

# ОРЕНБУРГСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК



- Акушерство и гинекология
- Биология, ботаника, паразитология
- Внутренние болезни
- Гигиена, экология, эпидемиология
- Гуманитарные дисциплины
- Микробиология, иммунология
- Морфология
- Неврология, медицинская генетика
- Общественное здоровье и здравоохранение
- Педиатрия
- Психиатрия, наркология, психотерапия, клиническая психология
- Фармакология
- Хирургия

ISSN 2309-0782

Том III, № 1, 2015

# ОРЕНБУРГСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

**УЧРЕДИТЕЛЬ**  
**Оренбургский**  
**государственный**  
**медицинский**  
**университет**

ТОМ III, № 1 (9), 2015

## **ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР**

Проф. Н. П. Сетко

## **ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА**

Проф. С. В. Чемезов

**РЕГИСТРАЦИЯ**  
Журнал зарегистрирован  
Федеральной службой  
по надзору в сфере связи,  
информационных технологий  
и массовых коммуникаций  
ПИ № ФС77-51579  
от 26 октября 2012 г.

## **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Проф. Г. Г. Багирова  
Проф. Е. Л. Борщук  
Проф. В. В. Бурдаков  
Проф. В. А. Дереча  
Проф. Р. А. Забиров  
Проф. И. И. Каган  
К. б. н. Л. В. Ковбык (секретарь)  
Проф. О. Д. Константинова  
Проф. С. И. Красиков  
Проф. Р. А. Либис  
Проф. А. А. Магчин  
Проф. И. В. Мирошниченко  
Доц. В. В. Приходько  
Проф. А. Г. Сетко  
Проф. М. А. Скачкова  
Проф. Г. Н. Соловых  
Проф. А. А. Стадников  
Проф. А. А. Третьяков  
Проф. Б. А. Фролов

## **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

Проф. И. А. Аникин (Санкт-Петербург)  
Проф. В. Г. Будза  
Проф. В. Ш. Вагапова (Уфа)  
Проф. А. А. Вялкова  
Проф. П. Ю. Галин  
Проф. М. А. Губин (Воронеж)  
Проф. А. М. Долгов  
Проф. С. С. Дыдыкин (Москва)  
Проф. В. К. Есипов  
Проф. Л. М. Железнов  
Проф. И. А. Зборовская (Волгоград)  
Проф. К. М. Иванов  
Проф. Ю. Д. Каган  
Проф. А. О. Конради (Санкт-Петербург)  
Проф. О. Б. Кузьмин  
Чл.-корр. РАМН, проф. В. Р. Кучма (Москва)  
Доц. Л. В. Маликов  
Проф. Ю. Л. Мизерницкий (Москва)  
Проф. А. А. Никоноров  
Проф. Н. Ю. Перепелкина  
Проф. В. С. Полякова  
Проф. В. А. Привалов (Челябинск)  
Доц. Г. В. Савицкий  
Проф. Р. И. Сайфутдинов  
Проф. В. С. Тарасенко  
Проф. И. Н. Чайникова

ISSN 2309-0782



Подписку на журнал «Оренбургский  
медицинский вестник» можно оформить  
по каталогу «Роспечать» в любом  
почтовом отделении связи РФ.  
Индекс подписки – 04149

Верстка – А. Л. Кондратюк  
Издательство ОрГМУ  
460000, г. Оренбург, Советская, 6  
Тел. (3532) 77-99-25  
E-mail: rio@orgma.ru  
Заказ № 944  
Тираж 500 экз.

## СОДЕРЖАНИЕ

### АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

- И. Ю. Баева*  
ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И КЛАССИФИКАЦИИ КРУПНЫХ ПЛОДОВ 4  
*I. Yu. Baeva*  
DISCUSSION QUESTIONS DEFINITIONS AND CLASSIFICATION LARGE FETUS
- И. Р. Веккер, А. С. Ржанников, Е. В. Ерофеев, Т. А. САМАРЦЕВ*  
ОПЫТ РАБОТЫ ПОСТНАРКОЗНОЙ ПАЛАТЫ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА 7  
*I. R. Vekker, A. S. Rzhannikov, E. V. Erofeev, T. A. Samarcev*  
EXPERIENCE OF POST-NARCOTIC WARD IN AN OBSTETRIC HOSPITAL OF THE REGIONAL PERINATAL CENTER
- Е. П. Кастрова, О. А. Кузина, О. П. Мазуровская, И. Р. Веккер, Н. А. Воронцова, О. Н. Журлова*  
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ МАРФАНА, ПЕРЕНЕСШЕЙ ОПЕРАЦИЮ НА СЕРДЦЕ 9  
*E. P. Kastrova, O. A. Kusina, O. P. Mazurovskaya, I. R. Vekker, N. A. Vorontsova, O. N. Zhurlova*  
CLINICAL OBSERVATIONS OF PREGNANCY IN A PATIENT WITH MARFAN SYNDROME, CARDIAC SURGERY
- А. А. Классен, Я. В. Тяпаева, А. Е. Черемисин, А. А. Грудкин*  
БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ 12  
*A. A. Klassen, Ya. V. Tyapaeva, A. E. Cheremisin, A. A. Grudkin*  
PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH UTERINE MYOMA
- О. А. Кузина, Е. П. Кастрова, Л. М. Демина, М. Е. Авдеева, Ж. В. Сенникова, Н. В. Маслова*  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ СИНУСА ВАЛЬСАЛВЫ У БЕРЕМЕННОЙ 15  
*O. A. Kuzina, E. P. Kastrova, L. M. Demina, M. E. Avdeeva, Zh. V. Sennikova, N. V. Maslova*  
ANEURISM RUPTURE OF THE VALSALVA SINUS IN PREGNANT-CLINICAL CASE
- И. А. Лагер, М. А. Голикова, О. Д. Константинова*  
ПРИЁМ ВИТАМИНОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ 19  
*I. A. Lager, M. A. Golikova, O. D. Konstantinova*  
RECEPTION OF VITAMINS DURING PREGNANCY FROM THEORY TO PRACTICE
- Н. Ю. Максимова, Л. Н. Супонева, Г. О. Махалова*  
АСПЕКТЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ БЕСПЛОДИЯ И НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ 21  
*N. Y. Maximova, L. N. Suponeva, G. O. Mahalova*  
ASPECTS OF THE SOLUTION TO THE PROBLEM OF INFERTILITY AND MISCARRIAGE
- Е. Н. Неверова, Е. В. Николаева*  
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ – ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ 23  
*E. N. Neverova, E. V. Nikolaeva*  
IN VITRO FERTILIZATION — AS AN EFFECTIVE METHOD OF INFERTILITY TREATMENT
- Е. А. Соловьева, Н. Ф. Линков, М. А. Тришина, О. В. Музиченко, О. А. Строкова*  
СОВРЕМЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ПРИМЕРЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ОПЕРАТИВНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ 26  
*E. A. Soloveva, N. F. Linkov, M. A. Trishina, O. V. Muzichenko, O. A. Strokova*  
MODERN APPLICATION OF HOSPITAL-REPLACING TECHNOLOGIES IS EXAMPLE OF DIAGNOSTIC AND OPERATIVE HYSTEROSCOPY
- Ю. С. Щетинина, О. Д. Константинова, Л. И. Котова, А. А. Паршина*  
ВЛИЯНИЕ ПРИРОДНЫХ ФАКТОРОВ НА ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ 29  
*Y. S. Shchetinina, O. D. Konstantinova, L. I. Kotova, A. A. Parshina*  
THE INFLUENCE OF ENVIRONMENTAL FACTORS ON THE HORMONAL STATUS. OF WOMEN WITH CHRONIC SALPINGOOPHORITIS

### ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

- Г. Г. Багирова, Е. А. Замятина*  
К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТЕОАРТРОЗОМ 34  
*G. G. Bagirova, E. A. Zamyatina*  
TO THE QUESTION ON EFFICIENCY OF THERAPY OF PATIENTS OF ADVANCED AGE WITH OSTEOARTHRITIS

### ГИГИЕНА, ЭКОЛОГИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Р. М. Садретдинова, Н. П. Сетко, Е. Б. Бейлина*  
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ-ВОКАЛИСТОВ В ДИНАМИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ 43  
*R. M. Sadretdinova, N. P. Setko, E. B. Beilina*  
FEATURES OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM FOR STUDENTS VOCALISTS IN THE DYNAMICS OF PROFESSIONAL TRAINING

*Н. П. Сетко, И. Т. Мустафин, Е. Б. Бейлина*

ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ И НУТРИЕНТНОЙ  
ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ОРГАНИЗМА УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВА-  
ТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГОРОДА УФЫ

47

*N. P. Setko, I. T. Mustafin, E. B. Beilina*

ASSESSMENT OF DIETARY INTAKE AND NUTRIENTNOY  
PROVIDING THE BODY WITH STUDENTS OF EDUCATIONAL  
INSTITUTIONS OF UFA

### ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

*Г. Б. Кацова, Т. Н. Павленко, Н. П. Малеева*

КАЧЕСТВО ТРУДОВОЙ ЖИЗНИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СЕ-  
СТРИНСКОГО ЗВЕНА НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАК-  
ТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

52

*G. B. Katsova, T. N. Pavlenko, N. P. Maleeva*

THE QUALITY OF LABOUR LIFE OF NURSING STAFF LEADERS  
BY THE EXAMPLE OF THERAPEUTIC AND PROPHYLACTIC  
INSTITUTIONS IN THE ORENBURG REGION

### МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

*Ж. К. Сатенов, Ж. Н. Саркулова, Б. У. Утегалиев*

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ  
КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭПИ-  
ДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

58

*J. K. Satenov, J. N. Sarculova, B. U. Utegaliev*

CARDIOVASCULAR SYSTEM FOR CAESAREAN SECTION IN A  
PROLONGED EPIDURAL ANESTHESIA

### ЛЕКЦИИ, ОБЗОРЫ

*Г. Г. Кривошеев*

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНО-  
СТИ (ЧАСТЬ I)

59

*G. G. Krivosheev*

ECONOMIC ASPECTS OF MEDICAL ACTIVITY (PART I)

### ЮБИЛЕЙНЫЕ И ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ

*Л. М. Железнов, Э. Н. Галеева*

УЧИТЕЛЬ-ТВОРЕЦ, НОВАТОР И ЧЕЛОВЕК ОГРОМНОГО  
СЕРДЦА И ДУШИ  
(К 75-ЛЕТИЮ ГАЛИНЫ МИХАЙЛОВНЫ МОРШИНИНОЙ)

65

*L. M. Zheleznov, E. N. Galeeva*

THE TEACHER IS THE CREATOR, INNOVATOR AND A MAN OF  
GREAT HEART AND SOUL (TO THE 75TH ANNIVERSARY OF  
GALINA MIKHAILOVNA MORSHININOI)

*Е. А. Иванова, И. А. Коровина, С. Г. Заболотная, Т. В. Михина*

ДОБРАЯ СЛАВА – БОГАТОЕ НАСЛЕДИЕ

67

*E. A. Ivanova, I. A. Korovina, S. G. Zabolotnaya, T. V. Mikhina*

HIGH REPUTATION IS SUPERB HERITAGE

*Г. М. Моршинина, Е. Ю. Тишкова*

В. И. ДАЛЬ – ВРАЧ И ФИЛОЛОГ

69

*G. M. Morshinina, E. Y. Tischkova*

V. I. DAL – DOCTOR AND THE PHILOLOGIST

### ПЕРЕЧЕНЬ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛЕ «ОРЕНБУРГСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК» СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ И АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛИ

*Т. II, № 1 (5) – 4 (8) за 2014 год (составитель – С. В. Чemezov)*

73

### ИЗДАНИЯ РЕДАКЦИОННО-ИЗДАТЕЛЬСКОГО ОТДЕЛА ОрГМУ

79

### ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

80

## АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.1-089: 617-022-084

И. Ю. БАЕВА

### ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И КЛАССИФИКАЦИИ КРУПНЫХ ПЛОДОВ

Оренбургский государственный медицинский университет

I. YU. BAEVA

### DISCUSSION QUESTIONS DEFINITIONS AND CLASSIFICATION LARGE FETUS

#### РЕЗЮМЕ.

В статье приведен аналитический обзор литературы по спорным вопросам определения и классификации крупного плода. Приведено современное определение понятия крупного плода и макросомии плода, изучена история вопроса.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** КРУПНЫЙ ПЛОД, МАКРОСОМИЯ.

#### SUMMARY.

The article contains an analytical review of the literature on contentious issues of defining and classifying large fetus. The author defined the modern definition of a large fetus and macrosomia, studied the history of the issue.

**KEY WORDS:** LARGE FETUS, MACROSOMIA.

Учение о крупном плоде сложилось в результате трудов многих поколений специалистов разных областей медицины.

Нужно отметить, что, несмотря на то, что крупноплодие привлекает к себе внимание исследователей самых разных специальностей, до настоящего времени нет даже единого общепринятого термина, обозначающего повышенную или высокую массу тела ребенка при рождении.

Анализ литературы показывает, что по отношению к новорожденным, имеющим повышенную массу тела при рождении, применяют терминологию «крупный плод», «крупный при рождении», «с большой массой» и «макросомия». На неоднозначность понимания этих терминов указывают целый ряд отечественных исследователей [17, 18].

Э. Поттер (1971) впервые применил понятие «макросомия» для случаев рождения детей, у которых масса внутренних органов превышала обычную при определенной массе тела, и привел соответствующие таблицы.

И. Н. Мирончик (1981) указывает, что большая масса тела новорожденного может быть обусловлена не только гиперплазией внутренних органов, но и ги-

перплазией мышц скелета, а также ожирением.

Между тем на современном этапе различия в понятиях «крупный плод» и «макросомия» практически утратились. В большинстве современных литературных источников эти понятия идентичны [5, 7, 8, 11, 13, 15, 17, 22, 24, 25].

Допустимы для обозначения крупного плода термины «гипербария» и «большие к данному сроку дети» [12, 14]. Подавляющее большинство отечественных [1, 2, 3, 4, 6, 16, 18, 19, 20] и зарубежных исследователей [21, 22, 23, 24] за нижнюю границу массы крупного плода принимают его массу в 4000 г.

Пояснений, почему именно эта цифра стала критерием крупноплодия, в представленной литературе не обнаружено. Очевидно, это связано с резким учащением случаев перинатальных осложнений и патологии родов при вынашивании плодов с такой массой. Кроме того, при весе новорожденного при рождении в 4000 г и выше в ряде исследований выявлены не только особенности фетального роста, но и особенности функционирования их гипоталамо-гипофизарной системы, щитовидной и поджелудочной желез, а также особенности их дальнейшего развития по сравнению с новорожденными меньшей массой. Именно разграничение веса плодов 4000 г позволило выявить в целом ряде исследований различия в степени влияния различных факторов на фетальный рост.

Между тем в исследованиях В. И. Ямпольской (1972) приведен анализ течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальной смертности в 3-х различных диапазонах массы новорожденных: от 3 до 3,8 кг, от 3,81 до 4 кг и от 4,1 кг до 5 кг. Автор отмечает, что при массе плода 3,8 кг и больше возрастало число патологических показателей родов прямо пропорционально увеличению массы плода, а также увеличивалась перинатальная смертность, которая составила соответственно 1,5%, 3,1%, 4,1%. На основании полученных данных исследователь пришла к выводу, что величина массы новорожденного, которая позволяет относить его к разряду крупных, – 3,8 кг. Ориентируясь на частоту родового травматизма, Л. С. Овчинникова (1973), А. П. Мироненко (1973) за нижнюю границу веса крупного плода принимают его массу 3800 граммов.

Баева Ирина Юрьевна – к. м. н., докторант кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии им. С. С. Михайлова, ассистент кафедры акушерства и гинекологии; тел. 8 (3532) 310201; baeva37@mail.ru

Л. Л. Либерман и соавт. (1966), изучая перинатальную смертность, отмечают ее повышение при массе плодов 4400–4500 г.

Американская ассоциация акушеров-гинекологов (2000) под термином «фетальная макросомия» предлагает считать опережение его внутриутробного веса более 90-й процентиля. При этом нет единого мнения в точном определении веса крупного плода. На современном этапе в целом ряде источников под термином «макросомия» понимают вес плода от 4000 до 4500 г [24, 25].

В исследованиях А. И. Круча и соавт. (1986) отмечено, что плод относится к крупным, если его масса превышает 4000 г, и гигантским – при массе свыше 5000 г. Не относятся к крупным плоды, у которых повышение массы тела связано с отеком и водянкой (при гемолитической болезни новорожденных или других заболеваниях), новорожденные с диабетической фетопатией, а также с наличием крупной опухоли (тератомы), пороков развития и др.

Существует мнение, что большая масса тела ребенка при рождении в каждом конкретном случае должна быть оценена критически, поскольку в одних случаях «макросомия» является просто одним из вариантов нормы, проявлением конституциональной или генетической обусловленности, а в других – свидетельствует о внутриутробных нарушениях обмена веществ плода, которые могут способствовать развитию самых разнообразных отклонений в состоянии здоровья ребенка не только в раннем детстве, но и в последующие возрастные периоды [15].

В. И. Грищенко и соавт. (1990) разработали классификацию крупных плодов на основе их роста и роста-массового показателя (РМП, кг/м). Макросомов разделили на следующие группы: 1а группа – высокие макросомы со средними значениями РМП (гармонично развитые), 1б – высокие относительно пониженного питания, 2-я группа – высокие макросомы с большим РМП, 3-я – макросомы среднего роста с большим РМП. При этом плоды 1-й группы были умеренного питания, 2-й и 3-й – чрезмерного, т. е. с ожирением.

В процессе дальнейшей работы исследователи пришли к выводу, что вместо РМП рациональнее использовать отношение массы тела к росту в третьей степени (кг/м<sup>3</sup>), т. е. вариант ponderal-индекса, предложенный Livi и Rorer (Музыченко В. Г., 1984). Это утверждение основано на исследованиях К. Шмидт-Ниельсона (1987), в которых математически доказано, что объем тела животных пропорционален росту индивидуума в третьей степени.

В. И. Грищенко и соавт. (1990) предлагают использовать для классификации крупных плодов термин «коэффициент гармоничности», так как с помощью

этого показателя можно выделить новорожденных гармонично развитых, чрезмерного и пониженного питания. По данным исследователей, степень диспропорции массо-ростовых отношений макросомов коррелирует с морфофункциональным состоянием их щитовидной железы, поджелудочной, а также секреторией соматотропина гипофизом. Новорожденных, имеющих значение этого показателя в пределах 22,5–25,5 кг/м<sup>3</sup>, считают гармонично развитыми. Исходя из этого, среди крупных новорожденных исследователи выделили следующие группы: высоких гармонично развитых (1а), высоких относительно пониженного питания (1б), высоких чрезмерного питания (2-я) и среднего роста чрезмерного питания (3-я), т. е. с выраженным ожирением.

В целом ряде зарубежных источников вводится понятие «пропорциональность» макросомов, которая определяется с помощью пондераловского индекса [19, 26, 28, 27]. Именно «пропорциональность» при рождении позволяет детерминировать в будущем здоровье и болезнь. К отдаленным последствиям макросомии, по мнению исследователей, можно отнести диабет, ожирение, метаболический синдром, астму.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильев, И. В. Прогнозирование исхода родов крупным плодом для матери и новорожденного. Некоторые вопросы прогнозирования в акушерско-гинекологической практике / И. В. Васильев. – Саратов, 1975. – С. 76–80.
2. Грищенко, В. И. Крупный плод (клинико-морфологическое исследование) / В. И. Грищенко, А. Ф. Яковцева. – Киев, 1991. – С. 3–38.
3. Губина, Г. И. Аденогипофиз и эпифиз крупного плода (клинико-морфологическое и экспериментальное исследование) : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1982. – 24 с.
4. Евтушенко, Н. Н. Особенности течения родов крупным плодом / Н. Н. Евтушенко // 71 съезд акушеров-гинекологов УССР : Тезисы докладов. – Киев, 1976. – С. 175–176.
5. Ибрагимов, Р. Р. Анализ развития фетоплацентарного комплекса при макросомии плода в III триместре беременности по данным ультразвукового исследования / Р. Р. Ибрагимов // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. – 2001. – № 2. – С. 116–120.
6. Крамарский, В. А. Ультразвуковая пельвиметрия в прогнозировании родов при клинически узком тазе : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иваново, 1995. – 21 с.
7. Кривушина, И. В. Масса плода – прогноз и реальность / И. В. Кривушина, С. А. Иозефсон,

- И. Б. Плоткин, О. И. Димова, Т. В. Хавень // Материалы X, юбилейного, Всероссийского форума «Мать и дитя». – М., 2009. – 102 с.
8. Круч, А. И. Клиническое прогнозирование и ведение родов при крупном плоде : Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – 1984. – 44 с.
9. Либерман, Л. Л. Беременность и роды крупным плодом (клиника, состояние детей, развитие диабета у матери). Влияние осложнений беременности и родов на здоровье детей первых лет жизни / Л. Л. Либерман, М. Н. Низова, П. Б. Шлимович ; под ред. проф. М. А. Нетрова-Маслакова. – Ленинград, 1966. – С. 54–63.
10. Поттер, Э. Патологическая анатомия плодов, новорожденных и детей раннего возраста / Э. Поттер ; пер. с англ. – М., 1971. – С. 3–22.
11. Ратнер, Н. А. Клинико-рентгенологические особенности детей, рожденных с крупной массой тела / Н. А. Ратнер, Л. Ф. Башарова // Казанский медицинский журнал. – 2002. – № 83. – 6. – С. 433–438.
12. Симачева, А. В. Морфофункциональные особенности поджелудочной железы крупного плода : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1986. – 20 с.
13. Слабинская, Т. В. Пренатальные диагностические критерии макросомии плода в современной популяции беременных женщин Среднего Урала : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2003. – 23 с.
14. Сорокина, И. В. Морфофункциональные особенности щитовидной и надпочечниковых желез крупного плода : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1985. – 27 с.
15. Швечихина, Е. А. Диагностическое и прогностическое значение клинических и лабораторных тестов у крупных при рождении детей в раннем возрасте : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Астрахань, 1997. – 22 с.
16. Шевченко, Т. К. Крупный плод в современном акушерстве / Т. К. Шевченко, Н. И. Кан. – Ташкент, 1991. – 92 с.
17. Шкарин, А. Н. Вес тела новорожденного в 1919 г. по сравнению с весом новорожденных в 1913 г. / А. Н. Шкарин, И. С. Троицкая // Врачебная газета. – 1922. – № 3–4. – С. 82.
18. Ямпольская, В. И. Беременность, роды и не-  
которые показатели обмена веществ при крупном плоде : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ленинград, 1972. – 27 с.
19. Ahlgren, M. Birth weight and risk of breast cancer in a cohort of 106,504 women / M. Ahlgren, T. Sorensen, J. Wohlfahrt [et al.] // Int. J. Cancer. – 2003. – № 107. – P. /997–1000.
20. Bahar, A. M. Risk factors and fetal outcome in cases of shoulder dystocia compared with normal deliveries of a similar birthweight / A. M. Bahar // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 1996. – №/103. – P./868–872.
21. Baum, J. S. Clinical and Patient Estimation of Fetal Weight vs. Ultrasound Estimation / J. S. Baum, D. Gussman, J. S. Wirth // J. of Reproductive Med. – 2002. – № 47: (3). – P. 194–198.
22. Bergmann, R. L. Secular trends in neonatal macrosomia in Berlin: influences of potential determinants / R. L. Bergmann, R. Richter, K. E. Bergmann, A. Plagemann, M. Brauer, J. W. Dudenhausen // Paediatr. Perinat. Epidemiol. – 2003. – №/17. – P./244–249.
23. Bleichenbacher, M. Das perinatale Risiko bei erheblicher Makrosomie. Untersuchung aufgrund der Datenbank Arbeitsgemeinschaft schweizerischer Frauenkliniken (ASF) 1983–1992 / M. Bleichenbacher // Geburtshilfe Frauenheilkd. – 1995. – Bd. 55. – 6. – P. 339–344.
24. Boulet, S. L. Macrosomia births in the united states determinants outcomes and proposed grades of risk / S. L. Boulet, G. R. Alexander, H. M. Salihu, M. Pass // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2003. – P. 188–1372.
25. Ecker, J. L. Cesarean delivery for suspected macrosomia: inefficient at best / J. L. Ecker // Clin Obstet Gynecol. – 2004. – № /47. – P./352–364.
26. Harder, T. Birth weight and subsequent risk of type 2 diabetes: a meta-analysis / T. Harder, E. K. Rodekamp, K. Schellong, J. W. Dudenhausen, A. Plagemann // Am. J. Epidemiol. – 2007. /– № 165. – P. /849–57.
27. Kolderup, L. B. Incidence of persistent birth injury in macrosomic infants: association with mode of delivery / L. B. Kolderup, R. K. Ir. Laros, T. J. Musci // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1997. – №/177. – P./37–41.
28. Leary, S. Geographical variation in relationships between parental body size and offspring phenotype at birth / S. Leary, C. Fall, C. Osmond, H. Lovel, D. Campbell, J. Eriksson [et al.] // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2006. – №/85. – P./1066–1079.

УДК 618.5 – 089.888.61

И. Р. ВЕККЕР<sup>2,1</sup>, А. С. РЖАННИКОВ<sup>2</sup>, Е. В. ЕРОФЕЕВ<sup>2</sup>, Т. А. САМАРЦЕВ<sup>2</sup>**ОПЫТ РАБОТЫ ПОСТНАРКОЗНОЙ ПАЛАТЫ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА**<sup>1</sup> – Оренбургский государственный медицинский университет<sup>2</sup> – Оренбургская областная клиническая больница № 2

I. R. VEKKER, A. S. RZHANNIKOV, E. V. EROFEEV, T. A. SAMARCEV

**EXPERIENCE OF POST-NARCOTIC WARD IN AN OBSTETRIC HOSPITAL OF THE REGIONAL PERINATAL CENTER****РЕЗЮМЕ.**

В областном перинатальном центре в течение двух лет работает постнаркозная палата (ПНП) в составе реанимационно-анестезиологического отделения. Данная ПНП предназначена для лечения и проведения мониторинга витальных функций пациенток в раннем послеоперационном периоде. Здесь организован круглосуточный пост врача-анестезиолога-реаниматолога и медсестры-анестезистки. Каждая койка ПНП оснащена дыхательной и следящей аппаратурой, системами постоянной внутривенной инфузии, кроватью для новорожденного. Организован круглосуточный лабораторный контроль. Это позволило своевременно выявлять и проводить лечение осложненный раннего послеоперационного периода, уменьшить нагрузку на палату реанимации, сосредоточить усилия персонала реанимации на лечении тяжёлых форм патологии беременности, значительно уменьшить контакт между новорождёнными в отделении неонатологии и минимизировать риск развития внутрибольничной инфекции.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ПОСТНАРКОЗНАЯ ПАЛАТА, АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАЦИЯ, ВИТАЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОК В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД, ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ.

