы репродукции. — 2011. — №5. — С. 83—89.
7. Flor H., Turk D. C. eds. Chronic pain: An Integrated Biobehavioral Approach. London: Informa Healthcare Publishing Group, 2011.
8. Latthe P., Latthe M., Say L. et al. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity // BMC Public Health. — 2006. — Vol. 6. — P. 177—184.
9. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis / Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine // Fertil. Steril. — 2008. — Vol. 90. — №5. Suppl. — P. 260—269.
10. Moore J. et al. Modern combined oral contraceptives for pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 2000; 2: CD001019.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, г. Краснодар.

Куценко Ирина Игоревна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой.

Гукеян Рузанна Александровна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры, e-mail: musolyants87@mail.ru.

Кравцова Елена Иосифовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры.

Батмен Саида Казбековна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры.

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПОСРЕДСТВОМ CPM-ТЕРАПИИ

М. Н. Гиниятуллин; научно-внедренческое предприятие «Орбита», г. Уфа, Республика Башкортостан

Травмы опорно-двигательного аппарата встречаются довольно часто и сопровождаются длительной нетрудоспособностью, зачастую приводя к инвалидности. Это наносит значительный экономический ущерб обществу и ухудшает качество жизни населения.

Поэтому становится понятна роль и значение восстановления после травм. Своевременно проведенный комплекс реабилитации позволяет улучшить клинико-функциональную картину лечения, сократить сроки временной нетрудоспособности, предотвратить инвалидность.

Одним из видов реабилитации опорно-двигательного аппарата является CPM-терапия (Continuous Passive Motion) — продолжительная пассивная разработка суставов. Это современный вид медицинской реабилитации, в основе которой лежат длительные движения в одном или нескольких суставах на специальном роботизированном тренажере без участия мышечной силы пациента.

Любая травма, хроническое заболевание сустава или хирургическое вмешательство приводят к ограничению объема движений, выключая основную функцию сустава — обеспечение движений конечности в пространстве. В ответ на снижение подвижности в суставе, а также в мягких тканях, окружающих его, происходит ряд патологических процессов, еще более ограничивающих амплитуду движений. В первую очередь это касается последствий оперативных вмешательств и травм. В результате внешнего воздействия сустав воспаляется и отекает. Капсула сустава растягивается, заполняясь кровью или воспалительной жидкостью.

При этом сустав занимает такое положение, при котором объем его капсулы наибольший. Таким образом, происходит патофизиологичная установка сустава, при которой движения в суставе дискомфортны или болезненны. Далее из жидкости, наполнившей сустав, в капсулу сустава оседают вещества (фибрин, медиаторы воспаления), которые снижают ее эластичность, и в итоге на основе этих веществ начинает развиваться новая незрелая грануляционная ткань, которая замещается соединительнотканным рубцом — происходит фиброзирование капсулы. Такая капсула малорастяжима, ригидна, и в результате сам сустав становится тугоподвижным.

Для устранения такой тугоподвижности используют аппараты для роботизированной механотерапии конечностей марки «Ормед Flex». Применение этих тренажеров способствует скорейшему снижению отека, а также эвакуации (оттоку) жидкости из сустава. Это достигается в результате циклических фаз сгибания/разгибания в условиях полностью расслабленных мышц пациента. В результате таких движений в полости сустава создается повторяющееся колебание давления внутрисуставной жидкости, что и обеспечивает ее скорейшее всасывание в системный кровоток. За счет эффективного оттока CPM-терапия предупреждает дальнейшее накопление жидкости в суставе и способствует уменьшению отека периартикулярных тканей. Таким образом, происходит восстановление и увеличение объема движений в пораженном суставе.

Аппараты успешно используются для реабилитации пациентов в послеоперационном периоде при тотальном эндопротезировании суставов, различных артроскопиях, после восстановления крестообразных связок, ахиллова сухожилия, вращательной манжеты, собственной связки надколенника. Также CPM-терапия эффективна после артролиза, тенолиза, миолиза и синовэктомии. Для достижения наибольшего эффекта рекомендуется начинать занятия как можно раньше после операции. Хорошо поддаются лечению на аппаратах контрактуры различного происхождения: после длительной иммобилизации в гипсе, после травм и ожогов, при некоторых нейрогенных заболеваниях.

Важной особенностью реабилитации на тренажере «Ормед Flex» является то, что характеристики занятий (скорость, амплитуда, продолжительность) подбираются строго индивидуально для каждого пациента, в зависимости от основного заболевания. Благодаря этому достигается абсолютная безболезненность и безопасность процедуры, что является необходимым условием для расслабления мышц. Отсутствие болевых ощущений настраивает пациента на продолжение реабилитации и дает незамедлительные результаты. Гибкая система настроек аппарата позволяет начинать занятия практически в день операции, значительно сокращая сроки реабилитации.

Тренажеры «Ормед Flex» — новинка российского производства. Они разработаны профессиональными конструкторами и полностью соответствуют требованиям к современному оборудованию. Изготовленные из износостойких материалов, легкие и компактные аппараты управляются через удобный пульт, имеют простое и понятное программное обеспечение. В памяти большинства моделей «Flex» возможно сохранение настроек для 250 пациентов, а также запись данных на USB-носитель.

Линейка «Ормед Flex» включает в себя аппараты для роботизированной механотерапии:

- *«Flex-F01» — для коленного и тазобедренного суставов;*
- *«Flex-F02» — для голеностопного сустава;*
- *«Flex-F03» — для локтевого сустава;*
- *«Flex-F04» — для плечевого сустава;*
- *«Flex-F05» — для лучезапястного сустава.*

Таким образом, наличие полной линейки «Ормед Flex» позволяет оказывать комплексную помощь пациентам в реабилитации после различных травм. Регулярные реабилитационные занятия на аппаратах способствуют улучшению функции суставов и, соответственно, качества жизни пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Подробную информацию о выпускаемой продукции Вы найдете на сайте www.ormed.ru.

ООО НВП «ОРБИТА», 450095, Г. УФА,
УЛ. ЦЕНТРАЛЬНАЯ, 53/3,
ТЕЛ. 8 (347) 227-54-00, 281-45-13,
E-MAIL: ORMED@ORMED.RU

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА И СУСТАВОВ

ORMED

БЕЗОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕЖПОЗВОНКОВОЙ ГРЫЖИ

ORMED-профессионал

Профессиональная механотерапевтическая установка для дозированного вытяжения (тракции) позвоночника и вибрационно-теплового, роликового массажа.

Лечебные эффекты:

- Лечение межпозвоночных грыж и протрузий;
- Лечение других дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника (дорсопатии, спондилез, спондилоартроз, остеохондроз);
- Лечение искривлений позвоночника, в том числе сколиоза;
- Реабилитация после инсульта.

Роликовый массаж, проводимый одновременно с вытяжением позвоночника, позволяет расслабить мышцы, снять возникающие в них функциональные блоки, препятствующие растяжению, улучшает кровоток. Тепло и вибрация создают ощущение комфорта и дополнительно расслабляют мышцы. Эффект повышается.

ORMED-FLEX АППАРАТЫ ПАССИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СУСТАВОВ

По приказу 1705Н от 29.12.2012г. "О порядке организации медицинской реабилитации"

Области применения:

- реабилитация в послеоперационном периоде после хирургических вмешательств на суставах, в том числе эндопротезирования;
- реабилитация после остеосинтеза;
- реабилитация после травм и переломов;
- контрактуры различного происхождения, в том числе травматические (ожоговые);
- восстановление и заживление хрящевых зон;
- профилактика тромбозов и эмболии;
- профилактика тугоподвижности сустава.

Содействуют быстрому и безболезненному выздоровлению.

По программе импортозамещения

По вопросам приобретения обращаться к менеджерам:
450095, Россия, г. Уфа, ул. Центральная, 53/3.
Тел./факс: +7/347/227-54-00, 281-45-13, 8-800-700-86-96,

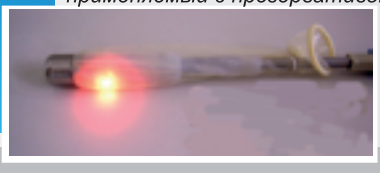
www.ormed.ru, e-mail: ormed@ormed.ru

ЛУЧШИЕ АППАРАТЫ для восстановления мужского здоровья

АЭЛТИС-синхро-02 «Яровит»

Виды электродов для электростимуляции

Электролазерный электрод, применяемый с презервативом



АМВЛ-01 «Яровит»

На фото - муляж

АЭЛТИС-синхро-02 «Яровит»

- многочастотная объёмная электрическая стимуляция мышц малого таза по двум независимым каналам. Воздействующие электрические токи: СМТ, нейроподобные, гальванические, биполярные.
- 4 вида лазера: синий, красный, два диапазона инфракрасного лазера, включая мощный ИК2-лазер (до 500 мВт), с комплектом оптических внутриполостных насадок.
- магнитная зеркальная насадка 50 мТл на накожный излучатель ИК1-лазера.

Виды воздействия синхронизированы по пульсовой волне кровотока в области предстательной железы с применением датчика пульса.

АМВЛ-01 «Яровит»

- автоматически регулируемое разрежение воздуха в колбе в виде пневмоимпульсов различной длительности и разрежения (от -0,15 до -0,4 кгс/кв.см) по разработанным программам;
- излучение красного (0,65 мкм) диапазона светодиодной матрицы, помещённой на колбу (плотность мощности светового излучения - не менее 3 мВт/кв.см);
- в компьютерную программу интегрированы аудио - и фотоматериалы эротического характера, а также - аппаратная голосовая поддержка действий врача

Два аппарата с управлением от одного компьютера

Урофлоуметр УФМ-01 «Яровит»

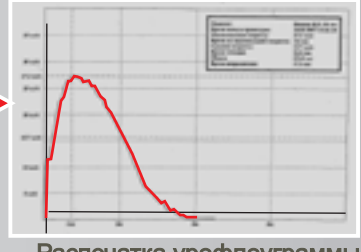
ПРЕДНАЗНАЧЕН
для измерения и регистрации параметров мочеиспускания:
объёма, максимальной и средней скоростей, времени до максимальной скорости, времени течения, времени опорожнения

В комплекте поставки - сменные картонные и пластмассовые воронки

Для мужчин и женщин

Для мужчин

- удобство и простота пользования;
- печать графика и результатов измерения в формате А4, А5;
- точность измерения объема (не хуже) 0,1мл;
- возможность совмещения на экране всех графиков пациента в течение курса лечения;
- работа в представленной комплектации или в составе аппаратно-программного комплекса «Яровит» (т.е. с аппаратами АЭЛТИС-синхро-02 «Яровит» и АМВЛ-01 «Яровит»)



Распечатка урофлоуграммы

Производитель: ООО «Яровит-Ярь»,
123100, Москва, Шмитовский проезд, 9/5
(499)256-84-55, (925) 772-30-58
www.yarovit-med.ru yarovit1@mail.ru

Лицензия на производство:
№ ФС-99-04-006043

НЕГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ

С СИНДРОМОМ ИНВОЛЮЦИОННОГО СНИЖЕНИЯ И ДЕЗИНТЕГРАЦИЕЙ ПОЛОВЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Е. А. Мишанин, А. П. Кузьмич, С. Б. Бессонов

Возрастное угасание сексуальных проявлений у пожилых мужчин 60—74 лет неизбежно и физиологично. В настоящее время требования к качеству жизни, в том числе сексуальной активности, возрастают.

В связи с развитием фарминдустрии просматривается акцент на применение гормональных препаратов при андрогенной недостаточности. «Концентрация тестостерона в плазме крови 12—40 нмоль/л является величиной переменной, колеблется на протяжении жизни... У человека ни один гормональный препарат непосредственно не воздействует ни на половое влечение, ни на эрекцию. Подобные эффекты опосредованы через многокомпонентную цепь преобразований общего состояния организма» (Васильченко Г. С., 1990).

Учитывая онконастороженность и эффект фармакологической кастрации, гормонотерапия может быть обоснована при наличии витальных показаний или только как «механизм запуска» под лабораторным контролем при отсутствии побочных эффектов (снижение либидо, ослабление эрекции, отсутствие эякуляции).

Серьезную опасность представляет фармакологическая стимуляция («Виагра» и т. п.), которая при «удаче» вызывает стремление к постоянному ее использованию. Это чревато истощением копулятивной функции и осложнениями, вызванными побочным действием препаратов (Лоран О. Б., Сегал А. С., 1999).

В последние 15 лет в терапии пациентов пожилого возраста с синдромом инволюционного снижения широко применяются методы ЛОД (лечение отрицательным давлением) и ФЛОД (ЛОД в комплексе с фототерапией или светотерапией). Показана высокая эффективность лечения без назначения гормоносодержащих препаратов. Подчеркивается важная роль ЛОД и ФЛОД как прямого воздействия на патогенетическое звено в комплексной терапии пожилых пациентов.

Следующее поколение аппаратуры ФЛОД включает наличие согласованных программ аудиовидеоэротической стимуляции. У человека наблюдаются как общие, так и специфические феномены андрогенизации в двух вариантах:

- *от концентрации гормона к поведению;*
- *от психогенно «провоцированного» поведения к концентрации гормона.*

Признано, что аудио- и видеоинформация эротического характера вызывает четкое повышение тестостерона в плазме крови. Изображение эротического материала может быть правомерным, даже в самых смелых формах, в том случае, когда оно настолько переработано в художественном отношении, что низменно-чувственное совершенно растворяется и исчезает.

Компенсаторная функция эротического искусства позволяет восстановить душевное равновесие, временно решить психические проблемы, «отодвинуть серую повседневность», компенсировать недостаток красоты и гармонии в повседневной жизни.

Согласованное воздействие физических факторов, активация слуховых и зрительных анализаторов вызывает эффект синергии, что приводит к инициации процесса возбуждения многоуровневой структуры взаимодействующих центров, обеспечивающих стадии и составляющие копулятивного цикла мужчины.

В аппаратном комплексе АМВЛ-01 «Яровит» с управлением от персонального компьютера реализованы вышеперечисленные позиции. Программы эротической фото- и аудиостимуляции разработаны совместно с сотрудниками отделения сексопатологии Московского НИИ психиатрии. Опыт широкого применения АМВЛ-01 «Яровит» показал высокую эффективность лечения и стойкий результат терапии и профилактики сексуальных расстройств у пожилых мужчин с учетом половой конституции пациента при адаптации партнерской пары. Комплекс успешно применяется в клиниках, медицинских центрах и санаториях.

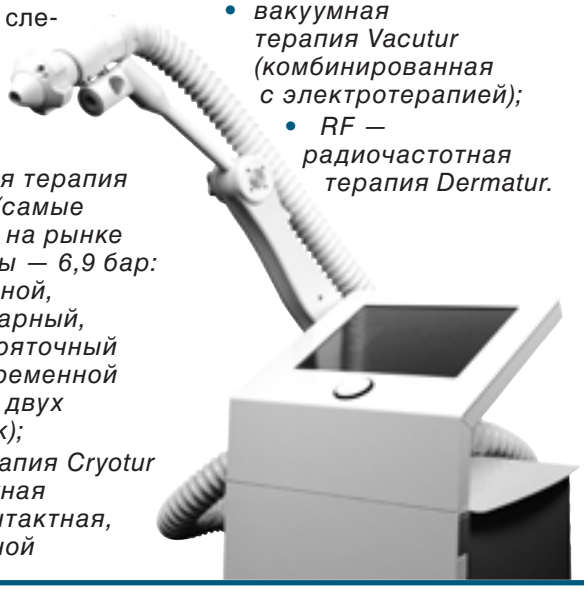
В связи с высокой эффективностью применения методики АМВЛ-01 «Яровит» были попытки контрафактного производства копий аппарата и их предложение на рынке медицинского оборудования. Об этом есть информация на сайте разработчика и производителя ООО «Яровит-Ярь».

ПРИОБРЕТАЙТЕ УСПЕШНО ЗАРЕКОМЕНДОВАВШЕЕ СЕБЯ ОБОРУДОВАНИЕ
У ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ TUR (Г. БЕРЛИН, ГЕРМАНИЯ)

Российское представительство немецкого инжинирингового центра TUR Therapietechnik GmbH представляет линейку прогрессивного физиотерапевтического оборудования для реабилитации и восстановительного лечения по следующим направлениям:

- *ударно-волновая терапия Kimatur (самые мощные на рынке аппараты — 6,9 бар: переносной, стационарный, двухрукояточный с одновременной работой двух рукояток);*
- *криотерапия Cryotur (контактная и бесконтактная, с обратной биологической связью);*
- *микро- и коротковолновая терапия Thermatur (СВЧ и УВЧ);*
- *электротерапия и ультразвук Curatur (36 видов токов);*
- *вакуумная терапия Vacutur (комбинированная с электротерапией);*
- *RF — радиочастотная терапия Dermatur.*



Отличительными чертами оборудования являются надежность, уникальность технологий и самая низкая на российском рынке стоимость эксплуатации. Например, при использовании ударно-волнового оборудования основной расходный материал — механизм рукоятки. При средней стоимости по рынку 38000—80000 рублей механизмы для аппарата Kimatur Вам обойдутся всего в 7500 рублей за штуку, что при интенсивной работе может сэкономить от 150000 до 300000 рублей в год. Аппликаторы для аппарата также экономичны, выпускаются разного диаметра и из разных материалов, что обеспечивает различную глубину и диаметр ударной волны, а также широкий спектр применения: для лимфодренажа, глубокого и поверхностного воздействия при использовании в косметологии, урологии, неврологии, травматологии.

ГИПОКСИ-ГИПЕРОКСИЧЕСКАЯ ТРЕНИРОВКА С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА CELLAIR® FUSION (OXYTERRA)

Одним из наиболее динамично развивающихся направлений в восстановительной и анти-эйдж медицине является митохондриальная медицина. Интервальная гипокси-гипероксическая тренировка (ИГГТ) методично уничтожает изношенные «старые» митохондрии и ускоряет формирование более здоровых, физиологически «более молодых» митохондрий в клетках: при нормальном атмосферном давлении попеременно активируются регулируемая терапевтическая гипоксия (от 22 до 9% кислорода) и последующая гипероксия (34—36% кислорода).

Показания для ИГГТ:

- *сердечно-сосудистые заболевания;*
- *цереброваскулярные заболевания;*
- *обменные заболевания;*
- *заболевания органов дыхания;*
- *наркотическая и алкогольная зависимость.*

Широкое применение ИГГТ получила в реабилитации и восстановлении после перенесенных инсультов, инфарктов миокарда и других сердечно-сосудистых заболеваний, в их профилактике (санатории, профилактории, центры восстановительной медицины и т. п.), а также при профилактике бронхолегочных заболеваний и ХОБЛ.

В результате восстановления нормального состояния митохондрий в клетках наблюдается омоложение последних практически во всех органах человеческого тела, в том числе кожи, что позволяет эффективно применять данную методику в эстетической медицине, дерматологии и косметологии.

Предложенный метод ИГГТ также является перспективным подходом в расширении арсенала средств улучшения спортивных показателей, восстановления и поддержания работоспособности квалифицированных спортсменов, а также оздоровления и продления жизни населения, для чего и необходим наш тренажер.

С БОЛЕЕ ПОДРОБНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ ВЫ МОЖЕТЕ ОЗНАКОМИТЬСЯ НА САЙТЕ WWW.MKRASS.RU, А ТАКЖЕ ЗАДАТЬ ВОПРОСЫ И ЗАПРОСИТЬ КАТАЛОГИ ОБОРУДОВАНИЯ ПО ТЕЛЕФОНУ +7 495 1200473.

ЗНАЧЕНИЕ ЭНТЕРОСОРБЦИИ ЭНТЕРОСГЕЛЕМ

В ВОССТАНОВЛЕНИИ АДАПТИВНЫХ ПРОГРАММ У БОЛЬНЫХ ПОЗДНИМ ГЕСТОЗОМ

Ю. К. Гусак, Н. Ю. Гусак

Аннотация. *В статье показана обоснованность и целесообразность включения Энтеросгеля в комплексное лечение больных поздним гестозом. Биохимические сдвиги в процессе лечения больных с использованием энтеральной детоксикации Энтеросгелем свидетельствуют о восстановлении антиоксидантной активности и о переключении обмена веществ с липидного на углеводный. Энтеральная детоксикация Энтеросгелем в комплексном лечении больных поздним гестозом оказывает выраженное детоксирующее действие и способствует восстановлению адаптивных программ синтоксического характера, создавая тем самым более благоприятные условия для пролонгирования беременности у данных больных.*

Ключевые слова: *поздний гестоз, эндотоксикоз, Энтеросгель, энтеральная детоксикация, пролонгирование беременности.*

THE VALUE OF ENTEROSORBTION BY ENTEROSGEL IN THE RESTORATION OF ADAPTIVE PROGRAMS IN PATIENTS WITH LATE GESTOSIS

Yu. K. Gusak, N. Yu. Gusak

Annotation. *The article shows the validity and feasibility of the inclusion of Enterosgel in the complex treatment of patients with late gestosis. Biochemical changes in the treatment of patients with the use of enteros detoxification with Enterosgel indicate the restoration of antioxidant activity and the switching of metabolism from lipid to carbohydrate. Enteroral detoxification by Enterosgel in the complex treatment of patients with late gestosis has a pronounced detoxifying effect and contributes to the restoration of adaptive syntoxic programs, thereby creating more favorable conditions for prolonging pregnancy in these patients.*

Keywords: *late gestosis, endotoxicosis, Enterosgel, enteral detoxification, pregnancy prolongation.*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Поздний гестоз (ПГ) — классический пример дезадаптации материнского организма в ответ на развивающуюся беременность. ПГ стабильно занимает 2—3 место в структуре материнской смертности. Уровень перинатальной заболеваемости на фоне гестоза у матери колеблется от 64 до 78%, а перинатальная смертность в 3—4 раза превышает средний показатель, составляя 18—30% [10, 12].

Изучение тонких механизмов регуляции адаптивных реакций женщин во время беременности с участием системы «маточно-плацентарный комплекс — плод» (МПК) позволит раскрыть пути управления гестационным процессом и методы профилактики и лечения осложнений в его течении, в том числе ПГ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ исходов родов у беременных с ПГ, прошедших в родильном доме №1 г. Рязани за 8-летний период, по данным годовых отчетов, журналов родов; рассчитана количественная оценка многолетних тенденций исходов беременности и родов больных ПГ методом наименьших квадратов [6]; патогистологическое состояние последов анализировалось по заключениям патогистолога; функциональное состояние плаценты оценивали по содержанию специфических белков и фертильных факторов в крови, которые определяли с помощью иммуноферментных, моноклональных тест-систем (ТБГ-тест, ХГЧ-фертитест-М, ПАМГ-1, АМГФ-фертитест-М. Исследования выполнены в иммунологической лаборатории НИИ морфологии человека РАМН, г. Москва); для оценки вегетативных реакций организма использовали некоторые показатели обмена веществ: концентрацию глюкозы (ГЛ), свободных жирных кислот (СЖК), гидроперекисей липидов (ГП), малонового диальдегида (МДА), общей антиокислительной активности (АОА) и каталазы, которые определяли по методическим рекомендациям В. В. Меньшикова (1987). Полученные данные обрабатывались методом статистического анализа с использованием критерия Стьюдента на компьютере IBM/XT с применением пакета прикладных программ для обработки медико-биологических исследований Statgraphics 2.6 (Григорьев С. Г. и соавт., 1992). Сравнение биохимических параметров осуществляли с данными здоровых беременных в сроки 26—28 недель, составивших контрольную группу.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинические исследования проведены на базе родильного дома №1 г. Рязани. За 8-летний период в родильном доме прошло 18236 родов. Больные ПГ составили в среднем 26,5% (4843 женщины). В различные годы частота больных ПГ была неодинакова и колебалась от 18,2 до 31,8%. Степень тяжести оценивалась при поступлении больных в клинику с использованием шкалы Goec в модификации Г. М. Савельевой (1996). Многолетняя эпидемиологическая тенденция заболеваемости ПГ оценена как стабильная (темп прироста +0,6%). В то же время заболеваемость тяжелыми и критическими формами ПГ имела умеренную тенденцию к росту, как по отношению ко всем родившим женщинам (темп прироста +2,4%), так и по отношению к общему числу больных ПГ (темп прироста +3,2%).