**SUMMARY.**

*The post-narcotic ward as a part of a reanimation works in the regional perinatal center during two years. Post of the doctor and nurse of the reanimation is organized round-the-clock. Each bed of post-narcotic ward is equipped with the respiratory and watching equipment, systems of continuous intravenous infusion, a bed for the newborn. It allowed to re-*

*veal and carry out in due time treatment of complications of the early postoperative period, to reduce load of ward of reanimation, to concentrate efforts of the personnel of reanimation on treatment of heavy forms of pathology of pregnancy, considerably to reduce contact between newborns in neonatology and to minimize risk of development of an hospital infection.*

**KEY WORDS:** POST-NARCOTIC WARD, ANESTHESIOLOGY AND REANIMATION, VITAL FUNCTIONS OF PATIENTS DURING THE POSTOPERATIVE PERIOD, PREVENTION OF COMPLICATIONS.

С января 2013 года, после капитального ремонта и реконструкции, возобновил работу перинатальный центр ГАУЗ «ОКБ № 2». В 2013 году, в соответствии с приказом МЗ РФ № 919 «Порядок оказания анестезиологической и реанимационной помощи взрослому населению», с целью улучшения качества медицинского обслуживания пациенток в послеоперационном периоде, в составе отделения анестезиологии и реанимации № 2, открыта постнаркозная палата (ПНП) на 3 койки. ПНП предназначена для лечения и проведения мониторинга витальных функций пациенток в раннем послеоперационном периоде. В постнаркозной палате организован круглосуточный пост врача-анестезиолога-реаниматолога и медсестры-анестезистки. Каждая койка ПНП оснащена дыхательной и следящей аппаратурой, системами постоянной внутривенной инфузии, кроватью для новорожденного. Организован круглосуточный лабораторный контроль.

До открытия постнаркозной палаты в перинатальном центре женщины после операции кесарево сечение разделялись на два потока. Пациентки, состояние которых требовало мониторингования витальных функций, переводились для дальнейшего лечения в отделение реанимации. Пациентки после не осложнённой операции поступали в послеродовое отделение, это не позволяло осуществлять качественного постоянного контроля их состояния, что периодически приводило к несвоевременному выявлению и лечению осложнений раннего послеоперационного периода.

Ранняя постнаркозная адаптация является периодом потенциальной опасности для пациенток. Около 10% всех несчастий, связанных с анестезией и опера-

**Веккер Игорь Рудольфович** – к. м. н., доцент, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи, доцент кафедры акушерства и гинекологии; тел. 89619478915; orenaku @yandex.ru

**Ржанников Андрей Сергеевич** – зав. реанимационно-анестезиологическим отделением № 2; тел. 89878767531; doctorzlo32303@mail.ru

**Ерофеев Евгений Витальевич** – врач-анестезиолог-реаниматолог реанимационно-анестезиологического отделения № 2; тел. 8 (3532) 310455

**Самарцев Тарас Александрович** – врач-анестезиолог-реаниматолог реанимационно-анестезиологического отделения № 2; тел. 8 (3532) 310455

тивным вмешательством, приходится на период постнаркозного восстановления, причём большинство осложнений встречается в течение 1-го часа после операции. Выделяют следующие группы ранних осложнений анестезии:

- 1) дыхательные (обструкция дыхательных путей, дыхательная недостаточность, остановка дыхания);
- 2) циркуляторные (гипотензия, нарушения сердечного ритма, остановка сердца);
- 3) гастроинтестинальные (рвота, регургитация желудочного содержимого);
- 4) ренальные (острая обратимая почечная недостаточность);
- 5) неврологические нарушения.

Открытие постнаркозной палаты позволило всех, оперативно родоразрешённых женщин, наблюдать специалистами анестезиолого-реанимационной службы, не переводя в реанимационное отделение.

Пациентки, нуждающиеся в интенсивной терапии, переводятся в палату реанимации:

- оперированные по поводу тяжелой преэклампсии и эклампсии;
- преждевременной отслойки и предлежания плаценты;
- тяжёлой экстрагенитальной патологии (сахарный диабет, бронхиальная астма, пороки сердца, нарушения сердечного ритма и проводимости, гипертоническая болезнь, миастения и др.);
- с патологической кровопотерей (более 1 литра);
- с расширенным объёмом операции.

Дети в этих ситуациях по медицинским показаниям со стороны мамы не могут находиться на совместном пребывании.

Все остальные родильницы поступают в постнаркозную палату вместе с новорождёнными, что является особенностью акушерского стационара и для подавляющего большинства женщин является дополнительным положительным психо-эмоциональным компонентом. Именно методика совместного пребывания позволяет избежать нахождения новорождённых в отделении неонатологии и существенно уменьшает риск развития внутрибольничной инфекции.

Пациентки в ПНП наблюдаются, как правило, в течение 4–6 часов. За данный период времени пациентки получают необходимую инфузионную терапию, обезболивание неспецифическими противовоспалительными средствами. Мониторятся показатели

артериального давления, частоты сердечных сокращений, сатурации кислорода ( $\text{SaO}_2$ ), температуры тела, скорости диуреза, общего анализа крови.

У женщин, оперированных на фоне спинномозговой анестезии, контролируется восстановление функций симпатической нервной системы, чувствительных и двигательных функций. У пациенток, оперированных под общей анестезией, контролируется восстановление функции внешнего дыхания и при необходимости оказывается вентиляционная поддержка. Контроль тонуса матки осуществляется врачом-акушером-гинекологом. Состояние новорождённых контролируется неонатологом и/или детской сестрой.

С первого часа после операции, проведённой под спинномозговой анестезией, назначается питьевой режим, при этом объём инфузионной терапии за первые сутки не превышает 1500 мл. Пациенткам, оперированным под общей анестезией, питьевой режим назначается через 1,5–2 часа после окончания операции. При полном восстановлении функции внешнего дыхания, чувствительных и моторных функций, окончания инфузионной терапии и осмотра врача-акушера-гинеколога пациентки с новорождёнными переводятся в послеродовое отделение.

За период с августа 2013 г. по ноябрь 2014 г. через постнаркозную палату проведено около 70% оперативно родоразрешённых женщин, что позволило своевременно выявлять и проводить лечение осложнений раннего послеоперационного периода, уменьшить нагрузку на палату реанимации. Данное разделение потоков пациенток позволяет сосредоточить усилия персонала реанимационного отделения на лечении тяжёлых форм экстрагенитальной патологии и осложнений беременности и родов, значительно уменьшить контакт между новорождёнными в отделении неонатологии и минимизировать риск развития внутрибольничной инфекции.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Ланцев, Е. А. *Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве : руководство для врачей* / Е. А. Ланцев, В. В. Абрамченко. – М. : МЕДпресс-информ, 2011. – 624 с.
2. *Неотложные состояния в акушерстве : руководство для врачей* / В. Н. Серов, Г. Т. Сухих, И. И. Баранов, А. В. Пырегов, В. Л. Тютюник, Р. Г. Шмаков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 784 с.

УДК 612.751.3-092:[618.2/3:616.12-089]

Е. П. КАСТРОВА<sup>1</sup>, О. А. КУЗИНА<sup>1</sup>, О. П. МАЗУРОВСКАЯ<sup>1</sup>, И. Р. ВЕККЕР<sup>2,1</sup>, Н. А. ВОРОНЦОВА<sup>2</sup>, О. Н. ЖУРЛОВА<sup>2</sup>  
**КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТКИ  
 С СИНДРОМОМ МАРФАНА, ПЕРЕНЕСШЕЙ ОПЕРАЦИЮ НА СЕРДЦЕ**

<sup>1</sup> – Оренбургский государственный медицинский университет<sup>2</sup> – Оренбургская областная клиническая больница № 2

E. P. KASTROVA, O. A. KUSINA, O. P. MAZUROVSKAYA, I. R. VEKKER, N. A. VORONTSOVA, O. N. ZHURLOVA  
**CLINICAL OBSERVATIONS OF PREGNANCY IN A PATIENT WITH MARFAN  
 SYNDROME, CARDIAC SURGERY**

**РЕЗЮМЕ.**

В статье представлено клиническое наблюдение беременности у пациентки с синдромом Марфана, которой проводилась операция на открытом сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения (АИК) во II триместре с сохранением беременности.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** БЕРЕМЕННОСТЬ, СИНДРОМ МАРФАНА, АНЕВРИЗМА АОРТЫ, ОПЕРАЦИЯ ДЭВИДА.

**SUMMARY.**

The article presents the clinical observation of pregnancy in patients with Marfan syndrome, which was conducted open heart surgery using artificial blood circulation apparatus (ABCA) in the II trimester with preservation of pregnancy.

**KEY WORDS:** PREGNANCY, MARFAN SYNDROME, AORTIC ANEURYSM, DAVID SURGERY.

С тех пор как Антуан-Бернар Марфан в 1896 году впервые описал характерные изменения скелета у ребенка, получивших впоследствии номенклатуру «синдром Марфана», прошло более 100 лет (Loeys B. L. et al., 2011). Несмотря на достигнутые за это время успехи, отечественная акушерская практика пока в основном констатирует неблагоприятные исходы беременности при синдроме Марфана, которые принято относить к случаям непреодолимой материнской смертности (Репина М. А. с соавт., 2011). Доля синдрома Марфана в структуре экстрагенитальной пато-

логии с летальным исходом во время беременности, в родах и послеродовом периоде, по их данным, составляет 3,87%. Не случайно Американской Ассоциацией Сердца и Американской Коллегией Кардиологов (АНА/АСС) синдром Марфана, наряду с осложненной коарктацией аорты и легочной гипертензией, отнесен к состояниям, при которых беременность сопряжена с 25-50% смертностью.

Беременность при синдроме Марфана опасна, по крайней мере, по двум причинам (Шехтман М. М., 2013). Во-первых, имеется риск наследования, который составляет 50%. Во-вторых, во время беременности и в послеродовом периоде резко увеличивается риск формирования аневризмы аорты, разрыва, расслоения уже существующей аневризмы аорты и возникновения септического эндокардита.

Факторами риска расслоения аорты, по мнению Э. В. Земцовского (2011), являются увеличение диаметра аорты на уровне синусов Вальсальвы более 50 мм, быстрый темп нарастания дилатации аорты (более 5% или 2 мм/год у взрослого), а также расслоение аорты у близких родственников. При этом критическим считается диаметр корня аорты более 55 мм, при котором показано кардиохирургическое лечение.

В I и II триместрах операцию проводят во время беременности, хотя исход для плода сомнителен как в связи с хирургическим вмешательством у матери, так и с необходимостью дальнейшей медикаментозной терапией, включая непрямые антикоагулянты. В литературе имеются описания единичных наблюдений оперативного лечения пациенток на открытом сердце с сохранением беременности (Curry R. A., 2014; Kim W. S., 2014), при этом исход для плода в большинстве случаев был неблагоприятным. В III триместре рекомендуют срочную операцию кесарева сечения с последующей одномоментной операцией на аорте.

Приводим клиническое наблюдение беременности у пациентки с синдромом Марфана, которой проводилась операция на открытом сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения (АИК) во II триместре с сохранением беременности.

В поле зрения наших специалистов пациентка Е., 32 лет, оказалась на этапе дородовой госпитализации в сроке 37 недель.

**Кастрова Елена Павловна** – клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии; тел. 8 (3532) 310201; k\_gynec@orgma.ru

**Кузина Ольга Андреевна** – клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии; тел. 8 (3532) 310201; k\_gynec@orgma.ru

**Мазуровская Ольга Павловна** – к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии; тел. 8 (3532) 310201; k\_gynec@orgma.ru

**Веккер Игорь Рудольфович** – к. м. н., зам. главного врача по родовспоможению ГАУЗ «ООКБ № 2», доцент кафедры акушерства и гинекологии; 8 (3532) 310201; k\_gynec@orgma.ru

**Воронцова Наталья Александровна** – врач-акушер-гинеколог родильного отделения ГАУЗ «ООКБ № 2»; 8 (3532) 310455; k\_gynec@orgma.ru

**Журлова Ольга Николаевна** – врач-акушер-гинеколог родильного отделения ГАУЗ «ООКБ № 2»; тел. 89033951187; Anis1979@mail.ru

Жалоб на момент поступления нет. Одышку, боли в сердце отрицает.

С детского возраста беспокоит ощущение учащенного сердцебиения, одышка при физической нагрузке, частые вывихи суставов. Инвалид с детства по зрению, находилась на диспансерном наблюдении у окулиста по поводу миопии высокой степени, вывиха хрусталика правого глаза. И лишь с подросткового возраста ей выставлен синдром Марфана, ВПС. Но топическая диагностика порока не была проведена инструментально. Кардиологических нарушений не наблюдалось. Оперативного лечения порока ранее не предлагалось.

Данная беременность первая. Во время беременности осмотрена терапевтом и с учетом анамнеза проведено ЭХО КГ, где были выявлены аневризма корня аорты на уровне синусов Вальсальвы (66 мм), восходящего отдела аорты.

С 20 недель данной беременности женщина стала ощущать усиление одышки при обычной ходьбе, слабость. В 24 недели направлена в кардиологическое отделение, осмотрена коллегиально. Была оформлена квота на оперативное лечение в кардиохирургический центр, где на сроке 29 недель проведена операция на открытом сердце с использованием АИК по коррекции порока – имплантация собственного аортального клапана в протез аорты по методике Дэвида. В связи с проведенной органосохраняющей операцией на аортальном клапане терапия варфарином не назначена.

В послеоперационном периоде получала лечение обострения хронического пиелонефрита (на 14 сутки повышение температуры до 38°С, боли в правом боку, лейкоцитурия до 25 в п/зр.). Выписана на 23 сутки в удовлетворительном состоянии. В связи с компенсированным состоянием плода и удовлетворительным течением беременности было решено пролонгировать беременность. Артериальное давление не повышалось, отеков не было. Общая прибавка веса за беременность – 11 кг.

На момент поступления в стационар состояние удовлетворительное. Высокорослость – рост – 185 см, вес – 84 кг, размер ноги – 45. Долихоцефалия. Арахнодактилия. Сколиоз грудного отдела позвоночника. Правосторонний экзофтальм. Визуально – деформация шеи, пальпаторно – увеличение щитовидной железы, больше справа. Килевидная деформация грудной клетки, по средней линии грудины – послеоперационный рубец в удовлетворительном состоянии. Кожный покров обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. В точке Боткина – систолический шум. Частота сердечных сокращений – 68 в минуту. Артериальное давление – 110/70 мм рт. ст. Сим-

птом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Варикозное расширение вен нижних конечностей.

Живот увеличен в размере за счет беременной матки. Матка в нормотонусе, безболезненная. Положение плода продольное, головное. Окружность живота – 102 см, высота стояния дна матки над лоном – 34 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота сердечных сокращений – 140 ударов в минуту. При влагалищном исследовании – созревающая шейка матки.

Обследована. В общем анализе крови – анемия легкой степени (Hb – 102 г/л), проводилась антианемическая терапия. Биохимический анализ крови и показатели коагулограммы в пределах физиологической нормы беременных. Кольпит по данным мазка на флору (лейкоциты до 50-60, флора кокковая). Проведено лечение кольпита.

Спирометрия: умеренные нарушения бронхиальной проходимости, незначительное снижение жизненной ёмкости легких.

Электрокардиограмма: синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 63 в минуту, полугоризонтальная электрическая ось сердца. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Нарушение процессов реполяризации.

Ультразвуковое исследование сердца: стенки аорты уплотнены, диаметр корня аорты – 33 мм, восходящего отдела – 31 мм, на уровне синусов Вальсальвы – 35 мм. Размеры правых отделов сердца в пределах нормы. Левое предсердие: 44x42 мм (норма до 40x48 мм). Левый желудочек: конечный диастолический размер – 58 мм.; конечный систолический размер – 38 мм.; конечный диастолический объём – 164 мл; конечный систолический объём – 63 мл; ударный объём – 101 мл; фракция выброса – 62%; минутный объём крови – 6,28 л/мин; масса миокарда – 330 г. Дополнительная хорда. Створки митрального клапана уплотнены, «разрыхлены», движение разнонаправленное. Пропалс митрального клапана – 7 мм (пролабируют обе створки). Створки трикуспидального клапана уплотнены, пролабируют в правое предсердие, движение разнонаправленное. Давление в легочной артерии – 27 мм рт. ст. Заключение: состояние после протезирования восходящей аорты. Изменена структура створок митрального клапана. Пропалс митрального клапана второй степени. Митральная регургитация. Пропалс трикуспидального клапана. Недостаточность трикуспидального клапана. Дилатация левых отделов сердца. Увеличена масса миокарда левого желудочка.

С учетом тяжелой экстрагенитальной патологии, для решения дальнейшего ведения, пациентка осмотрена консилиумом врачей.

Был выставлен диагноз: I беременность 37 недель. Синдром Марфана. Аневризма синуса Вальсальвы,

восходящего отдела аорты. Состояние после операции Дэвида (протезирование восходящего отдела аорты). Проплап митрального клапана II ст. с митральной регургитацией. Проплап трикуспидального клапана с недостаточностью трикуспидального клапана III ст. сердечная недостаточность II, функциональный класс II. Миопия высокой степени OU. Катаракта OU. Подвывих хрусталика правого глаза. Диффузный нетоксический зоб I ст. Эутиреоз. Хронический пиелонефрит, ремиссия. Варикозная болезнь нижних конечностей. ХВН 0.

Учитывая аневризму аорты (диаметр – 66 мм), потребовавшую кардиохирургического вмешательства во время беременности, решено было родоразрешить пациентку операцией кесарева сечения в плановом порядке, на фоне комбинированной продленной спиноэпидуральной анестезии. Предложено последующее обследование новорожденного на синдром Марфана.

В плановом порядке родоразрешена операцией кесарева сечения. Извлечен живой доношенный мальчик на 8/8 баллов по шкале Апгар. Масса – 3330 г, длина – 51 см. Кровопотеря – 600 мл. Послеродовый период протекал без осложнений. Выписана в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки с ребенком домой.

#### ВЫВОДЫ.

1. Наиболее рациональной с прогностической точки зрения для благоприятного течения и исхода беременности у пациенток с синдромом Марфана и патологией сердечно-сосудистой системы является своевременная диагностика и оперативная коррекция порока до наступления беременности.

2. При диагностике порока на фоне имеющейся беременности очень важно не допустить сосудистой катастрофы, например в виде разрыва аневризмы аорты, которая наиболее вероятна в период максимальной нагрузки на сердечно-сосудистую систему в конце II – начале III триместра. Для этого возможными путями решения могут быть динамическое наблюдение за данными пациентками, своевременная госпитализация и при необходимости оперативная коррекция порока до этих сроков.

3. Возможно, именно своевременная коррекция порока и применение органосохраняющей методики, позволяющей исключить прием варфарина в послеоперационном периоде, повлияли на положительный исход данной беременности и состояние плода.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Белов, Ю. В. Операция Дэвида у больного с разрывом аневризмы корня аорты / Ю. В. Белов,

Э. Р. Чарчян // *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. – 2011. – № 6. – С. 72–75. – [электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: [http://www.mediasphera.ru/uppic/Cardsurg/2011/6/18/Kardio\\_2011\\_06\\_083](http://www.mediasphera.ru/uppic/Cardsurg/2011/6/18/Kardio_2011_06_083) (дата обращения 14.12.2014 г.)

2. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. Российское кардиологическое общество, клинические рекомендации // *Российский кардиологический журнал*. – 2013. – № 4 (102), приложение 1. – 40 с.

3. Земцовский, Э. В. Сердечно-сосудистый континуум при синдроме Марфана / Э. В. Земцовский // *Сибирский медицинский журнал*. – 2011. – Том 26. – № 3. – С. 13–18.

4. Осеева, О. В. Клиническая характеристика пациентов с синдромом Марфана, перенесших кардиохирургические вмешательства / О. В. Осеева, С. П. Мироненко // *Сибирский медицинский журнал*. – 2011. – Том 26. – № 3. – С. 81–84.

5. Репина, М. Р. Синдром Марфана и беременность / М. Р. Репина, С. Р. Кузьмина-Крутецкая // *Журнал акушерства и женских болезней*. – 2011. – № 6. – С. 3–13.

6. Тер-Галстян, А. А. Болезнь Марфана / А. А. Тер-Галстян, Ар. А. Галстян // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. – 2008. – № 4. – С. 58–65.

7. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагениальной патологии у беременных ; издание шестое, переработанное и дополненное / М. М. Шехтман. – М. : Триада-Х, 2013. – 896 с.

8. Curry, R. A. Marfan syndrome and pregnancy: maternal and neonatal outcomes / R. A. Curry, E. Gelson // *BJOG*. — Apr 2014. — № 121 (5). — P. 610–617. Published online Jan 13, 2014. doi: [10.1111/1471-0528.12515](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12515). – [электронный ресурс] — Режим доступа. — URL:

9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PMC/articles/PMC4162995> (дата обращения 14.12.2014 г.)

10. Kim, W. S. Acute aortic dissection in pregnancy with the Marfan syndrome / W. S. Kim, D. Kim // *Korean J Thorac Cardiovasc Surg*. — Jun 2014. — № 47 (3). — P. 291–293. Published online Jun 5, 2014. doi: [10.5090/kjtcs.2014.47.3.291](https://doi.org/10.5090/kjtcs.2014.47.3.291) – [электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PMC/articles/PMC4157483/> (дата обращения 14.12.2014 г.)

11. Loeys, B. L. Пересмотрены Гентские критерии диагностики синдрома Марфана / B. L. Loeys, H. C. Dietz ; перевод с англ. // *Бюллетень федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова*, февраль 2011 г. – 2011. – С. 5–16.

УДК 618.3-06

А. А. КЛАССЕН<sup>1</sup>, Я. В. ТЯПАЕВА<sup>1</sup>, А. Е. ЧЕРЕМИСИН<sup>2</sup>, А. А. ГРУДКИН<sup>3</sup>  
**БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ**

<sup>1</sup> – Оренбургский государственный медицинский университет<sup>2</sup> – Городской перинатальный центр, г. Альметьевск<sup>3</sup> – Оренбургский клинический перинатальный центр

A. A. KLASSEN, YA. V. TYAPAEVA, A. E. CHEREMISIN, A. A. GRUDKIN  
**PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH UTERINE MYOMA**

**РЕЗЮМЕ.**

Миома матки – самая распространенная доброкачественная опухоль женских половых органов. Проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и послеродового периода у 90 пациенток с миомой матки. Беременность протекала с развитием осложнений в 71% случаев. У 66% женщин произошли вагинальные роды, 34% – родоразрешены оперативным путём, при этом в 32,2% во время операции кесарева сечения была произведена миомэктомия, а в 8 (25,8%) случаях были удалены миоматозные узлы больших и гигантских размеров. Пролонгирование беременности при выявлении миомы матки больших и гигантских размеров возможно. Родоразрешение при наличии гигантских миоматозных узлов следует проводить только путем кесарева сечения с последующим удалением этих узлов.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** МИОМА МАТКИ, БЕРЕМЕННОСТЬ, МИОМЭКТОМИЯ.

**SUMMARY.**

*Uterine myoma – the most common tumor of the female genital organs. We have done retrospective analysis of pregnancy, childbirth and the postpartum period in 90 patients with uterine fibroids. Pregnancy complication development in 71% of cases. In 66% of women have occurred vaginal delivery, by operative delivery prepared 34% women. In 32.2% was performed myomectomy during c-section. In 8 (25.8%) cases were removed fibroids large and giant sizes. Prolongation of pregnancy in detecting uterine fibroids large and giant sizes possible. Delivery in the presence of giant fibroids should be carried out only by c-section, followed by removal of these fibroids.*

**KEY WORDS:** UTERINEMYOMA, PREGNANCY, MYOMECTOMY.

**ВВЕДЕНИЕ.** Миома матки – самая распространенная опухоль женских половых органов, ее доля среди других гинекологических заболеваний составляет от 20 до 45%.

Проблема определения тактики ведения беременных с миомой матки за последние годы приобретает все большую актуальность. Поскольку у большинства пациенток с миомой матки фертильность сохранена, абсолютное число женщин, имеющих беременность при наличии миомы, постоянно возрастает. По данным литературы, сочетание миомы матки и беременности встречается у 0,5–4% женщин.

Следует отметить, что показания к хирургическому лечению миомы матки во время беременности четко не определены. Кроме того, дискуссионны вопросы о сроках проведения миомэктомии у беременных и выборе оптимального хирургического доступа.

Отношение к миомэктомии во время кесарева сечения в России претерпело определенные изменения. В 50-60 гг., как правило, проводили удаление миоматозных узлов или при наличии большой миомы – гистерэктомию. В 70-80 гг. миомэктомия во время кесарева сечения не рекомендовалась из-за большого количества послеоперационных осложнений: гипотония матки, перитонит, септические состояния. С 1988 г. вновь начали широко прибегать к миомэктомии во время кесарева сечения. Снижение числа осложнений при этом связывают с повышением качества шовного материала, внедрением в акушерскую практику антибиотиков широкого спектра действия, улучшением анестезиологического пособия.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ** – изучение течения беременности и родов у беременных с миомой матки, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ «Оренбургский клинический перинатальный центр» («ОКПЦ») в период с 2012 по 2014 годы.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и послеродового периода у 90 пациенток с миомами матки, родоразрешенных в период с 2012 по 2014 годы в ГБУЗ «ОКПЦ». В качестве больших размеров нами рассматривались субсерозные и интерстициальные миоматозные узлы диаметром 8-15 см и субмукозно-интерстициальные узлы диаметром свыше 5 см. При диаметре узла более 15 см он считался гигантским.

**Классен Анна Андреевна** – к. м. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии; тел. 89033986116; teterina-a@mail.ru

**Тяпаева Яна Викторовна** – аспирант кафедры акушерства и гинекологии; тел. 8 (3532) 310201; YanaG31@yandex.ru

**Черемисин Алексей Евгеньевич** – к. м. н., зав. родильным отделением городского перинатального центра, г. Альметьевск; тел. 89198435250

**Грудкин Андрей Анатольевич** – к. м. н., главный врач ОКПЦ, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ОрГМУ; тел. 89033954080; k\_ginec@orgma.ru

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** На момент родов возраст женщин варьировал от 23 до 46 лет, составив в среднем  $34,5 \pm 2,3$  года. В период с 2012 по 2014 гг. в ГБУЗ «ОКПЦ» прошло 16 297 родов. Из них доля беременных с миомой матки составила 0,55%. В большинстве случаев беременности были одноплодные (98%) и наступившие спонтанно. Только в 3 случаях беременность наступила в результате ЭКО, что составило 3,3%.