Среди наблюдаемых больных ПГ первородящие составили большинство — 76,3%, повторнородящие — соответственно 23,7%. Женщины в возрасте 19—35 лет составили абсолютное большинство (86,2%), юные и возрастные беременные были представлены приблизительно в равных соотношениях (8,4% и 5,4% соответственно). Отмечается большая частота нарушений жирового обмена —

Таблица 1

Концентрация специфических белков зоны беременности и фертильных факторов при позднем гестозе (ПГ)

Группы обследуемых беременных		Биохимические показатели						
		ТБГ, мкг/мл	ХГЧ, МЕ/мл	АМГФ, нг/мл	ПАМГ, нг/мл	Сумма белков, усл. ед.	Т+Х+А, усл. ед.	Соотн. Т+Х+А/П, усл. ед.
1	Здоровые, контрольная группа	195,27±15,45	172,63±13,47	187,00±6,67	16,09±1,86	570,99±10,21	554,9±11,80	34,48±1,40
2	ПГ легкой степени	100,5±14,43	76,70±8,99	109,5±12,71	27,7±3,92	314,4±12,80	286,7±12,54	10,35±2,30
3	ПГ средней степени	67,5±9,39	89,37±8,62	119,25±12,98	30,37±4,07	306,5±14,54	276,12±11,52	9,09±1,85
4	ПГ тяжелой степени	42,83±7,04	48,25±12,50	103,66±10,21	33,50±3,06	228,25±12,22	194,75±12,22	5,81±1,34
Достоверность, p 1-2 1-3 1-4 2-3 2-4 3-4		<0,01 <0,001 <0,001 >0,05 <0,01 >0,05	<0,001 <0,001 <0,001 >0,05 >0,05 <0,05	<0,001 <0,01 <0,001 >0,05 >0,05 >0,05	<0,05 <0,05 <0,01 >0,05 >0,05 >0,05	<0,001 <0,001 <0,001 >0,05 <0,01 <0,01	<0,001 <0,001 <0,001 >0,05 <0,01 <0,01	<0,001 <0,001 <0,001 >0,05 >0,05 >0,05

у 55,8%. У трети пациенток (37,2%) была зафиксирована гипертония различной этиологии до наступления данной беременности. На заболевания почек жаловались 17,2% больных ПГ. У каждой четвертой больной ПГ наблюдались нарушения менструальной функции, связанные с дисфункцией яичников.

В течение настоящей беременности наиболее частыми осложнениями были анемия беременных (50,3% случаев) и заболевания воспалительного характера (70,5%). Кроме того, течение настоящей беременности осложнилось токсикозом первой половины у 25,1% пациенток и угрожающим прерыванием беременности в I и II триместрах — у 28,6% женщин.

У 9,5% больных первые признаки заболевания были отмечены в сроки до 28 недель беременности, у 12,3% симптомы ПГ проявились с 29 по 31 неделю, у 20,3% беременных — с 32 по 35 неделю беременности, у 57,9% больных ПГ (в основном легкой степени тяжести) заболевание впервые проявило себя на 36—40 неделе беременности. Частота абдоминального родоразрешения нарастает с тяжестью ПГ. Больные критической формой ПГ в 51,4% случаев были родоразрешены в экстренном порядке путем кесарева сечения.

Анализ морфологических и патогистологических исследований последов (399 патогистологических заключений) у женщин с ПГ показал наличие различной степени изменений в 94,1% наблюдений. Воспалительные поражения последов были выявлены в 31,3% наблюдений. Приблизительно в равных пропорциях были отмечены нарушения плацентарного кровообращения (НПК) и признаки хронической плацентарной недостаточности (ХПН) (соответственно в 22,8% и 23,8% наблюдений). Дистрофические изменения в последах были обнаружены в 17,6%. При легкой и средней степени тяжести ПГ превалировали воспалительные процессы в последе, тогда как при тяжелой форме заболевания преобладали дисциркуляторные изменения и признаки ХПН.

Состояние синтетической активности плаценты у больных ПГ оценивалось по концентрации в крови специфических белков зоны беременности (ТБГ, ХГЧ) и фертильных факторов (АМГФ, ПАМГ). Было установлено, что при ПГ прогрессивно снижалась концентрация специфических протеинов в периферической крови в зависимости от тяжести заболевания (табл. 1).

Особо значимыми были изменения в синтезе ТБГ и ХГЧ — их концентрации в крови прогрессивно снижались в зависимости от тяжести: при легкой степени тяжести уменьшились на 48,3% и 57,4%, а при тяжелом его течении — на 78% и 72,9% соответственно; содержание АМГФ также было ниже, чем в контрольной группе, на 41,4% и на 44%. Уровень ПАМГ в периферической крови имел обратную тенденцию — его содержание возрастало. Так, при ПГ средней степени тяжести это увеличение составило 73,1%, а при критическом течении ПГ оно было еще более значимым и равнялось 109,3%. Изменялось и соотношение суммы белков «синтоксинов» (ТБГ+ХГЧ+АМГФ) и «кататоксинов» (ПАМГ) — оно падало, и если в контроле это соотношение было равно 33,48±1,4, то при ПГ оно составило: при легкой степени — 10,34±2,3, при средней — 9,09±1,85 и 5,81±1,34 — при тяжелом течении заболевания. То есть соотношение уменьшалось в 5,7 раза.

Удельный вес отдельного белка в их сумме у больных ПГ резко

Таблица 2

Динамика концентрации глюкозы у больных поздним гестозом (ПГ) в зависимости от тяжести заболевания

Группы обследуемых женщин		Содержание глюкозы, мкмоль/л
1	Здоровые беременные, n=11	4,26±0,11
2	Больные ПГ легкой степени, n=25	4,32±0,08
3	Больные ПГ средней степени, n=21	4,57±0,07
4	Больные ПГ тяжелой степени, n=11	5,52±0,13
Достоверность, p 1-2 1-3 1-4 2-3 2-4 3-4		 >0,05 <0,05 <0,01 <0,05 <0,01 <0,01

Таблица 3

Показатели липидного обмена у больных поздним гестозом (ПГ) в зависимости от степени тяжести заболевания

Группы обследуемых женщин		Биохимические показатели			
		ОЛ, г/л	ТГ, ммоль/л	ХЛ, ммоль/л	СЖК, ммоль/л
1	Здоровые беременные, n=11	7,98±0,03	1,6±0,04	4,26±0,09	4,26±0,11
2	Больные ПГ легкой степени, n=25	8,63±0,23	1,71±0,03	6,32±0,14	4,32±0,08
3	Больные ПГ средней степени, n=21	9,00±0,14	1,74±0,02	6,61±0,11	4,57±0,07
4	Больные ПГ тяжелой степени, n=11	10,12±0,21	1,65±0,04	7,45±0,14	5,52±0,13
Достоверность, p 1-2 1-3 1-4 2-3 2-4 3-4		<0,01 <0,01 <0,01 >0,05 <0,01 <0,01	>0,05 <0,01 >0,05 >0,05 >0,05 >0,05	<0,01 <0,01 <0,01 >0,05 <0,01 <0,01	>0,05 <0,05 <0,05 <0,01 <0,01 <0,01

отличался от контрольных значений у здоровых беременных женщин в 28—30 недель гестации. Так, если сумму белков в норме принять за 100%, то вклад каждого протеина (ТБГ, ХГЧ, АМГФ, ПАМГ) в сумму белков составляет 25%. При ПГ доля ТБГ в сумме белков падает в зависимости от тяжести заболевания: при ПГ легкой степени эта доля составила 15,3%, при средней — 10,2%, при тяжелой — 6,8%. Снижение ТБГ в группе с тяжелым течением заболевания составило 3,7 раза по сравнению с контролем. Аналогичная тенденция наблюдалась и с удельным весом ХГЧ (соответственно 17,1%; 15,8% и 11,3%). Уровень АМГФ был также снижен, но без тенденции к прогрессивному падению — в среднем его понижение составило 1,4 раза. В то же время удельный вес другого эндометриального белка — ПАМГ — доминировал. Его уровень уже при легком течении ПГ был в 2 раза выше, чем у здоровых беременных, и нарастал параллельно тяжести гестоза (соответственно 50,6%; 55,7% и 69,7%).

Падение уровня синтеза специфических протеинов существенным образом повлияло на состояние углеводного и липидного обменов (табл. 2, 3). Концентрация уровня глюкозы в крови больных ПГ достоверно увеличивалась с нарастанием тяжести заболевания (на 26,8% при тяжелом проявлении ПГ). Увеличивалась концентрация общих липидов (с 7,98±0,03 г/л в контроле до 10,12±0,21 г/л у больных с тяжелым гестозом, p<0,01), холестерина (с 4,26±0,09 мкмоль/л в контрольной группе до 7,45±0,14 мкмоль/л у больных с тяжелым гестозом, p<0,01), СЖК (с 0,76±0,03 ммоль/л в контроле до 1,37±0,09 ммоль/л при тяжелом гестозе, p<0,01). На фоне снижения антиокислительной активности плазмы (АОА) (с 24,37±0,55% до 18,9±20,42%, p<0,01) и активности каталазы (КАТ) (с 8,32±0,22 мкат/л до 7,49±0,16 мкат/л, p<0,01) повышался уровень МДА, достигая максимума при тяжелой степени ПГ (с 5,41±0,29 мкмоль/л в контроле до 8,65±0,19 мкмоль/л, p<0,01). Резко повышался уровень гидроперекисей (ГП) — до 3,27±0,09 ОЕ/мл в группе с тяжелой формой гестоза, превышая на 75,8% значения ГП в контрольной группе (табл. 4).

Таблица 4

Показатели перекисного окисления липидов и антиокислительных свойств плазмы у больных поздним гестозом (ПГ) в зависимости от степени тяжести заболевания

Группы обследуемых женщин		Биохимические показатели				
		ГП, ОЕ/мл	МДА, мкмоль/л	АОА	КАТ	КААП
1	Здоровые беременные, n=11	1,86±0,08	5,41±0,29	24,37±0,55	8,32±0,22	0,75±0,02
2	Больные ПГ легкой степени, n=25	1,98±0,05	6,31±0,10	18,92±0,42	7,49±0,16	0,44±0,01
3	Больные ПГ средней степени, n=21	2,22±0,07	6,57±0,08	16,5±0,50	6,66±0,16	0,38±0,01
4	Больные ПГ тяжелой степени, n=12	3,27±0,09	8,65±0,19	11,33±0,32	4,41±0,27	0,19±0,01
Достоверность, p 1-2 1-3 1-4 2-3 2-4 3-4		>0,05 <0,01 <0,01 <0,01 <0,01 <0,01	<0,01 <0,01 <0,01 >0,05 <0,01 <0,01	<0,01 <0,01 <0,01 <0,01 <0,01 <0,01	<0,01 <0,01 <0,01 <0,01 <0,01 <0,01	<0,01 <0,01 <0,01 <0,01 <0,01 <0,01

Таблица 5

Некоторые показатели обмена веществ у больных поздним гестозом (ПГ) в зависимости от степени тяжести заболевания

Группы обследуемых женщин		Биохимические показатели				
		ГП, ОЕ/мл	МДА, мкмоль/л	АОА	КАТ	Глюкоза
1	Здоровые беременные, n=11	1,86±0,08	5,41±0,29	24,37±0,55	8,32±0,22	4,26±0,11
2	Больные ПГ легкой и средней степени тяжести до лечения, n=46	2,1±0,06	6,4±0,09	17,7±0,46	7,1±0,16	4,92±0,10
3	Больные ПГ на фоне лечения с использованием Энтеросгеля, n=18	2,0±0	5,4±0,32	21,8±0	8,2±0	3,96±0,10
Достоверность, p 1-2 2-3		>0,05 <0,01	<0,01 >0,05	<0,01 <0,01	<0,01 <0,01	<0,001

В основу терапии больных ПГ были положены рекомендации пленума «Проблемы ОПГ-гестозов» (г. Чебоксары, 1996). Доказано, что эндотоксикоз — суть и проявление ПГ. Его рассматривают как типовой патологический процесс [4, 11, 13]. Это подтверждается и результатами нашего исследования. Наряду с эфферентными видами детоксикационного лечения (плазмаферез и др.) все более широкое использование приобретает сорбционная энтеральная терапия сорбентами. В основном это касается больных с легкой и средней степенью ПГ.

Восстанавливая функциональное состояние органов детоксикации (печени, почек, кишечника, кожи, легких), тем самым мы восстанавливаем адаптационные возможности беременной женщины, а это важная ступень в профилактике тяжелых и критических состояний в акушерстве. Для проведения детоксикации в комплексном лечении ПГ нами использовалась энтеросорбция Энтеросгелем как эффективное, безопасное для беременной и плода и доступное средство борьбы с эндотоксикозом [9]. У больных легкой и средней степени гестоза Энтеросгель принимался по 15 граммов три раза в день в течение 7—10 дней. При тяжелых формах заболевания его использовали в послеоперационном периоде в течение 5 дней в той же дозировке. На фоне комплексного лечения с использованием Энтеросгеля (в течение 7—10 дней) улучшалось общее самочувствие беременных (восстанавливался сон, улучшался аппетит), увеличивался суточный диурез, уменьшались отеки, регулярным становился стул. Отсутствовала отрицательная динамика состояния плода (КТГ, доплерометрия). Создавались условия для пролонгирования беременности. При биохимическом исследовании было установлено, что изучаемые показатели обмена веществ в группе беременных, получавших Энтеросгель, имели тенденцию к нормализации значений и приближались к величинам, характерным для беременных с физиологическим течением беременности (табл. 5). Так, значения концентрации глюкозы в крови после лечения с использованием Энтеросгеля составили в среднем 3,96±0,1 мкмоль/л. Снижение концентрации глюкозы было достоверно ниже, чем до лечения ($p<0,01$). Активность АОА и КАТ на фоне лечения восстанавливалась, увеличивалась соответственно на 23,2% и 16,2%. В результате лечения достоверно снижалась концентрация МДА — с 6,4±0,09 мкмоль/л до 5,4±0,32 мкмоль/л. Концентрация ГП оставалась на том же уровне.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Как следует из данных результатов исследования, ПГ является одной из основных форм осложнений в течение беременности, которое возникает у женщин репродуктивного возраста, как правило, на фоне существующих до наступления беременности экстрагенитальных заболеваний. Отмечается умеренная тенденция к росту тяжелых и критических его форм. Подобная тенденция отмечается практически во всех регионах России [10].

Изучая гомеостатические механизмы при нанесении раздражителей различной интенсивности, В. П. Котельников и В. Н. Морозов (1992) обнаружили два качественно отличающихся стационарных состояния гомеостаза [5]. Первое из них возникает на фоне доминирования холинергических структур мозга. Оно характеризуется увеличением активности антиокислительных и противосвертывающих механизмов крови с явлениями иммуносупрессии. Это состояние обеспечивает компенсацию возмущений по синтоксическому типу. Второе, возникающее на фоне доминирования адренергических структур мозга, характеризуется депрессией антиокислительных и противосвертывающих механизмов крови с активацией иммуногенеза.

Доминирование адренореактивных структур гипоталамуса сопровождается запуском программы адаптации, которая направлена на поддержание энантиостаза. Авторы назвали ее кататоксической. Доминирование же холинореактивных структур гипоталамуса запускает синтоксические программы адаптации, направленные на сопереживание с раздражителем и поддержание гомеостаза. Реципрокно угнетаются адренореактивные структуры гипоталамуса, что приводит к активации антиоксидантных и противосвертывающих механизмов крови с явлениями иммуносупрессии. Используя терминологию Г. Селье (синтоксические и кататоксические механизмы), авторы применили ее для обозначения адаптивных программ. Поэтому под синтоксическими и кататоксическими программами адаптации подразумеваются не механизмы реакций, а те программы, которые включает организм животных и человека в зависимости от силы раздражителя и реактивности ЦНС. Их действие направлено на поддержание гомеостаза или энантиостаза [8].

Ранее было доказано, что базовым компонентом в становлении адаптации при беременности с системных позиций является протеинсинтетическая активность маточно-

плацентарного комплекса (МПК) [2, 3, 8]. В процессе развития беременности действуют сбалансированные реакции, которые определяют динамику адаптивных перестроек в организме женщины. Их оптимальное соотношение в различные периоды беременности создает относительное постоянство внутренней среды (гомеостаз) и функциональную активность жизненно важных органов и систем (энантиостаз). Формируется своеобразная «норма беременности». Эти процессы необходимы для поддержания функционального единства организма матери и плода и направлены на получение конечного результата. Конечным результатом беременности является вынашивание и рождение здорового плода. Базовым компонентом в становлении программ адаптации при беременности является протеинсинтетическая активность маточно-плацентарного комплекса. При этом специфические белки зоны беременности ТБГ, ХГЧ, АМГФ стимулируют синтоксические программы адаптации, а ПАМГ, напротив, катаболические программы [2].

Патогистологическое исследование последов показало изменения в 94,6% случаев, причем тяжесть изменений в последе нарастает при тяжести заболевания. На морфологическую несостоятельность последа у больных ПГ обращают внимание клиницистов патоморфологи [1, 7].

Таким образом, отягощенный соматический анамнез, высокая степень воспалительных поражений последа, функциональные расстройства плацентарной деятельности (падение уровня специфических белков зоны беременности и фертильных факторов) у больных ПГ нарушают процессы становления адаптивных программ, направленных на вынашивание беременности, и приводят к доминированию активности катаболических (стрессорных) механизмов адаптации. Выявлено снижение синтетической активности маточно-плацентарного комплекса — падение уровня ТБГ, ХГЧ, АМГФ — протеинов синтоксического характера и увеличение удельного веса ПАМГ — белка, стимулирующего катаболические адаптивные программы. Переключение углеводного обмена на липидный, депрессия антиоксидантных механизмов, которые были выявлены в результате проведенных исследований и есть проявление катаболической программы адаптации. Оно связано со снижением воздействия на вентромедиальные ядра гипоталамуса синтоксинов (АМГФ, ТБГ, ХГЧ) и реципрокным возбуждением адренореактивных структур мозга. Таким образом, при ПГ развиваются дезадаптивные процессы с преждевременным «включением» программ адаптации катаболического (стрессорного) характера.

Высокая доля персистирующей инфекции, воспалительные поражения плаценты, функциональная несостоятельность плаценты, преждевременное включение адаптивных программ катаболического характера, выраженное нарушение обмена веществ при ПГ свидетельствуют о нарастающих проявлениях эндотоксикоза. Включение в комплексное лечение больных ПГ Энтеросгеля является обоснованным. Биохимические сдвиги в процессе лечения больных с использованием энтеральной детоксикации Энтеросгелем свидетельствуют:

- *о восстановлении антиоксидантной активности (повышение АОА и каталазы на 23,2% и 16,2% соответственно), что приводит к снижению концентрации в крови МДА и препятствует росту содержания в крови гидроперекисей;*
- *о переключении обмена веществ с липидного на углеводный, так как в результате лечения уровень глюкозы в крови снизился на 19,5%.*

Таким образом, энтеральная детоксикация Энтеросгелем в комплексном лечении больных ПГ оказывает выраженное детоксирующее действие. Оно способствует также восстановлению адаптивных программ синтоксического характера, создавая тем самым более благоприятные условия для пролонгирования беременности у данных больных.

Используемое в клинике комплексное лечение ПГ позволило получить ряд важных положительных сдвигов в исходах беременности и родов у больных ПГ. Материнской летальности зарегистрировано не было. Отмечен умеренный темп снижения (Т=3,94%) перинатальной смертности. Установлена выраженная тенденция к снижению частоты кесарева сечения (Т=–7,1%), частоты гипотонических кровотечений (Т=–8,2%) и патологической кровопотери (Т=–45,3%). В послеоперационном периоде энтеросорбция Энтеросгелем позволила сократить инфузионную нагрузку, снизить частоту профилактической антибиотикотерапии, получить быстрое восстановление моторики кишечника (ко вторым суткам).

ЛИТЕРАТУРА

1. Глуховец Б. И., Глуховец Н. Г. Патология последа. — СПб.: ГРААЛЬ, 2002. — 488 с.
2. Гусак Ю. К. и соавт. Явление стимуляции синтоксических и катаболических механизмов адаптации, находящихся в структурах гипоталамуса / Диплом на открытие №301 от 07.02.2006.
3. Диверсификация результатов научных открытий в медицине и биологии. Том 1 / Под ред. А. А. Хадарцева, В. Ю. Потоцкого. — Тула: Тульский полиграфист, 2009. — 256 с., илл.
4. Кулаков В. И., Серов В. Н., Абубакирова А. М. и др. Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии (эфферентные методы). — М.: Медицинское информационное агентство, 1998. — 206 с., илл.
5. Котельников В. П., Морозов В. Н. Нейрогуморальные механизмы адаптации к криотравме // Вестник РАМН. — 1992. — №11—12. — С. 51—57.
6. Математические методы в эпидемиологическом анализе / Методические рекомендации, сост. Г. П. Жданов. — 1988. — 86 с.
7. Милованов А. П. Патология системы «мать-плацента-плод». Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1999. — 448 с., илл.
8. Морозов В. Н. Системные механизмы адаптации при криовоздействии и способы их коррекции / Автореф. дисс. … д.м.н. — Тула, 1999. — 380 с.
9. Николаев В. Г. Энтеросгель. — Киев: Богдана, 2010. — 159 с.
10. Радзинский В. Е. Акушерская агрессия. — М.: Изд-во Status Praesens, 2011. — 688 с., илл.
11. Серов В. Н., Добронецкая Д. В., Ильенко Л. Н. и др. Патологическая эндотоксинемия при ОПГ-гестозах и ее специфическая компенсация / Материалы пленума «Проблемы ОПГ-гестозов». — Чебоксары, 1996.
12. Серов В. Н. и соавт. Эклампсия: руководство для врачей. — М.: Медицинское информационное агентство, 2002.
13. Шанин В. Ю. и соавт. Влияние Энтеросгеля на состояние аутоиммунитета и эндогенной интоксикации при гестозе // Эфферентная терапия. — 2003. — Т. 9. — №3. — С. 36—39.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО, г. Рязань

Гусак Юрий Кириллович, Гусак Николай Юрьевич

СМЕСИ НА ОСНОВЕ НАТУРАЛЬНОГО КОЗЬЕГО МОЛОКА: ЛУЧШЕЕ ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Для правильного роста и развития новорожденного ребенка необходимо сбалансированное питание с адекватным содержанием основных питательных веществ — белков, жиров, углеводов, а также витаминов, макро- и микронутриентов

Самым лучшим питанием для малыша является грудное молоко матери. Однако часто случается так, что у матери либо не хватает молока, либо его просто нет, либо имеются медицинские противопоказания к грудному вскармливанию. В таких случаях на помощь приходят детские молочные смеси, содержащие специальные функциональные компоненты.

Смеси на основе коровьего молока могут вызывать запоры у детей с аллергией к белкам этого молока, поэтому в последнее время в качестве основы для смесей все чаще используют козье молоко.

Установлено, что дети на искусственном вскармливании легче усваивают смеси на основе козьего молока. Козье молоко, так же как и коровье, содержит минеральные вещества, жиро- и водорастворимые витамины. Однако фракционный состав, а также структурные, физико-химические и иммунологические свойства белков козьего молока, в отличие от коровьего, ближе к женскому молоку. Основным сывороточным белком козьего молока является лактальбумин, который способствует формированию более мягкого пищевого сгустка, по сравнению с таковым при переваривании коровьего молока, а также неплотных мелких хлопьев [1].

Белковый компонент козьего молока расщепляется быстрее и усваивается лучше белков коровьего молока. Образующиеся жировые глобулы козьего молока по своему размеру значительно меньше глобул коровьего молока; таким образом, жир козьего молока представляет собой тонкую жировую эмульсию [1]. Жирность козьего молока составляет в среднем 4,2%, степень его усвоения приближается к 100%.

В козьем молоке, по сравнению с коровьим, выше содержание витаминов А и С. Содержание железа в козьем молоке в 1,5 раза больше, чем в коровьем. Биоусвояемость железа и кальция из козьего молока по сравнению с коровьим значительно выше [2].

Примером подобной молочной смеси служат смеси на основе козьего молока Kabrita® GOLD (производитель — Группа компаний «Hyproca Nutrition», Голландия). Линейка продуктов выглядит следующим образом:

- *для детей с рождения до 6 мес. — смесь Kabrita® 1 GOLD,*
- *для детей с 6 до 12 месяцев — смесь Kabrita® 2 GOLD,*
- *для детей старше 12 месяцев — смесь Kabrita® 3 GOLD,*
- *органические пюре из фруктов для детей от 6 мес.,*
- *каши для щадящего злакового прикорма.*

Молочные смеси Kabrita® GOLD не содержат белков коровьего молока. Для адаптации белкового состава в смеси добавлена ценнейшая сыворотка козьего молока, что делает их подходящими для незрелой пищеварительной системы младенца. Соотношение сывороточных белков и казеина в смеси Kabrita® 1 GOLD так же, как и в женском молоке, составляет 60/40, а в смеси Kabrita® 2 GOLD — 47/53 [1].

Смеси Kabrita® GOLD обогащены витаминами и минеральными веществами в соответствии с физиологическими потребностями детей первого года жизни. Смеси содержат омега-3 и омега-6 жирные кислоты, L-карнитин, таурин, холин. В состав молочных смесей Kabrita® GOLD входит легкоусвояемый белок козьего молока и жир, дополненный уникальным запатентованным компонентом DigestX® на основе растительных масел, а также нуклеотиды, пребиотики ГОС и ФОС и пробиотик бифидобактерии BB-12. Пребиотики стимулируют перистальтику кишечника, способствуют росту нормальной микрофлоры, а пробиотик влияет на консистенцию стула, формируя мягкий стул [2].