При анализе гинекологического анамнеза были получены следующие результаты: бесплодие различного генеза отмечено у 10 (11%) женщин, у 6 (6,6%) – хронический аднексит.

Искусственные аборт у 47 (52%) пациенток, причем у 19 (21%) пациенток – два аборта и более; самопроизвольные выкидыши – у 20 (22%), из них у 3 пациенток – привычное невынашивание.

Миома матки у 50 (55,5%) пациенток обнаружена до беременности, при этом длительность заболевания составила от одного года до 24 лет. Лечение миомы матки до наступления беременности проводилось у 13 (16,6%) пациенток: консервативное (медикаментозное) – у 3 пациенток, хирургическое (удаление миоматозных узлов) – у 10 пациенток. Миомэктомии выполнялись лапароскопическим доступом у 6 пациенток, и лапаротомным путем – у 4.

Впервые во время беременности миома матки выявлена в 40 (44,5%) наблюдениях. В большинстве случаев (51 из 90) определялись одиночные миоматозные узлы.

У 24 из 40 пациенток, у которых миома матки была выявлена во время беременности, нам удалось проследить динамику состояния узлов в течение гестационного периода. При сопоставлении данных УЗИ, проведенных в ранние и поздние сроки беременности, мы не обнаружили выраженной динамики роста узлов у 18 пациенток, у 4 отмечалось умеренное увеличение узлов (на 3-4 см в диаметре). Лишь у 2 первобеременных женщин зарегистрирован быстрый рост миомы: с 2-3 см в диаметре в начале беременности до 12-14 см и 18 см при доношенном сроке гестации. В большинстве случаев при одиночных узлах миома матки локализовалась по передней стенке матки.

Беременность протекала с осложнениями у 64 (71%) пациенток. Частота различных осложнений беременности приведена в таблице 1. Наиболее частым осложнением беременности была угроза прерывания.

Из 90 беременных пациенток с миомой матки 74 (82,2%) были госпитализированы в отделение патологии беременности с целью предоперационной подготовки, которая включала функциональное обследование: УЗИ матки и миоматозных узлов, оценку

внутриутробного состояния плода. Проводилось клиническое обследование, включая исследование параметров гемостаза, влагалищной микрофлоры. У части беременных выявлен кольпит, по поводу чего проведено лечение перед родоразрешением (антисептики, антибиотики интравагинально). Родоразрешение пациенток по возможности проводилось ближе к доношенному сроку (39–40 недель) беременности. Преждевременные (в 27–37 недель) роды – у 33 женщин. Сроки родоразрешения представлены в таблице 2.

**Таблица 1 – Осложнения беременности у пациенток с миомой матки**

Осложнения беременности	Количество наблюдений
Угроза прерывания	51 (56%)
Преэклампсия	6 (6,6%)
Анемия	45 (50%)
Плацентарные нарушения	23 (25,5%)
Низкая плацентация	4 (4,4%)

У 32 пациенток сочетались 2 и более осложнения.

**Таблица 2 – Сроки родоразрешения пациенток с миомой матки**

Срок родоразрешения (недели)	Количество наблюдений
Менее 28 недель	2 (2,2%)
29-31 неделя	4 (4,4%)
32-34 недели	4 (4,4%)
35-37 недель	23 (25,5%)
Более 37 недель	57 (63,5%)

Наличие миомы матки даже больших размеров само по себе не является показанием к абдоминальному родоразрешению. При выборе тактики родов учитывался ряд факторов: количество узлов, расположение и структура узла миомы (по данным УЗИ), возраст пациентки, наличие экстрагенитальной патологии, акушерский анамнез, течение и осложнения данной беременности. Тем не менее наличие гигантских миоматозных узлов являлось непосредственным показанием к кесареву сечению. Также показанием к кесареву сечению служило наличие больших миоматозных узлов, размеры и локализация которых препятствовали родоразрешению через естественные родовые пути, выраженное дегенеративное изменение в узле, быстрый рост узла, сочетание рубца на матке с узлами больших размеров.

Согласно вышеуказанной тактике, к оперативному родоразрешению подготовлена 31 женщина, что составило 34%. У 7 женщин показанием к кесареву сечению являлась непосредственно миома матки: в 3

случаях узлы гигантских размеров (от 15 до 25 см в диаметре), у 4 пациенток большие миоматозные узлы располагались в нижнем сегменте матки, что могло препятствовать родам через естественные родовые пути. В пяти наблюдениях отмечались выраженные дегенеративные изменения в миоматозном узле (по данным УЗИ), что подтверждалось интраоперационно (рисунок).



Рисунок – Дегенеративные изменения в миоматозном узле

Кроме того, показанием к кесареву сечению у 5 пациенток было сочетание рубца на матке с узлами миомы, а у 19 беременных с миомой матки были сочетанные показания к оперативному родоразрешению (возраст, акушерско-гинекологический и соматический анамнез, акушерские осложнения).

Структура показаний к оперативному родоразрешению представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Показания к оперативному родоразрешению с последующей миомэктомией

Показания к кесареву сечению	Количество наблюдений
Миома матки больших размеров	7 (22,6%)
Рубец на матке после кесарева сечения	5 (16,1%)
Рубец на матке после миомэктомии	9 (29,2%)
Тазовое предлежание плода	6 (19,3%)
Экстракорпоральное оплодотворение	3 (9,6%)
Выпадение петель пуповины	1 (3,2%)
Итого	31 (100%)

Вагинальные роды произошли в 59 случаях, что составило 66%. У 15 (25,4%) пациенток во время вагинальных родов были выявлены следующие осложнения, представленные в табл. 4.

В абсолютном большинстве при оперативном вмешательстве у 30 пациенток применялась регионарная

(спинальная) анестезия. У 1 был использован эндотрахеальный наркоз из-за противопоказаний к региональной анестезии.

Таблица 4 – Осложнения при вагинальных родах

Осложнения	Количество наблюдений
Ручное отделение и выделение последа	6 (40%)
Преждевременное излитие вод	7 (46,6%)
Слабость родовой деятельности	2 (13,2%)
Итого	15 (100%)

В большинстве наблюдений чревосечение осуществлялось по Джоэлу Кохену. В 1 случае при наличии рубца после предыдущей операции применялось чревосечение по Пфанненштилю, в 1 случае – нижнесрединная лапаротомия с иссечением старого рубца на коже. У 1 пациентки выбрана нижнесрединная лапаротомия в связи с гигантскими размерами узлов.

Кесарево сечение выполнялось поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте. Разрез на матке восстанавливался однорядным непрерывным швом (викрил). В ходе операции использовался электрокоагулятор, позволяющий существенно снизить интраоперационную кровопотерю и травматичность.

Техника удаления миоматозных узлов зависела от их расположения. Как правило, миомэктомия осуществлялась после извлечения плода и последа.

Всем женщинам проводился ультразвуковой мониторинг узлов и инволюции матки после родоразрешения. Средний койко-день после родов составил  $4,1 \pm 1,3$  сутки, после кесарева сечения –  $5,5 \pm 1,2$  сутки.

**ВЫВОДЫ.** Ранняя диагностика миомы матки, индивидуальный подход позволяют не только выносить беременность нередко до доношенного срока, но и при наличии миомы матки небольших размеров возможны самостоятельные вагинальные роды.

Пролонгирование беременности при выявлении миомы матки больших и гигантских размеров возможно. Родоразрешение при наличии гигантских миоматозных узлов следует проводить только путем кесарева сечения с последующей миомэктомией. Родоразрешение беременных с миомой матки больших и гигантских размеров должно осуществляться в высококвалифицированных учреждениях, где возможно проведение органосохраняющих операций, а при необходимости и гистерэктомии.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Вихляева, Е. М. Руководство по диагностике и лечению миомы матки / Е. М. Вихляева. – М. : МЕДпресс-информ, 2004. – 400 с.

2. Кулаков, В. И. Миомэктомия и беременность / В. И. Кулаков, Г. С. Шмаков. – М. : МЕДпресс-информ, 2001. – 342 с.

3. Савицкий, Г. А. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии / Г. А. Савицкий, А. Г. Савицкий. – СПб., 2000. – С. 150–210, 236.

4. Сидорова, И. С. Миома матки / И. С. Сидорова. – М. : МИА, 2003. – 256 с.

5. Чернуха, Е. А. Кесарево сечение – настоящее и будущее / Е. А. Чернуха // Акушерство и гинекология. – 1997. – № 5. – С. 8–22.

6. Cobellis, L. Hemostatic technique for myomectomy during cesarean section / L. Cobellis, E. Pecori, G. Cobellis // Int. J. Gynaecol Obstet. – 2002. – 79. – P. 261–262.

7. Cooper, N. P. Fibroids in pregnancy – common but poorly understood / N. P. Cooper, S. Okolo // Obstet Gynecol Surv. – 2005. – № 60. – P. 132–138.

8. Jabiry-Zieniewicz, Z. The pregnancy and delivery course with pregnant women with uterine myomas / Z. Jabiry-Zieniewicz, M. Gajewska // Ginekol Pol. – 2002. – № 7. – P. 271–275.

УДК 616.132.11- 007.64 – 07-089:618.2 – 055

О. А. КУЗИНА<sup>1</sup>, Е. П. КАСТРОВА<sup>1</sup>, Л. М. ДЕМИНА<sup>1</sup>, М. Е. АВДЕЕВА<sup>2</sup>, Ж. В. СЕННИКОВА<sup>2</sup>, Н. В. МАСЛОВА<sup>2</sup>  
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ СИНУСА ВАЛЬСАЛЬВЫ У БЕРЕМЕННОЙ**

<sup>1</sup> — Оренбургский государственный медицинский университет

<sup>2</sup> — Оренбургская областная клиническая больница № 2

O. A. KUZINA, E. P. KASTROVA, L. M. DEMINA, M. E. AVDEEVA, ZH. V. SENNIKOVA, N. V. MASLOVA  
**ANEURISM RUPTURE OF THE VALSALVA SINUS IN PREGNANT-CLINICAL CASE**

**РЕЗЮМЕ.**

Аневризма синуса Вальсальвы (АСВ) — редкая патология, представляющая собой выпячивание аортальной стенки синуса Вальсальвы. Чаще всего АСВ является врожденной патологией, которая составляет 0,1—3,5% среди всех врожденных пороков сердца. АСВ в большинстве случаев осложняется разрывом с последующим прорывом в предлежащие отделы сердца. Приводим клиническое наблюдение разрыва АСВ, осложнившегося развитием острой правожелудочковой недостаточности у женщины во время беременности.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** АНЕВРИЗМА СИНУСА ВАЛЬСАЛЬВЫ, БЕРЕМЕННОСТЬ, КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ.

**SUMMARY.**

The Aneurysm of a sinus of Valsalva (ASV) — the rare pathology representing bulging of an aortal wall of a sinus of Valsalva. ASV is often congenital pathology which meets 0,1 — 3,5% among all congenital heart diseases. The ASV often is complicated by a rupture with the consecutive discharging in

the departments of heart. We give clinical observation of a rupture of the ASV the woman during pregnancy.

**KEY WORDS:** THE ANEURYSM OF A SINUS OF VALSALVA (ASV), PREGNANCY, CAESARIAN OPERATION, TREATMENT.

**АНАТОМИЯ И ГЕМОДИНАМИКА ПОРОКА.** Отличительной особенностью врожденных АСВ является мешкообразное или пальцеобразное их выпячивание в смежные отделы сердца. Аневризма может заканчиваться одним или несколькими перфорационными отверстиями, приводящими к сообщению корня аорты с соответствующей камерой сердца. Размеры аневризматического мешка составляют 0,8–5 см, а диаметр перфорационного отверстия – 0,21–1,5 см [1, 5, 7, 8].

АСВ в 70% случаев локализуется в области правого коронарного синуса, в 25% – в области некоронарного (заднего) синуса, в 5% – в области левого коронарного синуса. В литературе имеются данные об аневризмах всех трех синусов одновременно [1, 5, 7, 8].

В подавляющем большинстве случаев до разрыва АСВ не вызывает гемодинамических нарушений и протекает бессимптомно. Реже, выбухая в правый желудочек, аневризма препятствует току крови в ствол легочной артерии. Возможно сдавление аневризмой проводящих путей сердца, что сопровождается нарушениями сердечного ритма различного характера [1, 5, 7, 8].

Нарушения гемодинамики при прорыве аневризмы обусловлены сбросом крови из аорты

Кузина Ольга Андреевна – клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии; тел. 8 (3532) 310201; k\_gines@orgma.ru  
 Кастрова Елена Павловна – клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии; тел. 8 (3532) 310201; k\_gines@orgma.ru  
 Демина Людмила Михайловна – к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии; тел. 89198587401; orenaku@yandex.ru  
 Авдеева Марина Евгеньевна – врач-акушер-гинеколог родильного отделения ООКБ № 2; тел. 89123516710  
 Сенникова Жанна Владимировна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии; тел. 8 (3532) 310455; senzan23@mail.ru  
 Маслова Надежда Валентиновна – врач ультразвуковой диагностики ООКБ № 2; тел. 8 (3532) 310455

в ту или иную камеру сердца. Аневризмы, исходящие из правого коронарного синуса, прорываются в правое предсердие или правый желудочек; аневризмы некоронарного синуса Вальсальвы – чаще в правое предсердие; аневризмы левого коронарного синуса – в легочную артерию и левый желудочек [1, 5, 7, 8].

Поступление крови из аорты происходит постоянно, на протяжении всего сердечного цикла, так как систолическое и диастолическое давление в ней значительно выше, чем в правых отделах сердца. Объем сброса крови зависит в первую очередь от диаметра перфорационного отверстия, а также от давления в аорте [1, 5, 7, 8].

Сброс крови слева направо приводит не только к увеличению легочного кровотока, но и к увеличенному ее возврату в левое предсердие, левый желудочек, и, следовательно, возникает объемная перегрузка как правых, так и левых отделов сердца. Давление в малом круге кровообращения составляет менее 70% от аортального. Обычно вскоре после прорыва аневризмы развивается быстро прогрессирующая сердечная недостаточность, которая в случае промедления с операцией приводит к быстрому летальному исходу [1, 5, 7, 8].

При значительных размерах аневризмы, выходящей в выходной отдел правого желудочка, может отмечаться систолический градиент давления между правым желудочком и стволом легочной артерии [1, 5, 7, 8].

**ДИАГНОСТИКА.** По данным электрокардиографии специфических признаков АСВ не выявляется; в случае прорыва аневризмы отмечается острая перегрузка правых или левых отделов сердца [2, 5, 6].

На рентгенограмме органов грудной клетки обнаруживается увеличение размеров сердца, особенно правых отделов, усиление легочного рисунка [2, 5, 6].

Диагноз ставится при ЭхоКГ, в том числе с доплеровским исследованием и контрастированием. В некоторых случаях требуется катетеризация и рентгеноконтрастное исследование сердца [2, 5, 6].

Методом выбора в диагностике всех пороков сердца, в том числе АСВ на данном этапе развития медицины является Эхо-КС [2, 5, 6].

**ЛЕЧЕНИЕ.** При пороках синусов Вальсальвы возможно только хирургическое лечение. В этом случае выполняется пластика АСВ в условиях искусственного кровообращения. В процессе операции аневризматический мешок прошивается и иссекается; операционный дефект укрывается синтетической заплатой изнутри соответствующей полости сердца или со стороны аорты [3, 4, 7, 8, 9, 10].

При необходимости операция дополняется пла-

стикой створок или протезированием аортального клапана. Ближайшие и отдаленные послеоперационные результаты удовлетворительные [3, 4, 7, 8, 9, 10].

В качестве примера из клинической практики представляем случай диагностики и успешного хирургического лечения разрыва АСВ у беременной. Целью настоящего сообщения – обратить внимание клиницистов на то, что хотя частота развития АСВ относительно невысока, следует всегда помнить, что никто не застрахован от встречи с данной патологией, которая носит жизнеугрожающий характер, представляя опасность для матери и плода.

Работа в команде является залогом успеха в борьбе с этим грозным заболеванием.

**Пациентка С., 26 лет.**

**Анамнез жизни:** Тбс, ВИЧ-инфекцию, сифилис, гепатит отрицает. Соматически (со слов) здорова. Травм, операций (помимо кесарева сечения) не было. Вредные привычки отрицает. Гемо- и плазматрансфузий не проводилось. Лекарственную и прочие аллергии отрицает.

**Акушерско-гинекологический анамнез:** менструальная функция с 13 лет. Цикл регулярный – 28 дней, тenses по 6 дней, безболезненные, умеренные. Половая жизнь с 18 лет. Брак повторный, муж здоров (со слов женщины). Гинекологические заболевания отрицает. I беременность – 2005 г., период гестации без особенностей, родоразрешена операцией кесарева сечения в экстренном порядке, при доношенной беременности, по поводу клинически узкого таза (в ЦРБ). Ребенок жив, масса – 3960 г. Послеоперационный период протекал без осложнений.

**Настоящая беременность II.** На учете в ЖК с 5-6 недель, посещала регулярно. В 9 недель беременности на ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 67 уд/мин. ЭОС не отклонена. Умеренные изменения в миокарде.

В 12-13 недель – угроза прерывания беременности. Лечение: магне В<sub>6</sub>, но-шпа, папаверин в свечах. В 16 недель осмотрена терапевтом. Диагноз: ринит беременной. Рекомендовано: пиносол, поливитамины.

В 27-28 недель – инфекция мочевыводящих путей. Бактериурия, лейкоцитурия. Лечение: канефрон, поливитамины, колено-локтевое положение.

С начала III триместра – анемия легкой степени (Hb – 106 г/л), принимала препараты железа.

В 33 недели поступила в роддом с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. Госпитализирована в ОПБ с Ds: II беременность, 32-33 недели. Угроза преждевременных родов. Анемия легкой степени. Отягощенный акушерский анамнез. Рубец на матке после кесарева сечения. Хроническая внутриутробная гипоксия плода.

Из обследования:

ОАК:

Эр.	Нб	Тр.	ВСК	Л.	С/я.	П/я.	Лим.	М.	СОЭ
3,07*10 <sup>12</sup> /л	103 г/л	173*10 <sup>9</sup> /л	4 <sup>10</sup> -4 <sup>45</sup>	8,9*10 <sup>9</sup> /л	56%	11%	26%	6%	41 мм/ч

БАК:

О. белок	Мочевина	БР	Сахар	Ф/г
59 г/л	2,5 ммоль/л	8,9 мкмоль/л	2,4 ммоль/л	4,65 г/л

ГСГ:

МНО	АЧТВ	ПВ
0,97	30,1	11,0

ОАМ:

Цвет	прозрачность	УВ	Л.	Э.	Эр.
св-желт.	+	1006	1-2	14-16	0-1

ЭКГ: синусовая тахикардия, частота сердечных сокращений – 82 уд/мин. Электрическая ось сердца нормальная.

Проводимое лечение: магния сульфат – 25% – 20,0 в/в; гинипрал – 2,0 в/в капельно на физ. растворе, в последующем гинипрал – ½ табл. 4 раза/день; верапамил – ½ табл. 4 раза/день; ферретаб – 1 табл. 1 раз/день; курантил – 0,25 3 раза/день. Профилактика СДР плода – дексаметазон – 8 мг № 3.

С прогрессирующей беременностью, в удовлетворительном состоянии беременная выписана под наблюдение участкового врача женской консультации. Рекомендовано продолжить сохраняющую и антианемическую терапию.

В 34 недели беременности вновь госпитализирована в ОПБ с диагнозом: угроза преждевременных родов. Анемия легкой степени. ХВГП. ОАА. Рубец на матке после кесарева сечения. Из обследования: анемия (Нб – 99 г/л), гипопропротеинемия (о. белок – 55 г/л).

Вновь начата сохраняющая терапия. На фоне внутривенного капельного введения токолитика у беременной появились эпизоды тахикардии и одышки. Гинипрал отменен, назначена магниевая терапия.

В ночь отмечено ухудшение состояния больной: появилась одышка в покое (занимала положение ортопноэ), непродуктивный сухой кашель. Срочно совместный осмотр акушеров-гинекологов и кардиолога.

Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное. Выраженный акроцианоз.

Пульс – 110 уд/мин., артериальное давление – 180/40 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево (+0,5 см).

Взяты анализы по cito!

ОАК:

Эр.	Нб	Тр.	ЦП	Лей.	С/я	П/я	Лим.	Мон.	СОЭ
3,28*10 <sup>12</sup> /л	90г/л	256*10 <sup>9</sup> /л	0,83	6,2*10 <sup>9</sup> /л	62%	3%	25%	9%	21мм/ч

БАК:

О. БР	АЛАТ	АСАТ	Мочевина	Креатинин	О. белок	Гл.	К <sup>+</sup>	Na <sup>+</sup>	X/c
12	32	31	3,3	54	60	5,69	3,7	140	

Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений – 110 уд/мин.

Грудная клетка не деформирована. Частота дыхательных движений – 20 в мин. Перкуторно – легочный звук. Аускультативно: везикулярное дыхание, ослаблено в нижних отделах, выслушиваются крепитирующие хрипы с обеих сторон, в основном в нижних отделах.

При рентгеноскопии органов грудной клетки – картина легочной гипертензии.

Проведена ЭХО-КС в экстренном порядке. Заключение: врожденный порок сердца. Аневризма некоронарного синуса Вальсальвы. Разрыв аневризмы со сбросом крови из восходящей аорты в правое предсердие. Увеличение размеров полостей обеих предсердий. Митральная, трикуспидальная регургитация.

Выставлен Ds: II беременность, 34-35 недель. Анемия легкой степени ОАА. Рубец на матке после операции кесарева сечения (2005 г.). Острая сердечная недостаточность. Врожденный порок сердца. Разрыв аневризмы синуса Вальсальвы со сбросом крови из аорты в правое предсердие. Легочная гипертензия. Относительная недостаточность трикуспидального клапана III ст.

На основании соматического состояния и данных исследования больной по жизненным показаниям необходимы экстренное родоразрешение и операция на сердце – ушивание аневризмы синуса Вальсальвы, устранение фистулы в условиях искусственного кровообращения (АИК). Больная переведена в кардиохирургическое отделение.

ГСГ:

МНО	АЧТВ	ПТВ	ПТИ
0,94	41,1	12,4	110%

ОАМ:

Цвет	Прозрачность	УВ	Л.	Эпит.	Эр.
св.-желт.	+	1007	0-1	2-4	0

ЭКГ: нижнепредсердный ритм с частотой сердечных сокращений 75 уд/мин. Электрическая ось сердца не отклонена. Нарушение внутрижелудочковой проводимости в системе левой ножки пучка Гиса.

Первым этапом проведена лапаротомия, операция кесарева сечения. За головку извлечен живой недоношенный мальчик, 2726 г, 52 см, на 5/7 баллов по шкале Апгар. В связи с развившимся гипотоническим кровотечением у женщины с тяжелой кардиальной патологией, требующей оперативного лечения на фоне АИК, решено расширить объем операции до надвлагалищной ампутации матки без придатков. Кровопотеря составила 1200 мл.

Вторым этапом кардиохирургами произведена операция – ушивание аневризмы синуса Вальсальвы, устранение фистулы в условиях АИК.

В послеоперационном периоде по поводу анемии тяжелой степени (Hb – 72 г/л) проведено переливание эритроцитарной взвеси. В течение трех суток лечение проводилось в палате интенсивной терапии, затем в послеоперационной палате. Проводилась антибактериальная, антикоагулянтная, метаболическая и обезболивающая терапия; рентгеноскопия органов грудной клетки и Эхо-КС в динамике.

На 13-е сутки пациентка переведена в удовлетворительном состоянии на долечивание в местный санаторий. После курса реабилитации вернулась домой к новорожденному ребенку.

#### ВЫВОДЫ.

1. Некоторые врожденные пороки сердца могут протекать длительно бессимптомно.

2. Беременность увеличивает нагрузку на сердечно-сосудистую систему, так как особенно в третьем триместре увеличивается объем циркулирующей крови на 25-35%, что в данном случае привело к разрыву аневризмы синуса Вальсальвы.

3. Своевременно проведенная диагностика данного осложнения и возможности оказания экстренной кардиологической помощи привели к удовлетворительному исходу как для матери, так и для плода.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Атьков, О. Ю. Ультразвуковое исследование сердца и сосудов / О. Ю. Атьков, Т. В. Балахонова, С. Г. Горохова. – М.: Эксмо, 2009. – 400 с.

2. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. Российское кардиологическое общество, клинические рекомендации // Российский кардиологический журнал. – 2013. – № 4 (102), приложение 1. – 40 с.

3. Назыров, Ф. Г. Непосредственные результаты хирургической коррекции аневризмы синуса Вальсальвы / Ф. Г. Назыров, Х. К. Абрамов // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – Том 7. – № 3. – 2012. – С. 15–20.

4. Подзолков, В. П. Современные подходы к хирургическому лечению прорыва аневризмы синуса Вальсальвы / В. П. Подзолков, М. М. Зеленикин // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2012. – № 4. – С. 9–13.

5. Рыбакова, М. К. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Эхокардиография / М. К. Рыбакова, М. Н. Алехин, В. В. Митьков. – М.: Видар-М, 2008. – 512 с.

6. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных; изд. шестое, переработанное и дополненное / М. М. Шехтман. – М.: Триада-Х, 2013. – 896 с.

7. Dalton, M. Ruptured aneurysm of the noncoronary sinus of Valsalva / M. Dalton, A. P. Arley // *Texas Heart Institute Journal*. – 2005. – Vol. 32. – № 4. – P. 586–588. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1351838/>

8. Latzman, J. Ruptured sinus of Valsalva aneurysm in a pregnant woman / J. Latzman, A. N. Makaryus, D. Rosman // *Texas Heart Institute Journal*. – 2006. – Vol. 33. – № 1. – P. 66–69 / <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1413609/>

9. Sener, E. Ruptured sinus of Valsalva aneurysm and coarctation of aorta in a woman at early postpartum period / E. Sener, A. Kucuker, H. Bayram // *Case Rep Med*. 2014; Published online Mar 6, 2014. doi: [10.1155/2014/731596](https://doi.org/10.1155/2014/731596) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3970367/>

10. Vikram, T. Successful outcome of a rare case ruptured sinus of Valsalva aneurysm in pregnancy / T. Vikram, V. Siddhi // *The Journal Obstetrics and Gynecology of India*. – Dec 2012. – 62 (Suppl 1). – 4–5. Published online Mar 27, 2013. doi: [10.1007/s13224-013-0352-z](https://doi.org/10.1007/s13224-013-0352-z) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3632675/>

УДК 615.356:618.2

И. А. ЛАГЕРЬ<sup>1</sup>, М. А. ГОЛИКОВА<sup>1</sup>, О. Д. КОНСТАНТИНОВА<sup>2</sup>**ПРИЁМ ВИТАМИНОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ**<sup>1</sup> — ГБУЗ «Городская клиническая больница № 2», г. Оренбург<sup>2</sup> — Оренбургский государственный медицинский университет

I. A. LAGER, M. A. GOLIKOVA, O. D. KONSTANTINOVA

**RECEPTION OF VITAMINS DURING PREGNANCY FROM THEORY TO PRACTICE****РЕЗЮМЕ.**

Получение витаминов извне в достаточном количестве реально влияет на качество репродукции, улучшает течение беременности и снижает число осложнений беременности, приём их во время беременности должен быть обязательным.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ФЕМИБИОН, ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ, ВРОЖДЁННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА, БЕРЕМЕННОСТЬ.

**SUMMARY.**

Getting vitamins in sufficient quantities really affects the quality of reproduction, improves process of pregnancy and reduces the number of complications of pregnancy and their reception during pregnancy should be required.

**KEY WORDS:** FEMIBION, PREMATURE BIRTH, CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE FETUS, PREGNANCY.

**ВВЕДЕНИЕ.** На Всемирном конгрессе FIGO в 2006 году было сделано громкое заявление: «...мультивитаминно-минеральные комплексы имеют доказанную пользу только для их производителей и дистрибьюторов». Основания для этих слов были действительно вескими. Во-первых, предсказать лекарственное взаимодействие даже между тремя фармакологическими агентами сложно, не говоря уже о пяти и более компонентах. Во-вторых, докладчики опирались на ряд серьёзных публикаций, соответствующих строгим критериям доказательной медицины, свидетельствующих о том, что витаминная поддержка никоим образом не сказывается на исходах беременности (Журнал Status Presens, 2013 год). К сожалению, в мире нет единого мнения о рациональности употребления поливитаминов беременными.

Известно, что организм человека синтезирует витамины в ограниченном количестве или не синтезирует вообще. Поэтому необходимо получать витамины извне (с пищей или в готовом виде).

Уже доказано многими рандомизированными исследованиями, что дефицит фолиевой кислоты является причиной развития врождённых пороков нервной трубки плода. Устранение дефицита фолиевой кислоты предотвращает рождение детей с врождёнными аномалиями, такими как полное и частичное отсутствие больших полушарий головного мозга, костей свода черепа и мягких тканей головы, расщелины позвоночника различной степени тяжести, менингеальные и мозговые грыжи и другие.

В настоящее время единственный метафолинсодержащий комплекс, разрешённый к применению как до беременности, так и на протяжении всей беременности, — это «Фемибион». В состав которого входят витамины С, РР, Е, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>3</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, фолиевая кислота (200 мг), L метилфолат (208 мкг), йод, биотин и докозагексаеновая кислота (ДГК).

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ** – оценить эффективность приёма поливитамино-минерального комплекса «Фемибион-1» и «Фемибион-2» на течение беременности и исходы родов.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Исследование явилось проспективным. Всего в исследовании включены 274 женщины, состоявшие на учете по беременности в женской консультации ГКБ № 2 в 2013-2014 годах. 1-я группа – 144 женщины, принимавшие во время беременности поливитамино-минеральный комплекс «Фемибион-1» и «Фемибион-2». Вторую группу составили 130 беременных, не получавшие поливитамино-минеральные комплексы. В исследование не включались женщины, которые принимали другие поливитамино-минеральные комплексы, с тяжелой экстрагенитальной и эндокринной патологией. Обследование беременных проводилось согласно принятым протоколам. У обследованных беременных тщательно изучен аллергологический анамнез. Пациентки 1 и 2-й групп достоверно не отличались по экстрагенитальной, гинекологической патологии, по паритету беременностей и родов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** Проведён анализ течения беременности и состояния новорождённых детей у женщин, которые принимали поливитамино-минеральный комплекс «Фемибион-1» в первом триместре и «Фемибион-2» во втором триместре беременности (1-я группа); и у женщин, не получав-

Лагерь Ирина Алексеевна – к. м. н., заместитель главного врача по ЭВН, ГБУЗ «ГКБ № 2»; тел. 8 (3532) 266324; deva29@mail.ru

Голикова Марина Александровна – врач-акушер-гинеколог женской консультации № 1 ГБУЗ «ГКБ № 2»; тел. 8 (3532) 310201; marinagolicova-utkina@mail.ru

Константинова Ольга Дмитриевна – д. м. н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии; тел. 8 (3532) 310201; const55@mail.ru

ших поливитаминно-минеральные комплексы во время беременности (2-я группа). Возраст обследованных беременных составил от 18 до 41 года. Распределение беременных по возрасту представлено в таблице.

Таблица — Распределение обследованных беременных по возрасту

Возраст беременных	1-я группа n = 144	2-я группа n = 130
18-25	60	57
26-32	68	62
33-40	15	11
41-49	1	-

Большая часть обследованных беременных женщин были в молодом (41,7% и 43,8%) и среднем репродуктивном (47,2% и 47,6%) возрасте, и лишь небольшая часть (11,1% и 8,5%) беременных составили старший репродуктивный возраст.

Анализ течения беременности находившихся под наблюдением женщин показал, что в обеих группах отмечались осложнения в период гестации: угроза прерывания беременности, ранний токсикоз, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода.

Однако следует отметить, что угроза прерывания в первом триместре беременности в группе женщин, принимавших витаминно-минеральные комплексы, выявлена в 19,4% (28) случаев, а в группе контроля – в 60% (78).

Ранний токсикоз беременных легкой степени диагностировался в 1-й группе в 4,9% (7) случаев, в то время как у женщин группы сравнения данное осложнение протекало в умеренной и тяжелой степени в 9,2% (12) случаев.

Во второй половине беременности гестоз на стадии отеков выявлялся у беременных обеих групп. При этом в 1-й группе патологическая прибавка веса и значительные отеки отмечались у 22 (15,2%) беременных, а во второй группе от умеренных до выраженных отеков нижних и верхних конечностей отмечались у 29 (22,3%) женщин. Артериальная гипертензия, вызванная беременностью, диагностировалась в обеих группах обследованных в 2,1% и 3,1% случаев соответственно. Только в группе сравнения преэклампсия умеренная диагностирована в 2,3% случаях.

Наиболее часто в период гестации развивается анемия беременных. В настоящем исследовании анемия легкой степени (Hb – 105-93 г/л) выявлена у 25 (17,3%) беременных, получавших Фембион, в группе сравнения анемия легкой и средней степени тяжести (96–78 г/л) отмечалась у 32 (24,6%) беременных.

Ультразвуковое исследование и доплерометрия фетоплацентарного комплекса, проведенные в 19-20 недель и в 30-31 неделю гестации, плацентарные нарушения в группе женщин, которые принимали Фембион-1 и Фембион-2, выявили в 19,4% (28) случаев, в группе сравнения – 26,2% (34). В первой группе беременных плацентарные нарушения 1а степени, а в группе сравнения регистрировались нарушения фетоплацентарные 1а, 1б, и 2-й степени. Синдром задержки роста плода выявлен в 1 и 2-й группах в 2,7% и 6,2% случаев соответственно.

Преждевременные роды в сроке 34-36 недель беременности произошли в 2,7% случаях у женщин, получавших витаминно-минеральные комплексы, в группе сравнения произошли роды в сроке 31-36 недель в 6,2% случаев.

Вагинальные роды произошли в 83,3% и 77,6% случаев в первой и второй группах соответственно. Операцией кесарево сечение родоразрешены из первой группы 24 (16,6%) женщины, из группы сравнения 29 (22,3%) женщин. Показаниями к операции кесарево сечение в первой группе были чаще: крупный плод, аномалии родовой деятельности, монохориальная двойня (3); в группе контроля – чаще: аномалии родовой деятельности, хроническая и острая гипоксия плода, монохориальная двойня (1). В группе женщин, получавших витаминно-минеральные комплексы, дети, родившиеся в срок, имели массу тела 3500-4200 г, в группе сравнения – масса доношенных новорожденных составила 2880-4000 г.

Врожденные пороки развития в группе женщин, принимавших Фембион, выявлены в 2 (1,3%) случаях – незаращение твердого неба. Во второй группе (сравнения) родились 4 (3,1%) ребенка с пороками развития – множественные пороки мочеполовой системы (1), отсутствие легкого (1), незаращение твердого неба (2).

Учитывая отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, с целью предгравидарной подготовки витаминно-минеральный комплекс «Фембион» получали 19 (13,2%) женщин первой группы. В группе сравнения предгравидарная подготовка не проводилась.

Таким образом, проведенный анализ течения беременности и исхода родов позволил сделать следующее заключение, что у пациенток, получавших витаминно-минеральные комплексы «Фембион-1» и «Фембион-2», период гестации реже осложнялся: угрозой выкидыша (в 3 раза), ранним токсикозом (в 2 раза), анемией, плацентарными нарушениями тяжелой степени, синдромом задержки роста плода (в 2,3 раза), преждевременными родами (в 2,3 раза).

Применение витаминно-минерального комплекса «Фембион» в период предгравидарной подготовки и

в период гестации оправданно с целью профилактики осложнённого течения беременности, преждевременных родов и врожденных пороков развития плода.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Абрамченко, В. В. *Метаболическая терапия при беременности и в родах: руководство для врачей* / В. В. Абрамченко, Г. Л. Громыко, И. Н. Бойко. М., 2010. – 240 с.
2. Радзинский, В. Е. *Акушерская агрессия* / В. Е. Радзинский. – М.: Status Presens, 2011. – 687 с.
3. Макаров, И. О. *Питание женщин во время беременности* / И. О. Макаров, В. И. Боровикова // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2011. – № 10. – С. 90–94.
4. Спиричев, В. Б. *Научное обоснование применения витаминов в профилактических и лечебных целях* / В. Б. Спиричев // *Вопросы питания*. – 2010. – № 5. – С. 4–14.
5. Сандакова, Е. А. *Судьбоносная профилактика* / Е. А. Сандакова // *Журнал Status Presens*. – 2013. – № 9. – С. 48–52.

УДК 614.21:[618.177+618.39-021.3]

### Н. Ю. МАКСИМОВА<sup>1</sup>, Л. Н. СУПОНЕВА<sup>1</sup>, Г. О. МАХАЛОВА<sup>2</sup> АСПЕКТЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ БЕСПЛОДИЯ И НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

<sup>1</sup> – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 2», г. Оренбург  
<sup>2</sup> – Оренбургский государственный медицинский университет

### N. Y. MAXIMOVA, L. N. SUPONEVA, G. O. MAHALOVA ASPECTS OF THE SOLUTION TO THE PROBLEM OF INFERTILITY AND MISCARRIAGE

#### РЕЗЮМЕ.

*Предгравидарная подготовка женщин в значительной мере определяет течение беременности и перинатальный исход. Каждая беременность должна быть желанной, запланированной и обязательно заканчиваться рождением здорового ребенка.*

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА, НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРОГЕСТЕРОН, РОДЫ, ЭКО.  
**SUMMARY.**

*Predgravidarnaya training women to a large extent determines the course of pregnancy and perinatal outcome. Every pregnancy should be wanted and always end with a planned birth.*

**KEY WORDS:** PREGRAVID TRAINING, MISCARRIAGE, PREGNANCY, PROGESTERONE, BIRTH, IVF.

Беременность должна быть желанной, запланированной и обязательно заканчиваться рождением здорового ребенка. Предгравидарная подготовка в значительной мере определяет течение беременности

и перинатальный исход. Все больше супружеских пар понимают необходимость планирования беременности и обращаются в отделение планирования семьи для обследования, чтобы исключить риски, связанные со здоровьем, которые могут препятствовать зачатию и/или нормальному течению беременности. За 2013 год количество консультаций по поводу планирования семьи составило 25% от общего количества посещений. Однако не все так идеально. С одной стороны, отсутствие информации о проблемах женского и мужского здоровья привело к тому, что раннее вступление в половую жизнь, беспорядочные половые связи, проблема аборта, терпимость к внебрачным отношениям стали обычным делом. Снижение бдительности будущих родителей к своему здоровью часто приводит к тому, что к моменту планирования желанной беременности уже возникает проблема бесплодия. Нередко в случае наступления беременности на таком фоне происходит её самостоятельное прерывание (самопроизвольный выкидыш). С другой стороны, при наличии гинекологической патологии требующей лечения, нередко преждевременно или не очень «бережно» выполняются оперативные вмешательства на репродуктивных органах (яичники), что может серьезно повлиять на репродукцию. Длительное самолечение или лечение в непрофильных медицинских учреждениях низкоэффективными методами пациентов с проблемами репродукции (бесплодие, невынашивание беременности) «затягивает» получение желаемого результата, наступления беременности и рождения здоровых желанных детей. Поэтому мы считаем, что

Супонева Людмила Николаевна – зав. консультативно-диагностической поликлиникой Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 2», г. Оренбург; тел. 8 (3532) 772312

Максимова Наталья Юрьевна – врач-акушер-гинеколог кабинета планирования семьи ГБУЗ «ГКБ № 2», г. Оренбург; тел. 8 (3532) 772312; Maksimova3112@lenta.ru

Махалова Галина Олеговна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии; тел. 8 (3532) 310201; lokkylo@yandex.ru

проблема бесплодия и невынашивания беременности должна решаться только в специализированных центрах и включать в себя:

- исследование репродуктивного здоровья супружеской пары и коррекцию выявленных нарушений;
- консультирование и предгравидарную подготовку в период планирования беременности;
- ведение ранних сроков беременности с учетом выявленных факторов риска или возникших осложнений в период беременности.

В учреждениях здравоохранения по планированию семьи в одной команде должны работать врачи-акушеры-гинекологи, урологи-андрологи, а также должна осуществляться психологическая поддержка супружеской пары на этапе планирования и вынашивания беременности.

Специалистами консультативно-диагностической поликлиники ГКБ № 2 реализуются все, вышеизложенные, принципы деятельности, в результате отмечено повышение эффективности лечения в диспансерных группах по бесплодию и невынашиванию.

**Таблица — Эффективность лечения в диспансерных группах по бесплодию и невынашиванию**

	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Состояло на учете на начало отчетного периода по бесплодию	67	79	184
Взято на учет по бесплодию	108	276	420
Снято с учета по беременности	67	85	99
Направлено на высокие репродуктивные технологии	26	53	60
Состоит на учете на конец года по бесплодию	79	184	348
Состояло на учете по невынашиванию беременности	11	7	29
Взято на учет по невынашиванию	8	37	52
Снято с учета по беременности	9	15	23
Состоит на конец года	7	29	40

Одной из причин бесплодия и невынашивания беременности является нарушение менструального цикла, связанное с недостаточной функцией эндометрия, в результате хронического эндометрита. Частота хронического эндометрита варьирует от 2,6 до 19,2%, гистологические признаки заболевания обнаруживаются примерно в 8% исследуемых биоптатов эндометрия. В 80-90% случаев хронический эндометрит наблюдается у женщин репродуктивного возраста. Заболевание выявляется с высокой частотой (7,5-15,4%) у пациенток

с бесплодием и у 90% женщин с привычным невынашиванием беременности. Существует несколько подходов к лечению воспалительных заболеваний эндометрия и недостаточности пролиферативной/секреторной фазы менструального цикла. При выявлении инфекционного агента проводится антибактериальная терапия, иммуномодулирующая, гормональная терапия, а также препараты, улучшающие микроциркуляцию в тканях репродуктивной системы. В последнее время активно обсуждается в литературе эффективность различных препаратов прогестерона с целью предгравидарной подготовки и сохранения беременности.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ** – оценить эффективность применения прогестеронов в комплексной терапии на этапе подготовки к беременности и в период до 20 недель гестации.

В исследование включены 37 женщин из группы высокого риска по невынашиванию беременности: Привычное невынашивание беременности в анамнезе было у 26, бесплодие различного генеза – у 11 женщин. Мужской фактор бесплодия исключен у всех обследованных пациенток. Средний возраст женщин составил 34,5 года. Все обследованные на этапе предгравидарной подготовки в комплексной терапии получали препараты прогестерона во 2-ю фазу менструального цикла. Длительность курса гормонотерапии составила от 3 до 6 месяцев. Первая группа (18 женщин) ежедневно применяла капсулы прогестерона по 200 мг на ночь интравагинально до 20 недель беременности, из них 3 пациентки, которым было выполнено экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и перенос эмбриона (ПЭ), получали вагинально капсулы прогестерона по 200 мг 3 раза в день. Вторая группа (19 женщин) ежедневно применяла препараты дидрогестерона по 10 мг 2 раза в день per os до 20 недели беременности. Эффективность лечения оценивалась на основании субъективных ощущений пациенток, данных ультразвукового мониторинга длины шейки матки, а также по частоте преждевременных родов.

В первой группе все беременности завершились родами в срок 38–41 неделя. Во второй группе у 3 из 19 беременных произошли преждевременные роды в сроке 34-35 недель, у 16 произошли срочные роды.

**ВЫВОДЫ.** Предгравидарная подготовка с включением препаратов прогестерона на этапе планирования и в дальнейшем на этапе вынашивания беременности снижает частоту угрозы прерывания беременности и частоту преждевременных родов у женщин с высоким риском рождения недоношенных детей.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Бесплодие и возраст: пути решения проблемы / Т. А. Назаренко, Н. Г. Мишинева. – М. : МЕД-пресс-информ, 2010. – 208 с.

2. Доброхотова, Ю. Э. *Неразвивающаяся беременность* / Ю. Э. Доброхотова, Э. М. Джобава, Р. И. Озерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 250 с.

3. Подзолкова, Н. М. *Невынашивание беременности: учебно-методическое пособие* / Н. М. Подзолкова, М. Ю. Скворцова. – М., 2010. – 536 с.

4. Радзинский, В. Е. *Акушерская агрессия* / В. Е. Радзинский. – М.: StatusPraesens, 2011. – 688 с.

5. Сидельникова, В. М. *Невынашивание беременности* / В. М. Сидельникова, Г. Т. Сухих. – М.: МИА, 2011. – 534 с.

6. *Современные методы преодоления бесплодия* / Е. М. Яковленко, С. А. Яковенко. – 2010. – 280 с.

7. Сухих, Г. Т. *Хронический эндометрит: руководство* / Г. Т. Сухих, А. В. Шуриалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 164 с.

УДК 618.177-089.888.11

Е. Н. НЕВЕРОВА, Е. В. НИКОЛАЕВА  
**ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ – ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ**

Областной Центр охраны здоровья семьи и репродукции, г. Оренбург

E. N. NEVEROVA, E. V. NIKOLAEVA  
**IN VITRO FERTILIZATION – AS AN EFFECTIVE METHOD OF INFERTILITY TREATMENT**

**РЕЗЮМЕ.**

Более семи лет работает отделение вспомогательных репродуктивных технологий на базе областного Центра планирования семьи и репродукции. Около трех тысяч супружеских пар прошли программу ЭКО, и около 35% из них обрели счастье материнства и отцовства. Родителями стали даже женщины с трубно-перитонеальным и эндокринным факторами бесплодия и мужчины с тяжелыми формами астеноэрозоспермии, т. к. применение метода ЭКО и ИКСИ позволяет оплодотворять яйцеклетки единичными сперматозоидами. В центре планирования уже 9 лет работает банк донорской спермы. Донорские сперматозоиды часто используются у женщин, не состоящих в браке и у супружеских пар с абсолютной азооспермией у мужчин. Перспективы развития ВРТ в нашем Центре – селекция сперматозоидов для ИКСИ по уровню фрагментации внутриядерного ДНК и внедрение предимплантационной генетической диагностики.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:**

**ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ И ПЕРЕНОС ЭМБРИОНОВ В ПОЛОСТЬ МАТКИ (ЭКО И ПЭ), ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ (ВРТ), ИНТРАЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКАЯ ИНЪЕКЦИЯ СПЕРМАТОЗОИДА В ООЦИТ (ИКСИ).**

**SUMMARY.**

*Department of assisted reproductive technologies is working at the Regional Center of Family Planning and*

*Reproduction for more than 7 years. About three thousand married couples passed IVF program and about 35% of them have found happiness of motherhood and fatherhood. The women with tubal-peritoneal and endocrine infertility factors and men with severe astenoteratozoospermia became parents, because the using of IVF and method intracytoplasmic sperm injection allows to fertilize eggs by single sperm. The bank of donor sperm is functioning in the Center of planning for the 9 years. Donors sperm is often used by women who are unmarried and by married couples with absolute azoospermia. Prospects for the development of ART in our Center: selection of sperm for ICSI without intranuclear DNA fragmentation and the introduction of pre-implantation genetic diagnostic.*

**KEY WORDS: IN VITRO FERTILIZATION AND EMBRYOTRANSFER; ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES; INTRACYTOPLASMIC SPERM INJECTION.**

История экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) насчитывает уже несколько десятилетий. В 1978 году в Великобритании родилась (в прямом и переносном смысле) настоящая сенсация: в семье супругов Браун после 9 лет бесплодия появилась дочь Луиза Джой Браун – первый ребенок «из пробирки», и это положило начало бурному развитию «эпохи ЭКО». Метод ЭКО и ПЭ (перенос эмбриона в полость матки) применялся при лечении абсолютного, а теперь и относительного женского бесплодия и различных форм мужского бесплодия. Среди супружеских пар детородного возраста бесплодие во многих странах, в том числе и в России, достигает 15%.

В октябре 2014 года исполнилось 7 лет с момента открытия отделения Вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) на базе Оренбургского област-

**Неверова Евгения Николаевна** – заведующая лабораторией вспомогательных репродуктивных технологий, врач-эмбриолог; тел. 89225353437; evgarich@mail.ru

**Николаева Елена Владимировна** – врач-акушер-гинеколог, заместитель главного врача по поликлинической работе; тел. 89033950311; neva\_or@mail.ru

ного Центра планирования семьи и репродукции. За этот период было решено много сложнейших вопросов: освоены технологии стимуляции суперовуляции и пункции яичников, оплодотворения яйцеклеток *in vitro* (в том числе методом интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в яйцеклетку при тяжелых формах мужского бесплодия), переноса эмбрионов в полость матки, криоконсервации ооцитов и эмбрионов, оставшихся после эмбриотрансфера. Сотни семей, годами мечтающих о ребенке, обрели счастье родительства. Разумеется, не все пациенты пока достигли заветной цели, и акушерам-гинекологам, андрологам, совместно с эмбриологами и супружескими парами еще предстоит огромная работа.

**Таблица 1** — Показатели эффективности ЭКО за 2011-2014 гг.

	2011	2012	2013	2014
Количество женщин, вошедших в программу ЭКО	375	445	509	615
Беременность состоялась	42%	38%	42%	36%

Ежегодно увеличивается объем выполненной работы и результативность остается на уровне общероссийской (по данным отчета РАРЧ частота наступления беременности составляет 32-33%). Незначительное снижение количества положительных результатов в 2014 году явилось темой нашего пристального внимания.

Среди причин бесплодия необходимо выделить основную – состояние здоровья женщины. В предыдущие годы более 35% пациенток, взятых в программу ЭКО, имели только трубно-перитонеальный фактор бесплодия, на сегодняшний день трубный фактор бесплодия не превышает 25%, значительно возросло количество женщин с эндокринной патологией – около 40%, смешанный фактор бесплодия составляет 35%.

Критерии нормальной спермограммы по рекомендациям ВОЗ за последние 20 лет снизились в 4 раза, однако все чаще диагностируется «тератозооспермия» как фактор мужского бесплодия. Нередко бесплодием страдают оба супруга, что приводит к увеличению доли ИКСИ (интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в ооцит) в общем количестве программ ВРТ.

Метод ИКСИ позволяет эффективно проводить лечение при наличии у мужчины олиго- или астенозооспермии. Для применения метода ИКСИ достаточно иметь в образце единичные нормальные подвижные сперматозоиды.

Согласно приказу Минздрава РФ № 107н «О применении методов ВРТ», в последние несколько лет значительно расширены показания для ИКСИ. Кроме астенотератозооспермии, рекомендуется применять этот метод оплодотворения при повторных неудачах в ЭКО, при получении малого количества яйцеклеток при пункции (менее 4), при повышенном уровне ФСГ, если возраст пациентки превышает 40 лет.

**Таблица 2** – Доля ИКСИ в программах ВРТ

	2011	2012	2013	2014
Всего программ ЭКО	375	445	509	615
Доля ИКСИ	75%	82%	85%	85%

С 2008 года Центр планирования семьи участвует в Национальном Регистре Центров ВРТ. Ниже представлены данные о результатах Центра за 2013 год.

**Таблица 3** — Количество и исходы циклов экстракорпорального оплодотворения

	Кол-во	% отношение
Начатых циклов	509	
Переносов эмбрионов	509	100%
Наступило беременностей	212	42%
В том числе эктопические беременности	5	2%
Беременности, прервавшиеся на сроке до 16 недель	56	26% от наступивших беременностей; 11% от общего количества ЭКО
Родов всего (при сроке гестации > 22 недель)	153	72% от наступивших беременностей; 30% от общего количества ЭКО
Роды одним плодом	124	81%
Роды двойней	27	18%
Роды тройней	2	1%
Неизвестен исход беременности	5	2%

**Таблица 4** – Частота наступления беременности в результате ЭКО у женщин в разные возрастные периоды

Результат \ Возраст	до 34 лет	35-39 лет	40 лет и старше
Всего были взяты в программу	296	162	51
Беременность наступила	143	57	12
%	48%	35%	23%

Необходимо отметить, что успешность программ ЭКО у женщин в возрасте до 35 лет гораздо выше, чем в позднем репродуктивном возрасте. Но в настоящее время активно совершенствуются протоколы стимуляции суперовуляции с учетом индивидуальных (в том числе и возрастных) особенностей пациенток.

Нашими пациентами являются супружеские пары с абсолютным и относительным мужским бесплодием, а также женщины, не состоящие в браке, поэтому нам приходится часто использовать донорскую сперму для оплодотворения *in vitro*. В центре имеется банк донорской спермы. Штатные доноры мужчины фертильного возраста физически и психически здоровые. После обязательного 6-месячного выдерживания образцов спермы в жидком азоте и после повторного полного обследования кандидата в доноры мы предлагаем пациенткам донорскую сперму для оплодотворения.

**Таблица 5** — Частота использования вариантов оплодотворения

Среди всех циклов было выполнено	Кол-во	%
с донорской спермой	51	10%
смешанным способом оплодотворения ЭКО+ИКСИ	346	68%

Соотношение рожденных детей по полу представлено в таблице 6.