Молочные смеси Kabrita® производятся в Голландии компанией «Hyproca Nutrition B. V.», которая уже почти 120 лет производит молоко и молочные продукты, а ее опыт изготовления детских молочных смесей насчитывает более 70 лет. Логистическая цепочка построена по принципу «от фермы до бутылочки». Это означает, что свежее молоко с ферм, находящихся в 2,5 часах пути от завода, попадает в производство без длительного хранения и транспортировки молочного сырья.

В РМАНПО МЗ РФ в течение 8 недель проводилось наблюдение за детьми, которые получали смеси Kabrita® GOLD. В исследовании приняли участие 20 детей в возрасте до 6 месяцев, у которых отмечались колики, срыгивания, нарушение стула. Через 4 недели приема смеси количество детей, страдающих коликами, сократилось на 42%, нерегулярное опорожнение кишечника происходило только у 2 детей [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приятные органолептические свойства козьего молока делают его привлекательным в качестве основы для приготовления смесей для детей с рождения. Молочные смеси линейки Kabrita® GOLD обеспечивают щадящий переход от грудного вскармливания к смешанному или искусственному вскармливанию, так как максимально приближены к грудному молоку по содержанию сывороточных и казеиновых белков. Использование смесей Kabrita® GOLD способствует улучшению пищеварения детей первых месяцев жизни благодаря жировому комплексу, приближенному к жирам грудного молока.

Молочные смеси линейки Kabrita® GOLD могут быть рекомендованы детям с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта, находящимся на искусственном вскармливании, без признаков аллергии.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Захарова И. Н., Сугян Н. Г., Бережная И. В. Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей раннего возраста: критерии диагностики и подходы к диетотерапии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2018. — №1.

Захарова И. Н., Бережная И. В., Касьянова А. Н. и др. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста — современный взгляд на традиционные проблемы у младенцев // Педиатрия. Consilium Medicum. — 2018. — №3. — DOI: 10.26442/2413—8460_2018.3.

Представительство тм kabrita® в России. Товар зарегистрирован. Реклама.

kabrita™
Нежное питание
на основе козьего молока

kabrita® GOLD
Смеси на основе натурального козьего молока

- Дети на искусственном вскармливании легче усваивают смеси на основе козьего молока*
- DIGESTX® для комфортного пищеварения, снижения риска запоров и лучшего усвоения кальция
- Пребиотики ГОС и ФОС, пробиотики (живые бифидобактерии Bifidobacterium BB-12®), омега-кислоты DHA и ARA, 5 нуклеотидов, витамины и минералы

Произведено в Голландии

Kabrita® GOLD = преимущества козьего молока + современные ингредиенты для роста, развития и защиты малыша

www.kabrita.ru 8 800 100 55 12

*Дети на искусственном вскармливании легче усваивают смеси на основе козьего молока, т.к. его белки по своему размеру значительно меньше белков коровьего молока. (Morgan at all, Handbook of milk of non-bovine mammals, Blackwell Publishing, 2006). Грудное молоко - лучшее питание для младенца. Рекомендуется консультация с медицинским работником перед введением прикорма. Адаптированная молочная смесь kabrita® 1 GOLD на основе козьего молока, от 0 до 6 месяцев, 800 г.; Последующая адаптированная молочная смесь kabrita® 2 GOLD на основе козьего молока, с 6 месяцев, 800 г.; Сухой молочный напиток kabrita® 3 GOLD на основе козьего молока, с 12 месяцев, 800г. Для медицинских сотрудников.

РЕКЛАМА

1992
www.medicom-mtd.com

Российское медицинское оборудование европейского качества для импортозамещения

0086

Электроэнцефалографы-регистраторы портативные и трансформируемые

Энцефалан-ЭЭГР-19/26

Электроэнцефалографы-анализаторы стационарные с картированием

Энцефалан-131-03

Длительный цифровой ЭЭГ-видеомониторинг для эпилептологии

Энцефалан-Видео

Полисомнографы, устройства для скрининга апноэ и кардиореспираторного мониторинга

Энцефалан-ПСГ Апнокс

Монитор церебральных функций

Энцефалан-ЦФМ

Миография и анализ вызванных потенциалов

Нейромиан

bsi. ISO 9001 Quality Management FM 538691 ISO 13485 Medical Devices Quality Management MD 540857

МЕДИКОМ МТД
Научно–производственно–конструкторская фирма

347900 Россия,
г. Таганрог,
ул. Фрунзе, 68

Тел.: +7 (8634) 62-62-42, -43, -44, -45
Факс: +7 (8634) 61-54-05
E-mail: office@medicom-mtd.com

РЕКЛАМА

- Широкий спектр антимикробной активности
- Разрешен к применению в период беременности и лактации
- Короткий курс лечения – 6 дней

«Мединова АГ», Швейцария для ОАО «Гедеон Рихтер»

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА»:
г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8.
Тел.: (495) 987-18-80. E-mail: GRFarma@g-richter.ru

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия):
г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8.
Тел.: +7 (495) 987-15-55. E-mail: centr@g-richter.ru
www.g-richter.ru

Гедеон Рихтер

Реклама

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ И ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

РЕКЛАМА

РЕКЛАМА

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СМЕШАННЫХ ФОРМ ВАГИНАЛЬНОГО ДИСБИОЗА

НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

И. О. Боровиков, И. И. Куценко, Э. Р. Рубинина, Е. Э. Герасименко, А. С. Магай

Аннотация. *В статье рассмотрен опыт ведения пациенток со смешанной формой вагинального дисбиоза на фоне хронического кандидоза. Представлены клинические особенности сочетанных форм данного заболевания и предложен вариант лечения с оценкой его клинической и микробиологической эффективности. Выявлена высокая эффективность местной терапии смешанных форм вагинального дисбиоза на фоне хронического кандидоза препаратом деквалиния хлорида (Флуомизин®) с последующей контаминацией влагалища (лактобактерии в сочетании с эстриолом — препарат «Гинофлор Э»).*

Ключевые слова: *вагинальный дисбиоз, хронический вульвовагинальный кандидоз, антимикотики, деквалиния хлорид, лактобактерии ацидофильные, эстриол.*

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

CLINICAL EXPERIENCE OF TREATMENT OF MIXED FORMS OF VAGINAL DYSBIOSIS ON THE BACKGROUND OF CHRONIC VULVOVAGINAL CANDIDIASIS

I. O. Borovikov, I. I. Kutsenko, E. R. Rubinina, E. E. Gerasimenko, A. S. Magai

Annotation. *The article considers the experience of conducting patients with mixed form of vaginal dysbiosis on the background of chronic candidiasis. The clinical features of the combined forms of the given disease are presented and the variant of treatment with estimation of its clinical and microbiological efficiency is offered. The high efficiency of the local therapy of mixed forms of vaginal dysbiosis on the background of chronic candidiasis with the drug dequalinium chloride (Fluomizine®) with subsequent contamination of the vagina (lacobacteria in combination with estriol — Gynoflor E).*

Keywords: *vaginal dysbiosis, chronic vulvovaginal candidiasis, antimicrobial, dequalinium chloride, Lactobacillus acidophilic, estriol.*

The authors declare lack of the possible conflicts of interests.

В современной гинекологической практике выявляется тенденция повышения заболеваемости инфекционными воспалительными и невоспалительными процессами нижнего отдела гениталий, в частности, вагинального дисбиоза и хронической микотической инфекции (24—36% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища) [1, 2, 3]. Несмотря на современные достижения в диагностике, лечении и профилактике вагинальных дисбиозов, их частота продолжает оставаться высокой [4, 5, 6]. Сейчас существует несколько гипотез изменения вагинальной экосистемы и развития дисбиотических изменений во влагалище: гормональные сдвиги (гипоэстрогения), микробный антагонизм, нарушение иммунного гомеостаза слизистых вульвовагинальной зоны, дисбиоз желудочно-кишечного тракта [7, 8]. Еще одной проблемой является растущая заболеваемость кандидозом, обусловленная бесконтрольным использованием различных антимикотиков (в первую очередь, триазолов и аллиламинов) и антибиотиков, ростом иммунодефицитных состояний, нерациональным питанием [9, 10].

Вагинальная экосистема предполагает наличие нескольких видов микроорганизмов, составляющих ее биотоп. Современные представления о гомеостазе влагалища демонстрируют прямую зависимость микробиоты от воздействия факторов внешней и внутренней среды, что может привести к вульвовагинальной патологии как воспалительного, так и невоспалительного генеза. В большинстве случаев вагинальная инфекция обусловлена несколькими патогенами, вызывая сравнимые по клиническому течению, но разные по патогенезу и методам терапии нозологии. При этом последние исследования доказывают весьма частое (до 20%) участие в составе патогенной микробиоты грибов рода *Candida*, являющихся маркером воспалительных заболеваний генитального тракта у женщин [11, 12].

Несмотря на наличие большого количества лекарственных средств, терапия пациенток с вагинальным дисбиозом часто оказывается неэффективной в связи с отсутствием четких представлений о патогенезе данного заболевания [13, 14]. При этом необходимо создание оптимальных физиологических условий среды влагалища, а также назначение поликомпонентных препаратов с одновременным воздействием на дисбиотическую патогенную микрофлору, грибы и т. д. [15, 16]. Альтернативным вариантом лечения сочетанных вагинальных дисбиозов является использование антисептических средств, преимуществом которых является возможность их применения во время беременности, а также широкий спектр антибактериальной и антимикотической активности [16]. Еще одним необходимым этапом лечения вагинальных дисбиозов является контаминация нормальной вагинальной микрофлоры с помощью пробиотиков [2, 17]. Кроме того, существенную роль играет

адъювантная патогенетическая индивидуализированная терапия, включающая коррекцию нарушений менструального цикла, иммуномодуляторы, гормональные препараты, коррекцию дисбактериоза кишечника и др. [17, 18, 19].

Исходя из вышеизложенного, **целью настоящей работы** явилось изучение эффективности комплексной терапии женщин со смешанной формой вагинального дисбиоза на фоне хронического кандидоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ терапии 106 пациенток со смешанной формой урогенитальной инфекции (сочетание бактериального вагиноза и вульвовагинального кандидоза). Исследования проводились на кафедре акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, в женских консультациях г. Краснодара. Всем женщинам проведено обследование согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 №572н.

Критерии включения: выявление *G. vaginalis* и/или *A. vaginae* в концентрации не менее 10^6 ГЭ/мл методом ПЦР, а также других условно-патогенных микроорганизмов, ассоциированных с вагинальным дисбиозом; наличие хронического вульвовагинального кандидоза, подтвержденного клиническими и микробиологическими исследованиями; отрицательные результаты исследований, направленных на выявление *N. gonorrhoeae, T. vaginalis, C. trachomatis, M. genitalium;* отсутствие антибактериальной и противогрибковой терапии, иммунотерапии в течение предшествующих двух месяцев; наличие информированного добровольного согласия и соблюдение всей процедуры исследования.

Оценка состояния микробиоты урогенитального тракта проводилась с помощью ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени (ПЦР-РВ) — Фемофлор 16 (ООО «НПО ДНК-Технология», г. Москва). Диагностика инфицированности различными видами *Candida spp.:* прямая микроскопия, посев с выделением чистой культуры и окончательная идентификация возбудителя (система API 20 C Aux, BioMerieux, Франция). Также проводилась оценка вагинального дисбиоза по критериям Hay/Ison (микроскопия окрашенного по Граму мазка):

- *степень 0: нет связи с бактериальным вагинозом, определяются только эпителиальные клетки, отсутствуют лактобактерии (свидетельствует о недавней терапии антибиотиками);*
- *степень 1 (норма): преобладают морфотипы лактобактерий;*
- *степень 2 (промежуточная): смешанная флора с небольшим количеством лактобактерий, а также присутствуют морфотипы Gardnerella или Mobiluncus;*
- *степень 3 (бактериальный вагиноз): преобладают морфотипы Gardnerella или Mobiluncus, присутствуют ключевые клетки, небольшое количество или отсутствие лактобактерий;*
- *степень 4: нет связи с бактериальным вагинозом, только грамположительные кокки, отсутствие лактобактерий (флора, соответствующая анаэробному вагинозу).*

На основании клинико-микробиологического обследования пациенткам была назначена комплексная терапия, включающая местное применение деквалиния хлорида (Флуомизин®) (вагинальные таблетки 10 мг 1 раз в день №6) с последующей контаминацией лактобактериями (препарат «Гинофлор Э») (вагинальные таблетки, содержащие лиофилизат ацидофильных лактобактерий (50 мг) и эстриол (30 мкг) — 1 раз в день №6). Флуомизин® (GEDEON RICHTER, Plc. (Венгрия), рег. №ЛСР-008618/09 от 28.10.2009 г.) содержит активное вещество деквалиния хлорид, которое является четвертичным аммониевым соединением с широким спектром антимикробной активности. Деквалиния хлорид активен в отношении большинства грамположительных бактерий *Streptococcus spp.* (включая бета-гемолитические стрептококки групп А и В), *Staphylococcus aureus, Listeria spp.;* анаэробов *Peptostreptococcus* (группы D), грибов рода *Candida*, грамотрицательных бактерий *Gardnerella vaginalis, Escherichia coli, Serratia spp., Klebsiella spp., Pseudomonas spp., Proteus spp.* и простейших *(Trichomonas vaginalis).* Деквалиния хлорид включен в обновленные рекомендации IUSTI (2018) по лечению влагалищных выделений в качестве альтернативного варианта терапии бактериального вагиноза [20]. Активные субстанции, входящие в состав препарата «Гинофлор Э®» (GEDEON RICHTER, Plc. (Венгрия), рег. №ЛСР-008765/09 от 28.03.17 г.) — эстриол и лактобактерии ацидофильные, — участвуют в физиологическом механизме поддержания нормального биоценоза влагалища.

Оценка клинической эффективности лечения проводилась до начала терапии, через 10, 30 и 60 дней после ее окончания. Микроскопическое исследование вагинальных мазков (окраска по Граму с оценкой по критериям Hay/Ison) проводилась также через 10, 30 и 60 дней после завершения терапии. Микологическое излечение определяли по отрицательным результатам культурального исследования (отсутствие мицелия или собственно клеток дрожжевых грибов рода *Candida*) и нормализации вагинальной микрофлоры по результатам ПЦР-исследования (через 30 дней после окончания лечения).

Результаты исследований были обработаны методом вариационной статистики с определением критерия Фишера (F) для оценки непараметрических показателей групп малых выборок и критерием Стьюдента (t) для независимых групп (Зайцев В. М. и соавт., 2003). Анализ проводился с использованием программы STATISTICA 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Было обследовано 106 женщин в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст 29,1±4,1 года), у которых была диагностирована смешанная форма урогенитальной инфекции (сочетание вагинального дисбиоза и хронического вульвовагинального кандидоза).

У пациенток, включенных в выборку, выявлялись жалобы на выделения из половых путей в повышенном

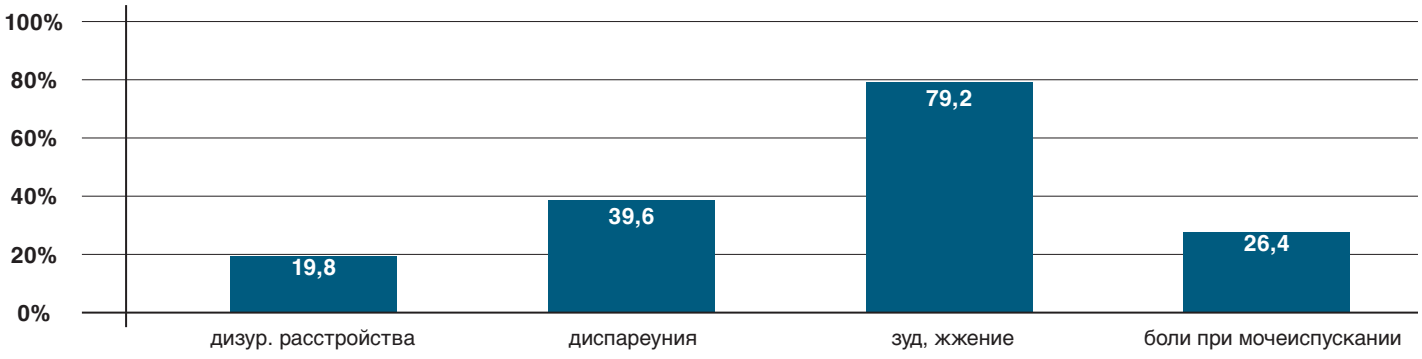


Рис. 1. Клиническая картина пациенток (жалобы) (n=106)

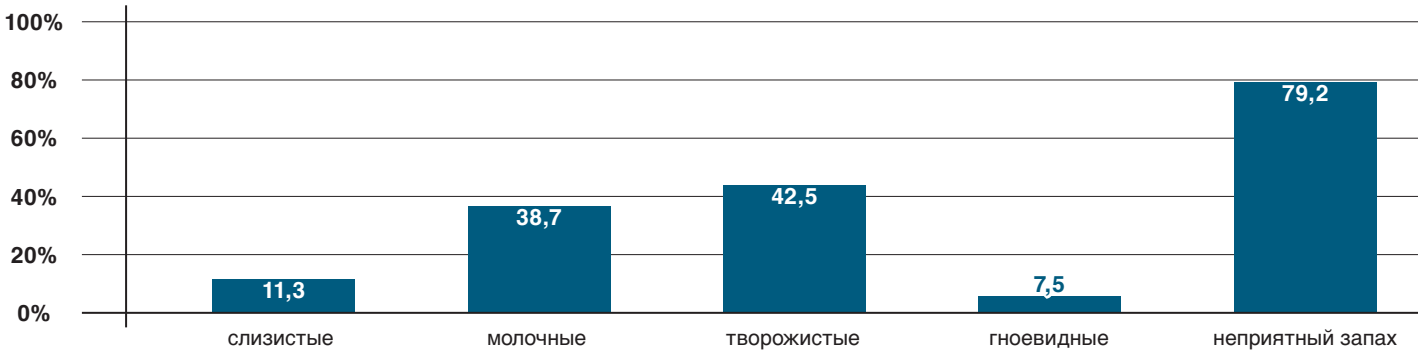


Рис. 2. Клиническая картина пациенток (выделения из влагалища) (n=106)

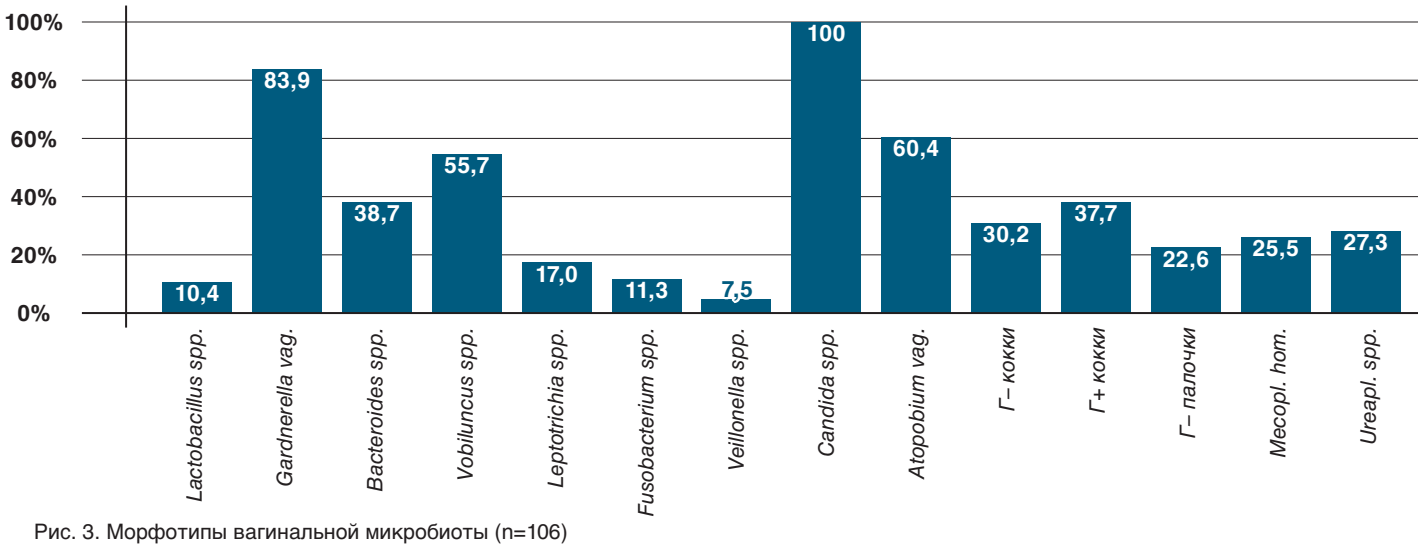


Рис. 3. Морфотипы вагинальной микробиоты (n=106)

количестве (чаще всего «слизисто-молочного» и «творожистого» характера с неприятным запахом), субъективные ощущения в виде зуда, жжения, болей при мочеиспускании, болезненности полового акта (диспареуния) (рис. 1, 2).

Объективное исследование показало воспалительные изменения слизистых влагалища и вульвы: отечность, гиперемию слизистых влагалища и вульвы, инфильтрацию тканей с очагами атрофии, рыхлый белый налет, иногда изъязвления и трещины в области наружных половых органов, мацерацию половых губ и аногенитальной зоны. В вагинальных мазках обнаруживался мицелий или собственно клетки дрожжевых грибов, ключевые клетки. Показатели pH-метрии вагинального отделяемого отмечались в пределах 3,7—6,1 (в среднем 4,2±0,3).

Микроскопическая картина вагинальной микробиоты соответствовала понятию вагинального дисбиоза. При этом нормальное количество лактобацилл определялось лишь в 10,4% случаев. Условно-патогенная микрофлора, в основном, была представлена *Gardnerella vaginalis* (83,9%), *Atopobium vaginae* (60,4%), *Mobiluncus spp.* (55,7%) и *Bacteroides spp.* (38,7%) (рис. 3). Отмечено превалирование кокковой микрофлоры (в сумме 67,9%). *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma spp.* (больше 10^4 ГЭ/мл) выявлена соответственно в 25,5% и 27,3%. Оценка признаков вагинального дисбиоза по критериям Hay/Ison выявила в 80,2% вторую (промежуточную) степень и в 19,8% — третью степень (бактериальный вагиноз).

Наиболее частым этиологическим фактором хронического вульвовагинального кандидоза является *Candida albicans* (самостоятельно и в ассоциациях в 91,6%). Non-albicans штаммы включали *C. glabrata* (17,9%),

C. parapsilosis (6,6%), *C. tropicalis* (5,6%) и *C. kefyr* (0,9%), то есть всего самостоятельно и в ассоциациях non-albicans штаммы встречались в 31,0% случаев (рис. 4).

В ходе исследования 4 пациентки досрочно завершили исследование из-за нежелания продолжать лечение, 3 прекратили терапию вследствие побочных эффектов, 2 женщины не явились на контрольное обследование. Таким образом, в окончательном исследовании осталось 97 пациенток.

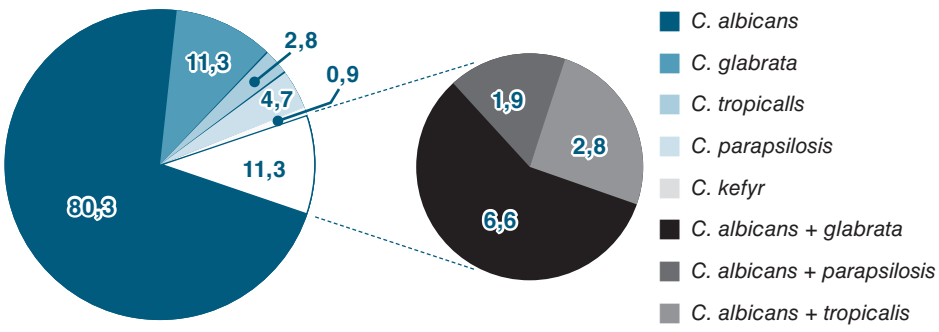


Рис. 4. Частота видов грибов *Candida* (моноинфекция и сочетание) (n=109)

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Через 14 дней после окончания комплексной терапии в обеих группах отмечено достоверное (P<0,005) снижение частоты выявления симптоматики смешанного вульвовагинита до 5,2% (рис. 5). В течение всего периода наблюдения (60 дней) отсутствие признаков вульвовагинита зарегистрировано в среднем у 92,8±2,1% пациенток.