**Таблица 6** — Распределение рожденных младенцев по полу

Всего рождено детей	Мальчиков	Девочек
173 человека	91 (53%)	82(47%)

Соотношение рождающихся мальчиков и девочек полностью соответствует общепопуляционному.

Всегда актуален вопрос, сколько эмбрионов нужно переносить в полость матки. Часто пациентки, много лет страдающие бесплодием, готовы на перенос трех и более эмбрионов, но рекомендации РАРЧ (Российской Ассоциации Репродукции Человека) и Приказа Минздрава № 107 ограничивают количество переносимых эмбрионов одним-двумя у молодых женщин, двумя – у женщин среднего возраста, и разрешают при согласии пациентки перенос трех эмбрионов, если возраст превышает 37 лет. Современные тенденции ВРТ требуют от специалистов ориентироваться на селективный перенос одного качественного эмбриона и получение беременности одним плодом.

Чаще всего в матку переносим два эмбриона, и возникает беременность одним плодом. В 2013 году у двух пациенток наступила беременность тройней после переноса двух эмбрионов. Два плода из трех были монохореальными. При переносе трех эмбрионов беременность тремя плодами в 2013 году не регистрировалась. Возможен неселективный перенос одного эмбриона при получении единичных яйцеклеток или при наличии противопоказаний к многоплодной беременности, а также по желанию пациентки.

**Таблица 7** — Количество перенесенных эмбрионов и результаты в 2013 году

Кол-во беременностей	Кол-во эмбрионов	1 эмбрион	2 эмбриона	3 эмбриона
	Циклы, в которых произведен перенос эмбрионов	105	378	26
Наступило беременностей	25	180	7	
Беременности одним плодом	25	151	6	
Беременности двумя плодами	-	27	1	
Беременности тремя плодами	-	2	-	

Таким образом, количество многоплодных беременностей не превышает общероссийский уровень (по отчету РАРЧ за 2012 год – 23,5% многоплодных беременностей после ЭКО).

Уже используются специальные технологии для ИКСИ с селекцией сперматозоидов по уровню фрагментации внутриядерного ДНК. Обсуждается вопрос об организации предимплантационной генетической диагностики. Это позволит выбрать эмбрион без генетической патологии еще до переноса его в полость матки.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. *Руководство по клинической эмбриологии / Под ред. В. С. Корсака. – М. : Медицинская книга. – 2011. – 86 с.*
2. *Регистр ВРТ. Отчет РАРЧ. – 2012. – 80 с.*
3. *Секреты репродуктивной медицины / Т. Петер, К. Чан, М. Гольдштейн, З. Розенвокс ; перевод с англ. – М. : МЕДпресс-информ, 2006. – 448 с.*
4. *Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия / Под ред. В. И. Кулакова, Б. В. Леонова. – 2-е изд. – М. : МИА, 2004. – 782 с.*

УДК 618.177-02-072.1-089

Е. А. СОЛОВЬЕВА<sup>1,2</sup>, Н. Ф. ЛИНЬКОВ<sup>1</sup>, М. А. ТРИШИНА<sup>1</sup>, О. В. МУЗЫЧЕНКО<sup>1</sup>, О. А. СТРОКОВА<sup>2</sup>  
**СОВРЕМЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СТАЦИОНАРНОЗАМЕЩАЮЩИХ  
 ТЕХНОЛОГИЙ НА ПРИМЕРЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ОПЕРАТИВНОЙ  
 ГИСТЕРОСКОПИИ**

<sup>1</sup> – Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница им. Н. И. Пирогова», г. Оренбург

<sup>2</sup> – Оренбургский государственный медицинский университет

E. A. SOLOVEVA, N. F. LINKOV, M. A. TRISHINA, O. V. MUZICHENKO, O. A. STROKOVA  
**MODERN APPLICATION OF HOSPITAL-REPLACING TECHNOLOGIES  
 IS EXAMPLE OF DIAGNOSTIC AND OPERATIVE HYSTEROSCOPY**

## РЕЗЮМЕ.

В статье представлены результаты ретроспективного анализа историй болезни пациенток, перенесших диагностическую и операционную гистероскопию, гистерорезектоскопию в условиях дневного стационара женской консультации многопрофильной больницы. Проведен анализ структуры выявленной внутриматочной патологии в ходе выполнения гистероскопии. Установлено, что гистероскопия позволяет диагностировать и коррегировать некоторые заболевания репродуктивной системы в амбулаторных условиях.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** БОЛЕЗНИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ, ПОЛИП ЭНДОМЕТРИЯ, ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР, АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ.

## SUMMARY.

Results of the retrospective analysis of clinical records of the patients who transferred diagnostic and operative hysteroscopy and hysterorezektoscopy in woman's outpatient surgery center that is part of a multi service line medical center are presented in article. The analysis of structure of the detected inside the uterine cavity pathology is carried out during performance of hysteroscopy. Hysteroscopy allow physicians to diagnose and correct many gynecologic disorders on an outpatient basis.

**KEY WORDS:** DISEASES OF REPRODUCTIVE SYSTEM, ENDOMETRIAL POLYPS, OUTPATIENT SURGERY CENTER, OUTPATIENT SURGERY.

**ВВЕДЕНИЕ.** Датой рождения эндоскопии можно считать 1804 г., когда Р. Bozzini изобрел, а в 1806 г. представил подробное описание первого эндоскопа. Спустя 60 лет (в 1869 г.) D. Pantaleoni применил принцип эндоскопии при проведении гистероскопии. Прорывом в развитии эндоскопии можно считать 1925 год, когда Rubin и Gauss предложили применять для расширения полости матки газ и жидкость. В течение последующих лет происходит развитие технологий и инструментария, применяемого при гистероскопии [1, 2].

Применение гистероскопии в амбулаторных условиях как в России, так и за рубежом сдерживается рядом как объективных (дорогостоящее оборудование, квалифицированные кадры, особенности анестезиологического пособия и т. д.), так и субъективных причин (предубеждение врачей и т. д.). Так, данные мировой литературы указывают, что в своей повседневной практике всего лишь 15-20% гинекологов применяют офисную гистероскопию [3, 4]. В то же время Всемирная организация здравоохранения рекомендует применять офисную гистероскопию во всех случаях обнаружения патологического процесса при УЗИ или гистеросальпингографии (ГСГ), а также у женщин после неудавшихся вспомогательных репродуктивных технологий. Согласно Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в амбулаторных условиях дневного стационара могут выполняться все инвазивные манипуляции, не требующие круглосуточного наблюдения и лечения.

**ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ** явилось изучение возможностей применения диагностической и оперативной гистероскопии в амбулаторных условиях для оказания качественной и безопасной медицинской помощи женщинам с заболеваниями репродуктивной системы.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ 588 случаев проведения гистероскопии, которая выполнялась в условиях дневного стационара женской консультации в 2013-2014 гг. Для выполнения операций

Соловьева Елена Анатольевна – к. м. н., заведующая гинекологической службой, ассистент кафедры акушерства и гинекологии; тел. 89058140561; solovevaln@rambler.ru

Линьков Николай Федорович – врач-акушер-гинеколог дневного стационара женской консультации

Тришина Марина Александровна – врач-акушер-гинеколог дневного стационара женской консультации; тел. 8922532-94-89; trishina.m@mail.ru

Музыченко Ольга Викторовна – врач-акушер-гинеколог дневного стационара женской консультации; тел. 879096038813; dernowaja\_o@mail.ru

Строчкова Ольга Александровна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии; тел. 8 (3532) 310201; oastrokova@yandex.ru

были использованы гистероскоп «Азимут» и гистерорезектоскоп «Versapoint» (Джонсон и Джонсон, США) в сборе с эндоскопической стойкой «Эндомедиум» (Россия, Казань). Для гистерорезекции применяли 5 Fr. электроды системы Versapoint (Джонсон и Джонсон, США).

Все диагностические и оперативные гистероскопические вмешательства были проведены гинекологами дневного стационара в амбулаторных условиях, с внутривенной анестезией, с обязательным проведением гистологического исследования. При проведении гистероскопии соблюдалась общепринятая для данной методики последовательность действий: осматривали цервикальный канал, проводили обзорную гистероскопию и при выявлении патологических изменений брали биопсию, проводили удаление патологических образований, удаление ВМС.

Стандартное клиническое обследование проводилось в женской консультации перед поступлением в дневной стационар. На данном этапе проводился строгий отбор пациенток. В дневной стационар для оперативного лечения направлялись женщины без экстрагенитальной патологии или с умеренной степенью выраженности в стадии компенсации, без аллергического анамнеза, без отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза.

После выполнения манипуляции женщины осматривались оперирующим гинекологом и при восстановлении у пациентки способности самостоятельно передвигаться, принимать воду и пищу, обслуживать себя, при отсутствии тошноты и рвоты уходили домой в среднем через 4 часа.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Средний возраст пациенток составил 46,1 года (от 18 лет до 77 лет). Возрастные группы представлены следующим образом: в возрасте 18-29 лет было 49 пациенток (8,3%), 30-39 лет – 126 пациенток (21,4%), 40-49 лет – 173 (29,4%), 50-59 лет – 164 (27,9%), старше 60 лет – 76 (12,9%).

Не имели экстрагенитальной патологии 36,9% пациенток (n=217). У 371 женщины была выявлена различная соматическая патология в стадии компенсации. Среди экстрагенитальных заболеваний преобладали артериальная гипертензия I-II ст. – 55,0% (n=204), ожирение – 45,0% (n=167), анемия легкой и средней степени – 18,9% (n=70), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта – 11,3% (n=42) и мочевыделительной системы – 9,2% (n=34), заболевания щитовидной железы – 7,9% (n=27), сахарный диабет – 5,9% (n=22). На одну пациентку с экстрагенитальной патологией приходилось в среднем 2,7 заболевания. Доля пациенток с экстрагенитальной патологией увеличивалась прямо пропорционально возрасту (рис. 1).

Среди сопутствующей основному диагнозу патологии женских половых органов у 197 пациенток (33,5% от всех пациенток) были выявлены: миома матки – в 60,6% случаев (n=131), киста яичника – 16,7% женщин (n=36), хронические воспалительные заболевания матки и придатков – 18,1% (n=39), эндометриоз матки и придатков – 9,7% (n=21), рак молочной железы – 4,6% (n=10), рак шейки матки – 3,5% (n=7).

Наиболее частой патологией, выявленной при гистероскопии, были полипы женских половых органов – полип цервикального канала и эндометрия – 41,7% (n=245). По поводу миомы матки было прооперировано 15,1% (n=89), по поводу гиперплазии эндометрия – 12,8% пациенток (n=75), по поводу ациклических маточных кровотечений – 6,3% женщин (n=37). Пациенток с выявленными злокачественными новообразованиями тела и шейки матки было 3,2% (n=19), из них 84,2% (n=16) составили пациентки с аденокарциномой. По поводу бесплодия было прооперировано 5,1% пациенток (n=30), из них у 20,0% (n=6) был выявлен хронический эндометрит, подтвержденный при гистологическом исследовании биоптатов эндометрия. По поводу синехий в полости матки было прооперировано 2,4% женщин (n=14), с атрезией цервикального канала и формированием серозометры – 2,0% женщин (n=12). Лигатуры после кесарева сечения были удалены у 0,9% пациенток (n=5). Нормальная гистероскопическая картина была обнаружена у 35,5% женщин (n=76), у 7,9% (n=17) был выявлен хронический эндометрит, подтвержденный при гистологическом исследовании биоптатов эндометрия. Структура выявленной патологии отличалась в различных возрастных группах (рис. 2).

Выявлено, что совпадение диагноза при направлении на гистероскопию и после проведения гистероскопии и получения результата гистероскопической картины и гистологического исследования материала составило 61,6% (n=362). Нормальная гистероскопическая картина при проведении 588 гистероскопий и отсутствие патологии в результате гистологического исследования материала было получено у 78 женщин (13,3%).

Наиболее часты были расхождения диагноза при направлении пациенток с гиперплазией эндометрия (по УЗИ). Из 148 женщин, направленных на гистероскопию по поводу гиперплазии эндометрия, диагноз подтвердился лишь у 41 (27,7%). В 46 случаях (31,1%) был выявлен полип эндометрия, в 19 случаях (12,8%) – атрофия эндометрия, у 4 женщин (2,7%) была выявлена аденокарцинома, у 5 (3,4%) – миома матки, 3 случая (2,0%) – синехии полости матки, и 2 случая (1,4%) – лигатуры после кесарева сечения. Нормальная гистологическая картина была установлена у 33 пациенток (22,3%).

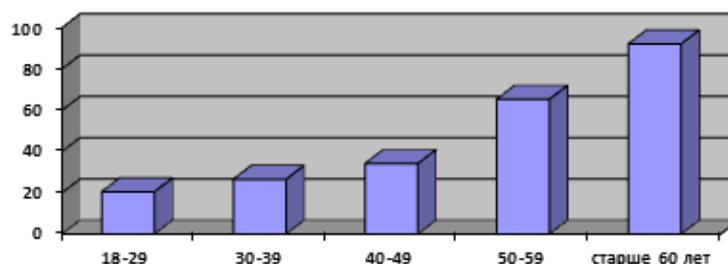


Рисунок 1 – Доля пациенток с экстрагенитальной патологией в различных возрастных группах (%)

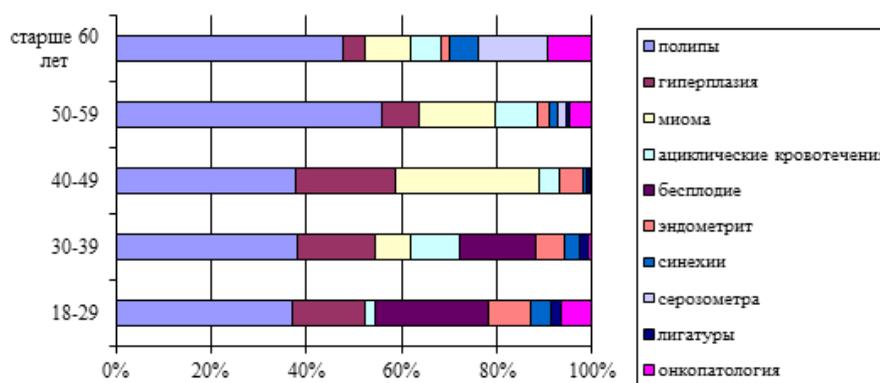


Рисунок 2 – Структура выявленной патологии в различных возрастных группах (%)

Из 267 женщин, направленных на гистероскопию по поводу полипа цервикального канала и/или полипа эндометрия, данный диагноз подтвердился при гистероскопии и гистологических исследованиях у 196 (73,4%) пациенток. В 21 случае (7,9%) была выявлена гиперплазия эндометрия, в 9 случаев (3,4%) – атрофия эндометрия, у 6 женщин (2,2%) – субмукозная миома матки, у 4 (1,5%) – аденокарцинома, у 3 (1,1%) – синехии в полости матки. Нормальная гистологическая картина была установлена у 38 пациенток (14,2%).

При проведении 588 гистероскопий в амбулаторных условиях осложнений в виде кровотечения, ТЭЛА, отека легких, инфекционных осложнений не было. Средний койко-день составил 5,5. В послеоперационном периоде пациенты получали следующую терапию: метронидазол – 77,4% пациенток (n=455), парентеральная антибактериальная терапия (АБ цефазолинового ряда) – 15,8% пациенток (n=93), аскарутин – 38,3% (n=225), окситоцин – 7,0% (n=41), фраксипарин – 18,4% (n=108), препараты железа – 5,8% (n=34).

**ОБСУЖДЕНИЕ.** При проведении гистероскопии внутриматочная патология была выявлена у 86,7% (n=510) обследованных женщин. За счет визуализации при гистероскопии данная методика была бо-

лее информативной и эффективной при постановке диагноза, чем неинвазивные методы исследования (УЗД).

Показаниями для проведения гистероскопии в амбулаторных условиях являлись новообразования женских половых органов (миома матки, полипы эндометрия и шейки матки), бесплодие, маточные кровотечения, аномалии развития матки, внутриматочные спайки, эндометриоз тела матки, внутриматочные контрацептивы. Выявленные при гистероскопии патологические образования, подлежащие удалению, были одновременно удалены, что избавило пациентов от повторной госпитализации.

Наличие экстрагенитальной патологии в стадии компенсации не является противопоказанием для выполнения гистероскопии в амбулаторных условиях. Все процедуры хорошо переносились пациентками.

Наличие гистероскопической видеокартинки на мониторе и одномоментный осмотр несколькими гинекологами позволяет уменьшить возможность ошибочной интерпретации увиденной картины. Профессионализм врачей, выполняющих оперативные вмешательства, позволяет минимизировать риски возникновения осложнений.

Применение гистероскопии в амбулаторных условиях, минимальные затраты на содержание пациента в дневном стационаре и на терапию в послеоперационном периоде делают исследование доступным и экономически эффективным.

**ВЫВОДЫ.** Амбулаторная гистероскопия является одним из лучших примеров, демонстрирующих современные тенденции развития стационарозамещающих технологий. Данная технология характеризуется минимальным дискомфортом для пациенток, прекрасной визуализацией, очень низким уровнем осложнений и неудачных попыток выполнения.

Постоянные усовершенствования в технологическом и методическом планах создали условия для более широкого внедрения оперативного компонента в условиях амбулатории (использование физиологического раствора, мини-эндоскопов высокого разрешения, способа атравматического введения инструментов и т. д.). Хирургическая гистероскопия применяется при множественной внутриматочной патологии, позволяя избежать пациентке более радикальное органосохраняющее вмешательство.

Таким образом, амбулаторная гистероскопия представляет сегодня эффективную и безопасную технологию, не требующую госпитализации в круглосуточный стационар. Высокая эффективность и комплаентность исследования позволяют рекомендовать его для широкого применения в условиях женских консультаций при соблюдении определенных

условий: полное обследование пациента на догоспитальном этапе, наличие квалифицированных кадров и дорогостоящего оборудования, применение анестезии, условия операционной в многопрофильной медицинской организации с наличием реанимационного, хирургического, гинекологического отделений на случай возникновения осложнений.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Мальцева, Л. И. *Офисная гистероскопия – новая технология в амбулаторной практике акушера-гинеколога* / Л. И. Мальцева, Е. Ю. Юнатов // *Практическая медицина. Новые технологии в медицине. Кардиология.* – 2012. – № 5 (60) – С. 44–48.
2. Bettocchi, S. *Advanced operative office hysteroscopy without anaesthesia: analysis of 501 cases treated with a 5 Fr. bipolar electrode Hum Reprod* / S. Bettocchi, O. Ceci, R. Di Venere, M. V. Pansini, A. Pellegrino, F. Marelli, L. Nappi // *Am Assoc Gynecol Laparosc.* – 2002. – Sep; 17 (9). – P. 2435-8.
3. Bettocchi, S. *Operative office hysteroscopy without anesthesia: analysis of 4863 cases performed with mechanical instruments.* / S. Bettocchi, O. Ceci, R. Di Venere, M. V. Pansini, L. Pinto, A. Santoro, G. Cormio // *Am Assoc Gynecol Laparosc.* – 2004. – Feb; 11 (1). – P. 59-61.
4. Carta, G. *Waiting time and pain during office hysteroscopy* / G. Carta, P. Palermo, F. Marinangeli, A. Piroli, S. Necozone, V. De Lellis, F. F. Patacchiola // *Minim Invasive Gynecol.* – 2012. – May; 19 (3). – P. 360-4.

УДК: 618.1-002.2-08-031.84: 615.838

### Ю. С. ШЕТИНИНА<sup>1</sup>, О. Д. КОНСТАНТИНОВА<sup>1</sup>, Л. И. КОТОВА<sup>2</sup>, А. А. ПАРШИНА<sup>1</sup> ВЛИЯНИЕ ПРИРОДНЫХ ФАКТОРОВ НА ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

<sup>1</sup> – Оренбургский государственный медицинский университет

<sup>2</sup> – Гайская ЦРБ Оренбургской области

Y. S. SHCHETININA, O. D. KONSTANTINOVA, L. I. KOTOVA, A. A. PARSHINA

### THE INFLUENCE OF ENVIRONMENTAL FACTORS ON THE HORMONAL STATUS OF WOMEN WITH CHRONIC SALPINGOOPHORITIS

#### РЕЗЮМЕ.

Одним из современных эффективных методов реабилитации хронического сальпингоофорита является водогрязелечение.

Щетинина Юлия Сергеевна – к. м. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии; тел. 8 (3532) 310201; koto-yuliya@yandex.ru  
Константинова Ольга Дмитриевна – д. м. н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии; тел. 8 (3532) 310201; const55@mail.ru  
Котова Людмила Ивановна – заведующая акушерским отделением, акушер-гинеколог, главный акушер-гинеколог Гайского района Оренбургской области; тел. 89225309776  
Паршина Анастасия Александровна – студентка лечебного факультета; тел. 8 (3532) 310201

#### КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ХРОНИЧЕСКИЙ

САЛЬПИНГООФОРИТ, ВОДОГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ, ЭНДОКРИННЫЙ СТАТУС.

#### SUMMARY.

One of the modern effective methods of rehabilitation of chronic salpingoophoritis is a water-mud. Objective: determine the effectiveness of the therapeutic effect of acid chloride-sulfate complex cation composition of water with a high content of iron, aluminum, copper and low-mineralized silt original slabosulfidnyh acid therapeutic mud in patients with chronic salpingoophoritis. Materials and methods: 76 women aged 19-35 years with chronic salpingoophoritis in remission treated with water-mud in Sanatorium «Guy»

*(Orenburg region). All women, according to the rate of treatment received shared baths, irrigation vaginal medicinal mineral water, mud treatments are combined with applique method («cowards»), and vaginal mud tampons. Procedure was administered every other day, the treatment is 10-12 procedures. In all patients before and after treatment were studied history data, clinical symptoms, especially menstrual and generative functions and study of hormonal levels: follicle stimulating and luteinizing hormone, estradiol, progesterone, prolactin and cortisol.*

**KEY WORDS:** CHRONIC SALPINGOOPHORITIS, WATER, MUD, ENDOCRINE STATUS.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ** — определить эффективность лечебного действия кислых хлоридно-сульфатных сложного катионного состава вод с повышенным содержанием железа, алюминия, меди и оригинальных иловых низкоминерализованных слабосульфидных кислых лечебных грязей у больных с хроническим сальпингоофоритом.

#### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.**

Обследовано 76 женщин в возрасте 19-35 лет с хроническим сальпингоофоритом в стадии ремиссии, получавших водогрязелечение в санатории «Гай» (Оренбургская область). Все женщины, согласно курсу лечения, получали общие ванны, орошения влагалища лечебной минеральной водой, которые сочетались с грязелечением аппликационным методом («труссы») и грязевыми вагинальными тампонами. Процедуры назначали через день, курс лечения составлял 10-12 процедур. У всех больных до и после лечения изучены данные анамнеза, клинические проявления, особенности менструальной и генеративной функций и исследование гормонального фона: фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны, эстрадиол, прогестерон, пролактин и кортизол.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ.**

Проведенное исследование показало влияние бальнео-грязелечения на восстановление циклических процессов гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы (нормализация ЛГ/ФСГ соотношения) и корригирующее действие на периферическое звено эндокринной системы, проявляющееся восстановлением эстроген/прогестероновых отношений. Выводы: минеральные воды и грязи санатория «Гай» оказывают благоприятное влияние на клинические и гормональные параметры у больных с хроническим сальпингоофоритом, имеющие различные нарушения менструального цикла.

В последние годы все большее внимание уделяется поиску современных эффективных методов реабилитации хронического сальпингоофорита, в том числе с использованием природных факторов, направленных

на повышение адаптивных и резервных возможностей организма с целью купирования остаточных явлений воспаления [3, 6, 7, 9].

Бальнеотерапия и грязелечение повышают эффективность традиционных методов лечения и остаются одним из безопасных, эффективных методов профилактики и медицинской реабилитации [5]. В Оренбургской области уделяется большое внимание исследованиям курортных факторов. На протяжении ряда лет в Оренбургской области применяется лечение различных заболеваний с использованием природных факторов санатория «Гай». Выявлены положительные результаты при лечении ревматоидного артрита, остеохондроза, псориаза. В связи с этим целью работы явилось определение эффективности лечебного действия кислых хлоридно-сульфатных сложного катионного состава вод с повышенным содержанием железа, алюминия, меди и оригинальных иловых низкоминерализованных слабосульфидных кислых лечебных грязей у больных с хроническим сальпингоофоритом.

Обследовано 76 женщин в возрасте 19-35 лет с хроническим сальпингоофоритом в стадии ремиссии, получавших лечение в санатории «Гай» (Оренбургская область). Использовались природные лечебные минеральные воды с повышенным содержанием железа, алюминия, меди («группа 7»), минерализация — 1,6-4,1 г/дм<sup>3</sup>, рН — 2,5-3,8 и оригинальные иловые низкоминерализованные слабосульфидные кислые (купоросные) лечебные грязи, минерализация — 4,0 г/дм<sup>3</sup>, рН — 3,32. [2]. Все женщины, согласно курсу лечения, получали общие ванны при температуре 36-37<sup>0</sup> С в течение 15-20 мин., орошения влагалища лечебной минеральной водой, которые сочетались с грязелечением аппликационным методом («труссы») при 40-44<sup>0</sup> С в течение 15 мин. и грязевыми вагинальными тампонами (температура — 37-40<sup>0</sup> С, продолжительность — 20 мин.). Процедуры назначали через день, курс лечения составлял 10-12 процедур. У всех обследованных изучены данные анамнеза, особенности менструальной и генеративной функций, проводилось исследование гормонального фона. Определялся уровень фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего гормонов (ЛГ), эстрадиола (Э), прогестерона (П), пролактина (Пр) и кортизола в сыворотке крови иммуноферментным методом с использованием наборов «Elisa» (Diagnostic System Laboratories, США на спектрофотометре «Labsystems Multiskan MS» (Финляндия). Статистическая обработка полученных результатов исследования проводилась с помощью программного комплекса Windows, Statistika и Excel с использованием непараметрических методов.

Средний возраст обследованных больных составил 27,4±4,2 года, это свидетельствует о том, что наблюдае-

мые больные были в работоспособном, творчески активном и детородном возрасте. Средняя длительность заболевания составила  $4,3 \pm 0,25$  года, продолжительность течения заболевания свыше 3-х лет установлена у 46 (60,5%) больных. Ведущей жалобой (89,8%) обследованных больных были ноющие боли в нижних отделах живота и пояснично-крестцовой области, не связанные с менструальным циклом. Снижение либидо в 48,2% случаев, диспареуния у 29 (38,2%) женщин, расстройство мочеиспускания отмечала 21 (27,6%) женщина.

Частые обострения воспалительного процесса имели место у 41 (53,9%) пациентки, 1-2 раза за год – у 26 (34,2%), от одного до нескольких раз за весь период заболевания – у 9 (11,8%). Как правило, обострения были связаны с искусственным или самопроизвольным прерыванием беременности, переохлаждением, физической нагрузкой, переутомлением или стрессом. При бимануальном обследовании пальпировались придатки тяжистые, безболезненные. Нарушения менструальной функции различного характера выявлены у 60 (78,9%) женщин. В большинстве случаев (63,5%) отмечалась гиперполименорея, в 58,6% случаев нарушение менструальной функции проявлялось по типу альгодисменореи, и в 4,8% – гипоменорея. При изучении генеративной функции было установлено ее нарушение у 55 (72,4%) наблюдаемых пациенток, с преобладанием вторичного бесплодия (45,5%), первичное бесплодие составило 23,8%, невынашивание беременности – 21,6% и внематочная беременность – 9,1% случаев. Продолжительность бесплодия составила от 2 до 8 лет. О характере функции яичников судили по тестам функциональной диагностики и по показателям гонадотропных и яичниковых гормонов.

До лечения только у 16 (21,1%) обследуемых женщин менструальный цикл характеризовался полноценностью обеих фаз, о чем свидетельствовала двухфазная ректальная температура с длительностью второй фазы от 10 до 14 дней, с повышением температуры на  $0,5-0,8^{\circ}\text{C}$ .

Как видно из таблицы 1, у больных с сохраненным физиологическим менструальным циклом уровень гонадотропных и яичниковых гормонов до начала лечения и после соответствовал значениям нормы. При сравнении показателей достоверных различий до и после лечения не отмечено ( $p > 0,05$ ).

У 41 (53,9%) обследованной пациентки выявлялся двухфазный цикл с недостаточностью лютеиновой фазы, о чем свидетельствовало ее укорочение до  $10,1 \pm 0,90$  на фоне увеличения фолликулиновой фазы до  $18,1 \pm 0,8$  дня (при длительности цикла  $28,3 \pm 0,7$ ). Это подтверждалось также и значениями базальной температуры (разница между максимальным и мини-

мальным значениями составила в среднем  $0,35 \pm 0,02^{\circ}\text{C}$ ). Уровень гормонов представлен в таблице 2.

Как свидетельствуют данные таблицы 2, в целом по группе в первую фазу отмечалось снижение эстрадиола до уровня близкой к нижней границы нормы, а во вторую фазу уровень эстрадиола был значительно ниже нормы. При индивидуальном анализе уровня периферических гормонов было установлено, что в 48% случаев он был снижен в 1-ю фазу, а во 2-ю фазу в 41% выявлялось его понижение относительно нижней границы нормы.

У 24 (58,5%) больных отмечалось снижение прогестерона во 2-ю фазу, существенно нарушая эстроген/прогестероновые отношения, что, по общему мнению, лежит в основе нарушения репродуктивной функции [1, 4, 8]. Как видно из таблицы 2, уровень гонадотропных гормонов практически соответствовал значениям нормы, но при индивидуальном анализе значения ЛГ и ФСГ были повышены в 1-ю фазу в 39% и 31% случаев соответственно, а во вторую в 51% и 39% случаев соответственно до лечения.

При анализе влияния изучаемых природных факторов на нейроэндокринный статус у больных с хроническим сальпингоофоритом при недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла было выявлено корректирующее воздействие на это важное звено репродуктивной функции. Это проявлялось восстановлением нормального двухфазного менструального цикла после курса проведенного лечения у 38 (92,7%) больных с недостаточностью лютеиновой фазы, за счет улучшения эстроген-прогестероновых отношений, что подтверждалось повышением разницы базальной температуры до  $0,55 \pm 0,09^{\circ}\text{C}$ . Длительность первой фазы цикла при этом составила в среднем  $13,9 \pm 1,2$  дня, а второй –  $11,6 \pm 1,55$  дня, что соответствовало значениям нормы.

Природные факторы санатория «Гай» оказали корректирующее влияние на функциональное состояние периферических эндокринных структур. Количество прогестерона в плазме крови у этих больных после лечения оставалось в пределах нормы в первую фазу цикла и, что более важно, значительно повышалось во вторую фазу цикла, при этом уровень эстрадиола также достоверно повышался в первую и вторую фазы менструального цикла.

У 19 (25%) больных был отмечен ановуляторный менструальный цикл. Это подтверждалось монофазностью ректальной температуры. Длительность фаз менструального цикла по тестам функциональной диагностики определялась условно.

В 61,3% случаев отмечается повышение ЛГ в 1-ю фазу. Анализ уровня периферических гормонов выявил снижение прогестерона во 2-ю фазу менструаль-

ного цикла у 15 (78,9%) больных, в 60% случаев значительное уменьшение среднего уровня эстрадиола в первую фазу, уровень остальных гормонов находился в пределах физиологической нормы. При изучении динамики нейроэндокринного статуса у пациенток с ановуляторным менструальным циклом под влиянием бальнеолечения санатория «Гай» отмечалось восстановление эстроген/прогестероновых отношений. Так, у 14 (73,7%) больных была зарегистрирована двухфазная ректальная температура. Длительность первой фазы цикла увеличилась в среднем до  $15,8 \pm 1,4$  дня, а второй – до  $12,4 \pm 1,2$  дня. Уровень гонадотропных гормонов характеризовался улучшением соотношения ЛГ и ФСГ за счет преимущественного снижения уровня ЛГ в первую фазу, повышения ФСГ в первую и вторую

фазы менструального цикла. Результаты гормональных исследований свидетельствовали о достоверном повышении уровня эстрадиола в 1 и 2-ю фазы и достоверно значимом повышении уровня прогестерона во вторую фазу цикла.

Также был изучен уровень пролактина и кортизола у больных с хроническим сальпингоофоритом, результаты представлены в таблице 3.

При анализе у 43 (56,6%) обследованных женщин выявлен повышенный уровень пролактина. У женщин с нормальным менструальным циклом не было выявлено достоверных различий показателей до и после лечения, они были в пределах нормы. Средний уровень кортизола по группе соответствовал значениям нормы.

Таблица 1 – Динамика уровней гонадотропных и яичниковых гормонов у женщин с полноценным менструальным циклом

Гормоны	1-я фаза менструального цикла			2-я фаза менструального цикла		
	норма	до лечения n=7	после лечения n=7	норма	до лечения n=9	после лечения n=9
ЛГ, мМЕ/л	1,1-8,7	$4,26 \pm 2,43$	$4,99 \pm 1,18$	0,5-14,4	$7,59 \pm 1,77$	$5,71 \pm 2,17$
ФСГ, мМЕ/л	1,8-11,3	$6,14 \pm 3,08$	$5,65 \pm 2,57$	1,1-9,5	$5,3 \pm 0,54$	$4,33 \pm 0,38$
Эстрадиол, пг/мл	30-120	$56,33 \pm 51,31$	$69,0 \pm 30,2$	70-250	$78,86 \pm 41,23$	$99,86 \pm 39,3$
Прогестерон, нмоль/л	0-6	$2,46 \pm 1,22$	$3,58 \pm 0,54$	10-87	$32,6 \pm 1,48$	$54,7 \pm 1,14$

Таблица 2 – Динамика уровней гонадотропных и яичниковых гормонов у больных при недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла

Гормоны	1-я фаза менструального цикла			2-я фаза менструального цикла		
	норма	до лечения n=23	после лечения n=23	норма	до лечения n=18	после лечения n=18
ЛГ, мМЕ/л	1,1-8,7	$5,8 \pm 0,84$	$4,41 \pm 0,35$	0,5-14,4	$6,8 \pm 0,82$	$6,18 \pm 1,6$
ФСГ, мМЕ/л	1,8-11,3	$7,02 \pm 0,69$	$4,47 \pm 0,39$	1,1-9,5	$4,81 \pm 1,31$	$4,93 \pm 2,67$
Эстрадиол, пг/мл	30-120	$45,52 \pm 11,46$	$72,52 \pm 9,14$	70-250	$64,21 \pm 41,2$	$90,26 \pm 15,0$
Прогестерон, нмоль/л	0-6	$2,79 \pm 0,12$	$3,16 \pm 0,57$	10-87	$21,78 \pm 2,86$	$65,5 \pm 2,8$

Таблица 3 – Динамика уровней пролактина и кортизола у больных с различными менструальными циклами

Гормоны	Норма	Полноценный менструальный цикл n=16		Недостаточность лютеиновой фазы n=41		Ановуляторный менструальный цикл n=19	
		до	после	до	после	до	после
		Пролактин, мМЕ/л	До 450	$283,2 \pm 120,9$	$216 \pm 75,51$	$459,2 \pm 208,6$	$253,9 \pm 125,6$
Кортизол, нмоль/л	200-700	$591,6 \pm 69,41$	$280,7 \pm 25,69$	$529,5 \pm 39,07$	$405,8 \pm 23,17$	$499,5 \pm 84,08$	$448,5 \pm 39,6$

У женщин с недостаточностью лютеиновой фазы, так же как и у женщин с ановуляторным менструальным циклом, средний уровень пролактина превышает верхние границы нормы. Изучаемые природные факторы оказывают корректирующее влияние на уровень пролактина, которое проявляется в достоверном его снижении до нормальных значений после курса лечения у 29 (67,4%) женщин, у 14 (32,6%) женщин уровень пролактина незначительно превышал верхние границы нормы. Уровень кортизола соответствовал значениям нормы и после проведенного лечения существенно не изменился.

Результаты проведенного исследования показали влияние бальнеолечения на восстановление циклических процессов гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы (нормализация ЛГ/ФСГ соотношения) и корректирующее действие на периферическое звено эндокринной системы, проявляющееся восстановлением эстроген/прогестероновых отношений. Удлинение продолжительности лютеиновой фазы менструального цикла свидетельствовало о том, что изучаемые природные факторы, повышая активность желтого тела, способствуют восстановлению двухфазного менструального цикла. Это, в определенной степени, обусловлено вазотропным эффектом использованной бальнеотерапии, улучшающей как регионарное, так и гипоталамо-гипофизарное кровообращение. Известно, что эстрогены увеличивают приток крови к головному мозгу, положительно воздействуя на рост нейронов и передачу нервных импульсов [5]. Нормализация половых стероидов, играющих решающую роль в формировании сексуальных реакций у женщин, привела к восстановлению либидо у 80% женщин. Повышение содержания эстрадиола и прогестерона в периферической крови свидетельствует о выраженном трофическом эффекте при применении природных факторов санатория «Гай», вызванным усилением кровотока в сосудистом бассейне малого таза с последующим улучшением метаболизма в патологическом очаге. В результате чего регулируется процесс фолликулогенеза, восстанавливается формирование и функционирование желтого тела. Доказательством улучшения функционального состояния центральных и периферических эндокринных структур является восстановление репродуктивной функции. Беременность наступила у 87% женщин, страдающих бесплодием. При этом в течение 6 месяцев после курса реабилитационной терапии беременность наступила в 72% случаев.

Анализ клинической эффективности проведенной терапии показал, что 70% пациенток отметили улучшение сексуальной функции; частота диспареунии сократилась в 2 раза; на нормализацию менструаль-

ной функции указали 89% женщин. Купирование или значительное уменьшение тазовых болей достигнуто у 82% больных. Анальгезирующий эффект примененных способов лечения возможно оценивать как результат улучшения обменных процессов и трофики тканей в очаге воспаления, обуславливающий уменьшение сдавления и раздражения нервных окончаний в области малого таза. Вероятно, лечебная значимость гайской грязи обусловлена хорошими тепловыми и вязкопластичными свойствами, большой кислотностью, повышенным содержанием растворенных солей, в том числе сульфатов железа и меди, высоким содержанием органических веществ, в том числе терапевтически активных гуминовых кислот, битумов, и биологических микростимуляторов – витаминов, ферментов и гормонов.

Таким образом, результаты проведенных исследований дают основание расценивать изучаемые методики как патогенетически обоснованные и эффективные в реабилитации больных хроническим сальпингоофоритом, что расширяет возможности немедикаментозной терапии данной категории больных на различных этапах лечебно-восстановительных мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Антонов, Н. П. Опыт применения сероводородного бальнеолечения в сочетании с низкочастотной магнитотерапией при лечении хронических воспалительных процессов придатков матки / Н. П. Антонов, С. М. Маршалкин, Н. А. Спивак // Кур. ведом. – 2006. – № 4. – С. 23–26.
2. Бальнеологическое заключение на лечебные иловые грязи месторождения «Озеро Купоросное» Оренбургской области // РНЦ ВМиК. – 2002. – № 14/242.
3. Безбах, И. В. Применение структурно-резонансной терапии в восстановительном лечении больных хроническим сальпингоофоритом / И. В. Безбах, О. П. Кузовлев, С. Г. Цахилова // Журн. росс. общ. акуш.-гинеколог. – 2006. – № 3. – С. 26–29.
4. Гордон, К. В. Значение хронобиологических факторов при лечении гинекологических больных / К. В. Гордон // Вест. акуш. и гинеколог. – 2002. – № 4. – С. 74–77.
5. Евсеева, М. М. Пелоидотерапия в современной гинекологической практике / М. М. Евсеева // Вест. восстан. мед. – 2008. – № 1. – С. 42–46.
6. Кузьмина, М. А. Роль природных лечебных факторов в адаптационных реакциях организма у больных с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза / М. А. Кузьмина, Л. А. Поснеева // Кур. вед. – 2006. – № 2. – С. 34–35.
7. Серов, В. Н. Комплексное лечение хронических

эндометритов: клинко-морфологическое обоснование использования физиотерапии / В. Н. Серов // Акуш. и гинек. – 2006. – № 3. – С. 46-50.

8. Ярустовская, О. В. Применение физических факторов в лечении больных хроническим неспеци-

фическим сальпингоофоритом / О. В. Ярустовская // Физиотер., бальнеол., реабил. – 2006. – № 2. – С. 44-49.

9. Wiesenfeld, H. C. Genital Infections and endometritis / H. C. Wiesenfeld, S. L. Hillier [et al.] // Obstet Gynecol. – 2002. – Sep. – 100 (3). – P. 456-463.

## ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

УДК 616.71-002-007-07-053.87

Г. Г. БАГИРОВА, Е. А. ЗАМЯТИНА

### К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Оренбургский государственный медицинский университет

G. G. BAGIROVA, E. A. ZAMYATINA

### TO THE QUESTION ON EFFICIENCY OF THERAPY OF PATIENTS OF ADVANCED AGE WITH OSTEOARTHRISIS

#### РЕЗЮМЕ.

В работе представлены результаты исследования 170 пациентов пожилого и старческого возраста с остеоартрозом (ОА). Факторами, снижающими эффективность лечения у больных пожилого возраста с ОА, наряду с более выраженной клинической картиной, большей продолжительностью заболевания и наличием целого ряда сопутствующей патологии, являются высокий уровень личностной тревоги и маскированной депрессии. Недостаточный контакт с врачом снижает приверженность пациента к лечению и эффективность проводимой терапии в целом.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ОСТЕОАРТРОЗ, ПОЖИЛЫЕ ЛИЦА, ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ.  
**SUMMARY.**

The paper presents the results of a study of 170 patients elderly with osteoarthritis. The factors reducing efficiency of treatment at patients of advanced age with OA, along with more expressed clinical picture are bigger duration of a disease and existence of a number of accompanying pathology, high level of personal alarm and the masked depression are. Insufficient contact with the doctor reduces commitment of the patient to treatment and efficiency of carried-out therapy as a whole.

**KEY WORDS:** OSTEOARTHRISIS, THE ELDERLY, EFFICIENCY OF THERAPY.

Остеоартроз – наиболее часто встречающееся в практике амбулаторного врача заболевание суставов. С возрастом частота его существенно увеличивается.

Так, если в возрасте 50-59 лет он встречается у 297,2 на 1000 человек, то в 60-69 лет – у 879,7 [9]. К тому же эти пациенты имеют множественную сопутствующую патологию. Очевидно, что многие больные с ОА не получают адекватную медицинскую помощь. Показано, что большинство их не обращается к врачу, а занимается самолечением [6]. При этом возрастает риск развития побочных явлений, обусловленных неконтролируемым приемом лекарств, включая нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) [2, 5, 26]. В связи с этим важны исследования, раскрывающие обстоятельства, которые не позволяют пациентам с хронической болью в суставах обращаться к врачам [6].

Значительную роль в эффективности проводимой терапии играет приверженность к лечению. По определению ВОЗ «приверженность к лечению (комплаентность) – это степень соответствия поведения человека в отношении приема лекарственных средств, соблюдения диеты и/или других изменений образа жизни соответственно рекомендациям врача или медицинского работника» [15]. Подразумевается, что больной является активным участником лечебного процесса, а не пассивным субъектом, над которым производится определенное действие. По оценкам специалистов, долгосрочная приверженность к любому лечению, независимо от заболевания, низкая и не превышает 50% [16, 17, 19], особенно при терапии хронических заболеваний, так как они требуют длительного, часто пожизненного приема лекарственных препаратов и соблюдения целого ряда врачебных рекомендаций. Низкая приверженность является основной причиной недостаточного терапевтического эффекта, увеличивает вероятность развития осложнений основного заболевания, снижает качество жизни больных [14, 23, 25]. Недостаточная приверженность к назначенной врачами терапии

Багирова Генриетта Георгиевна – д. м. н., профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии; тел. 8 (3532) 636980; bagirova@yandex.ru  
Замятина Екатерина Александровна – к. м. н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней; тел. 8 (3532) 636980; zamyatina.katerina@yandex.ru

имеется у 26-59% пожилых больных, а большинство вмешательств увеличивают приверженность чуть более чем на 10%, в то же время являясь достаточно затратными по времени или слишком сложными для внедрения в повседневную практику. С более низким уровнем комплаентности ассоциирован пожилой и старческий возраст [11]. Приверженность к лечению трудно измерить, поэтому на практике низкая приверженность часто остается не диагностированной. Терапевтический ответ не соответствует ожидаемому, как правило, в двух случаях – при низкой приверженности к выполнению рекомендаций или резистентности к терапии. Сталкиваясь с трудными клиническими случаями, врачи чаще всего склонны видеть причину отсутствия успеха в резистентности к лечению. Недооценка низкого комплаенса ведет к неправильной тактике: коррекции терапии, увеличению доз препаратов и необоснованных госпитализаций [12, 22].

На уровень приверженности оказывает влияние и психологический статус пациентов – наличие тревожно-депрессивных расстройств. Наиболее часто это состояние наблюдается при хронических заболеваниях с длительным болевым синдромом, к каким и относится ОА [4, 8, 13]. Оценка психологического состояния пациента является необходимым компонентом при диагностике и лечении больного с хроническим болевым синдромом, однако этот вопрос мало изучен и требует более тщательного внимания.

Существуют предикторы отсутствия приверженности к лекарственной терапии, перечень которых постоянно пополняется: наличие психологических проблем, особенно депрессии; наличие когнитивных нарушений; бессимптомное заболевание; неадекватное наблюдение и/или рекомендации при выписке; побочные эффекты; недостаточная вера больного в пользу лечения; недостаточная информированность пациента о его заболевании; плохие отношения меж-

ду медицинским персоналом и больным; наличие препятствий к предоставлению медицинской помощи; сложность терапии; высокая стоимость лечения, включая сопутствующие затраты.

Вопросы приверженности больных ОА к лечению и факторов, на нее влияющих, практически не изучались. Между тем проблема лечения и реабилитации больных с этой патологией имеет важное медицинское, социальное и экономическое значение.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ** – уточнить факторы, влияющие на эффективность терапии ОА у больных пожилого возраста.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.** Обследовано 170 больных ОА, находившихся на амбулаторном лечении.

Критериями включения в исследование являлись информированное согласие пациента, возраст от 40 до 79 лет, достоверный ОА в соответствии с критериями Беневоленской Л. И. с соавт. (1993) и Althman R. D. (1991) для коксартроза и гонартроза.

Критерии исключения: беременные и кормящие женщины, пациенты с тяжелыми заболеваниями различных органов и иными состояниями, которые, по мнению исследователя, препятствовали бы участию в исследовании.

Основную группу составило 120 человек в возрасте от 60 до 79 лет, группу сравнения – 50 человек – от 40 до 59 лет с ОА коленных и тазобедренных суставов.

Средний возраст больных основной группы составил  $68,5 \pm 8,8$  года, в группе сравнения –  $53,6 \pm 4,6$  года. В основной группе с поражением коленных суставов был 81 (67,5%) человек, тазобедренных – 28 (23,3%), сочетанным поражением – 11 (9,2%). В группе сравнения с поражением коленных суставов – 33 человека (66%), тазобедренных – 14 (28%), сочетанным поражением – 3 (6%).

Клиническая характеристика их представлена в таблице 1.

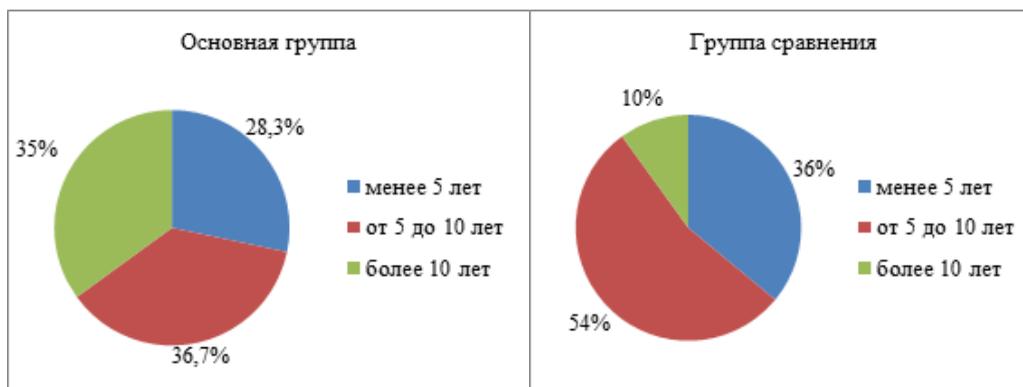


Рисунок 1 – Распределение больных ОА в зависимости от длительности заболевания

Таблица 1 – Клиническая характеристика больных

Клинические данные	Основная группа						Группа сравнения					
	Гонартроз		Коксартроз		Сочетание гонартроза и коксартроза		Гонартроз		Коксартроз		Сочетание гонартроза и коксартроза	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Кол-во больных	81	66,6	28	23,3	11	9,1	33	66	14	28	3	6
Возраст	-	-	-	-	-	-	33	66	14	28	3	6
40-59 лет	41	50,6	16	57,1	3	27,3	-	-	-	-	-	-
60-69 лет	40	49,4	12	42,9	8	72,7	-	-	-	-	-	-
70-79 лет												
Пол:												
муж.	6	7,4	2	7,1	0	0	3	9,1	3	21,4	0	0
жен.	75	92,6	26	92,8	11	100	30	90,9	11	78,6	3	100
Сопутствующая патология:												
АГ	78	96,2	24	85,7	8	72,7	18	36	6	12	3	6
ИБС	42	51,8	13	46,4	4	36,3	5	10	1	2	1	2
СД 2-го типа	14	17,2	5	17,8	2	18,1	3	6	1	2	0	0
Хр. гастрит	12	14,8	4	14,2	2	18,1	6	12	3	6	2	4
ЯБЖ	9	11,1	4	14,2	0	0	2	4	0	0	0	0
R-стадия:												
I	13	16,1	7	25	0	0	13	26	5	10	0	0
II	29	35,8	11	39,3	4	36,3	18	36	7	14	2	4
III	39	48,1	10	35,7	7	63,6	2	4	2	4	1	2
НФС												
0	13	16,1	4	14,3	0	0	8	24,2	4	28,6	0	0
I	53	65,4	20	71,4	8	72,7	22	66,7	9	64,3	2	66,7
II	15	18,5	4	14,3	3	27,3	3	9,1	1	7,1	1	33,3
УЗИ:												
Синовит	62	76,5	16	57,1	7	63,6	22	44	7	14	2	4
Тендинит	73	90,1	17	60,7	9	81,8	28	56	8	16	3	6
Теносиновит	12	14,8	2	7,1	2	18,1	6	12	1	2	1	2
Киста Бейкера	19	23,5					6	18,2				

В обеих группах преобладали пациенты женского пола. По рентгенологическим данным в основной группе при обследовании коленных суставов преобладала III стадия, тазобедренных суставов практически одинаково часто – II и III, при сочетанной локализации – III. В группе сравнения при рентгенографии всех локализаций преобладала II стадия. В обеих группах чаще встречалась недостаточность функции суставов (НФС) I степени. При УЗИ суставов у пожилых пациентов чаще выявлялись синовит и тендинит.

В основной группе было больше больных с длительностью заболевания более 10 лет (рисунок 1).

При большей длительности заболевания была более выражена рентгенологическая стадия ОА.

Все принимали в качестве симптоматической терапии различные НПВП. Выделено 4 группы по 30 человек: I – принимала диклофенак, II – нимесулид (найз),

III – мелоксикам (мовалис), IV – ацеклофенак (аэртал) в обычных суточных дозах. Для каждого НПВП был рассчитан показатель «величина эффекта» (effect size – ES) [18]. Часть больных (34,1%) получала терафлекс по традиционной схеме.

Всем больным проведено клинико-лабораторное и инструментальное обследование, принятое в ревматологии при первичном обращении, через 10 дней, 1 месяц и 1 год.

При обследовании больных использована оригинальная анкета, отражающая все аспекты лечения больного ОА до включения его в данное исследование. Уровень приверженности к лечению определялся по шкале Мориски-Грина, а также модифицированному нами опроснику, за основу которого взят предложенный Н. А. Николаевым для больных гипертонической болезнью (2008) [7].

Для определения уровня тревожности использована шкала самооценки Spielberger, адаптированная Ю. Л. Ханиным. Для оценки наличия депрессии использовалась шкала самооценки Цунга.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 6.0.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Больные пожилого возраста лишь в небольшом проценте случаев (12%) имели представление о своей болезни. Далеко не все при появлении болевого синдрома обращались за помощью к участковому терапевту (74% в основной группе и 64% в группе сравнения). Менее половины пациентов основной группы выполняли рекомендации врача. Около ¼ всех больных контролируют свой вес и выполняют физические упражнения. Несмотря на рекомендации врача, в обеих группах не используются наколенники, трости для уменьшения нагрузки на пораженный сустав. Большинство для купирования болевого синдрома принимают рекомендованные врачом НПВП курсами. Более половины пациентов основной группы достоверно чаще пропускают прием назначенного препарата или делают длительные перерывы в лечении.