При этом исчезновение зуда и жжения отмечено у 91,5±2,0% женщин, дизурических расстройств — у 90,9±1,0%, болезненности полового

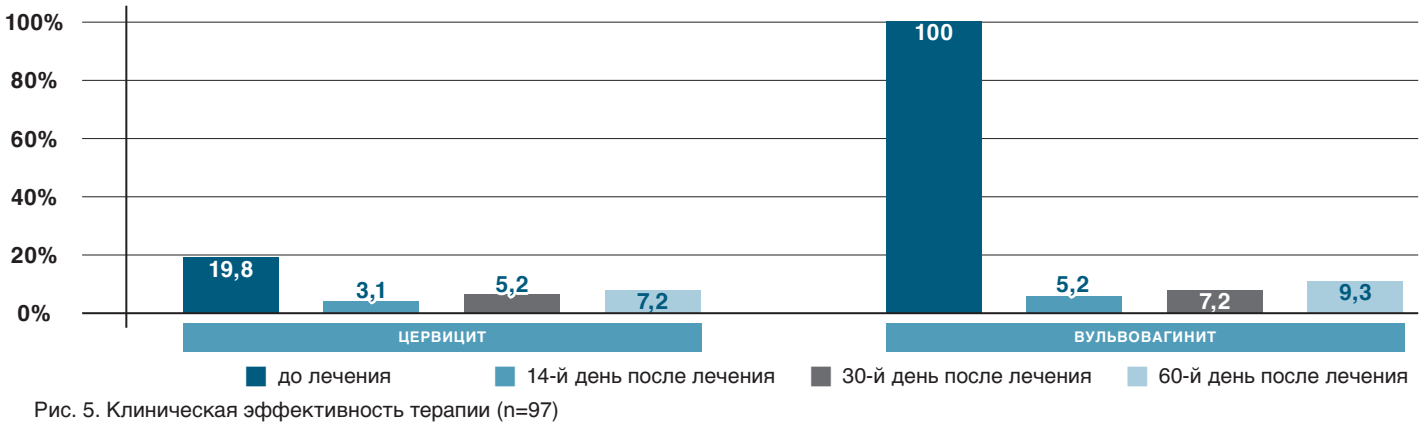


Рис. 5. Клиническая эффективность терапии (n=97)

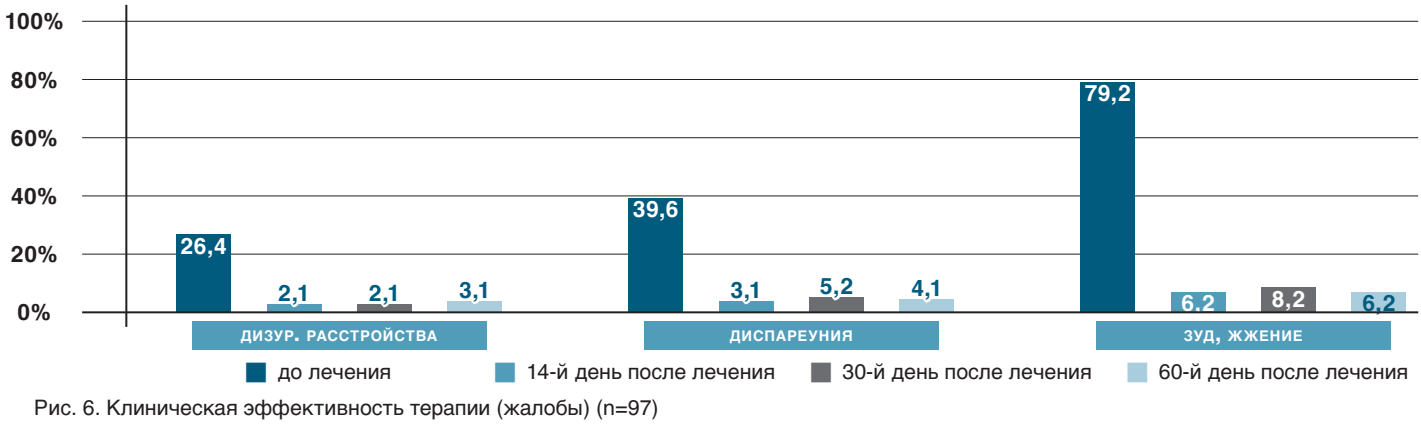


Рис. 6. Клиническая эффективность терапии (жалобы) (n=97)

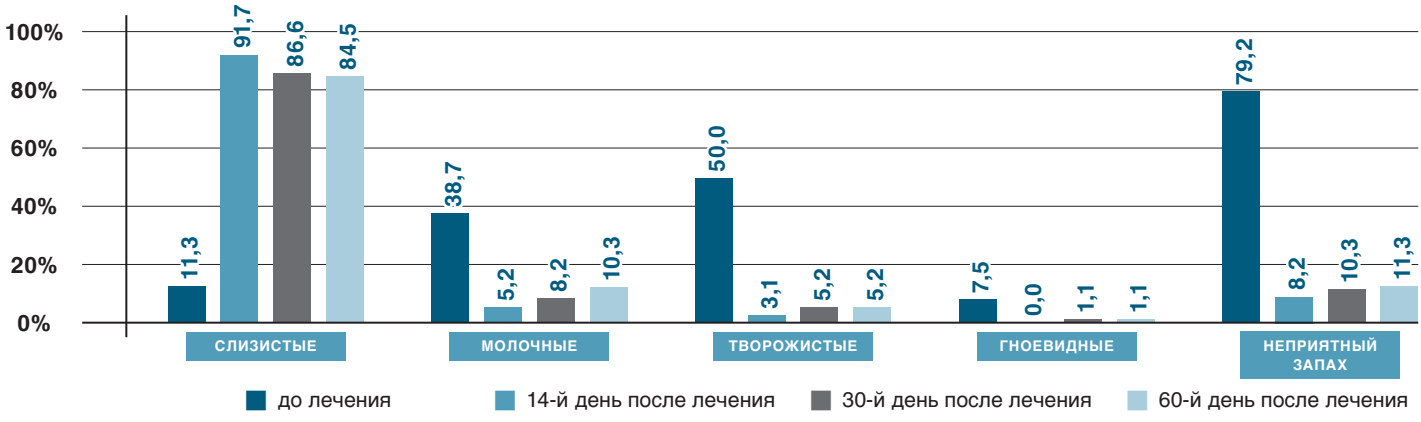


Рис. 7. Клиническая эффективность терапии (выделения из влагалища) (n=97)

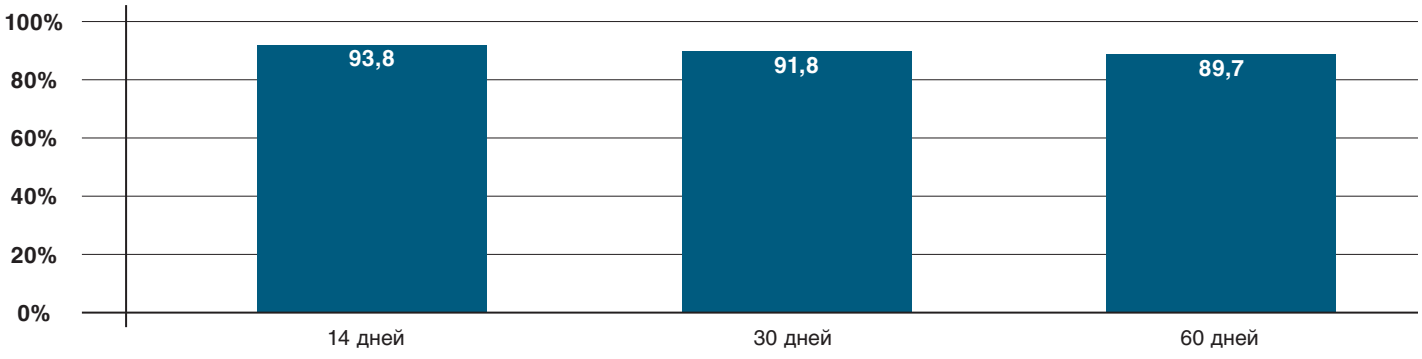


Рис. 8. 1-я степень микробиологического мазка (по критериям Hay/Ison)

акта — у 90,4±2,1% женщин (p<0,005) (рис. 6). Патологические бели с неприятным запахом за весь срок мониторинга сохранились у 9,9±3,1% пролеченных пациенток (рис. 7).

Данный факт доказывает высокую клиническую эффективность антисептика деквалиния хлорида при лечении смешанной формы урогенитальной инфекции (сочетание вагинального дисбиоза и хронического вульвовагинального кандидоза). Рецидивы вульвовагинита через 30 и 60 дней после окончания терапии отмечены только в 7,2 и 9,3% случаев соответственно. Таким образом, в клиническом аспекте отмечалась высокая эффективность комплексного лечения препаратом деквалиния хлорида в сочетании с эубиотиком и эстриолом.

До начала терапии признакам вагинального дисбиоза (2 и 3 степень по критериям Hay/Ison) соответствовало 100% пациенток со смешанной формой вульвовагинальной инфекции. В ходе проведения предложенной терапии через 10 дней 1 степень (норма) определялась у 93,8% пациенток, при последующих исследованиях (30-е и 60-е сутки) по критериям Hay/Ison 1 степень вагинального мазка выявлена у 91,8 и 89,7% пациенток (рис. 8).

На фоне проводимой местной антисептической терапии препаратом деквалиния хлорида с последующей контаминацией лиофилизатом ацидофильных лактобактерий в сочетании с эстриолом через 2 месяца после лечения при ПЦР-исследовании у пациенток зарегистрировано увеличение количества лактобактерий (до 89,7%), уменьшение количества *Gardnerella vaginalis* (с 83,9 до 6,2%) и *Atopobium vaginae* (с 60,4 до 9,3%), уменьшение количества грибов рода *Candida spp.* до 13,4%, а также уменьшение количества Г+ и Г– микрофлоры (рис. 9). Обращает на себя внимание тот факт, что в результате лечения произошло существенное снижение титра различных видов патогенов. Следует отметить, что деквалиния хлорид обладает максимальным спектром действия на основные виды патогенных микроорганизмов (аэробы, анаэробы, грибы, простейшие), и это обеспечивает высокую эффективность терапии микст-инфекций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в ходе проведенного исследования выявлена высокая клиническая и микробиологическая эффективность комплексной терапии местным антисептиком деквалиния хлоридом (Флуомизин®) при лечении смешанных форм вагинального дисбиоза на фоне хронического кандидоза, последующее применение лиофилизата ацидофильных лактобактерий и эстриола (Гинофлор Э®) обеспечивает стойкий эффект от предложенного лечения (2 месяца и более) и способствует профилактике рецидивов данной инфекции.

Безопасность применения предлагаемых препаратов подтверждена их хорошей переносимостью и низким количеством побочных эффектов (лишь 3 пациентки (2,8%) предъявляли жалобы на жжение при локальном применении деквалиния хлорида).

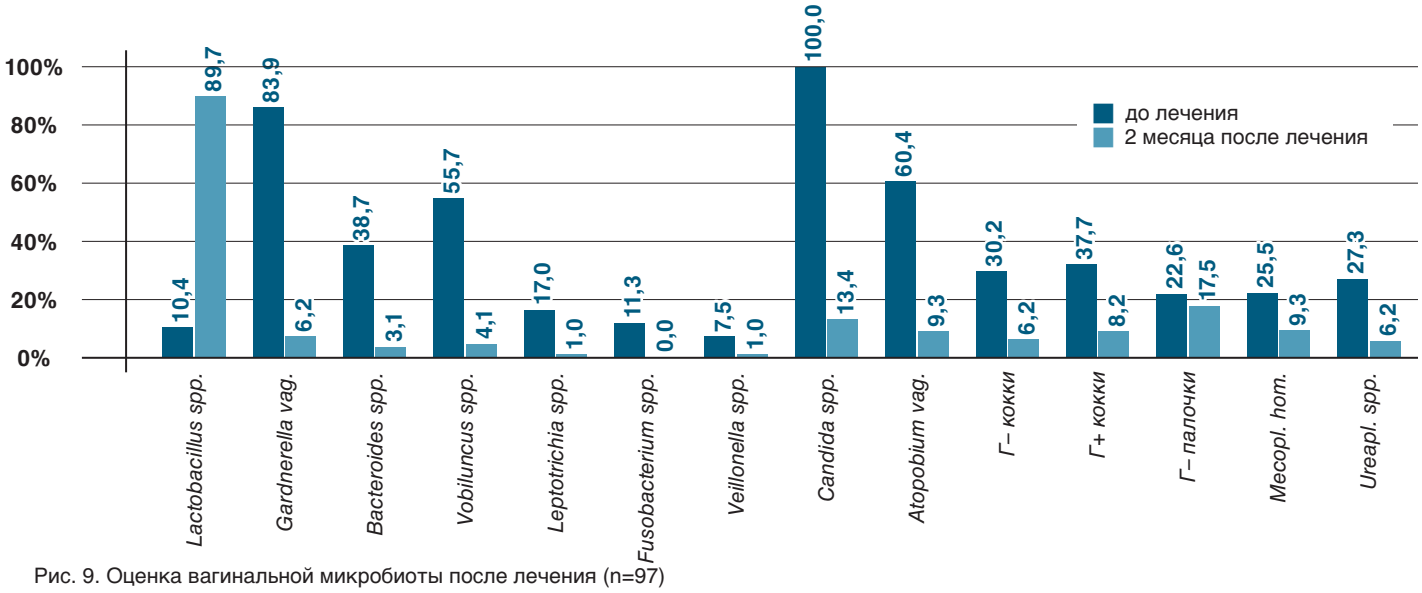


Рис. 9. Оценка вагинальной микробиоты после лечения (n=97)

ЛИТЕРАТУРА

1. Ворошилина Е. С., Тумбинская Л. В., Донников А. Е. Биоценоз влагалища с точки зрения количественной полимеразной цепной реакции: что есть норма? // Акушерство и гинекология. — 2011. — №1. — С. 57—65. / Voroshilina E. S., Tumbinskaya L. V., Donnikov A. E. Vaginal biocenosis in the context of view of quantitative polymerase chain reaction: what is its norm? Obstetrics and Gynecology. — 2011; 1:57—65 [In Russian].

2. Доброхотова Ю. Э. Современные подходы к терапии вагинальных дисбиозов у беременных из групп риска // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2008. — №1. — С. 62—65. / Dobrohotova J. E. Modern approaches to the treatment of vaginal dysbiosis in pregnant of groups of risk // Russian Herald obstetrician-gynecologist. — 2008; 1:62—65 [In Russian].

3. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — М.: Деловой экспресс, 2016. / Federal clinical guidelines. Dermatovenerology 2015: Skin diseases. Sexually transmitted infections. — M.: Delovoi ekspress Publ., 2016 [In Russian].

4. Kenyon C., Colebunders R., Crucitti T. The global epidemiology of bacterial vaginosis: a systematic review // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2013; 209(6):505—523. DOI: 10.1016/j.ajog.2013.05.006. Epub 2013 May 6.

5. Кира Е. Ф. Современные подходы к выбору препарата локального действия в терапии бактериального вагиноза // Акушерство и гинекология. — 2012. — №7. — С. 59—66. / Kira E. F. Modern approaches to the choice of the drug of local action in the therapy of bacterial vaginosis. Obstetrics and Gynecology. — 2012; 7:59—66 [In Russian].

6. Кира Е. Ф. Бактериальный вагиноз. — М.: Медицинское информационное агентство, 2012. — 472 с.: илл. / Kira E. F. Bacterial vaginosis. — M.: Medical Information Agency, 2012. — 472 p.: il. [In Russian].

7. Прилепская В. Н. Современный взгляд на вопросы этиологии, патогенеза и лечения бактериального вагиноза // Гинекология. — 2010. — №2. — С. 44—48. / Prilepskaya V. N. Modern view on questions of etiology, pathogenesis and treatment of bacterial vaginosis // Gynecology. — 2010; 2:44—48 [In Russian].

8. Радзинский В. Е. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций // Акушерство и гинекология. — 2011. — №5. — С. 78—81. / Radzinsky V. E. Two-step therapy of vaginal infections // Obstetrics and Gynecology. — 2011; 5:78—81 [In Russian].

9. Бебнева Т. Н., Дикке Г. Б. Коррекция рецидивирующих нарушений биоценоза влагалища у беременных, инфицированных вирусом папилломы человека // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. — 2018. — №3(6). — С. 40—47. / Bebneva T. N., Dicke G. B. Correction of recurrent disorders of the vaginal biocenosis in pregnant women infected with human papilloma virus // Obstetrics and Gynecology: news, opinions, training. — 2018; 3(6):40—47 [In Russian].

10. Brown C. Forney Preliminary characterization of the normal microbiota of the human vulva using cultivation-independent methods // J. Med. Microbiol. — 2017. — №56. — P. 271—276.

11. Зильберберг Н. В., Грекова Ю. Н., Левчик Н. К., Евстигнеева Н. П., Воронова О. А., Герасимова Н. А. Принципы терапии бактериального вагиноза, ассоциированного с Gardnerella vaginalis и Atopobium vaginae, у женщин репродуктивного возраста // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2018. — №6(17). — С. 12—19. / Zilberberg N. V., Grekova Y. N., Levchik N. K., Yevstigneeva N. P., Voronova O. A., Gerasimova N. A. Principles of therapy of bacterial vaginosis, associated with Gardnerella vaginalis and Atopobium vaginae, in women of reproductive age // Questions of gynecology, obstetrics and Perinatology. — 2018; 6(17):12—19 [In Russian].

12. Haggerty C. Clinical characteristics of bacterial vaginosis among women testing positive for fastidious bacteria // Sex. Transm. Infect. — 2009; 85(4):242—248.

13. Шульженко А. Е., Щубелко Р. В., Зуйкова И. Н. Рецидивирующие смешанные инфекции урогенитального тракта у женщин: стратегия коррекции мукозального иммунитета // Consilium Medicum. — 2016. — №6. — С. 87—93. / Shulgenko A. E., Shchubelko R. V., Zuykova I. N. Recurrent mixed urogenital tract infections in women: the strategy of correction of the mukosal immunity // Consilium Medicum. — 2016; 6:87—93 [in Russian].

14. Martin R., Soberon N., Vazquez F., Suarez J. Vaginal microbiota: composition, protective role, associated pathologies, and therapeutic perspectives // Enferm Infecc Microbiol Clin. — 2017; 26(3):160—7.

15. Handsfield H. Principles of treatment of STD / Sexually transmitted diseases / Eds. K. Holmes, P. Mardh, F. Sparling et al. — McGraw-Hill, 2015:711—721.

16. Муравьева В. В., Анкирская А. С. Особенности микроэкологии влагалища при бактериальном вагинозе и вагинальном кандидозе // Акушерство и гинекология. — 2016; 6:27—30. / Muraviova V. V., Ankirskaya A. S. Peculiarities of microecology of vagina at bacterial vaginosis and vaginal candidiasis // Obstetrics and Gynecology. — 2016; 6:27—30 [in Russian].

17. Мирзабалаева А. К., Долго-Сабурова Ю. В., Савельева О. Г., Климко Н. Н. Возбудители хронического рецидивирующего кандидозного вульвовагинита и сочетанных форм генитальных инфекций у женщин // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 2017. — №1. — С. 89—82. / Mirzabalaeva A. K., Dolgo-Saburova U. V., Savelieva O. G., Klimko N. N. Causative agents of chronic recurrent candidiasis vulvovaginite and the combined forms of genital infections in women // Bulletin of the Russian Association of Obstetricians and Gynecologists. — 2017; 1:79—82 [in Russian].

18. Мирзабалаева А. К., Долго-Сабурова Ю. В., Савельева О. Г., Климко Н. Н. Выбор этиотропного лечения микотических и сочетанных форм генитальных инфекций у женщин // Aqua vitae. — 2016. — №3. — С. 10—13. / Mirzabalaeva A. K., Dolgo-Saburova Y. V., Savelieva O. G., Klimko N. N. The choice of etiotropic treatment of mycotic and combined forms of genital infections in women // Aqua vitae. — 2016; 3:10—13 [in Russian].

19. Weir E. Bacterial vaginosis: more questions than answers // Clinic. Med. Am. J. — 2014; 5:448.

20. Sherrard J., Wilson J., Donders G. Руководство Европейского отделения Международного союза по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путем (IUSTI), Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по лечению влагалищных выделений за 2018 год // International Journal of STD and AIDS. — 2018; 0:1—31. / Sherrard J., Wilson J., Donders G. Management of the European Office of the International Union for the control of sexually transmitted infections (IUSTI) of the World Health Organization (WHO) for the treatment of vaginal allocations for 2018 [in Russian].

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии.

Боровиков Игорь Олегович — доктор медицинских наук, доцент кафедры, e-mail: bio2302@mail.ru.

Куценко Ирина Игоревна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой.

Рубинина Эдита Рубеновна — аспирант кафедры.

Герасименко Евгения Эдуардовна — клинический ординатор кафедры.

Магай Антон Сергеевич — клинический ординатор кафедры.

ООО ТД «СТАНДАРТ»
ЦЕНТР ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ

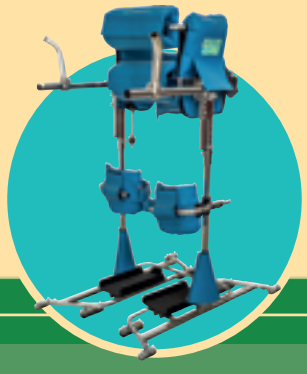
В нашем центре вам предложат

услуги:

- Бесплатная выдача заключения медико-технической комиссии для оформления и переоформления инвалидности
- Бесплатная консультация врача-ортопеда при подборе необходимых технических средств реабилитации (ТСР) и протезно-ортопедических изделий (ПОИ)
- Бесплатная выдача ТСР и ПОИ по индивидуальной программе реабилитации
- Оформление полного пакета документов по компенсации за самостоятельно приобретенные ТСР и ПОИ

товары:

- Огромный выбор ортопедической и комфортной обуви для взрослых и детей
- Изготовление ортопедической обуви по индивидуальному заказу
- Изготовление индивидуальных ортопедических стелек
- Корсеты, бандажи, наколенники
- Кресла-коляски, опоры-ходунки
- Трости, костыли, вертикализаторы
- Товары для детей с ДЦП
- Ортопедические матрацы
- Функциональные кровати и многое другое



ООО ТД «Стандарт»
г. Краснодар, ул. Буденного, 41, тел. 8 (861) 259-76-28
Отдел ТСР, тел./факс 8 (928) 330-70-66,
e-mail: tsr.ctandart@mail.ru
Ортопедический отдел, тел. 8 (988) 525-11-22,
e-mail: ortoctandart@mail.ru

НАШИ ФИЛИАЛЫ:
г. Лабинск, ул. Пушкина, 60, тел. +7-938-527-05-38
г. Армавир, ул. Черноморская, 26, тел. +7-938-42-86-700
г. Ейск, ул. Мира 117, тел. +7-929-829-22-19

РЕКЛАМА

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОШИВ ФОРМЫ НА ВСЮ БОЛЬНИЦУ

КОМПАНИЯ «МЕДИКИ» В РАМКАХ УСЛУГИ «ОДЕТЬ КЛИНИКУ» РАСШИРЯЕТ СВОИ ВОЗМОЖНОСТИ

Уже сегодня, помимо готовой продукции зарубежных производителей одежды и обуви, мы можем предложить индивидуальный пошив формы. Среди большого количества производителей мы выбираем тех, которые отвечают самым высоким требованиям швейной промышленности:

- *используют передовые технологии;*
- *обладают качественным профессиональным оборудованием;*
- *имеют в штате высококвалифицированных специалистов с большим опытом работы в швейном производстве.*

Мы работаем как с муниципальными бюджетными учреждениями, так и с частными клиниками.

Выполняя заказ клиники, мы можем предложить:

- *широкий выбор готовых моделей, изготовленных из износостойких тканей с использованием качественной фурнитуры;*
- *доработку модели по желанию заказчика;*
- *нанесение логотипа;*
- *полное соответствие предоставляемых документов требованиям заказчика.*

Наша компания осуществляет контроль качества готовых изделий.

Мы предоставляем сертификаты и декларации на весь ассортимент медицинской одежды и профессиональной обуви.

МЕДИКИ —
МЫ ПОНИМАЕМ ВАС С ПОЛУСЛОВА!

Интернет-магазин с доставкой по всей России: www.medprofy.com
г. Ростов-на-Дону, ул. Социалистическая, 52.
Тел: +7(863) 240-81-36 | E-mail: medprofy@bk.ru

РЕКЛАМА

УДК 618.177—089.888.11

СИНДРОМ ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Ю. А. Петров, А. Г. Алехина, А. Е. Блесманович

Аннотация. *На сегодняшний день количество бесплодных браков растет, поэтому вспомогательные репродуктивные технологии имеют особую актуальность. Экстракорпоральное оплодотворение является наиболее распространенным методом лечения бесплодия и обладает высокой эффективностью, которая все же вариабельна в каждом конкретном случае. Но экстракорпоральное оплодотворение несет с собой некоторые риски развития определенных осложнений, в том числе синдрома гиперстимуляции яичников. Показано, что возникновение данного синдрома зависит от наличия у пациентки определенных факторов риска, а также от протокола стимуляции яичников, выбранного для женщины, и дозы хорионического гонадотропина. Существует несколько схем стимуляции овуляции, каждая из которых имеет свои преимущества и недостатки. Основное звено патогенеза синдрома гиперстимуляции яичников — высокая концентрация фактора роста эндотелия сосудов, который повышает проницаемость сосудистой стенки, приводя к генерализованным отекам, метаболическим нарушениям, гиповолемии, а в тяжелых случаях — к полиорганной недостаточности. Также данный синдром протекает с повышенным тромбообразованием, что несет угрозу жизни женщины. Доказано, что легкое течение синдрома гиперстимуляции яичников встречается почти у всех пациенток. Лечение данного синдрома симптоматическое и зависит от степени тяжести. Показано, что существуют способы профилактики развития синдрома гиперстимуляции яичников, но на сегодняшний день нет достоверных данных об их эффективности.*

Ключевые слова: *бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии, синдром гиперстимуляции яичников, беременность, хорионический гонадотропин, сосудистый эндотелиальный ростовой фактор.*

OVARIAN HYPERSTIMULATION SYNDROME IN THE PROGRAM OF THE EXTRACORPORAL FERTILIZATION

Yu. A. Petrov, A. G. Alekhina, A. E. Blesmanovich

Annotation. *To date, the number of infertile marriages is growing, so assisted reproductive technologies are of particular relevance. In vitro fertilization is the most common method of infertility treatment of all art and has high efficiency, which is still variable in each case. But in vitro fertilization carries some risks of certain complications, including ovarian hyperstimulation syndrome. It is shown that the occurrence of this syndrome depends on the presence of certain risk factors in the patient, as well as on the ovarian stimulation protocol chosen for the woman and the dose of chorionic gonadotropin. There are several schemes of stimulation of ovulation, each of which has its advantages and disadvantages. The main link in the pathogenesis of ovarian hyperstimulation syndrome is a high concentration of vascular endothelial growth factor, which increases the permeability of the vascular wall, leading to generalized edema, metabolic disorders, hypovolemia, multiple organ failure in severe cases. Also this syndrome occurs with increased thrombosis, which threatens the life of a woman. It is proved that the mild course of ovarian hyperstimulation syndrome occurs in almost all patients. Treatment of this syndrome is symptomatic and depends on the severity. It is shown that there are ways to prevent the development of ovarian hyperstimulation syndrome, but to date there is no reliable data on their effectiveness.*

Keywords: *infertility, assisted reproductive technologies, ovarian hyperstimulation syndrome, pregnancy, chorionic gonadotropin, vascular endothelial growth factor.*

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) на сегодняшний день являются достаточно частым методом зачатия ребенка, что обусловлено растущим процентом бесплодных женщин. Около 20% женщин сталкиваются с различными проблемами при зачатии ребенка. В России 4,5 миллиона женщин имеют бесплодие [16]. Причины, приводящие к невозможности иметь детей, разнообразны. В наше время растет тенденция к позднему материнству, многие женщины откладывают рождение детей на более поздний возраст. Таким образом, в наши дни средние возрастные границы рождения первенца сместились с 25 лет на 30. Было доказано, что с возрастом у женщин увеличивается риск развития органической патологии, препятствующей нормальному возникновению беременности, ухудшается качество половых клеток. Одной из наиболее частых причин бесплодия является отсутствие овуляции как следствие нарушений в работе эндокринной системы.

При проведении экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) используются различные методики стимуляции яичников [1]. Существует протокол применения антагонистов гонадотропин-релизинг-гормона, который имеет своей целью подавление эндогенной секреции лютеинизирующего гормона. Начинают ведение данного протокола за 2 недели до пункции фолликула. Сначала пациентка получает терапию гонадотропинами, затем, на 6—8 день приема — антагонисты гонадотропин-релизинг-гормона. Также существует длинный протокол стимуляции яичников. В этом случае применяются агонисты гонадотропин-релизинг-гормона. Целью данного способа также является подавление выделения лютеинизирующего гормона. Но в данном случае в первую очередь вводятся агонисты гонадотропин-релизинг-гормона в течение 1,5—2 недель, а затем — гонадотропный гормон. Забор яйцеклеток осуществляется на 3—4 неделе после начала терапии. Также практикуется ведение ультрадлинного протокола,

при котором перед ведением гонадотропного гормона агонисты гонадотропин-релизинг-гормона вводятся в течение 2—3 месяцев. При коротком протоколе терапия длится всего 2 недели. Введение агонистов начинают в начале менструации. Наиболее старым способом является ЭКО в естественном цикле или с минимальной стимуляцией [2].

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) является одним из осложнений при проведении ЭКО. Данный синдром является следствием воздействия на гонады больших доз гонадотропинов. Частота встречаемости СГЯ колеблется в пределах от 0,5 до 23%. Тяжелое течение СГЯ встречается у 4% женщин.

Вероятность развития СГЯ зависит от многих факторов риска. Риск выше у женщин до 35 лет, худощавого телосложения, если имеется недостаточность гипоталамуса и гипофиза, высокий уровень антимюллерова гормона, что обусловлено повышенным овариальным резервом, синдром склерополикистозных яичников в сочетании с гиперандрогенемией, повышенная реакция яичников на стимуляцию (15—20 яйцеклеток), высокий уровень эстрогена на момент проведения стимуляции (более 1100 нг/л). Также риск развития СГЯ увеличивается при наступлении беременности в результате проведения ЭКО и при наличии СГЯ в анамнезе у пациентки в результате ранее проведенных стимуляций. Также риск развития СГЯ при длинном протоколе и индукции овуляции с помощью ХГЧ выше по сравнению с протоколом применения антагонистов и агонистов гонадотропного-релизинг-гормона [3, 4].

При стимуляции выхода яйцеклетки используется высокий уровень ХГЧ, который стимулирует клетки желтого тела, вследствие чего усиливается секреция эндотелиального фактора роста (VEGF), повышается количество рецепторов к данной молекуле. Из-за повышенной концентрации VEGF и большей чувствительности к нему увеличивается проницаемость сосудов, стимулируется новообразование сосудов и процессы пролиферации. Концентрация эндотелиального фактора роста увеличивается постепенно с ростом доминантного фолликула, максимальное его количество наблюдается в периоде расцвета желтого тела. Из-за увеличения проницаемости сосудистой стенки наблюдается экссудация жидкой части крови и электролитов, вследствие чего в крови можно увидеть гипопротеинемию, гемоконцентрацию, дисэлектролитемию. Пропотевание жидкости происходит также в грудную и брюшную полости, развивается гидроперикард, асцит, анасарка [5].

На протяжении большого количества лет для стимуляции яичников применяется препарат кломифена цитрат. Имея антиэстрогенную активность, данное средство связывается с рецепторами к эстрогенам, блокируя их биологические эффекты, вследствие чего увеличивается продукция гонадотропин-релизинг-гормона по принципу обратной связи. В дальнейшем повышается секреция фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, что стимулирует рост фолликулов. Таким образом, создаются условия для гиперэстрогенемии. Было доказано, что высокие концентрации эстрогенов способствуют увеличению количества фибриногена, D-димера, V и VII факторов свертывающей системы крови. В сумме с упомянутой ранее гемоконцентрацией возникает состояние гиперкоагуляции, приводящее к тромбообразованию. Тромбы имеют специфическую локализацию: вены шеи и верхних конечностей [6]. В случае наступления беременности вырабатывающийся хорионический гонадотропин потенцирует перечисленные изменения в крови. При отягощенном анамнезе и сопутствующих заболеваниях крови риск развития тромбоэмболий увеличивается. A. K. Rao с соавторами доказали, что у женщин с СГЯ тромбозы возникают в 20—30 раз чаще, чем в общей популяции [7, 8].

Синдром гиперстимуляции яичников имеет три степени тяжести.

Легкое течение СГЯ характеризуется увеличением размеров яичников до 8 см, пропотеванием жидкости в брюшную полость; при этом окружность живота увеличивается незначительно. Лабораторные показатели находятся в пределах нормы. Легкое течение СГЯ наблюдается практически у всех женщин, прибегнувших к стимуляции яичников.

При умеренной степени тяжести наблюдаются те же симптомы, что и в предыдущем случае, в анализе крови гематокрит повышается до верхней границы нормы. Яичники могут увеличиваться до 12 см.

При тяжелом течении СГЯ яичники увеличиваются в размерах до 15 см за счет множественных кист. Наблюдается снижение общего белка в крови (менее 60 г/л) и альбумина (менее 24 г/л), повышаются значения печеночных ферментов и билирубина. Гематокрит выходит за пределы нормы. Клинически у женщины: затруднение дыхания, учащение сердцебиения, выпот в плевральную и брюшную полости, олигурия. Исходом тяжелой степени СГЯ может быть критическая форма, которая сопровождается развитием преренальной формы острой почечной недостаточности, отеком легких, респираторным дистресс-синдромом, тромбоэмболией легочной артерии, что может привести к летальному исходу.

Лечение СГЯ симптоматическое и зависит от степени его тяжести.

При первой (легкой) степени: клиническое обследование каждые 2—3 дня, увеличение потребляемой жидкости до 2—3 л/сутки, белковая диета, при необходимости — использование малых доз гепарина.

При второй степени тяжести: лабораторное и клиническое обследование каждые 1—3 дня. Необходимо отслеживать показатели гематокрита, коагулограммы, значения содержания белка и электролитов в крови. Проводится ежедневное взвешивание для выявления отеков, измерение окружности живота, проведение аускультации легких, контроль диуреза. Подкожно вводят прямые антикоагулянты [9, 10].

В случае возникновения тяжелой степени СГЯ необходима госпитализация в стационар. Проводят профилактику тромбообразования в виде ношения компрессионных чулок, введения прямых антикоагулянтов, осуществляют ежедневный контроль лабораторных показателей (гематокрит, уровень белка, электролитов, креатинина, мочевины

в крови, коагулограмма). Количество потребляемой жидкости ограничивают до 500—1000 мл, проводят контроль диуреза. При возникновении гипопротеинемии и гипоальбуминемии внутривенно вводят альбумин. Для лечения асцита используют эвакуацию выпота из брюшной полости. При этом не следует удалять более 1,5 литров жидкости одномоментно с целью предупреждения резкого колебания перитонеального выпота [11].

От уровня гематокрита зависит выбор препаратов.

При гематокрите менее 40% в сочетании с олигурией менее 50—100 мл/час вводят фуросемид по схеме: 10 мг каждые 6 часов.

При уровне гематокрита 40—45% инфузионную терапию начинают с введения кристаллоидных растворов в объеме 500 мл, а затем применяют коллоидные растворы в количестве 1 л.

Если гематокрит достигает 45%, то вводят 1 л кристаллоидных растворов (раствор Рингера, стерофундин), а в последующем — 1,5 л коллоидных. После проведения данных мероприятий дальнейшая тактика зависит от состояния женщины и показателей клинико-лабораторного обследования (артериальное давление, ЭКГ, уровень гематокрита, контроль диуреза). Если диурез восстановился, а гематокрит достиг уровня 40%, то инфузионную терапию прекращают для предотвращения ухудшения состояния пациентки вследствие гиперволемии. На фоне увеличения ОЦК возможно парадоксальное снижение диуреза, поэтому практикуется назначение лазикса в таком случае.

Также при гематокрите более 45% и олигурии менее 50—100 мл/час используют введение с помощью перфузора дофамина, который, стимулируя специфические рецепторы, расширяет почечные сосуды, что приводит к увеличению их кровенаполнения [12].

Профилактика требует знания факторов риска. Если профиль риска высокий, то следует воспользоваться протоколом с применением антагонистов гонадотропин-релизинг-гормона и отказаться от введения ХГЧ в лютеиновой фазе [13]. Также с целью профилактики применяют отказ от переноса эмбрионов для предупреждения продукции эндогенного ХГЧ (например, при созревании большого количества фолликулов). Дополнительно практикуется:

- *отсрочка стимуляции (инъекции гонадотропных гормонов прекращают к моменту запланированной индукции овуляции, ХГЧ вводят спустя 3 дня, когда уровень эстрадиола снижается до 11000 пмоль/л);*
- *введение внутривенно 50 г альбумина к моменту аспирации содержимого фолликула;*
- *для блокады рецепторов фактора роста сосудистого эндотелия вводят агонисты рецепторов дофамина, начиная со дня аспирации содержимого фолликула ежедневно в течение 3 недель. В качестве упомянутых веществ может использоваться каберголин, который ингибирует фосфорилирование рецепторов VEGF, препятствуя повышению проницаемости сосудистой стенки.*

Значение данных профилактических мер неоднозначно, отсрочка стимуляции не может продолжаться более трех дней, иначе снижается вероятность наступления беременности; эффективность двух других методов до конца не изучена [14, 15].

Необходимо отличать СГЯ от лютеиновой гиперреакции, которая сопровождается двусторонним увеличением яичников в период беременности за счет образования множественных лютеиновых кист и нарастающей гиперандрогенемии, особенно у женщин с синдромом склерополикистозных яичников. Встречается достаточно редко.

В наши дни неуклонно растет количество бесплодных пар [16], в связи с чем участились случаи обращения к процедуре ЭКО. Данный метод лечения бесплодия подходит многим парам и для кого-то является единственной возможностью осуществить свою репродуктивную функцию, но также может иметь возможные тяжелые последствия, вплоть до летального исхода. СГЯ является одним из таких осложнений [17]. В каждом индивидуальном случае имеется определенный уровень риска развития данного синдрома. Поэтому необходимо учитывать это при выборе протокола стимуляции для каждой конкретной пациентки. Также существуют меры профилактики развития СГЯ, которые помогают снизить частоту встречаемости данного состояния. При возникновении СГЯ первостепенное значение имеет своевременная постановка диагноза, мониторинг состояния пациентки и рациональные подходы к лечению, что поможет уменьшить количество фатальных случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветров В. В., Васильев В. Е., Иванов Д. О. и др. Синдром гиперстимуляции яичников (клиническое наблюдение) // Детская медицина Северо-Запада. — 2012. — Т. 3. — №2. — С. 61—65.
2. фон Вольф М., Штуте П. Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина. — М.: МЕДпресс-информ, 2017.
3. Маясина Е. Н., Обоскалова Т. А. Синдром гиперстимуляции яичников в программах экстракорпорального оплодотворения // Уральский медицинский журнал. — 2010. — №3. — С. 74—76.
4. Ермоленко К. С., Радзинский В. Е., Хамошина М. Б. Контролируемая гиперстимуляция в программах экстракорпорального оплодотворения у пациенток с ановуляторным бесплодием: чем меньше, тем лучше? // Доктор.Ру. — 2017. — №9. — С. 69—73.
5. Воротникова С. Ю. Применение каберголина для профилактики и лечения синдрома гиперстимуляции яичников // Ожирение и метаболизм. — 2012. — №4. — С. 48—50.
6. Бицадзе В. О., Акиньшина С. В., Андреева М. Д. Тромбоэмболические осложнения, связанные с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. Синдром гиперстимуляции яичников // Практическая медицина. — 2013. — №7. — С. 20—31.
7. Rao A. K., Chitkara U., Milki A. A. Subclavian vein thrombosis following IVF and ovarian hyperstimulation: a case report // Hum. Reprod. — 2005. — 12. — P. 3307—3312.
8. Абрамян Г. Р. Профилактика тромбозов в программах вспомогательных репродуктивных технологий // Практическая медицина. — 2017. — №7. — С. 143—146.
9. Таскина О. А. Сравнительная эффективность препаратов аналогов агониста гонадотропин-релизинг-гормона (диферелина и лейпрорелина) в циклах ЭКО у пациенток с синдромом гиперстимуляции яичников в периоде после трансвагинальной пункции // Вестник новых медицинских технологий. — 2007. — №3. — С. 9—10.

ЛИТЕРАТУРА

10. Куликов А. В., Шифман Е. М., Портнов И. Г. Интенсивная терапия синдрома гиперстимуляции яичников (клинические рекомендации) // Анестезиология и реаниматология. — 2015. — №1. — С. 73—76.
11. Морозова И. С., Добровольский М. С., Гайдуков С. Н. Особенности ведения пациенток с синдромом гиперстимуляции яичников // Журнал акушерства и женских болезней. — 2009. — №5. — С. 139—140.
12. Щербакова Л. Н., Иванова Н. В., Бугеренко А. Е. Предупреждение развития синдрома гиперстимуляции яичников в программе экстракорпорального оплодотворения // Российский медицинский журнал. — 2015. — №1. — С. 28—31.
13. Сафронова Е. В., Кудрявцева Л. И., Пастухова Е. А. Профилактика синдрома гиперстимуляции яичников в программах вспомогательных репродуктивных технологий // Вестник СамГУ. — 2007. — №9. — С. 384—390.
14. Комиссарова Ю. В., Гарданова Ж. Р. Прогнозирование и профилактика синдрома гиперстимуляции яичников в программах вспомогательных репродуктивных технологий // Вестник новых медицинских технологий. — 2007. — №3. — С. 8—9.
15. Корнеева И., Веряева Н. Комплексная терапия при синдроме гиперстимуляции яичников // Врач. — 2006. — №9. — С. 54—56.
16. Петров Ю. А. Семья и здоровье. — М.: Медицинская книга, 2014. — 312 с.
17. Алехина А. Г., Петров Ю. А., Блесманович А. Е. Синдром гиперстимуляции яичников в реалиях нашего времени // Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. — 2018. — Т. 20. — №4. — С. 22—26.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии №2, г. Ростов-на-Дону.
Петров Юрий Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой, e-mail: mr.doktorpetrov@mail.ru.
Алехина Анжела Геннадьевна — соискатель.
Блесманович Анна Евгеньевна — соискатель.

НАТИВНОЕ ГРУДНОЕ МОЛОКО — НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ДЛЯ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Н. В. Землянская

Аннотация. *В статье подчеркивается важная роль нутритивной поддержки для выхаживания недоношенных новорожденных. Исключительный приоритет в качестве субстрата при вскармливании недоношенных детей имеет сцеженное грудное молоко и молозиво. Нативное грудное молоко является и питанием, и лечением, так как содержит иммуноглобулины и биологически активные вещества, обеспечивающие защиту ребенка от инфекций.*

Ключевые слова: *нутритивная поддержка, недоношенные новорожденные, грудное молоко, некротизирующий энтероколит.*

NATIVE BREAST MILK — THE NECESSARY CONDITION FOR THE CARE OF AN UNMOTHER CHILD

N. V. Zemlyanskaya

Annotation. *The article emphasizes the important role of nutritional support in caring for premature newborns. Extrusive breast milk and colostrum have an exceptional priority as substrates for feeding premature babies. Native breast milk is both nutrition and treatment, as it contains immunoglobulins and biologically active substances that protect the baby from infections.*

Keywords: *nutritional support, premature newborns, breast milk, necrotizing enterocolitis.*

Все прекрасное в человеке — от лучей солнца и от молока Матери.

М. Горький

Быстро растущие успехи отечественной неонатологии привели к тому, что в общей популяции новорожденных доля детей, родившихся раньше срока, становится все более ощутимой. Недоношенные новорожденные требуют особых условий выхаживания, лечения, диспансерного наблюдения многими специалистами в течение достаточно длительного времени [1]. Ростовский областной «Перинатальный центр» — медицинское учреждение, в котором новорожденным предоставляется высокотехнологичная помощь. Оснащенность Центра нацелена на выхаживание недоношенных новорожденных, в том числе с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении. Задача — достижение цели с минимальными потерями и максимальным результатом — вынуждает искать новые перспективные пути повышения качества лечения и снижения агрессивности лечебных мероприятий. Первоначальная задача — повысить выживаемость у глубоконедоношенных новорожденных — трансформировалась в повышение качества жизни и уменьшение инвалидности у выживших младенцев. На современном этапе приоритетным направлением в выхаживании недоношенных является поиск и внедрение в широкую практику методик, снижающих инвазивность проводимой терапии. Наряду с современными перинатальными технологиями сюда входит и питание новорожденных — нутриционная терапия.

Нутриционная поддержка — это базисный метод как интенсивного лечения, так и в целом выхаживания недоношенных новорожденных, который может позволить избежать ряда болезней, типичных для недоношенных детей (например, таких заболеваний, как анемия и остеопения недоношенных) [1]. В лечении же тех заболеваний, предупредить которые не удалось, соответствующее питание имеет, без преувеличения, терапевтическое значение: оно снижает вероятность тяжелого течения бронхолегочной дисплазии и ретинопатии недоношенных [1, 4]. Нутритивные

потребности недоношенного ребенка определяются фактической массой тела, постконцептуальным возрастом (возраст недоношенного ребенка в неделях с начала последнего менструального периода матери, то есть гестационный возраст плюс постнатальный), наличием и тяжестью течения фонового заболевания [1].

Исключительный приоритет в качестве субстрата при вскармливании недоношенных детей имеет сцеженное грудное молоко и молозиво [4]. Нативное грудное молоко является и питанием, и лечением, так как содержит иммуноглобулины и биологически активные вещества, обеспечивающие защиту ребенка от инфекций, способствующие адаптации кишечника новорожденного [3]. К тому же, состав молока меняется ежедневно, в зависимости от возраста ребенка, в соответствии с его потребностями [3]. Именно с этим связано то, что для роста и развития недоношенного ребенка грудное молоко является самым лучшим и необходимым. В родильном зале, если состояние ребенка не требует проведения реанимационных мероприятий (интубации трахеи), новорожденного хотя бы на несколько минут могут положить к маме на грудь и сцедить ему несколько капель молозива. Таким образом, ребенок сразу же, в первые минуты после рождения, получает молозиво, которое по своему составу отличается от зрелого молока более высокой калорийностью, в нем содержится больше белка, жирных кислот, витаминов, иммуноглобулинов и других факторов защиты. Если состояние новорожденного не позволяет это сделать в родильном зале (операционной), то в отделении реанимации молозиво закладывают ему за щечку сразу же после стабилизации состояния. Даже если ребенок находится на парентеральном питании, то через орогастральный зонд очень медленно, с помощью инфузионных насосов, нативное молоко вводится в желудок в трофическом объеме (0,5—5 мл). Это обусловлено тем, что биоактивные компоненты грудного молока играют огромную роль в профилактике такого тяжелого заболевания периода новорожденности, как некротизирующий энтероколит (НЭК), который свойствен маловесным детям и характеризуется острым воспалением кишечной стенки с последующим ее некрозом. НЭК обусловливает высокую летальность (при данной патологии — до 40%), а также входит в пятерку основных

Рис. 1.

заболеваний, формирующих инвалидизирующие осложнения, и является индикатором выживаемости глубоконедоношенных детей [2]. Грудное материнское молоко значительно снижает риск развития НЭК, обеспечивая организм ребенка макрофагами, Т- и В-лимфоцитами, материнскими иммуноглобулинами, особенно IgA, поэтому при выхаживании недоношенных новорожденных его можно рассматривать как «заместительную терапию» [2].

Таким образом, женщине очень важно сохранить лактацию до того момента, пока ребенок сможет сосать грудь. Этот период ожидания может быть длительным: от нескольких недель до нескольких месяцев, поэтому так необходимо научить мать правильно и регулярно сцеживать грудь. В «Перинатальном центре» имеется лактарий, в котором матери сцеживают молоко для своих детей, находящихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии и в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей.

Нами неукоснительно соблюдается инициатива ВОЗ «Больница, доброжелательная к ребенку», основанная на «Десяти принципах успешного грудного вскармливания». Основная цель инициативы — побудить родильные дома к охране и поддержке грудного вскармливания с момента рождения [3]. Они заключаются, в том числе, в прикладывании ребенка к груди матери — не только в родильном зале, но и в операционной (рис. 1), в пребывании ребенка совместно с мамой. К тому же необходимо знать, что вскармливание недоношенных детей грудным молоком ассоциируется с лучшим исходом по нейроразвитию и влияет, в первую очередь, на способность к обучению, память, речевое развитие и на интеллект в целом [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Мостовой А. В., Скоромец А. П. и др. Физиологические аспекты и стандарты выхаживания недоношенных детей, I и II части. — СПб., 2013. — 119 с.
2. Сафонова Л. Н., Федорова Л. А. Истоки здоровья и болезней недоношенных детей, III часть. — СПб., 2010. — 111 с.
3. Базовая помощь новорожденному — международный опыт / Под ред. Н. Н. Володина, Г. Т. Сухих. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 208 с.
4. Избранные клинические рекомендации по неонатологии / Под ред. Е. Н. Байбариной, Д. Н. Дегтярева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 240 с.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Землянская Нателла Владимировна — кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по педиатрической помощи ГБУ РО «Перинатальный центр», г. Ростов-на-Дону; врач высшей категории; главный внештатный неонатолог МЗ РО; e-mail: nsald@mail.ru.