Только 35% пожилого возраста принимают хондропротекторы.

Около половины пациентов основной группы (48%) используют различные растирания. Часто пользуются народными средствами (настойка золотого уса, настойка сирени, чеснока, мед, листья капусты, лопуха и т. д.). Нередко они предпочитают более дешевый препарат в небольших упаковках в связи с более низкой ее стоимостью. Наибольшее предпочтение отдается препаратам пролонгированного действия, принимаемого по одной таблетке в день. Только 20% больных ответили, что врач обучал их, как правильно лечиться при их заболевании.

Таким образом, пациенты мало знают о сущности своего заболевания и полноценных методах медикаментозного лечения его. Не всегда выполняют общие рекомендации. Больные основной группы хуже выполняют назначения врача в части медикаментозной терапии и в большей степени склонны лечиться различными средствами по совету знакомых или информации, полученной из Интернета.

В паре «врач – пациент» основной проблемой является отсутствие взаимопонимания, в результате чего у пациента возникает недостаточная ясность сути заболевания, пользы лечения, правильности приема препарата. Недостаток времени, отведенного на врачебный прием, можно рассматривать как недостаток времени на общение. На комплаенс также влияет доступность медицинской помощи, квалификация врача, малая доступность эффективных препаратов из-за их высокой стоимости.

При анализе клинических проявлений было выявлено, что у пациентов пожилого и старческого возраста достоверно чаще преобладал полиостеоартроз III рентгенологической стадии. По данным УЗИ в основной группе у пациентов с гонартрозом или сочетанием его с коксартрозом достоверно чаще встречался синовит и тендинит. У лиц пожилого и старческого возраста показатели визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) и индекса Лекена были достоверно выше, чем у более молодых пациентов (табл. 2).

**Таблица 2 – Показатели выраженности боли и функциональной недостаточности суставов у больных остеоартрозом (Me (Q25; Q75))**

Показатели	Основная группа	Группа сравнения
Боль по ВАШ, мм	80 (40; 90)	70 (50; 90)*
Суммарный индекс WOMAC, мм	1580 (500; 2180)	1550 (1100; 1960)
Индекс Лекена, баллы	14 (7; 21)	13 (7; 17)*

\* – статистическая значимость различий между показателями основной группы и группы сравнения ( $p < 0,05$ ).

Выявлена достоверная прямая связь между возрастом пациентов и Rg стадией ( $r=0,7$ ), возрастом и НФС ( $r=0,6$ ). Чем более выражены Rg стадия и НФС, тем больше уровень ВАШ ( $r=0,2$ ).

В связи с наличием болевого синдрома все пациенты принимали НПВП. Проведено сравнение четырех НПВП, различающихся по селективности действия. Курс лечения во всех группах составил 10 дней. Через 10 дней у всех пациентов имелась достоверная положительная динамика ВАШ, суммарного индекса WOMAC и индекса Лекена, однако на фоне лечения найзом и диклофенаком они оказались выше, чем после приема мовалиса и аэртала (табл. 3).

Все больные отмечали уменьшение боли при движении в пораженных суставах, припухлости коленных суставов, уменьшение утренней скованности до 15 минут.

Выраженность синовита достоверно снизилась, уменьшение выраженности тендинита оказалось недостоверным (рис. 2). Статистически значимых различий между эффективностью препаратов не выявлено.

Расчет показателя «величина эффекта» показал, что по ВАШ все препараты соответствуют большому эффекту, по WOMAC (индекс выраженности ОА университетов Западного Онтарио и Мак Мастера) – среднему эффекту, по индексу Лекена диклофенак, аэртал и мовалис соответствуют большому, найз – среднему эффекту. Частота нежелательных явлений была реже в группе сравнения – у более молодых лиц. В основной группе – на фоне приема всех препаратов имелись единичные нежелательные явления, но наихудшую переносимость показал диклофенак.

**Таблица 3 – Динамика показателей эффективности лечения основной группы (Me (Q25; Q75))**

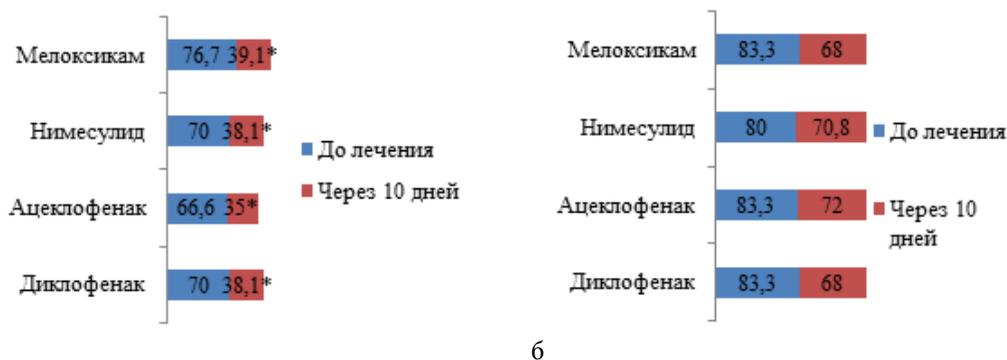
Препарат	Диклофенак (n=30)		Ацеклофенак (аэртал) (n=30)		Нимесулид (найз) (n=30)		Мелоксикам (мовалис) (n=30)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Боль по ВАШ, мм	80 (80; 80)	60 (50; 60)*	80 (70; 80)	50 (40; 60)*°	80 (70; 90)	60 (05; 70)*	80 (70; 80)	40,5 (40; 50)*°
Суммарный индекс WOMAC, мм	1660 (1490; 1840)	1490 (1330; 1690)*	1500 (1270; 1780)	1270 (1090; 1530)*	1600,5 (1540; 1760)	1430,5 (1370; 1640)*	1580 (1280; 1890)	1270 (1130; 1640)*
Индекс Лекена, баллы	13 (11; 15)	11 (10; 13)*	15 (13; 18)	11 (9; 14)*	13,5 (12; 16)	11 (10; 13)*	15 (13; 18)	11 (9; 13)*

\* – статистическая значимость различий между показателями до и после лечения ( $p < 0,05$ );

° – статистическая значимость различий между парами препаратов: аэртал – диклофенак, мовалис – диклофенак,  $p < 0,05$ .

Таким образом, под влиянием всех НПВП был отмечен положительный клинический эффект, однако мовалис и аэртал ввиду их более высокой эффективности в отношении уменьшения боли и воспалительных явле-

ний в суставе, а также лучшей переносимости больными и наличия минимального количества неблагоприятных эффектов являются более предпочтительными у пациентов пожилого и старческого возраста с ОА.



**Рисунок 2 – Частота выявления синовитов (а) и тендинитов (б) под влиянием НПВП**

В качестве симптом-модифицирующей терапии больным назначался терафлекс. Среди пациентов основной группы препарат терафлекс принимало 45 человек, в группе сравнения – 20 человек. Терафлекс назначался по стандартной схеме в течение 6

месяцев. Повторные курсы лечения терафлексом в течение 3 месяцев повторялись с интервалом 3 месяца. Общий курс лечения составил 1 год. Результаты лечения оценивались через 1 месяц и 1 год (табл. 4).

**Таблица 4 – Динамика показателей до и после лечения препаратом терафлекс в основной группе Me (Q25; Q75))**

Показатель	Группа, принимающая терафлекс (n=45)			Не принимающие терафлекс (n=75)		
	до лечения	через 1 месяц	через 1 год	до лечения	через 1 месяц	через 1 год
ВАШ, мм	50 (40; 60)	40 (40; 50)*°	20 (10; 30)**°	60 (50; 60)	60 (50; 60)*	50 (50; 60)**
WOMAC, мм	1340 (1140; 1560)	1240 (1140; 1370)*°	1040 (980; 1150)**°	1430 (1310; 1640)	1370 (1240; 1540)*	1280 (1180; 1380)
Индекс Лекена, б.	11 (9; 13)	11 (9; 12)*	8 (8; 10)**°	11 (9; 13)	11 (9; 12)*	11 (9; 11)**

\* – статистическая значимость различий между показателями до лечения и через 1 месяц ( $p < 0,05$ );

\*\* – статистическая значимость различий между показателями через 1 месяц и через 1 год ( $p < 0,05$ );

° – статистическая значимость различий между группами ( $p < 0,05$ ).

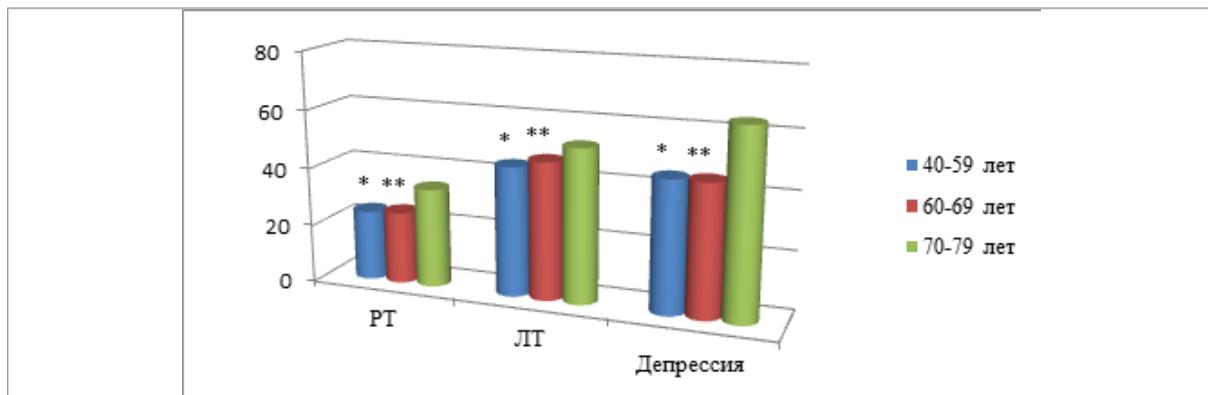
В группе, принимающей терафлекс, все показатели снизились достоверно через 1 месяц и через 1 год. У не принимающих терафлекс, через 1 месяц показатели также снизились достоверно, что связано, по-видимому, с действием НПВП, однако через 1 год различия показателя WOMAC не имели достоверности. При сравнении показателей между группами оказалось, что в группе, принимающей терафлекс, все показатели были достоверно ниже. Таким образом, прием хондропротекторов привёл к стабилизации клинического улучшения.

В основной группе отсутствовали или достоверно реже были обострения по сравнению с не принимающими препарат. Суммарная оценка эффективности терапии у каждого больного показала, что в группах, принимающих терафлекс, достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) отмечалось «значительное улучшение» (основная группа – 46,7%, группа сравнения – 75%) по сравнению с пациентами, не принимающими его (основная группа – 9,3%, группа сравнения – 13,3), однако оно регистрировалось реже, чем в группе сравнения. У них же не отмечалось ухудшения состояния, практически не было состояний, когда улучшение не наступало («без перемен»).

В целом эффективность лечения у лиц в пожилом возрасте была несколько ниже за счет такого показателя, как «значительное улучшение», которое у более молодых отмечено в 1,5 раза чаще. В то же время у не принимавших терафлекс в основной группе реже отмечалось улучшение, чем в группе сравнения, и чаще – ухудшение.

Таким образом, на фоне приема терафлекса в основной и группе сравнения все показатели имели лучшие значения, чем в группах, не принимающих данный препарат. Несмотря на то, что эффективность его несколько ниже, чем в более молодом возрасте, целесообразно применение его и у лиц пожилого возраста даже с III рентгенологической стадией, т. к. уменьшается болевой синдром, улучшается функция суставов, уменьшаются явления синовита и тендинита, число обострений в год.

При исследовании тревоги по шкале Спилбергера выявлено, что личностная тревога (ЛТ) у 86,7% (в отличие от 64% в группе сравнения) – высокая. При исследовании депрессии по шкале Цунга у 66,7% пациентов в основной группе и 46% группы сравнения определялась маскированная (скрытая) депрессия. Средние показатели тревоги и депрессии были достоверно выше в старшей возрастной группе (70-80 лет) (рис. 3).



\* – достоверные различия между показателями I и III группы ( $p < 0,05$ );

\*\* – достоверные различия между показателями II и III группы ( $p < 0,05$ ).

Рисунок 3 – Уровень тревоги и депрессии в зависимости от возраста у больных ОА

Средние показатели ситуативной (реактивной) (РТ) и личностной тревоги, депрессии ниже в группе с длительностью заболевания менее 5 лет, а выше при большей длительности заболевания.

Выявлена достоверная корреляционная связь между возрастом и личностной тревогой ( $r=0,2$ ,  $p=0,001$ ), между возрастом и уровнем депрессии ( $r=0,5$ ,  $p=0,0001$ ), т. е. чем старше возраст, тем выше уровень личностной тревоги и депрессии. Чем более выражен болевой синдром и степень тяжести ОА, тем выше уровень депрессии и тревоги (табл. 5).

Достаточно часто депрессия и тревога, в том числе у старших возрастных групп, остаются не выявленными [20]. Среди больных хроническими соматическими заболеваниями распространенность депрессии достигает 20-60%, а при целенаправленном обследовании признаки ее выявляются у 45-95% пациентов, обращающихся за помощью к врачам [21, 24]. Наиболее часто тревожно-депрессивные расстройства наблюдаются при хронических заболеваниях с длительным болевым синдромом, к каким относится ОА. Длительно сохраняющийся болевой

синдром, нарушение функции суставов и ограничение двигательной активности у пациентов с ОА могут вызвать психические расстройства тревожно-депрессивного характера [4, 8, 13]. ОА относится к возраст-ассоциированным заболеваниям, и чаще всего, чем старше возраст, тем больше стаж заболевания. Хроническая боль, длительно существующая, приводит к развитию скрытой депрессии и тревоге, которые, в

свою очередь, усугубляют симптомы соматического заболевания. Возникает порочный круг между соматикой и тревожно-депрессивными состояниями [8, 13]. Их развитие приводит к усилению болевого синдрома, а болевой синдром, в свою очередь, усугубляет течение тревоги и депрессии. Всё это приводит к резистентности к проводимой терапии и ухудшению течения и прогноза ОА [13, 10].

**Таблица 5 – Выраженность уровня тревоги и депрессии в зависимости от интенсивности боли у больных остеоартрозом**

Показатель	Основная группа								Группа сравнения							
	ВАШ 40-70 мм		ВАШ > 70 мм		Индекс Лекена до 12 баллов		Индекс Лекена > 12 баллов		ВАШ 40-70 мм		ВАШ > 70 мм		Индекс Лекена до 12 баллов		Индекс Лекена > 12 баллов	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Низкая РТ	37	45,7	45	55,3	46	56,8	36	44,2	23	52,3	21	47,7	24	54,5	20	45,5
Умеренная РТ	3	9,1	30	90,9*	3	9,1	30	90,9**	0	0	6	100*	1	16,6	5	83,3
Высокая РТ	0	0	5	100*	0	0	5	100**	0	0	0	0	0	0	0	0
Низкая ЛТ	1	100	0	0*	1	100	0	0**	8	80	2	20	7	70	3	30
Умеренная ЛТ	11	73,3	4	26,7	15	100	0	0**	4	50	4	50	5	62,5	3	37,5
Высокая ЛТ	28	26,9	76	73,1	33	31,7	71	68,3	10	31,2	22	68,8	9	28,1	23	71,8**
Нет депрессии	33	97,1	1	2,9*	34	100	0	0**	10	71,4	4	28,6	12	85,7	2	14,3**
Легкая депрессия	0	0	6	100*	6	100	0	0**	3	23,1	10	76,9	4	30,7	9	69,3
Маскированная депрессия	7	8,8	73	91,2*	9	11,2	71	88,8**	5	21,7	18	78,3**	9	39,1	14	60,9

\* – достоверные различия между показателями ВАШ 40-70 мм и ВАШ > 70 мм ( $p < 0,05$ );

\*\* – достоверные различия между показателями индекс Лекена до 12 баллов и индекс Лекена > 12 баллов ( $p < 0,05$ ).

Терапия хронических заболеваний, в том числе и ОА, ориентирована во многом на мобилизацию и активацию резервов больного человека. Среди этих резервов большую роль играют психологические возможности его личности [3].

С возрастом ограничение двигательной активности, к которому ведет заболевание, увеличивается. Больные становятся более зависимыми от окружающих в быту, сосредотачиваются на своей болезни, и признаки депрессии становятся более выраженными. При использовании традиционно рекомендуемой для оценки приверженности к лечению шкалы Мориски – Грина в основной группе 60,8%, в группе сравнения 59,9% пациентов оказались некомплаентными (средний балл составил  $1,8 \pm 1,3$ ). В обеих группах большин-

ство пациентов забывают принимать препараты, пропускают прием, если чувствуют себя хорошо и если чувствуют себя плохо после приема лекарств. Лица более молодого возраста чаще относятся невнимательно к часам приема препарата, чем пожилые. Таким образом, в обеих группах приверженность к лечению оказалась практически одинаковой. Однако тест не предусматривает оценку целого ряда других факторов, имеющих существенное влияние на приверженность пациента к лечению.

Использование модифицированного нами опросника позволило оценить приверженность к лечению больных ОА, с учетом ряда факторов, влияющих на нее. Он позволяет уточнить комплаенс с таких позиций, как модификация образа жизни, готовность

пациента к выполнению рекомендаций по лекарственной терапии, эффективность врачебного сопровождения. Более глубокое изучение проблемы позволяет выявить резервы для ее решения, а коррекция выявленных отклонений может помочь существенно повысить индекс ожидаемой эффективности лечения.

Так, была выявлена достоверно высокая ожидаемая эффективность вмешательства при расчете индекса эффективности модификации образа жизни

(EUWL) и индекса эффективности лекарственной терапии (EMT). Однако индекс эффективности врачебного сопровождения (EMS) показал лишь удовлетворительную ожидаемую эффективность вмешательства в обеих группах. Суммарный индекс ожидаемой эффективности лечения (IEET) выявил достоверно высокую ожидаемую эффективность вмешательства у 74,2% опрошенных основной группы и выше (90%) – группы сравнения (табл. 6).

**Таблица 6 – Оценка уровня приверженности к лечению у пациентов с ОА**

Ожидаемая эффективность вмешательства	Основная группа								Группа сравнения							
	EUWL		EMT		EMS		IEET		EUWL		EMT		EMS		IEET	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Высокая	68	56,6	108	90	12	10	89	74,2	43	86	50	100	16	32	45	90
Удовлетворительная	47	39,2*	11	9,2*	93	77,5*	30	25*	7	14*	0	0	33	66*	5	10*
Низкая	5	4,2**	1	0,8**	15	12,5	1	0,8**	0	0	0	0	1	2**	0	0

\* – достоверные различия между показателями I и II группы ( $p < 0,005$ );

\*\* – достоверные различия между показателями I и III группы ( $p < 0,005$ ).

**Таблица 7 – Оценка приверженности к лечению у пациентов с маскированной депрессией**

Показатели приверженности к лечению	Основная группа		Группа сравнения	
	Пациенты с депрессией	Пациенты без депрессии	Пациенты с депрессией	Пациенты без депрессии
EUWL	2,3±0,8	1,5±0,1*	1,9±0,2	1,4±0,09*
EMT	1,5±0,5	1,03±0,06*	1,3±0,1	1,01±0,03*
EMS	3,2±0,9	2,09±0,4*	2,9±0,5	1,8±0,3*
IEET	1,9±0,5	1,4±0,1*	1,8±0,3	1,3±0,09*

\* – достоверные различия между показателями пациентов с депрессией и пациентов без депрессии ( $p < 0,05$ ).

Из данных таблицы следует, что в группе сравнения (лица более молодого возраста) уровень приверженности к лечению выше. Наибольшие значения всех показателей были выявлены в возрасте 70-79 лет, что говорит о худшей приверженности у лиц пожилого возраста. Это, по-видимому, связано с тем, что с возрастом увеличивается количество болезней и пациент теряет в определении приоритетов в их лечении. Приверженность выше у имеющих длительность заболевания от 5 до 10 лет, и ниже — у лиц, имеющих диагноз ОА более 10 лет.

У пациентов с депрессией уровень приверженности к лечению достоверно ниже, так как сама депрессия порождает негативизм к врачу и проводимому лечению (табл. 7).

Результаты исследования говорят о готовности больных принимать длительно лекарственные препараты и модифицировать свой образ жизни, однако

индекс врачебного сопровождения указал на недостаточные взаимоотношения между врачом и пациентом. Представленные данные говорят о необходимости более широкого внедрения в поликлиниках «Школы для больных остеоартрозом», в которых бы в соответствии с разработанными образовательными программами разъяснялась важность своевременного обращения пациентов за медицинской помощью, динамического обследования, методов лечения. Особенностью пожилого возраста является нередко наличие различных объективных и субъективных факторов, мешающих посещению этих групповых занятий. Для больных старше 70 лет более приемлемы индивидуальные беседы с врачом, которые нередко затруднены из-за крайне ограниченного времени на прием одного больного в амбулаторно-поликлинических учреждениях. На основании мета-анализа показано, что использование обучающих программ для больных ОА на

20–30% эффективнее по воздействию на болевой синдром по сравнению с применением только НПВП [1]. Дефицит ревматологов в наших поликлиниках создает ситуацию, когда ревматологическими больными вынуждены заниматься участковые терапевты. В первую очередь это касается пациентов с ОА.

Таким образом, с увеличением возраста и длительности заболевания пациентов с ОА отмечаются более выраженные клинические, рентгенологические и ультразвуковые изменения в суставах, нарастает тревога и депрессия, снижается приверженность к лечению, главным образом, за счет недостаточного контакта с врачом, малой осведомленности о сущности своего заболевания и необходимости лечения, что может быть мишенью для оптимизации ведения этой категории больных.

Недостаточная эффективность проводимой терапии ОА у больных пожилого и старческого возраста, с одной стороны, может быть связана с более выраженными клиническими проявлениями, большей продолжительностью заболевания, наличием сопутствующей патологии, с другой стороны, недостаточной приверженностью к лечению, обусловленной различными факторами, такими как высокий уровень личностной тревоги и маскированной депрессии. Для достижения хороших результатов определяющими являются не только доказанная эффективность и хорошая переносимость лекарственных средств, но и высокая приверженность пациента к лечению. Недостаточный контакт с врачом также снижает приверженность пациента к лечению и эффективность проводимой терапии в целом.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Алексеева, Л. И. Современные подходы к лечению остеоартроза / Л. И. Алексеева // РМЖ. – 2003. – Т. 11. – № 4. – С. 201–205.
2. Алексеева, Л. И. Хондроитин сульфат в лечении остеоартроза / Л. И. Алексеева, Е. П. Шарипова // Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17. – № 21. – С. 1448–1453.
3. Корнеева, В. А. Преобладающий тип отношения к болезни у пациентов с ревматоидным артритом и остеоартритом / В. А. Корнеева, О. А. Величинская, Е. В. Кундер // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2010. – Т. 9. – № 4. – С. 34–39.
4. Насонов, Е. Л. Клинические рекомендации. Ревматология / Е. Л. Насонов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 288 с.
5. Насонов, Е. Л. Ревматология: национальное руководство / Е. Л. Насонов, В. А. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 573–588.
6. Наумов, А. В. Выбор оптимальной лекарственной формы у пожилых больных с дегенеративно-дистрофическими изменениями опорно-двигательного аппарата / А. В. Наумов, Н. В. Новоселова // РМЖ. – 2010. – № 27. – С. 1692–1695.
7. Николаев, Н. А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии / Н. А. Николаев. – М.: Академия естествознания, 2008. – 92 с.
8. Новикова, И. А. Основные факторы риска развития психосоматических заболеваний / И. А. Новикова, П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев // Терапевтический архив. – 2007. – № 1. – С. 61–64.
9. Поворознюк, В. В. Глюкозамин и хондроитин в лечении остеоартроза: данные литературы и результаты собственных исследований / В. В. Поворознюк // РМЖ. – 2006. – № 4. – С. 290–295.
10. Погосова, Г. В. Современные подходы к лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике: методическое пособие для врачей / Г. В. Погосова // Приложение к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». – 2007. – 24 с.
11. Современные проблемы обеспечения приверженности пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией к фармакотерапии / Э. В. Фесенко, Я. С. Коновалов, Д. В. Аксенов, К. В. Перельгин // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. – Т. 16. – № 22-1. – С. 95–99.
12. Compliance пациентов с гипертонической болезнью / Е. И. Копнина, М. М. Бучина, М. А. Чернова, А. В. Бучина // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – Т. XV. – № 1. – С. 150–151.
13. Смулевич, А. Б. Депрессии в общемедицинской сети / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – № 1. – С. 4–12.
14. Швари, Ю. Г. Контролируемое исследование влияния стандартизированных наглядных мотивирующих рекомендаций на приверженность к лечению кардиологических пациентов / Ю. Г. Швари, Е. А. Наумова, Е. В. Тарасенко // Клиническая фармакология и терапия. – 2007. – № 4. – С. 42–45.
15. Adherence to long-term therapies: evidence for action. – Geneva: WHO, 2003.
16. Compliance and persistence with bisphosphonate dosing regimens among women with postmenopausal osteoporosis / J. A. Cramer, M. M. Amonkar, A. Hebborn, R. Airman // Curr. Med. Res. Opin. – 2005. – № 21 (9). – P. 1453–1460.
17. Factors affecting patient compliance with antihyperlipidemic medications in an HMO population / J. C. Sung, M. B. Nichol, F. Venturini, K. L. Bailey, J. S. McCombs, M.

Cody // *Am J. Manag. Care.* – 1998. – № 4 (10). – P. 1421-1430.

18. Fautrel, B. *Impact of osteoarthritis: results of nationwide survey of 10 000 patients consulting for OA* / B. Fautrel, P. Hilliguin, S. Rozenberg // *Joint Bone Spine.* – 2005. – V. 72. – № 3. – P. 235-240.

19. Hosie J. *Managing hypertension in general practice: can we do better?* / J. Hosie, I. Wiklund // *J. Hum. Hypertens.* – 1995. – № 9 (2). – P. 15-18.

20. Kohn, R. *The treatment gap in mental health care* / R. Kohn // *Bull. WorldHealth Organ.* – 2004. – V. 82. – N 11. – P. 68-72.

21. Krishnan, K. R. *Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly* / K. R. Krishnan, M. Delong, H. Kraemer // *Biol. Psychiatry.* – 2002. – № 52 (6). – P. 559-88.

22. Neutel, J. M. *Improving patient compliance: a major*

*goal in the management of hypertension* / J. M. Neutel, D. H. Smithy // *J. Clin. Hypertens (Greenwich).* – 2003. – № 5 (2). – P. 127-132.