УДК 618.14—002

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

А. Е. Блесманович, А. Г. Алехина, Ю. А. Петров

Аннотация. *Хронический эндометрит является довольно частой патологией у женщин репродуктивного возраста. Особое внимание к данному заболеванию обусловлено возможностью развития тяжелых осложнений, в том числе бесплодия, при несвоевременной диагностике и лечении. На сегодняшний день разрабатываются новые методы и схемы терапии, что позволяет добиться неплохой эффективности и предотвратить развитие неблагоприятных последствий.*

Ключевые слова: *хронический эндометрит, бесплодие, эндометрий, антибактериальная терапия, воспалительные заболевания органов малого таза.*

CHRONIC ENDOMETRITIS AND REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMAN

A. E. Blesmanovich, A. G. Alekhina, Yu. A. Petrov

Annotation. *Chronic endometritis is a fairly common pathology in women of reproductive age. Special attention to this disease is due to the possibility of the development of severe complications, including infertility, with late diagnosis and treatment. To date, new methods and schemes of therapy are being developed, which allows achieving good efficiency and preventing the development of adverse effects.*

Keywords: *chronic endometritis, infertility, endometrium, antibacterial therapy, inflammatory diseases of the pelvic organs.*

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) широко распространены в современном мире и регистрируются более чем у 60% женщин. Так как данная группа нозологий крайне негативно сказывается на репродуктивной функции — может приводить к невынашиванию беременности, нарушению процесса имплантации, бесплодию, — особенно настораживает, что основной процент ВЗОМТ выявляется у пациенток детородного возраста.

На сегодняшний день особый интерес вызывает такая патология, как хронический эндометрит (ХЭ), частота встречаемости которого достаточно варьирует (10—85%). Доказано, что хронический воспалительный процесс в эндометрии имеет крайне негативное влияние на его морфологию и функциональное состояние и приводит к серьезным отдаленным осложнениям: так, ХЭ может являться причиной бесплодия, неудачных исходов при применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), самопроизвольного прерывания беременности, осложненного течения гестационного периода [1].

Проблема и сложность для практического врача состоит в том, что ХЭ довольно нелегко заподозрить и диагностировать. Клиническая картина отличается довольно

скудной и, что самое важное, неспецифической симптоматикой. Нередко могут наблюдаться мено- и метроррагии, в основе которых лежит нарушение циклических процессов в слизистой оболочке матки и проницаемости сосудистой стенки вследствие хронического воспалительного процесса. Также пациентки могут предъявлять жалобы на тянущие боли внизу живота, наличие болезненности, связанной с половым актом, серозные и гнойные выделения. Большая доля женщин обращается за помощью к специалисту в связи с проблемами зачатия. Показано, что более чем в половине случаев при ХЭ наблюдаются расстройства тревожного и депрессивного спектра.

Такие аспекты, как стертая симптоматика, несвоевременная, а иногда и неправильная постановка диагноза могут привести к позднему началу лечения либо назначению нерациональной терапии. Комплексное обследование пациенток, включающее использование современных лабораторных и инструментальных методов, позволит намного эффективнее распознавать ХЭ и бороться с ним. Для выявления и идентификации возбудителя используют микроскопический, бактерио- и вирусологический методы, в качестве материала берут соскобы эндометрия, отделяемое влагалища и цервикального канала. Однако основным и наиболее информативным способом диагностики является морфологическое исследование эндометрия. Характерно выявление воспалительных инфильтратов, в которых преобладают лимфоидные клетки. Нередко при длительном течении заболевания отмечаются изменения стромы в виде очагов фиброза, склероз сосудистых стенок. При хроническом эндометрите подтвердить диагноз позволяет определение иммуногистохимических маркеров: CD 68, CD 138, Ki-67-показатель процессов пролиферации, Syndecan-1, экспрессирующийся на поздних стадиях дифференцировки В-лимфоцитов и участвующий в процессах неоваскуляризации, новообразования и деления клеток. Также при исследовании возможно выявить увеличение коллагена III и IV типов [2].

Такая диагностическая методика, как гистероскопия позволяет определить неравномерную толщину эндометрия, полиповидные разрастания, полнокровие сосудов, кровоизлияния точечного характера, примерно в 10% случаев может наблюдаться очаговая гипертрофия [3].

Ультразвуковое исследование целесообразно проводить и в первую, и во вторую половины цикла, оптимальными сроками считаются 5—7 и 17—21 дни. Основным плюсом данного метода является его простота и неинвазивность. Признаками хронического воспаления могут быть повышение эхогенности и неравномерная структура эндометрия, расширение вен. При длительном течении иногда наблюдаются атрофические изменения. Важно помнить, что при ХЭ имеет место нарушение равновесия между процессами деления, новообразования клеток и их программируемой гибелью, вследствие этого может быть как патологическая пролиферация, так и атрофия слизистой оболочки матки.

Определение концентрации половых гормонов и оценка гормонального статуса пациентки в целом может помочь в определении объема терапии.

Говоря об этиологии и патогенезе ХЭ, необходимо отметить, что чаще всего имеется первичный характер патологии. При этом инфекционный агент, попадая в полость матки, внедряется в эндометрий, и развивается реакция воспаления. Лишь не более чем в 5% случаев инфекция попадает с током крови и лимфы из отдаленных очагов в организме (вторичный ХЭ) [4].

Наиболее частыми возбудителями эндометрита является бактериальная флора *(M. tuberculosis, T. pallidum, N. gonorrhoeae),* вирусы *(Herpesviridae, Enterovirus),* грибки (в частности, рода *Candida*), хламидии, микоплазмы. Если специфический инфекционный агент не получается определить, то ХЭ является неспецифическим, что чаще всего наблюдается при длительном использовании внутриматочных контрацептивов, а также при бактериальном вагинозе. В качестве причины воспаления немаловажную роль играет и анаэробная флора — бактероиды, энтерококки и др. При исследовании посевов редко удается обнаружить один-единственный причинный микроорганизм, чаще всего выявляются их ассоциации, в основном имеется тандем вируса и бактерии [5].

После того, как микроорганизм проник в эндометрий, формируется воспалительный очаг, происходит активация нейтрофилов и макрофагов, секретирующих биологически активные вещества, в результате действия которых происходит нарушение тока крови в микроциркуляторном русле, изменение гемореологии. Возникает ишемия и гипоксия, развивается оксидативный стресс. Факторы роста способствуют новообразованию сосудов, активации пролиферативных процессов, что ведет к увеличению активности фибробластов и синтеза компонентов соединительной ткани. Эндотелиальные факторы роста являются причиной усиленной пролиферации клеток эндотелия и повышения проницаемости стенок сосудов, что может лежать в основе маточных кровотечений [6].

Однако, по мнению большинства исследователей, инфекционный агент является лишь пусковым фактором в развитии хронического эндометрита. В дальнейшем при длительной персистенции микроорганизма изменяется антигенная структура клеток слизистой оболочки матки. Таким образом, запускается аутоиммунный процесс, возникает реакция по типу гиперчувствительности замедленного типа, появляются аутоагрессивные антитела, которые повреждают не только измененные вследствие патологического процесса клетки эндометрия, но и здоровую ткань. Таким образом, беря во внимание то, что местный иммунный ответ снижен и неполноценен, плюс имеется развитие аутоиммунных реакций, возбудитель просто-напросто утрачивает свое значение, и развившееся хроническое воспаление поддерживается в основном за счет аутоагрессии к клеткам внутренней оболочки матки; в данном случае возрастает значение условно-патогенной флоры [7].

Не стоит забывать о том, что ХЭ — заболевание труднодиагностируемое, часто поздно выявляемое, следовательно, нередки случаи длительного течения патологического процесса, при котором в эндометрии уже возникают изменения вторичного характера. В частности, гемодинамические нарушения в маточных сосудах, связанные с микротромбозами, склеротическими изменениями стенок сосудов, фиброз и склероз стромы и, конечно, нарушение рецепторного аппарата. Наблюдается нарушение равновесия между про- и противовоспалительными факторами, увеличивается содержание клеток с киллерной активностью, нарушается чувствительность рецепторов к прогестерону, вследствие чего развивается изменение секреторной трансформации слизистой оболочки матки и циклических процессов в целом [8].

В норме при беременности в эндометрии появляются особые органеллы, называемые пиноподиями, наблюдается экспрессия определенных пептидов и белков; при ХЭ данные процессы претерпевают патологические изменения, и нарушается рецептивность, то есть способность к имплантации. В совокупности вышеописанные

процессы приводят к развитию бесплодия, а в случае, если беременность все-таки наступила, значительные структурные изменения в самой слизистой оболочке матки и в сосудистой системе могут привести к нарушению маточно-плацентарного кровотока, плацентарной недостаточности и потере беременности на ранних сроках.

Тяжелые последствия ХЭ наносят большой вред репродуктивному здоровью женщины, что не может не сказываться на демографической обстановке в государстве. Поэтому по сей день ведется поиск новых эффективных методов терапии, и уделяется большое внимание данной проблеме [9].

На сегодняшний день существует двухступенчатый подход к лечению ХЭ. Основной задачей первого этапа является устранение инфекционного агента, то есть этиологического фактора. При этом применяются антибактериальные либо противовирусные препараты. Имеется несколько точек зрения на проведение антибиотикотерапии. Одни авторы считают, что антибиотики (АБ) нужно применять только при обострении процесса, другие полагают, что этиотропная терапия должна проводиться вне зависимости от активности процесса и является одним из основополагающих звеньев в лечении. Однако совершенно точно необходимо учитывать соотношение пользы и вреда для пациентки, так как необоснованное применение АБ может приводить к нарушению нормальной микрофлоры, усугублению инфекционного процесса, развитию суперинфекции. Выбор АБ осуществляют, полагаясь на основные принципы антибиотикотерапии. Во-первых, необходимо идентифицировать возбудителя и определить его антибиотикочувствительность, что намного повышает эффективность лечения. В определенных случаях возможно проведение эмпирической терапии с использованием препаратов широкого спектра действия. Важным аспектом является длительность антибактериальной терапии, а также возможная смена препарата, так как при эндометрите во время лечения нередко происходит замена основного ведущего микробного фактора на другой, в основном, на условные патогены. Безусловно, при неэффективности антибиотикотерапии важно не забывать, что нередко в развитии ХЭ имеют место ассоциации микроорганизмов, в частности, на сегодняшний день вирусы все чаще выступают в роли этиологического фактора. Поэтому еще раз нужно подчеркнуть необходимость комплексного и всестороннего подхода [10].

Второй этап лечения хронического воспаления слизистой оболочки матки включает в себя восстановление нормального морфологического и функционального состояния эндометрия. Это является довольно тяжелой задачей. Необходимо воздействовать на фибротические и склеротические процессы, восстановить нормальную гемодинамику в сосудах матки, восстановить адекватную активность и функционирование рецепторного аппарата эндометрия.

Так как при ХЭ имеют место выраженные патологические изменения сосудов, включая нарушение ангиоархитектоники, склероз стенок артерий и сужение их просвета, то вполне закономерно развивается нарушение перфузии эндометрия и его ишемия. С целью воздействия на данные процессы используют как медикаментозное лечение, так и физиотерапевтические методы [11]. Применяют средства, оказывающие действие на метаболические процессы (антиоксиданты, витамины), что особенно важно для женщин, имеющих репродуктивные нарушения и нуждающихся в восстановлении нормальной рецептивности эндометрия. Считается, что метаболическая терапия должна проводиться в виде короткого курса парентерального введения препаратов с последующим их пероральным приемом в течение не менее одного месяца. Доказано, что эффективность лечения повышается при проведении повторных курсов.

Физиотерапевтические методы, в частности, электроимпульсная терапия, воздействие магнитного поля, токи надтональной частоты и интерференционные токи способствуют улучшению гемодинамики в сосудах малого таза, нормализуют венозный отток, оказывают стимулирующее действие на рецепторный аппарат слизистой оболочки матки. При применении физиотерапии в комплексном лечении ХЭ наблюдается эффект последействия, поэтому оценивать эффективность лечения целесообразно не ранее, чем через 2 месяца.

По результатам исследования Л. В. Боровковой, целью которого являлась оценка эффективности электромагнитной терапии в лечении ХЭ на этапе прегравидарной подготовки, было показано, что при применении данного вида физиотерапевтического воздействия повышался процент наступления беременности и ее благоприятных исходов [12].

При ХЭ возможно также применение таких эффективных технологий, как СКЭНАР-терапия (терапия с помощью самоконтролируемого энергонейроадаптивного регулятора), заключающаяся в воздействии на определенные кожные зоны с большим количеством рецепторов (паравертебральная область, остистые отростки, лицо и др.) низкочастотных электрических импульсов. В основе данного вида терапии лежат два компонента. Во-первых, сигнал способствует возникновению общей реакции центрального отдела нервной системы, проявляющейся в активации и появлении реакции коры и гипоталамуса. При этом процесс передачи информации от внутренних органов к корковому отделу головного мозга облегчается, включается система координации нижележащих отделов ЦНС вышележащими, что приводит к запуску процесса самовосстановления организма. Второй составляющей действия СКЭНАР-терапии является активация кожно-висцеральных рефлексов, что приводит к усилению потока сигналов от конкретного пораженного органа в центральные отделы нервной системы, в частности, в кору. По результатам исследований было показано, что использование электроимпульсной терапии позволяло скорректировать иммунные нарушения при ХЭ и повысить общую эффективность лечения [13, 14].

Т. М. Мотовилова предлагает комбинированное применение поливалентного пиобактериофага и инфракрасного лазера при ХЭ. Плюсами данного вида терапии являются максимальное и эффективное местное воздействие и отсутствие нежелательных системных реакций. Оба фактора потенцируют действие друг друга, в итоге достигается антибактериальный эффект, нормализация гемодинамики, обменных процессов в эндометрии [15].

Из комбинированных методов лечения ХЭ также заслуживает внимания применение озоно- и бактериофаготерапии. Исследование, проведенное Г. О. Гречканевым и Т. М. Мотовиловой, показало, что данная терапия имела значительный клинический эффект и способствовала санации эндометрия, нормализации микрофлоры влагалища [16].

О. А. Заливина показала эффективность эфферентной и лимфотропной терапии при ХЭ. Клиническое выздоровление после курса лечения наблюдалось более чем у 80% пациенток. Были выявлены значительные детоксикационный и иммунокорригирующий эффекты [17].

Так как весомое место при ХЭ имеют фибротические и склеротические процессы, продолжается поиск эффективных препаратов и методов воздействия. Находят

РЕКЛАМА

В рамках форума состоятся прекурсы:

«Патология шейки матки, влагалища и вульвы: от диагностики к рациональной терапии»
Руководители: Байрамова Г.Р., Зароченцева Н.В.

«Акушерские кровотечения и проблемы тромботической микроангиопатии»
Руководители: Пырегов А.В., Шмаков Р.Г.

«Прегравидарная подготовка в группах высокого риска»
Руководитель: Баранов И.И.

Контактная информация:

Участие в научной программе
Игорь Иванович Баранов
+7 (495) 438-94-92
i_baranov@oparina4.ru

Участие в выставке
Анастасия Князева
+7 (926) 611-23-94
knyazeva@mediexpo.ru

Регистрация делегатов
Мария Сизова
+7 (929) 646-51-66
reg@mediexpo.ru

Бронирование гостиниц, авиа и ж/д билетов
Елена Лазарева,
+7 (926) 095-29-02
hotel@mediexpo.ru

▶ Стоимость и условия участия: mother-child.ru mediexpo.ru

МЕДИМА
КРАСНОДАР

18-я Медицинская выставка

22-24 мая
2019
Краснодар
ВКК «Экспоград Юг»

Разделы выставки

- Медицинская техника, оборудование и диагностика
- Фармацевтика и парафармацевтика
- Медицинский туризм
- Медицинская и лабораторная мебель
- Расходные материалы, шовные материалы, медицинская одежда, средства ухода и гигиены
- Реабилитация, травматология, ортопедия

Получите бесплатный билет
на сайте www.medima.su

Ваш промокод: мед19

Организатор
МВК Международная Выставочная Компания
medima@mvk.ru
+7 (861) 200-12-30

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА

СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА-2019
ЮгMEDexpo. PHARMAюг. Салон MEDclinic

23-26 апреля 2019г.

РОСТОВ-на-ДОНУ, Конгресс-отель “Дон-Плаза”
ул. Б.Садовая, 115

PHARMA
ЮГ

ВЫСТАВКА
КОНФЕРЕНЦИЯ

ЮГ MED EXPO

www. plaza-expo.ru

При содействии:
Министерство здравоохранения Ростовской области

ВЫСТАВОЧНАЯ ФИРМА PLAZA expo
Тел.:(863)262-70-57
262-70-56

применение различные ферменты, например гиалуронидаза, однако за счет действия ингибиторов ее активность достаточно низка. Не так давно был создан препарат лонгидаза, представляющий собой конъюгат гиалуронидазы и высокополимерного носителя; за счет данной связи обеспечивается устойчивость вещества и высокая ферментативная активность.

Еще одним важным аспектом в лечении ХЭ является нормализация микрофлоры влагалища. С этой целью применяются препараты местного действия, эубиотики, пробиотики.

До сих пор предметом споров и обсуждений является применение циклической гормональной терапии. Одни специалисты считают, что использование гормонов при лечении ХЭ позволяет нормализовать связь и взаимоотношения в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси и восстановить циклические процессы в эндометрии. Другие же убеждены, что гормонотерапия при ХЭ целесообразна только в случае выявленной гипофункции гонад, либо при хронической ановуляции [18].

Бесспорно, хронический эндометрит является патологией, требующей пристального внимания. Важнейшим аспектом является своевременная диагностика и назначение эффективной и современной терапии [19]. Настороженность специалистов, детальное и комплексное обследование пациенток позволит предотвратить развитие тяжелых осложнений и сохранить репродуктивное здоровье женщины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Унанян А. Л., Коссович Ю. М. Хронический эндометрит: этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение. Роль антифиброзирующей терапии // Лечащий врач. — 2013. — №11/12. — С. 1—8.
2. Кулавский В. А., Мехдиева Ю. Д., Кулавский Е. В., Фролов А. Л. Современный взгляд на лечение хронического эндометрита // Медицинский вестник Башкортостана. — 2015. — №4. — С. 96—102.
3. Петров Ю. А. Микробиологические детерминанты хронического эндометрита // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки. — 2011. — №6 (166). — С. 110—113.
4. Петров Ю. А. Роль микробного фактора в генезе хронического эндометрита // Кубанский научный медицинский вестник. — 2016. — №3 (158). — С. 113—118.
5. Гульмухаммедова Д. Ч., Тотчиев Г. Ф., Токтар Л. Р. Патогенез, диагностика и лечение хронического эндометрита // Вестник РУДН. Серия: Медицина. Акушерство и гинекология. — 2011. — №1. — С. 261—266.
6. Радзинский В. Е., Петров Ю. А., Калинина Е. А. и др. Патогенетические особенности макротипов хронического эндометрита // Казанский медицинский журнал. — 2017. — Т. 98. — №1. — С. 27—34.
7. Бессуднова И. Ю., Кожевникова Е. С. Варианты лечения хронического эндометрита у пациенток с бесплодием и невынашиванием беременности // Журнал акушерства и женских болезней. — 2016. — №65. — С. 60—62.
8. Плясунова М. П., Хлыбова С. В. Хронический эндометрит как одна из актуальных проблем в современной гинекологии // Вятский медицинский вестник. — 2013. — №1. — С. 44—53.
9. Петров Ю. А. Эффективность сонографической диагностики хронического эндометрита // Вестник РУДН. Серия: Медицина. — 2011. — №S5. — С. 248—253.
10. Яковлева О. В. Подходы к реабилитации женщин с хроническим эндометритом после ранних репродуктивных потерь (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2016. — №4—3. — С. 578—581.
11. Унанян А. Л., Коссович Ю. М. Современные подходы к лечению больных с хроническим эндометритом // Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева. — 2016. — №3 (3). — С. 141—146.
12. Боровкова Л. В., Сумина Т. В., Мотовилова Т. М., Замыслова В. П. Клиническая эффективность электромагнитной терапии в лечении хронического эндометрита // Медицинский альманах. — 2015. — №4 (39). — С. 103—105.
13. Петров Ю. А. Гистероскопическая характеристика эндометрия женщин с ранними репродуктивными потерями // Вестник РУДН. Серия: Медицина. — 2011. №S5. — С. 243—247.
14. Черчаго А. Я. Нейрофизиологические механизмы действия аппаратов серии СКЭНАР // Известия ЮФУ. Технические науки. — 2012. — №1. — С. 122—125.
15. Мотовилова Т. М., Качалина Т. С. Перспективы использования альтернативного этиопатогенетического подхода к лечению хронического неспецифического эндометрита // Вестник РУДН. Серия: Медицина. — 2013. — №5. — С. 210—218.
16. Гречканев Г. О., Мотовилова Т. М., Качалина Т. С., Пономарева И. В. Опыт комбинированного лечения хронического эндометрита с использованием озоно- и бактериофаготерапии // Биорадикалы и Антиоксиданты. — 2016. — №3. — С. 144—148.
17. Заливина О. А., Мустафаева И. А., Устинова Е. А. и др. Эфферентная и лимфотропная терапия в лечении хронического неспецифического эндометрита // Бюллетень ВСЦН СО РАМН. — 2007. — №1 (53). — С. 142—144.
18. Овчарук Э. А. Хронический аутоиммунный эндометрит как одна из главных причин нарушения репродуктивной функции (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. — 2013. — №1. — С. 1—11.
19. Петров Ю. А., Радзинский В. Е., Калинина Е. А. Возможности таргентной терапии хронического эндометрита с учетом патоморфотипа // Медицинский вестник Юга России. — 2015. — №4. — С. 71—75.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии №2, г. Ростов-на-Дону.
Блесманович Анна Евгеньевна — соискатель.
Алехина Анжела Геннадьевна — соискатель.
Петров Юрий Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой, e-mail: mr.doktorpetrov@mail.ru.

РЕКЛАМА

МЕДИСКРИН:

НЕИНВАЗИВНАЯ СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКА ПО МЕТОДУ НАКАТАНИ для детей (код ОМС-157018) и взрослых (код ОМС-057018)

Измерения занимают не более трех минут, по значению электропроводности выявляют функциональные нарушения органов, систем органов и всего организма в целом на ранней стадии. Чувствительность методики превышает 75%, специфичность — более 65%.

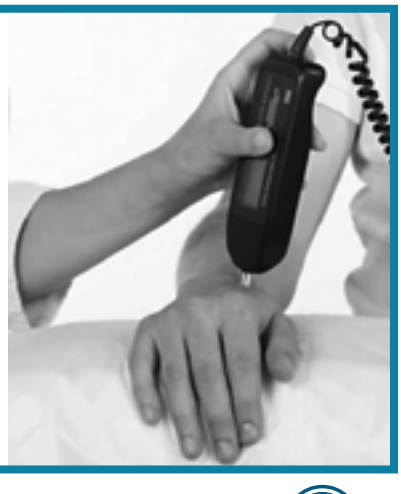
Скрининг: выявляет поражения органов на стадии функциональных отклонений; наиболее эффективен при наблюдении динамики лечения пациента; незаменим, когда противопоказаны или затруднены инструментальные исследования ввиду особенностей состояния больного (пожилой или детский возраст, а также при беременности); улучшает качество работы врача, повышает экономическую эффективность работы клиники в целом.

Прибор мобильный, удобен для выездной работы врача, не требует расходных материалов, предназначен для медицинских учреждений.

Область применения: реабилитация, терапия, рефлексотерапия, физиотерапия, неврология, кардиология, педиатрия, семейная медицина, ЛФК и спортивная медицина, гинекология, урология, профилактическая медицина.

Методика утверждена МЗ РФ, МЕДИСКРИН внесен в реестр новой медицинской техники, сертифицирован, его производство лицензировано.

Подробности по тел. 8 (499) 39-12-789 или на сайте www.mediscreen.ru



РОЛЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОРВИ В СНИЖЕНИИ ОСТРОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД

Ю. А. Дешева, А. В. Панченко

Аннотация. *Острые инфекции верхних дыхательных путей наносят наибольший экономический ущерб среди всех инфекционных заболеваний. Разработанные и применяющиеся методы специфической профилактики гриппа (вакцинация) позволили значительно сократить заболеваемость гриппом. Этого нельзя сказать об острой заболеваемости, вызванной острыми инфекциями верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации. Исследуются различные методы неспецифической профилактики ОРВИ, в том числе метод наружного применения крема «ВИРОСЕПТ». Показана возможность снижения острой заболеваемости, увеличения индекса здоровья при длительном применении крема «ВИРОСЕПТ».*

Ключевые слова: *неспецифическая профилактика ОРВИ, крем «ВИРОСЕПТ».*

THE ROLE OF NON-SPECIFIC PREVENTION OF ARVI IN REDUCING OF ACUTE DISEASES IN THE EPIDEMIC PERIOD

Yu. A. Desheva, A. V. Panchenko

Annotation. *Acute upper respiratory tract infections cause the greatest economic damage among all infectious diseases. Developed and applied methods of specific prophylaxis of influenza (vaccination) have significantly reduced the incidence of influenza. This cannot be said about the acute incidence caused by acute infections of the upper respiratory tract of multiple and unspecified localization. Various methods of nonspecific prevention of ARVI, including the method of external use of the cream «VIROSEPT», are being investigated. The possibility of reducing acute morbidity, increasing the health index with prolonged use of the cream «VIROSEPT», is shown.*

Keywords: *non-specific prophylaxis of ARVI, cream «VIROSEPT».*

Ежегодно острые инфекции верхних дыхательных путей вызывают временную нетрудоспособность у 20% жителей России (две трети из них — дети). В разные годы абсолютное количество заболевших в России составляло от 26 до 33 миллионов человек (рис. 1). По данным Роспотребнадзора, экономический ущерб от этих заболеваний постоянно растет. В 2013 году он составлял 348,632 млрд руб., в 2014 году — более 376,632 млрд руб., а в 2015 году — более 450,365 млрд руб. Также увеличился экономический ущерб от гриппа — с 293,939 млн руб. в 2014 году до 1250,582 млн руб. в 2015 году (государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2015 году», опубликованный на сайте Федеральной службы Роспотребнадзора). Однако данные об экономическом ущербе далеко не полные. С одной стороны, большинство заболевших ОРВИ в легкой форме к врачу не обращаются и продолжают ходить на работу, заражая окружающих. С другой стороны, в пожилом и среднем возрасте, при наличии заболеваний сердца и сосудов, интоксикация, вызванная вирусной инфекцией, приводит к обострению этих заболеваний и может вызвать летальный исход. В эпидемический период больные с ОРВИ и гриппом отнимают больше половины рабочего времени участковых терапевтов.

В настоящее время Минздравом РФ проведена огромная работа по профилактике гриппа как наиболее опасной респираторной инфекции, являющейся основной причиной гибели людей от инфекционных

заболеваний в эпидемический период. Наиболее заметными шагами явилось создание противогриппозных вакцин и вакцинирование населения. Из рисунка 1 видно, что с начала 2000 годов по настоящее время уровень вакцинации увеличился почти в четыре раза. Эти усилия привели к многократному — более чем в 7 раз только за период 2013—2014 гг. — снижению заболеваемости гриппом в нашей стране среди детей и взрослых. Но, к сожалению, количество заболевших другими респираторно-вирусными инфекциями не уменьшилось. Связано это с тем, что в структуре острой заболеваемости грипп даже в самые худшие годы занимал не более 20% случаев (по данным Роспотребнадзора). По данным же Е. И. Бурцевой (НИИ вирусологии им. Д. И. Ивановского, ФГБУ «ФНИЦЭМ им. Н. Ф. Гамалеи» МЗ РФ), у госпитализированных по поводу ОРВИ вирусы гриппа выявлялись более чем в 31,4% случаев. По их же данным, частота обнаружения гриппа в странах Европы составила 33%, а в США — 28%. Остальное приходится на другие вирусные и бактериальные инфекции (известно более 200 возбудителей и штаммов), влиять на которые вакцинацией невозможно. Это подтвердилось зимой 2015 года, когда вдруг резко повысилась заболеваемость и смертность от ОРВИ (на 5,2%, по данным Росстата). В то же время в феврале 2015 года министр здравоохранения РФ В. И. Скворцова сообщила о снижении заболеваемости гриппом в 8 раз, что связывалось с высоким процентом вакцинированных от гриппа. Рост смертности связывается ею с тем, что «...в этом году ошибку допустила Всемирная организация здравоохранения, которая в вакцинальном штамме — он единый, распространяется по всем странам, — не предусмотрела, не учла тех мутаций, который претерпел один из доминантных штаммов, — заявила она журналистам ТАСС. — И на нашей территории во многих регионах он был доминантным — N3H2». Таким образом, вакцинация, являясь наиболее эффективным способом борьбы с гриппом, не может снизить уровень острой заболеваемости, которая преимущественно вызвана другими (помимо вирусов гриппа) возбудителями (парагрипп — 8—10%, адено- и риновирусные инфекции — от 30—50% до 80%, ротавирусная,

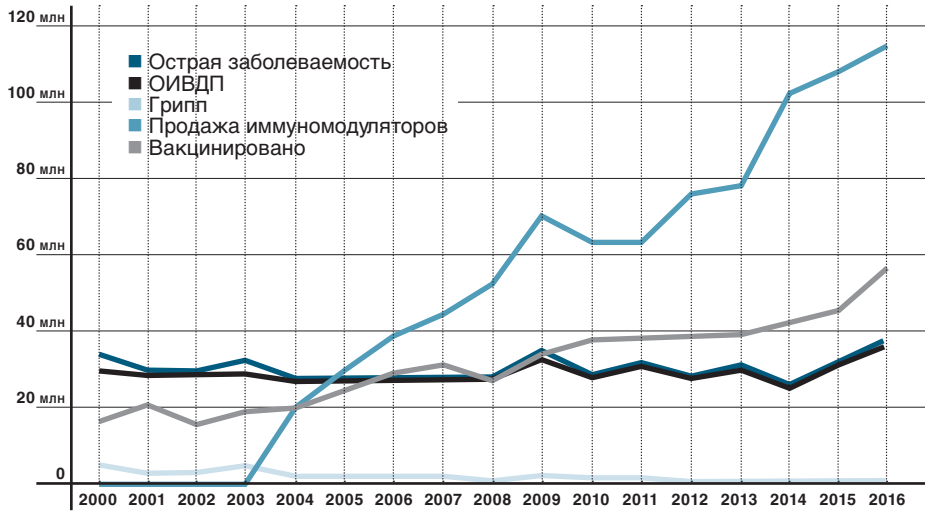


Рис. 1. Динамика острой заболеваемости, продаж иммуномодулирующих препаратов и уровня вакцинации в РФ.

калицивирусная, коронавирусная инфекции — до 15%, респираторно-синтициальные вирусы, энтеровирусы — 5%, микоплазменные инфекции — 10—15%, бактериальные инфекции — 6—10%, микст-вирусная инфекция — 25—30%).

Эффективность вакцинации также зависит от совпадения вакцинных и актуальных штаммов вирусов гриппа (данные предоставляются ВОЗ), обусловленных мутациями вируса гриппа. В качестве механизмов мутации называют, например, антигенный дрейф вируса гриппа (аминокислотные замены в HA и NA по отношению к вакцинальному штамму), антигенный шифт и рекомбинация. Несовпадение вакцинного и актуального штаммов вирусов гриппа, постоянные их мутации приводят к снижению эффективности противогриппозных вакцин. Например, по данным исследователей США, эффективность вакцин в отношении нового вируса A(H3N2) в 2014—2015 гг. составила 18—25%, вируса гриппа B — 45%.

Другим направлением профилактики сезонных эпидемий является профилактическое применение противовирусных и иммуномодулирующих препаратов. В настоящее время создано большое количество средств для лечения и профилактики гриппа и других ОРВИ. За последние 10 лет уровень их потребления вырос в 5,75 раза (см. рис. 1). Однако, несмотря на большое количество исследований, подтверждающих высокую профилактическую эффективность таких препаратов, количество заболевших различными формами ОРВИ не уменьшается. По нашему мнению, это связано с тем, что до 90% случаев прием таких препаратов осуществляется в период развития симптомов заболевания (заболевание фактически началось), и только 10% использовавших их принимали иммуномодуляторы или противовирусные препараты в качестве средства профилактики, на фоне полного здоровья. При этом продолжительность приема составляла от 1 до 8 недель. Но в климате средней полосы риск заразиться ОРВИ сохраняется в течение полугода. Фактически большая часть населения нашей страны на протяжении всего опасного периода оказывается незащищенной от вирусов гриппа, других ОРВИ.

В связи с этим необходимы безопасные и универсальные способы снижения острой заболеваемости в течение осеннего, зимнего и большей части весеннего периодов. В качестве защитных мер, направленных на снижение заболеваемости, можно рекомендовать:

- *ношение масок;*
- *ограничение посещений общественных мест;*
- *мытье рук с антисептическими растворами и мылом;*
- *проветривание помещений;*
- *обработку воздуха в помещениях ультрафиолетом;*
- *своевременную очистку и дезинфекцию систем кондиционирования воздуха и вентиляции.*

Значение регулярного мытья рук в снижении острой заболеваемости у детей (до 50%) было показано в работе S. P. Luby at all. «Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial».

Перспективным подходом к проблеме снижения острой заболеваемости является предупреждение

внедрения вируса в организм человека при помощи наружных средств. В качестве одного из таких препаратов нами предложен **крем «ВИРОСЕПТ».** Методика применения «ВИРОСЕПТА» и сама идея защищать слизистую оболочку носа от контакта с вирусами не является уникальной. В качестве средства защиты слизистой носа хорошо известна оксолиновая мазь. В последние годы появились указания на профилактическую эффективность эфирного масла «Дыши», назального порошкового спрея «Назаваль плюс», Инфа-Геля, содержащего интерферон-альфа, бактериальных лизатов со свойствами вакцин системного и топического применения (ИРС 19, Имудон, Исмиген, Рибомунил, Бронхомунал, Бронховаксон). Элиминационная терапия слизистых оболочек (Аквамарис, Аквалор, Салин, Маример, Ризосин, Долфин, Физиомер) также давала положительные результаты в плане снижения острой заболеваемости.

Целью исследования крема «ВИРОСЕПТ» явилось изучение его влияния на острую заболеваемость учащихся средних школ в осенне-зимний и весенний период по сравнению с аналогичными периодами предшествующего года. Помимо этого, изучались оптимальные методики применения крема «ВИРОСЕПТ».

Для оценки эффективности «ВИРОСЕПТА» оценивались:

- *частота заболеваний;*
- *средняя продолжительность болезни;*
- *длительность нетрудоспособного периода;*
- *индекс здоровья (соотношение ни разу не заболевших за исследуемый период к общему списочному составу обследуемых).*

Сравнительный анализ острой заболеваемости проводился среди учащихся 3-х и 5-х классов Глуховской школы-интерната №2 и школы-интерната №7 г. Ногинска. Дети имели контакт с одноклассниками и учащимися других классов, живущих дома. Период наблюдения: с ноября 2003 г. по март 2005 г.

«ВИРОСЕПТ» при наружном применении оказывает антисептическое действие, предотвращает внедрение вирусов и бактерий в организм человека при нанесении на наружную часть носовых ходов, обладает подсушивающим и регенерирующим эффектом.

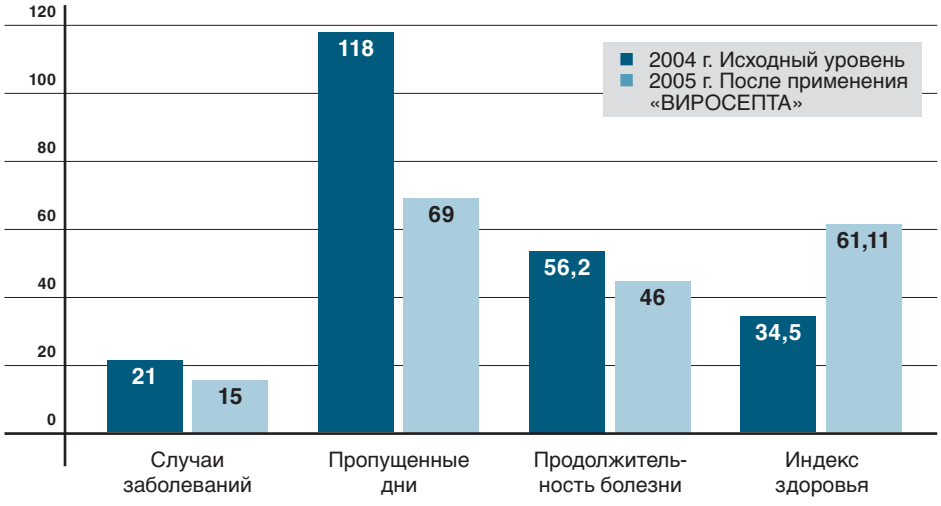


Рис. 2. Динамика показателей острой заболеваемости в результате курса профилактического применения крема «ВИРОСЕПТ» один раз в сутки.

В его состав входят окись цинка, салициловая кислота, йодид калия, метилурацил, масло облепиховое, L-лизин, экстракт травы чистотела, эфиры параоксибензойной кислоты.

Крем «ВИРОСЕПТ» наносился ежедневно, один раз в день, утром на наружную часть носовых ходов. Применение крема проводилось в осенне-зимний период (с октября по март). Крем применялся как средство профилактики ОРВИ и гриппа и в период болезни. Применение крема не вызывало раздражений кожи, предотвращало обветренность кожи лица под воздействием низких температур и ветра. Сравнение данных острой заболеваемости среди детей показало, что в результате применения крема «ВИРОСЕПТ» отмечено заметное уменьшение случаев острых заболеваний — с 21 до 15 (снижение на 28,6%) (рис. 2). Средняя продолжительность болезни в 3-х и 5-х классах после применения крема «ВИРОСЕПТ» уменьшилась на 18,15% (5,62 дня в 2003—2004 гг. и 4,6 дня в 2004—2005 гг.). В итоге общее количество пропусков по болезни в 2004—2005 гг. в 3-х и 5-х классах сократилось на 41,53% (118 дней в 2003—2004 гг. и 69 дней в 2004—2005 гг.). В период применения крема «ВИРОСЕПТ» значительно возрос индекс здоровья (он вычислялся следующим образом: количество ни разу не заболевших детей умножалось на 100% и делилось на среднесписочный состав). Среднее увеличение индекса здоровья составило 61,11%.

В школе-интернате №7 г. Ногинска наблюдения проводились у 170 детей — учащихся 1—11 классов, из них 60 детей находились на постоянном пребывании. Период наблюдения — с сентября 2003 г. по май 2005 г.

Методика применения крема «ВИРОСЕПТ» в школе-интернате №7 отличалась от использованной в Глуховской школе-интернате. В школе №7 наносить крем «ВИРОСЕПТ» предлагали всем учащимся, а детям, нахо-

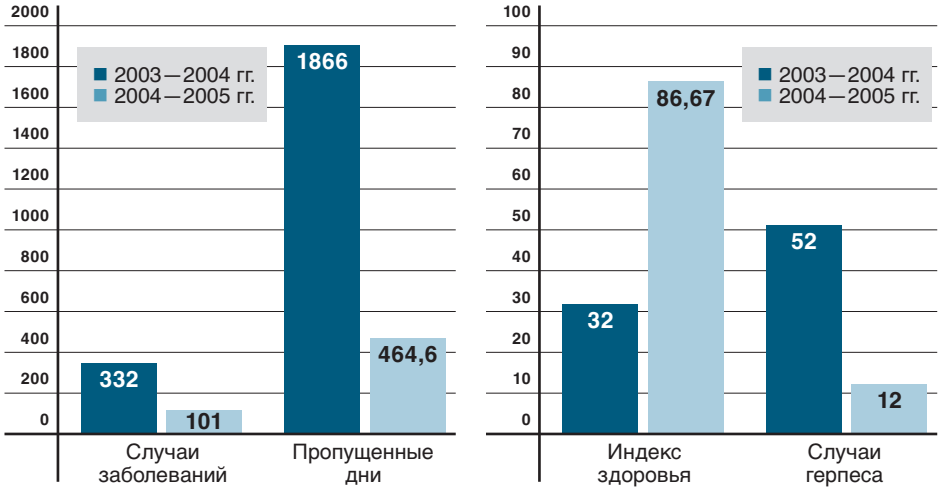


Рис. 3. Сравнение острой заболеваемости до и после курса применения крема «ВИРОСЕПТ» два раза в сутки (школа №7).

дящимся на постоянном пребывании, крем предлагали применять 2 раза в день. Оценка результатов показала, что если до применения крема «ВИРОСЕПТ» в 2003—2004 гг. количество случаев ОРВИ составляло 332, а количество случаев герпеса — 52, то после применения крема в 2004—2005 гг. количество случаев ОРВИ сократилось до 101, а герпеса — до 12 (рис. 3).

Причиной высокой эффективности применения метода может являться тот факт, что клетки эпителия верхних отделов респираторного тракта человека содержат, в основном, рецепторы для гемагглютинина вирусов гриппа А (a2'-6'-сиалозиды). Эпидемические штаммы вируса гриппа, имея a2'-6'-специфичность, легко репродуцируются в верхних отделах респираторного тракта. Поэтому защита этих участков слизистой оболочки дает наибольший эффект.

ВЫВОДЫ

1. Различные методы неспецифической профилактики ОРВИ, в том числе применение крема «ВИРОСЕПТ», могут значительно снизить острую заболеваемость в эпидемический период.

2. Большинство методов неспецифической профилактики ОРВИ дают положительный эффект в период их применения и зависят от частоты применения (масло «Дыши», крем «ВИРОСЕПТ»). Так, увеличение частоты применения «ВИРОСЕПТА» в 2 раза (до 2-х раз в день) и использование его в качестве профилактики всеми членами коллектива позволяет более чем в 10 раз увеличить эффективность в отношении снижения острой заболеваемости.

3. Удобство применения и безопасность метода может иметь решающее значение в его выборе для пациента и возможности длительного применения (осенне-весенний период), что во многом определяет его профилактическую эффективность.

4. Высокая эффективность методов профилактики ОРВИ, связанных с защитой слизистой носа, может быть обусловлена тем, что именно в верхних отделах респираторного тракта содержатся рецепторы гемагглютинина вирусов гриппа эпидемических штаммов.

5. Своевременная вакцинация от гриппа предупреждает заболеваемость гриппом и смерть от гриппа, однако не предупреждает заболевания, вызванные другими респираторными вирусами, в связи с чем необходимо дополнять вакцинацию различными методами неспецифической профилактики.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Дешева Юлия Андреевна — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела вирусологии ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», г. Санкт-Петербург.

Панченко Алексей Викторович — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, e-mail: inpharma2000@live.com.

КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ КРЕМА «ВИРОСЕПТ»:
(495) 729-49-55, WWW. INPHARMA2000.RU.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РН-МЕТРИИ СЛИЗИСТОЙ РОТОГЛОТКИ, МОЧИ И КОЖИ У БОЛЬНЫХ ГРИППОМ И ДРУГИМИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

А. А. Курдин, Ю. М. Амбалов, С. В. Гнутов, В. В. Пантелеева

Аннотация. *Хотя грипп и другие острые респираторно-вирусные инфекции занимают лидирующее положение среди инфекционных и неинфекционных заболеваний, многие стороны их патогенеза остаются пока недостаточно изученными. Так, до сегодняшнего времени нет сколько-нибудь четкого понимания характера связи снижения у больных гриппом и другими острыми респираторно-вирусными инфекциями pH слизистой ротоглотки с кислотно-основным состоянием крови. Между тем, это представляется весьма важным как с патогенетической, так и с клинической точки зрения.*

Ключевые слова: *кислотность, предплечье, грипп, кожа.*

CLINICO-PATHOGENETIC VALUE OF PH-METRY OF THE MUCOSA OF THE OROPHARYNX, URINE AND SKIN IN PATIENTS WITH INFLUENZA AND OTHER ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS

A. A. Kurdin, Yu. M. Ambalov, S. V. Gnutov, V. V. Panteleeva

Annotation. *Although influenza and other acute respiratory viral infections occupy a leading position among infectious and non-infectious diseases, many aspects of their pathogenesis remain insufficiently studied. This cannot but affect the most negative way on the clinical and applied aspects of these diseases. So, to date, there is no clear understanding of the nature of the relationship of reduction in patients with influenza and other acute respiratory viral infections of the pH of the mucous oropharynx with acid-base blood. Meanwhile, it seems to be very important from both pathogenetic and clinical point of view.*

Keywords: *acidity, forearm, flu, skin.*

ВВЕДЕНИЕ

Грипп и другие острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ) являются самыми распространенными инфекционными болезнями человека [1]. Особой клинико-социальной значимостью характеризуется грипп, отличающийся выраженной склонностью к эпидемическому и пандемическому распространению, а также неблагоприятному клиническому течению. Тем не менее, некоторые стороны патогенеза этих вирусных заболеваний остаются недостаточно ясными. Несмотря на это, рекомендуемые в настоящее время методы прогноза течения этих заболеваний уже не отвечают потребностям практического здравоохранения. Очевидно, что это, так или иначе, связано с недостаточным уровнем наших знаний и представлений о патогенезе как гриппа, так и других ОРВИ [2, 3, 5, 8]. В связи с этим целью нашей работы явилось определение клинико-патогенетической роли повышения кислотности слизистой ротоглотки, крови, кожи и мочи у больных гриппом и другими ОРВИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В обследование были включены 125 человек, в том числе 70 мужчин (56,5%) и 55 женщин (43,5%) в возрасте от 21 года до 57 лет, из них гриппом был болен 71 человек, парагриппом и аденовирусной инфекцией — 54 человека. Диагноз у указанных пациентов был верифицирован путем обнаружения в слизистых рото- и носоглотки специфических РНК и ДНК вирусов путем ПЦР-диагностики. В 69,6% случаев заболевание сопровождалось среднетяжелым течением, у остальной группы пациентов — тяжелым течением или течением, осложненным пневмонией.

В исследование не включались пациенты с наличием хронических заболеваний верхних дыхательных путей и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью [4]. Определение кислотности слизистой ротоглотки и кожи ладонной поверхности нижней трети правого предплечья проводили с использованием портативного pH-метра Extech pH 110, мочи — с помощью индикаторных полосок. Определение кислотности слизистой ротоглотки проводилось в утренние часы натощак без специальной диеты, независимо от уровня лихорадки. Лечение больных осуществлялось в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи. Показатели кислотно-основного состояния крови определяли на аппарате Rapidpoint 405. Для установления референтных значений показателей pH слизистой ротоглотки, мочи и кожи дополнительно были обследованы 32 практически здоровых человека, также не страдающих хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Статистическая обработка полученных данных была проведена с помощью анализа парных выборок по критерию Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенных исследований было установлено, что у больных гриппом и другими ОРВИ снижение уровня pH слизистой ротоглотки, кожи и мочи более выражено в первые дни заболевания и у лиц с тяжелым или осложненным течением заболевания: на слизистой ротоглотки — до 4,83±0,09 против 6,02±0,02 у практически здоровых людей ($p<0,001$); на коже тыльной поверхности правого предплечья: до 4,85±0,05 против 5,61±0,03 в норме ($p<0,001$); мочи — 4,72±0,05 против 5,61±0,03 в норме ($p<0,001$) [4, 5, 6, 8]. Что касается показателей кислотно-основного состояния крови у данных пациентов, то у 23,3% больных показатели pH и pCO2 колебались в пределах нормы, однако уровни pO2 и особенно BE были явно снижены (как, впрочем, и у всех пациентов); у 40% пациентов при нормальной величине pH уровень pCO2 оказался значительно сниженным, что позволило квалифицировать у этих лиц компенсированный метаболический ацидоз; у 20% больных при сниженном pH уровень pCO2 не претерпевал выраженных отклонений, что мы трактовали как декомпенсированный метаболический ацидоз; у 13,3% пациентов выявлялся частично компенсированный респираторный ацидоз (при сниженном pH уровень pCO2 был повышенным); и наконец, у 3,4% пациентов кислотно-основное состояние крови трактовалось как компенсированный респираторный ацидоз [7].

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Полученные при исследовании pH мочи и pH кожных покровов результаты фактически повторяют то, как ведет себя кислотность слизистой ротоглотки. Это дает нам основание утверждать, что при гриппе и других ОРВИ сдвиги показателей pH носят не только локальный характер, при этом показатели кислотно-основного состояния крови не претерпевают каких-либо закономерных изменений. У больных гриппом и другими ОРВИ в начальном периоде заболевания, при отсутствии каких-либо сдвигов показателей кислотно-основного состояния крови, происходит повышение кислотности слизистой ротоглотки, выраженное в большей мере при тяжелом и осложненном течении заболевания [5]. Наиболее близкими по величинам pH слизистой ротоглотки были показатели pH кожи тыла правого предплечья. Это позволяет использовать pH-метрию этого участка кожи для оценки у больных гриппом и другими ОРВИ уровня кислотности слизистой ротоглотки.

ВЫВОДЫ

Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных гриппом и другими острыми респираторно-вирусными инфекциями происходит повышение кислотности слизистой ротоглотки, выраженное в большей мере при тяжелом и осложненном течении заболевания. Показатели pH слизистой ротоглотки коррелируют у больных гриппом и другими острыми респираторно-вирусными инфекциями с pH мочи и pH кожи, что позволяет предполагать участие последней в регуляции, наряду с буферными системами крови, легкими и почками, кислотно-основного баланса крови этих пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кареткина Г. Н. Грипп, ОРВИ: проблема профилактики и лечения // Инфекционные болезни. Новости, мнения, обучение. — 2015. — №4 (13). — С. 25—34.
2. Волошин Р. Н, Балбукова Е. В., Донцов Д. В. и др. Клинико-патогенетическое значение полиморфизма генов, участвующих в противовирусной защите организма // Матер. IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания», Сочи, 2017. — С. 10—11.
3. Васильева И. И., Темников В. Е., Донцов Д. В. и др. Роль повышенной кислотности кожи в патогенезе рецидивов простого герпеса // Акт. вопр. инф. патол. Юга России: Мат. III южнорос. науч.-практ. конф. с междун. участием. — Ростов-на-Дону — Краснодар — Сочи, 2008. — С. 34.
4. Лунев А. В. Показатели pH-метрии секрета глотки и гортани у больных хроническим ларингитом и фаринголарингеальным рефлюксом // Аспирантский вестник Поволжья. — 2009. — №7—8. — С. 28—31.
5. Чернух А. М., Александров П. Н., Алексеев О. В. Микроциркуляция. — М.: Медицина, 1984. — 432 с.
6. Федорович С. В. К методике определения pH поверхности кожи // Вестник дерматологии и венерологии. — 1976. — №3. — С. 74—76.
7. Донцов Д. В., Суладзе А. Г., Кузнецова Г. В., Васильева И. И. Клиническое значение показателей pH кожи, крови, слюны и мочи у здоровых лиц и у больных рожей нижних конечностей // Акт. вопр. инф. патол. Юга России: Мат. II южнорос. науч.-практ. конф. с междун. участием. — Ростов-на-Дону — Краснодар — Майкоп, 2006. — С. 42—43.
8. Донцов Д. В., Суладзе А. Г., Кузнецова Г. В., Васильева И. И. Определение pH кожи и слизистых у больных простым герпесом в динамике инфекционного процесса // 61-я итог. науч. конф. мол. ученых: аннот. докладов и матер. дня науки РостГМУ. — Ростов-на-Дону, 2007. — С. 47—48.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Кашарского района Ростовской области «Центральная районная больница».
Курдин Алексей Александрович — заместитель главного врача по медицинской части, e-mail: kurdin13@rambler.ru.
Гнутов Сергей Викторович — заведующий терапевтическим отделением.
Пантелеева Виктория Вадимовна — врач-невролог терапевтического отделения.
Амбалов Юрий Михайлович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону.

ОСНОВНЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

И. В. Дубатова, Н. В. Никонова, А. В. Сафроненко, И. А. Демидов

Аннотация. *В исследовании приняли участие 98 женщин с алкогольной зависимостью. Выявлены основные прогностические критерии злокачественного течения алкоголизма: наследственная отягощенность алкоголизмом и аффективными психозами, психопатизация личности, преимущественно дисоциального и эмоционально неустойчивого импульсивного типа, гедонистический мотив начала потребления, возраст начала злоупотребления алкоголем до 20 лет, аутохтонный характер рецидивов алкоголизации в виде истинных запоев, брак или сожительство с пьющим партнером, паразитические и иждивенческие тенденции. Прогностическими критериями менее проградиентного, «мягкого» течения алкоголизма являются: отсутствие наследственной отягощенности по алкоголизму, наличие истерических, гипотимических и тревожных черт характера, не выходящих за пределы акцентуации, преимущественно атарактический мотив начала потребления, возраст начала злоупотребления алкоголем после 25 лет, рецидивы алкоголизации, связанные с психотравмирующими ситуациями, одиночество в личной жизни, более высокий профессиональный и социальный статус.*

Ключевые слова: *алкогольная зависимость у женщин, наследственность, акцентуация, психопатизация, психотравмирующая ситуация, микросоциальный конфликт, злокачественный тип течения, «мягкий» тип течения.*

THE MAIN PROGNOSTIC CRITERIA FOR THE COURSE OF FEMALE ALCOHOLISM

I. V. Dubatova, N. V. Nikonova, A. V. Safronenko, I. A. Demidov

Annotation. *A clinical and follow-up study of 98 women with alcohol addiction was conducted. The main prognostic criteria of the malignant course of alcoholism in women were identified: hereditary aggravation with alcoholism and affective psychosis, psychopatisation of personality, mainly dissocial and emotionally unstable, impulsive type, mainly hedonic consumption initiation, age of onset of alcohol abuse up to 20 years, autochthonous nature of the recurrence of alcohol abuse in the form of true hard drinking, marriage or cohabitation with a drinking partner, parasitic and dependent tendencies. The prognostic criteria of a more benign, «mild» course of alcoholism dependence in women include: the absence of hereditary burden of alcoholism, the presence of hysterical, hypothymic and disturbing character traits that do not go beyond the limits of accentuation, predominantly ataratic motive of the beginning of consumption, the age of onset of alcohol abuse after 25 years, relapse of alcoholism associated with psychotraumatic situations, loneliness in personal life, higher professional and social status.*

Keywords: *alcohol dependence in women, heredity, accentuation, psychopathisation, psycho-traumatic situation, microsocial conflict, malignant type of flow, «mild» type of flow.*

Изменение роли женщины в современном обществе, набирающие обороты феминизация и эмансипация отражаются на потреблении женщинами спиртсодержащих веществ, что исторически считалось мужской проблемой. В настоящее время отмечается опережающий рост женского алкоголизма по отношению к мужскому. Так, в середине 80-х годов соотношение женщин и мужчин среди больных алкоголизмом в России было 1:12, к началу 90-х годов сократилось до 1:9, а за последнее десятилетие оно приблизилось к 1:3 [1, 2].

Такое стремительное развитие женского алкоголизма по сравнению с мужским тесно связано как с биологическими, так и социально-психологическими факторами. Среди биологических факторов ведущее значение принадлежит, прежде всего, наследственности [3]. По данным отечественных и зарубежных авторов, особое

значение имеет алкоголизм у матери: риск развития алкоголизма у их дочерей достигает 22%, а если оба родителя употребляют алкоголь, то у девочек в 4 раза возрастает вероятность развития алкоголизма в будущем [4, 5, 6]. Немаловажное значение имеет и меньшее содержание воды в женском организме по сравнению с мужским (в среднем на 10%), что определяет повышенную концентрацию алкоголя при одинаково выпитой дозе [7]. Также имеет значение и неодинаковый метаболизм этанола из-за снижения ферментативной активности алкогольдегидрогеназы, взаимодействие алкогольдегидрогиназы с половыми гормонами, снижение ее концентрации в желудке при более высокой всасываемости алкоголя из желудка в предменструальный период и т. д. [8]. Все это позволяет говорить об особой тяжести и злокачественности женского алкоголизма, а также его некурабельности [9, 10, 11].

Нельзя не отметить, что возросшая в наши дни социализация женщины в общественно-экономической жизни, следование мужскому стереотипу жизненных ценностей, ее желание реализовать свои личностные притязания, занять высокое социальное положение также вносит свой вклад в проблему женского алкоголизма. Ведь следствием такой самореализации часто является «расплата» в виде разводов, одиночества, чувства вины перед близкими, детьми, что выливается в депрессивные реакции с аутоагрессивным поведением [12]. Вместе с тем, семейная жизнь женщины, проживающей с партнером-алкоголиком, представляет существенный риск в плане развития у нее алкогольной зависимости [13]. Микросоциальная среда относится к одному из факторов риска по алкоголизму. Описан «феномен спаивания» мужьями своих жен, в основе которого лежит феномен ролевого выравнивания, придания «гармоничности» семейной системе [14]. Немаловажную роль в проблеме женского алкоголизма играют и особенности российского менталитета. Несмотря на все «успехи» эмансипации, общественное «табу» на женскую алкоголизацию остается актуальным. Если пьяный мужчина, в большей части случаев, вызывает жалость, сочувствие, сострадание, то к пьяной женщине не может быть других чувств, кроме как отвращения, презрения, брезгливости. Поэтому большинство женщин пьют в одиночестве, пряча свой алкоголизм за «высоким каменным забором», а учитывая рано возникающую анозогнозию, за специализированной помощью обращаются уже при развернутой стадии болезни.

Однако, наряду с мнением об особой злокачественности алкоголизма у женщин, появляются исследования, свидетельствующие о менее проградиентном, «мягком» его течении [15, 16, 17, 18].

Целью работы явилось установление биологических, психологических и социальных критериев, характеризующих темп формирования и течения алкоголизма у женщин.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 98 пациенток в возрасте от 25 до 50 лет (средний возраст 37,8±2,4 лет), проходивших лечение в женском приемном отделении Аксайского филиала государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Психоневрологический диспансер» с диагнозом: «синдром зависимости от алкоголя, вторая стадия зависимости». Диагностика осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10.

Критериями включения пациенток в исследование являлись: женский пол, наличие установленного в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 диагноза «Алкогольная зависимость» (F10.2). Критериями исключения являлись: наличие другой химической зависимости (за исключением никотиновой), наличие эндогенного психического расстройства.

В исследовании были использованы в качестве основных методов: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психологический и статистический. Для оценки личностно-психологических показателей использовался тест СМИЛ (стандартизированный метод исследования личности — адаптированный вариант методики MMPI — Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

В качестве прогностических критериев, участвующих в формировании и течении алкоголизма у женщин, анализировались следующие параметры: наследственный фактор, особенности родительской семьи и методы воспитания в детстве, возраст и мотивация начала потребления алкоголя, наличие дисгармонии характера, образовательный уровень, социальный статус, семейное положение, причины рецидивов алкоголизации.

Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программы STATISTICA 12.0 (StatSoft Inc., США).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Систематизация полученных данных позволила выделить две группы больных. В 1-ю группу вошли 35 пациенток (35,71%) с относительно «мягким» течением алкоголизма, 2-ю группу составили пациентки со злокачественным течением алкоголизма — 63 женщины (64,29% от общей выборки).

В 1-й группе наследственная отягощенность была выявлена у 9 пациенток (25,47%) в виде злоупотребления алкоголем их отцами (без психозов), у 4 женщин (11,43%) матери периодически лечились у психиатра по поводу депрессивного расстройства. В детстве 24 женщины (68,57%) росли в неполных семьях, без отцов, 6 женщин (17,24%) — в семьях с пьющим отчимом. Большинство женщин — 27 (77,14%) — воспитывались в системе повышенной моральной ответственности, «золушки», при этом отсутствовали теплые доверительные отношения между родителями и детьми, пациентки в семье испытывали эмоциональное отвержение, чувствовали себя «обузой».

Возраст начала систематической алкоголизации у 22 пациенток (62,86%) 1-й группы был после 25 лет, у 7 (17,14%) — после 30 лет. Первоначальной причиной потребления в большинстве случаев (у 15 женщин, 42,86%) являлся атарактический мотив «успокоения, ухода от проблем, снятия напряжения». Также мотивами

употребления алкоголя у 12 пациенток (34,29%) было стремление произвести впечатление, у 8 женщин (22,86%) была субмиссивная мотивация, «под уговорами окружающих». В последующем при формировании синдрома зависимости у 23 женщин (65,71%) рецидивам алкоголизации предшествовали существенные психотравмирующие ситуации (болезнь и смерть близких, ссоры в семье, развод, конфликты на работе, увольнение с работы), у 9 пациенток (25,71%) алкоголизация определялась «вынужденной» ролью в пьющем коллективе, у 3 (8,57%) — проживанием с партнером-алкоголиком. Таким образом, в 1-й группе практически во всех случаях при возобновлении алкоголизации обнаруживалась тесная взаимосвязь с окружающей микросредой, психическими травмами в семейной и социальной жизни.

У 85,4% пациенток 1-й группы отмечались расстройства личности, не выходящие за рамки акцентуаций. В большинстве случаев (у 11 женщин, 31,43%) наблюдалась повышенная личностная тревожность с характерной гиперсенситивностью, страхом социального неприятия, критики в свой адрес. Достаточно часто (у 10 женщин, 28,57%) наблюдались истероидные черты с постоянным стремлением к признанию со стороны окружающих, преувеличенным выражением эмоций, самодраматизацией. У 6 женщин (17,14%) были представлены гипотимические черты со склонностью к депрессивному типу реагирования при психотравмирующих ситуациях. В меньшей степени 5 женщин (14,29%) представляли собой эмоционально-лабильные личности с характерной конформностью, ранимостью, обидчивостью, и у 3 пациенток (8,57%) наблюдались расстройства типа зависимой личности, со страхом одиночества, подчинение своих потребностей потребностям других людей, от которых они находились в зависимости.

В 1-й группе образовательный уровень у 3 женщин (8,6%) составлял неполное среднее образование, у 15 (60%) — среднее и средне-специальное образование и у 6 (44%) — высшее образование. При этом 19 женщин (76%) имели постоянную работу, 5 из них (21%) — высокооплачиваемую.

В личной жизни 16 женщин 1-й группы (64%) были одиноки, в остальных случаях — замужем. Большинство из них считали свой брак неблагополучным, но избегали развода, боясь социального осуждения. Дети проживали во всех случаях с матерями. У 7 женщин (28%) дети имели различные отклонения в психической и соматической сферах. В большинстве случаев, 23 женщины (65,71%) в этой группе понимали, что причиной их проблем является потребление алкоголя, дорожили профессиональным статусом, заботились о детях и престарелых родителях, стремились получить медицинскую помощь — как психофармакологическую, так и психотерапевтическую.

Во 2-й группе наследственная отягощенность по алкоголизму отмечалась у 26 пациенток (41,27%) по линии отца и у 13 (20,64%) — по линии матери. У 18 пациенток (28,57%) у родственников первой и второй степени родства отмечались различные психические расстройства: психозы, преимущественно депрессивного спектра, различные аддикции как химического, так и нехимического свойства, агрессивные и аутоагрессивные (суицидальные) формы поведения.

Во 2-й группе в детстве значительная часть женщин — 47 (74,60%) — проживала в семьях, где один или оба родителя злоупотребляли алкоголем. В то же время 16 человек (25,40%) имели непьющих родителей, жили в семьях с хорошим материальным достатком. Вместе с тем, практически все женщины — 57 (90,48%) — считали, что они безразличны родителям, 15 пациенток (23,81%) считали, что родителям нужны были «только хорошие отметки в дневнике». Доминирующим типом воспитания у 33 человек (52,38%) являлась гипоопека, у 17 (26,98%) — доминирующая гиперпротекция, 13 женщин (20,63%) воспитывались в стиле жестоких отношений, подвергались физическим наказаниям.

Во 2-й группе возраст начала систематической алкоголизации у 44 человек (69,84%) был до 20 лет, у 11 человек (17,46%) — до 18 лет и лишь у 8 (12,70%) — после 20 лет. У 39 пациенток (61,91%) с раннего подросткового возраста (11—12 лет) отмечались аддиктивные формы поведения, связанные с эпизодическим потреблением психоактивных веществ (курение табака, каннабиноидов (марихуана, гашиш), употребление стимуляторов (экстази), у 46 (73%) отмечались проблемы с учебой.

Во 2-й группе первоначальная алкоголизация у 41 пациентки (65,08%) возникала без внешнего принуждения, психической травматизации; инициатива употребления алкоголя принадлежала самим женщинам. Ведущим мотивом потребления у 36 из них (57,14%) являлся гедонистический, заключающейся в стремлении быстро и легко получить удовольствие. У 15 женщин (23,81%) мотивом было стремление произвести впечатление на окружающих. В меньшей степени, у 12 женщин (19,05%), мотивом была субмиссивная мотивация, «под уговорами окружающих».

Во 2-й группе основной причиной рецидивов алкоголизации в большинстве случаев (n=44, 69,84%) являлась актуализация первичного влечения к алкоголю, которая носила генерализованный характер, формировала жизненные принципы и определяла поведение пациенток. У 13 женщин (20,64%) преобладала уверенность в возможности «пить как все» и лишь у 6 (9,52%) причины были ситуационно обусловлены микросоциальными конфликтами. При этом наблюдались преимущественно истинные запои, приводящие к тяжелым последствиям как в сомато-неврологической сфере, так и в социально-личностном аспекте.

Во 2-й группе более чем в половине случаев — у 47 пациенток (74,60%) — отмечались отчетливые характерологические девиации, доходящие до уровня психопатизации. При этом у 23 пациенток (47,92%) отмечалось диссоциальное расстройство личности, проявляющееся грубостью и бессердечностью, безответственностью и пренебрежением социальными правилами и обязанностями. У 15 женщин (31,25%) наблюдалось эмоционально неустойчивое расстройство личности импульсивного типа, характеризующееся эмоциональной неустойчивостью, выраженной раздражительностью,

вспышками интенсивного гневливого аффекта, отсутствием контроля импульсивности, часто приводящим к жестокости и агрессии. В меньшем проценте случаев — у 9 пациенток (18,75%) — наблюдалось истерическое расстройство личности с эгоцентричностью, потворством по отношению к себе, манипулятивным поведением для удовлетворения своих потребностей; остальные представляли собой психопатические личности смешанного типа.

Образовательный уровень женщин во 2-й группе по сравнению с 1-й группой был значительно ниже: 23 женщины (36,51%) имели неполное среднее образование, 36 (57,14%) — среднее и средне-специальное образование и лишь 4 (6,35%) женщины имели высшее и незаконченное высшее образование. В этой группе отчетливо были выражены паразитические тенденции: постоянную работу имели лишь 9 женщин (14,29%), причем низкооплачиваемую, остальные либо не работали, либо перебивались случайными заработками.

Во 2-й группе в официальном браке состояло 11 женщин (17,46%), 43 (68,25%) — временно сожительствовали, причем партнерами у 39 пациенток (90,70%) были мужчины, злоупотребляющие алкоголем. 9 пациенток (14,29%) были одиноки. Утрачивались нравственно-этические нормы, происходило пренебрежение родительскими обязанностями. В этой группе 8 женщин (12,70%) были лишены родительских прав, у 19 женщин (30,16%) дети воспитывались их отцами или бабушками, у 24 женщин (38,16%) дети имели различные психические и физические отклонения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализируя полученные данные, можно отметить, что прогностически благоприятное, «мягкое» течение женского алкоголизма возникает при начале алкоголизации в более зрелом возрасте (после 25 лет) при наличии акцентуированных черт характера тревожного, истероидного, гипотимного типа. Решающую роль в возникновении алкоголизации в этих случаях имеют неблагоприятные факторы микросоциального окружения, психические травмы. При этом женщины длительное время сохраняют социальный статус. Хотя большинство из них одиноки, можно говорить об алкоголизме как компенсации за принятие мужской роли, плате за эмансипацию и независимость женщин в обществе.

К факторам, определяющим злокачественное течение алкоголизма у женщин, можно отнести наследственную отягощенность алкоголизмом и аффективными психозами. Имеет значение наличие характерологических девиаций, доходящих до уровня психопатизации, преимущественно диссоциального и эмоционально неустойчивого импульсивного типа. Начало алкоголизации в подростковом и молодом возрасте (до 20 лет) без существенных внешних психотравмирующих воздействий, прослеживается связь с пьющим партнером. Рецидивы алкоголизации аутохтонны или обусловлены анозогнозической позицией и допущения возможности «пить как все». Низкий образовательный уровень, выраженная социальная и личностная дезадаптация и деградация являлись скорее следствием, а не причиной злокачественного течения женского алкоголизма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванец Н. Н. Руководство по наркологии. — М., 2002. — Т. 1. — 445 с.
2. Ишков Ю. В., Никонова О. А. Профилактика и меры борьбы с суицидами у женщин молодого возраста, страдающих алкоголизмом (на примере Астраханского региона) // Вестник Астр. гос. тех. университета. — 2013. — №2 (56). — С. 108—114.
3. Кибитов А. О., Анохина И. П. Генетические основы этиологии и патогенеза болезней зависимости от психоактивных веществ // Наркология. — 2016. — Т. 15. — №6 (174). — С. 84—104.
4. Васильев В. В. Суицидальное поведение женщин (обзор литературы) // Суицидология. — 2012. — №1. — С. 18—28.
5. Slutske W. S., Hunt-Carter E. E., Nabors-Oberg R. E. Do college students drink more than their non-collegeattending peers? Evidence from a population-based longitudinal female twin study // J. Abnorm. Psychol. — 2004. — Vol. 113. — №4. — P. 530—540.
6. Куташов В. А., Сахаров И. Е. Неврология и психиатрия детского возраста. — Воронеж: ВГМУ, 2015. — 703 с.
7. Kelley M. L. Parental alcoholism: Relationships to adult attachment in college women and men // Addictive Behaviors. — 2004. — Vol. 29. — №8. — P. 1633—1636.
8. King A. C., Bernardy N. C., Haune K. Stressful events, personality and mood disturbance: Gender differences in alcoholics and problem drinkers // Addictive Behaviors. — 2003. — Vol. 28. — №1. — P. 171—187.
9. Николаева З. И., Куташов В. А., Ульянова О. В. К вопросу о женском алкоголизме // Центральный научный вестник. — 2016. — Т. 1. — №13. — С. 27—28.
10. Кравченко С. Л. Ремиссии и рецидивы алкоголизма у женщин с разной прогредиентностью заболевания // Вопросы наркологии. — 2002. — №4. — С. 8?15.
11. Веретило Л. В., Трусова А. В., Ерышев О. Ф., Рыбакова К. В., Ерошин С. П., Крупицкий Е. М. Клинические варианты злокачественного течения алкогольной зависимости. Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2011. — №4. — С. 14—19.
12. Сомкина О. Ю., Лукашук А. В. Суицидальное поведение у женщин, страдающих алкогольной зависимостью (обзор литературы) // Тюменский медицинский журнал. — 2016. — Т. 18. — №2. — С. 12—15.
13. Lima M. S. Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population // Subst. Use Misuse. — 2003. — Vol. 38. — №1. — P. 51—65.
14. Bendtsen P., Lejman Dahlstrom M., Bjurulf P. Sociodemographic gender differences in patients attending a community-based alcohol treatment centre // Addictive Behaviors. — 2002. — Vol. 27. — P. 21—33.
15. Гофман А. Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — 215 с.
16. Дубатова И. В. Особенности клинического течения алкоголизма у женщин // Современные принципы терапии и реабилитации психических больных: Мат. Росс. конф. — М., 2006. — С. 295—297.
17. Альтшулер В. Б. Алкоголизм. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 264 с.
18. Кисель Н. И., Бохан Н. А., Мандель А. И., Анкудинова И. Э., Ляшенко Г. П. Клиническая динамика алкогольной зависимости у женщин с преморбидными личностными расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2011. — №3 (66). — С. 32—34.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону
Дубатова Ирина Владимировна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, e-mail: tory15@mail.ru.
Сафроненко Андрей Владимирович — доктор медицинских наук, профессор кафедры фармакологии и клинической фармакологии.
Демидов Игорь Анатольевич — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней.
Никонова Нина Владимировна — заведующая женским приемным отделением Аксайского филиала ГБУ РО «Психоневрологический диспансер», пос. Ковалевка Ростовской обл.

СОЧЕТАНИЕ ПРАКТИЧНОСТИ И НАДЕЖНОСТИ

2 ГОДА ГАРАНТИИ

HEALTH CARE
unicos
URK-800
AUTO REF/KERATOMETER

HEALTH CARE
unicos
AUTO CHART PROJECTOR LED
ACP-900

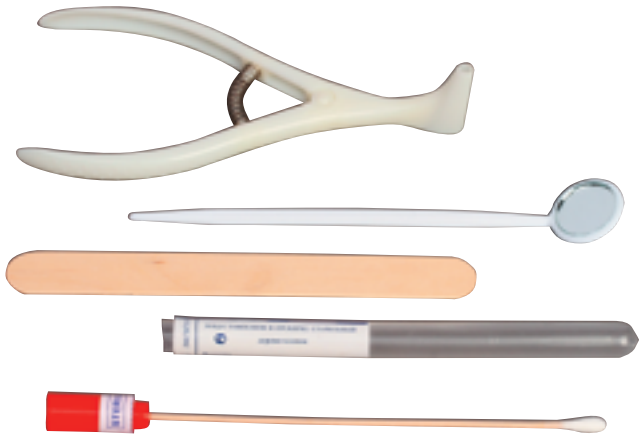
ДИСТРИБЬЮТОР В РОССИИ:

ООО «АВЕА» 125212, г. Москва, Ленинградское шоссе, дом 58, корпус 17.
Тел.: +7 (495) 665-40-42 • e-mail: avea@avea.ru • www.avea.ru

UNICORN MED

ОДНОРАЗОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДНЫЕ ОДНОРАЗОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ И МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ:



- гинекологии (зонд урогенитальный, зеркало гинекологическое, набор гинекологический)
- оториноларингологии (шпатель, пинцет, палочка-тампон, ушная воронка, зеркало носовое)
- изделия для первичной обработки новорожденных (амниотом, браслеты, зажим для пуповины)
- салфетки проспиртованные
- изделия для интенсивной терапии и реанимации (катетеры, зонды, мочеприемники), контейнеры для сбора биологического материала

Прямые поставки от китайского производителя.

Низкие цены.

Качество продукции.

Особые условия при оптовых поставках.

Бесплатная доставка по СПб и до транспортной компании.

Акции.

ООО «ЮНИКОРНМЕД»

193135, г. Санкт-Петербург,
пр. Большевиков, 56/4,
тел./факс: (812) 702-33-04
www.unicmed.ru, info@unicmed.ru