23. Sherman, J. *Telephoning the patient's pharmacy to assess adherence with asthma medications by measuring re-fill rate for prescriptions* / J. Sherman // *J. Pediatr.* – 2000. – V. 136. – P. 532-536.

24. Simon, G. E. *An international study of the relation between somatic symptoms and depression* / G. E. Simon, M. VonKorff, M. Piccinelli // *N. Engl. J. Med.* – 1999. – № 341 (18). – P. 1329-1335.

25. Simpson, S. *A meta analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality* / S. Simpson // *BMJ.* – 2006. – № 333. – P. 15-20.

26. Smith, M. M. *Osteoarthritis: Current status and future directions* APLAR / M. M. Smith, P. Glosch // *J. Rheum.* – 1998. – № 2. – P. 27-53.

## ГИГИЕНА, ЭКОЛОГИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 613.0

Р. М. САДРЕТДИНОВА, Н. П. СЕТКО, Е. Б. БЕЙЛИНА

### ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ-ВОКАЛИСТОВ В ДИНАМИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

Оренбургский государственный медицинский университет

R. M. SADRETDINOVA, N. P. SETKO, E. B. BEILINA

### FEATURES OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM FOR STUDENTS VOCALISTS IN THE DYNAMICS OF PROFESSIONAL TRAINING

#### РЕЗЮМЕ.

В статье представлены данные функционального состояния центральной нервной системы вокалистов с потенциальными способностями и без них в сравнении со студентами, не занимающимися вокальным искусством. Установлено, что в динамике обучения у вокалистов с потенциальными вокальными способностями наблюдается достоверное увеличение ФУС в 1,27 раза, что говорит об уменьшении значения времени простой зрительно-моторной реакции при увеличивающейся вокальной нагрузке; достоверное увеличение УР в 1,39 раза, что говорит об увеличении устойчивости состояний ЦНС и уменьшении вариабельности значений времени реакции; достоверное увеличение УФВ в 1,37 раза, что говорит о повышении способности ЦНС формировать и удерживать систему формирования голоса.

Вокалисты с потенциальными вокальными способностями на фоне постоянной вокальной тренированности организма сохраняли длительное время нормальный уровень функционирования центральной нервной системы без перехода в патологическое состояние. В конце учебного года студентов с развитием переутомления было больше всего в группе вокалистов без потенциальных вокальных способностей.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** СТУДЕНТЫ-ВОКАЛИСТЫ, ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, РАБОТОСПОСОБНОСТЬ.

#### SUMMARY.

The article presents the data of the functional state of the central nervous system vocalists with potential abilities and without them compared to students not involved in vocal art. It is established that in the dynamics of learning from the singers with potential vocal abilities significant increase in ФУС to 1,27 times that talks about reducing the value of the time a simple visual-motor reaction with increasing vocal load; a significant increase УР 1,39 times that talks about increasing the stability conditions of the Central nervous system and reducing the variability of the values of the reaction time;

Садретдинова Римма Минибарьевна – ассистент кафедры гигиены и эпидемиологии; тел. 8 (3532) 403564; orgma-fpps@mail.ru

Сетко Нина Павловна – д. м. н., профессор, заведующая кафедрой гигиены и эпидемиологии; тел. 8 (3532) 403564; orgma-fpps@mail.ru

Бейлина Елена Борисовна – к. м. н., доцент кафедры гигиены и эпидемиологии; тел. 8 (3532) 403564; philippova-elena@yandex.ru

*significant increase УФВ is 1,37 times that talks about the improvement of the ability of the CNS to form and maintain the system for establishing voice. Singers with potential vocal abilities on the background of constant vocal fitness of the organism was maintained for a long time, the normal level of functioning of the Central nervous system without switching to a pathological condition. At the end of the school year students with the development of fatigue was more than just a group of singers without potential vocal abilities.*

**KEY WORDS: STUDENT-SINGERS, INDICATORS OF THE FUNCTIONING OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM, PERFORMANCE.**

**ВВЕДЕНИЕ.** Пение как разновидность процесса звукообразования является процессом высшей нервной деятельности человека. Для осуществления этого процесса требуется координированная деятельность многих органов и систем человеческого организма: органов дыхания, брюшного пресса, гортани, мышц полости рта, глотки и сердечно-сосудистой системы. Координирует эту сложную деятельность голосового аппарата центральная нервная система.

На организм студентов во время обучения круглосуточно влияет комплекс различных факторов. При этом основная нагрузка приходится на центральную нервную систему, функциональное состояние которой выступает определяющим фактором работоспособности. Певец – это, прежде всего, здоровый человек с устойчивой психикой, крепкими нервами, хорошим тонусом мышц и здоровыми внутренними органами. Голосовая функция тесно связана с нервной системой человека. При неустойчивой нервной системе, при сильной ее реактивности и быстрой утомляемости легко возникают различные нарушения нервной деятельности, немедленно сказывающиеся на голосе. Людям с неустойчивой нервной системой не следует выбирать себе такую трудную в смысле нервной нагрузки профессию, как певческая. Такие обучающиеся, даже при наличии хороших данных, редко могут достигнуть профессионализма. Они в процессе занятий испытывают огромные затруднения, мучаются сами и ставят в неудобное положение педагога [5, 6].

В условиях современной образовательной деятельности вокалиста важной задачей является сохранение и повышение работоспособности обучаемого. Сложный механизм адаптации организма студента к различным уровням обучения в начале и конце учебного года направлен на сохранение функционального состояния и работоспособности в образовательном пространстве за счет перестройки энергетических, структурных и информационных уровней, заставляет считать центральную нервную систему основным центром формирования программ адаптации [8].

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведено исследование особенностей функционирования центральной нервной системы организма и уровня работоспособности вокалистов и студентов, не занимающихся вокальным искусством в динамике учебного года. Группа вокалистов была разделена на 2 подгруппы: первую подгруппу составили вокалисты с потенциальными вокальными способностями, а вторую подгруппу составили вокалисты без потенциальных вокальных способностей.

Функциональное состояние центральной нервной системы определялось методом вариационной хроно-рефлексометрии, в основу которой положен статистический анализ латентных периодов простой сенсомоторной реакции, позволившей рассчитать следующие показатели: функциональный уровень нервной системы (ФУС), устойчивость нервной реакции (УР), уровень функциональных возможностей сформированной функциональной системы (УФВ) [4].

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** Установлено, что все показатели функционирования центральной нервной системы вокалистов были ниже, чем у студентов, не занимающихся вокальным искусством (табл.). Показано, что функциональный уровень нервной системы (ФУС) был ниже в начале учебного года у вокалистов с потенциальными вокальными способностями в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ), чем у студентов, не занимающихся вокальным искусством; в конце года у вокалистов без потенциальных вокальных способностей в 4,1 раза ( $p < 0,05$ ), чем у студентов, не занимающихся вокальным искусством. В группе вокалистов ФУС был в начале учебного года выше у вокалистов без потенциальных вокальных способностей в 1,3 раза, а в конце года у вокалистов с потенциальными вокальными способностями в 3,7 раза ( $p < 0,05$ ).

Уровень функциональных возможностей сформированной функциональной системы (УФВ) был ниже в начале учебного года у вокалистов с потенциальными вокальными способностями и у вокалистов без потенциальных вокальных способностей в 2,0 раза ( $p < 0,05$ ), чем у студентов, не занимающихся вокальным искусством; в конце года у вокалистов без потенциальных вокальных способностей в 1,4 раза, у вокалистов без потенциальных вокальных способностей в 1,8 раза, чем у студентов, не занимающихся вокальным искусством. В группе вокалистов ФУС в начале учебного года не имел достоверных различий, а в конце года был выше у вокалистов с потенциальными вокальными способностями в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ).

В динамике обучения в группе вокалистов без потенциальных способностей наблюдалось к концу учебного года снижение всех показателей функционального состояния центральной нервной системы:

ФУС снизился в 3,75 раза, УР – в 1,77 раза, УФВ – в 1,04 раза. Данные изменения свидетельствуют об увеличении значения времени простой зрительно-моторной реакции в динамике обучения, снижении устойчи-

вости состояний ЦНС и увеличении вариабельности значений времени реакции, снижении способности ЦНС формировать и удерживать соответствующую функциональную систему.

**Таблица – Показатели функционального состояния ЦНС студентов исследуемых групп в динамике учебного года ( $M \pm m$ )**

Показатели	Время измерения показателя	Исследуемые группы		
		вокалисты с потенциальными вокальными способностями	вокалисты без потенциальных вокальных способностей	студенты, не занимающиеся вокальным искусством
ФУС (ед.)	начало учебного года	1,75±0,03	2,25±0,18	2,54±0,03 <sup>1*</sup>
	конец учебного года	2,23±0,05 <sup>4*</sup>	0,60±0,07 <sup>3*, 4*</sup>	2,45±0,01 <sup>2*</sup>
УР (ед.)	начало учебного года	0,70±0,05	0,78±0,05	1,54±0,07
	конец учебного года	0,97±0,02 <sup>4*</sup>	0,44±0,04 <sup>3*, 4*</sup>	1,34±0,04 <sup>2*</sup>
УФВ (ед.)	начало учебного года	1,37±0,05	1,45±0,08	2,78±0,08 <sup>1*, 2*</sup>
	конец учебного года	1,85±0,04 <sup>4*</sup>	1,39±0,05	2,52±0,04

<sup>1\*</sup> –  $p < 0,05$  при сравнении между вокалистами с потенциальными вокальными способностями и студентами, не занимающимися вокальным искусством;

<sup>2\*</sup> –  $p < 0,05$  при сравнении между вокалистами без потенциальных вокальных способностей и студентами, не занимающимися вокальным искусством;

<sup>3\*</sup> –  $p < 0,05$  при сравнении между вокалистами с потенциальными вокальными способностями и вокалистами без потенциальных вокальных способностей;

<sup>4\*</sup> –  $p < 0,05$  при сравнении начало и конец учебного года.

Необходимо отметить тот факт, что в группе вокалистов с потенциальными вокальными способностями в динамике обучения наблюдается достоверное увеличение ФУС в 1,27 раза, что говорит об уменьшении значения времени простой зрительно-моторной реакции при увеличивающейся вокальной нагрузке; достоверное увеличение УР в 1,39 раза, что говорит об увеличении устойчивости состояний ЦНС и уменьшении вариабельности значений времени реакции; достоверное увеличение УФВ в 1,37 раза, что говорит о повышении способности ЦНС формировать и удерживать систему формирования голоса. Описанная выше динамика, по всей вероятности, объясняется различными особенностями влияния вокальных нагрузок на вокалистов с потенциальными вокальными способностями и без них. Вокалисты с вокальными способностями не нуждаются в дополнительных занятиях, и их центральная нервная система на фоне постоянных вокальных «тренировок» не испытывает стресса и реализует все свои возможности в полной мере, не

прибегая к дополнительным требованиям. Вокалисты без потенциальных вокальных способностей испытывают большую нагрузку, так как им требуется дополнительное время, связанное с построением различных звуковысотных интервалов и динамических оттенков. Происходит сложный процесс взаимодействия имеющихся вокальных стереотипов с мышечной работой, совершаемой голосовым аппаратом, и интеллектуально-эмоциональной сферой. В связи с этим показатели функционирования нервной системы вокалистов без потенциальных вокальных способностей свидетельствуют о неустойчивом состоянии нервных процессов, а также о сдвигах уровней возбудимости и лабильности центральной нервной системы.

Голосовой аппарат является сложной функциональной системой, поэтому его работа подчинена регулируемому влиянию коры головного мозга. Для установления физиологических критериев адаптации студентов к учебному процессу наиболее информативными и доступными являются показатели умственной

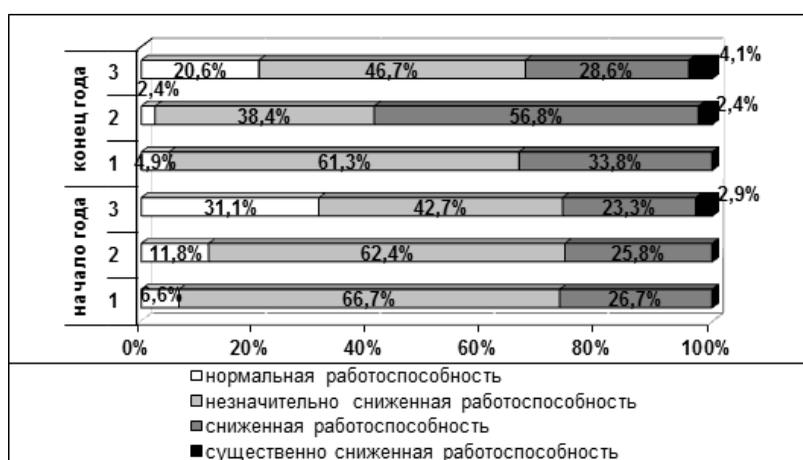
работоспособности [7, 2, 3]. С целью оценки влияния учебно-воспитательного процесса на функциональное состояние центральной нервной системы студентов проведено динамическое наблюдение за показателями умственной работоспособности. Умственная работоспособность тесно связана с нервной системой, главным образом, с силой нервных процессов, которые являются показателями работоспособности нервных клеток и нервной системы в целом [1].

Изменения показателей функционального состояния центральной нервной системы нашли своё отражение и в динамике распределения студентов исследуемых групп в зависимости от уровня умственной работоспособности. Принимая во внимание тот факт, что наиболее ранние изменения в деятельности ЦНС проявляются нарушением устойчивости нервных процессов, что находит отражение на величине критерия устойчивости нервной реакции [4], последний был использован в качестве интегрального показателя для оценки уровня работоспособности.

Анализ данных, представленных на рисунке, показывает, что нормальную работоспособность имели в начале учебного года 6,6% вокалистов с потенциальными вокальными возможностями, 11,8% вокалистов без потенциальных вокальных возможностей и 31,1% студентов, не занимающихся вокальным искусством; в конце учебного года 4,9% вокалистов с потенциальными вокальными возможностями, 2,4% вокалистов без потенциальных вокальных возможностей и 20,6% студентов, не занимающихся вокальным искусством. Незначительно сниженную работоспособность имели в начале учебного года 66,7% вокалистов с потенциальными вокальными возможностями, 62,4% вокалистов без потенциальных во-

кальных возможностей и 25,8% студентов, не занимающихся вокальным искусством; в конце учебного года 61,3% вокалистов с потенциальными вокальными возможностями, 38,4% вокалистов без потенциальных вокальных возможностей и 46,7% студентов, не занимающихся вокальным искусством. Сниженную работоспособность имели в начале учебного года 26,7% вокалистов с потенциальными вокальными возможностями, 25,8% вокалистов без потенциальных вокальных возможностей и 23,3% студентов, не занимающихся вокальным искусством; в конце учебного года 33,8% вокалистов с потенциальными вокальными возможностями, 56,8% вокалистов без потенциальных вокальных возможностей и 28,6% студентов, не занимающихся вокальным искусством. Существенно сниженная работоспособность была отмечена только у студентов, не занимающихся вокальным искусством как в начале, так и в конце учебного года, 2,9% и 4,1% соответственно, и у вокалистов без потенциальных вокальных возможностей в конце учебного года – 2,4%.

В динамике обучения наблюдалось в группе вокалистов с потенциальными вокальными способностями увеличение на 7,1% вокалистов со сниженной работоспособностью за счёт снижения вокалистов с нормальной работоспособностью на 1,7% и незначительно сниженной работоспособностью на 5,4%. В группе вокалистов без потенциальных вокальных способностей наблюдалось увеличение на 31% вокалистов со сниженной работоспособностью и появление 2,4% вокалистов с существенно сниженной работоспособностью за счёт снижения вокалистов с нормальной работоспособностью на 9,4% и незначительно сниженной работоспособностью на 24%.



- 1 – вокалисты с потенциальными вокальными способностями;
- 2 – вокалисты без потенциальных вокальных способностей;
- 3 – студенты, не занимающиеся вокальным искусством.

Рисунок — Распределение студентов исследуемых групп в зависимости от уровня работоспособности в динамике обучения (%)

Необходимо отметить, что работоспособность, при которой формировался и сохранялся длительное время уровень функционирования центральной нервной системы без перехода в патологическое состояние был отмечен в начале учебного года у 73,3% вокалистов с потенциальными вокальными способностями, у 74,2% вокалистов без потенциальных вокальных способностей и у 73,8% студентов, не занимающихся вокальным искусством. К концу учебного года в группе вокалистов с потенциальными вокальными способностями процент снизился на 7,1%, в группе вокалистов без потенциальных вокальных способностей на 33,8%, в группе сравнения на 6,5%. Таким образом, в конце учебного года студентов с развитием переутомления было больше всего в группе вокалистов без потенциальных вокальных способностей.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Ильин, А. Г. Функциональные возможности организма и их значение в оценке состояния здоровья подростков / А. Г. Ильин, Л. А. Агапова // Гигиена и санитария. – 2000 – № 5. – С. 43-46.
2. Корнева, И. Н. Физиолого-гигиеническое обоснование применения методов эстетотерапии для сохранения и укрепления здоровья дошкольников в системе дополнительного образования / И. Н. Корнева : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 2004. – 23 с.
3. Лозинский, А. С. Физиолого-гигиеническая характеристика и оценка эффективности здоровьесберегающих технологий в формировании адаптационных резервов и здоровья первоклассников в зависимости от уровня морфофункциональной готовности школьнозначимых функций / А. С. Лозинский : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 2012. – 26 с.
4. Мороз, М. П. Методика оценки функционального состояния центральной нервной системы и работоспособности человека на основе статистического анализа времени простой зрительно-моторной реакции / М. П. Мороз. – Санкт-Петербург, 2003. – 36 с.
5. Павлихин, О. Г. Оптимизация диагностики заболеваний голосового аппарата у профессионалов голоса / О. Г. Павлихин, С. Г. Романенко // Материалы XVII съезда оториноларингологов России. – Санкт-Петербург, 2006. – 208 с.
6. Родионова, О. И. Патология голосового аппарата у студентов – «профессионалов голоса» по данным профилактического осмотра и обращаемости / О. И. Родионова, В. И. Головнева // Материалы XVII съезда оториноларингологов России. – Санкт-Петербург, 2006. – С. 217-218.
7. Сердюковская, Г. Н. Влияние факторов окружающей среды на здоровье подрастающего поколения / Г. Н. Сердюковская // Вестник АМН СССР. – 1984. – III. – С. 19-26.
8. Сетко, А. Г. Особенности адаптации первокурсников в условиях современного образовательного процесса / А. Г. Сетко, Е. А. Володина, Е. Б. Бейлина // Материалы II Конгресса Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья с международным участием. – М. : Издатель НЦЗД РАМН, 2010. – С. 564-566.

УДК 613.22:955.:956

Н. П. СЕТКО, И. Т. МУСТАФИН, Е. Б. БЕЙЛИНА  
**ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ И НУТРИЕНТНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ОРГАНИЗМА УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГОРОДА УФЫ**  
 Оренбургский государственный медицинский университет

N. P. SETKO, I. T. MUSTAFIN, E. B. BEILINA  
**ASSESSMENT OF DIETARY INTAKE AND NUTRIENTNOY PROVIDING THE BODY WITH STUDENTS OF EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF UFA**

#### РЕЗЮМЕ.

Фактическое питание учащихся 7-18 лет МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 61» и «Татарская гимназия № 84» г. Уфы является нерациональным и неадекватным и характеризуется избыточным со-

держанием белков, жиров и углеводов в рационах питания учащихся 7-14 лет, недостаточным содержанием жиров и углеводов в рационах питания юношей 14-18 лет, несбалансированностью макро- и микронутриентов в рационах питания учащихся исследуемых групп.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ПИТАНИЕ УЧАЩИХСЯ, НУТРИЕНТНАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ, РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ.

#### SUMMARY.

The actual nutrition students 7-18 years of secondary school № 61 and Tatar gymnasium № 84 Ufa is irrational and inadequate and is characterized by abnormal levels of

Сетко Нина Павловна – д. м. н., профессор, заведующая кафедрой гигиены и эпидемиологии; тел. 8 (3532) 403564; orgma-fpps@mail.ru  
 Мустафин Ильнур Тимергалеевич – заочный аспирант кафедры гигиены и эпидемиологии; тел. 8 (3532) 403564; mustafa102@mail.ru  
 Бейлина Елена Борисовна – к. м. н., доцент кафедры гигиены и эпидемиологии; тел. 8 (3532) 403564; philippova-elena@yandex.ru

*protein, fat and carbohydrates in the diets of students 7-14 years, the lack of fats and carbohydrates in the diets of young men aged 14-18 years, the imbalance of macro – and micronutrients in the diets of students studied groups.*

**KEY WORDS:** NUTRITION STUDENTS  
NUTRIENTNAYA SECURITY, A BALANCED DIET.

**ВВЕДЕНИЕ.** Питание является одним из ведущих факторов, определяющих здоровье человека, влияющих на продолжительность его жизни, профилактику заболеваний и их распространённость [3]. Особенно важно оптимальное питание для подрастающего поколения [2]. Рациональное питание в детском и подростковом возрасте способствует профилактике заболеваний, повышению работоспособности и успеваемости, физическому и умственному развитию, создаёт условия для адаптации подрастающего поколения к факторам окружающей среды, оказывает существенное влияние на состояние здоровья человека на протяжении всей его жизни [1].

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Учитывая тот факт, что пища в отличие от других факторов окружающей среды является многокомпонентным фактором, который может изменять функцию и трофику тканей, органов и систем и в определенной степени определять риск развития заболеваемости, нами оценено питание учащихся (7-11, 11-14 и 14-18 лет) двух образовательных учреждений г. Уфы, расположенных в районах с различной антропогенной нагрузкой. В первую группу входили учащиеся МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 61» (n=149), во вторую группу входили учащиеся Татарской гимназии № 84 (n=149).

Оценка рационов питания проводилась расчетным методом на основе анализа суточных и недельных меню-раскладок. Пищевая, энергетическая и биологическая ценность рационов определялась с использованием таблиц химического состава пищевых продуктов (Скурихин И. М., Тутельян В. А., 2008), а также соответствие его основным принципам рационального и адекватного питания на основании «Норм физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации» (МР 2.3.1.2432-08) и СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования».

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** При оценке рационов питания учащихся установлено их несоответствие принципу количественной характеристики рационального питания (таблица 1). Энергетическая ценность рациона учащихся превышала норму у уча-

щихся 7-11 лет на 11,9% в первой группе, на 9,6% во второй группе ( $p<0,05$ ), у девочек 11-14 лет на 17,9% в первой группе и на 15,9% во второй группе ( $p<0,05$ ), у мальчиков 11-14 лет на 8,5% в первой группе ( $p<0,05$ ) и на 6,6% во второй группе ( $p<0,05$ ), у девушек 14-18 лет на 8,5% в первой группе и на 6,7% во второй группе ( $p<0,05$ ), а у юношей 14-18 лет была ниже рекомендуемой величины на 6,9% в первой группе и на 8,1% во второй группе ( $p<0,05$ ).

Выявлено, что не соблюдался принцип качественной характеристики рациона питания. Содержание белков в рационе питания превышало норму у учащихся двух исследуемых групп от 7,2% до 48,5%. Так, установлено, что содержание белков в рационе питания превышало норму в первой группе на 24,6% у учащихся 7-11 лет, на 24,3% у мальчиков ( $p<0,05$ ) и на 35,1% у девочек 11-14 лет ( $p<0,05$ ), на 7,2% у юношей ( $p<0,05$ ) и на 24,3% у девушек 14-18 лет; во второй группе на 30,1% у учащихся 7-11 лет ( $p<0,05$ ), на 36,6% у мальчиков ( $p<0,05$ ) и на 48,5% у девочек 11-14 лет ( $p<0,05$ ), на 17,8% у юношей ( $p<0,05$ ) и на 36,6% у девушек 14-18 лет ( $p<0,05$ ). Максимальное превышение отмечено у девочек 11-14 лет второй группы на 48,5%.

Содержание жиров в рационе питания превышало норму в первой группе на 16,9% у учащихся 7-11 лет, на 22,9% у мальчиков ( $p<0,05$ ) и на 20,4% у девочек 11-14 лет ( $p<0,05$ ), на 22,9% у девушек 14-18 лет; во второй группе на 23,9% у учащихся 7-11 лет ( $p<0,05$ ), на 25,4% у мальчиков ( $p<0,05$ ) и на 22,8% у девочек 11-14 лет ( $p<0,05$ ), на 25,4% у девушек 14-18 лет ( $p<0,05$ ). Максимальное превышение отмечено у мальчиков 11-14 лет и девочек 14-18 лет второй группы на 25,4%. У юношей 14-18 лет был выявлен дефицит жиров в рационе питания на 4,4% в первой группе ( $p<0,05$ ) и на 2,5% во второй группе.

Содержание углеводов в рационе питания превышало норму в первой группе на 11,6% у учащихся 7-11 лет ( $p<0,05$ ), на 11,8% у мальчиков ( $p<0,05$ ) и на 16,6% у девочек 11-14 лет ( $p<0,05$ ), на 18,3% у девушек 14-18 лет; во второй группе на 7,7% у мальчиков ( $p<0,05$ ) и на 6,1% у девочек 11-14 лет, на 7,7% у девушек 14-18 лет ( $p<0,05$ ). Максимальное превышение отмечено у девочек 11-14 лет первой группы на 16,6%. Дефицит жиров в рационе питания был выявлен у юношей 14-18 лет на 7,5% в первой группе ( $p<0,05$ ) и на 15,8% во второй группе.

При изучении содержания минеральных веществ в рационах питания учащихся нами выявлен дефицит поступления кальция во второй группе на 32,7% у учащихся 7-11 лет ( $p<0,05$ ), на 23,8% у девочек 11-14 лет ( $p<0,05$ ) и юношей и девушек 14-18 лет ( $p<0,05$ ). Дефицит поступления магния у юношей и девушек 14-18 лет на 24,1% в первой группе и на 5,4% во второй группе.

Таблица 1 – Химический состав и калорийность рациона питания учащихся 7-10 лет

Показатели	Фактическое потребление		Физиологическая норма потребления ***
	1-я группа	2-я группа	
Энергетическая ценность рациона (ккал/сут.)	1410±2,110	1381±19,191 <sup>*,**</sup>	1260
Белки, г	47,113±0,499	49,175±1,894 <sup>*</sup>	37,8
Жиры, г	49,135±0,694	52,078±2,403 <sup>*</sup>	42
Углеводы, г	204,228±4,887 <sup>*</sup>	181,096±3,946 <sup>**</sup>	183
Макро- и микроэлементы			
Кальций, мг	671,109±42,902	444,450±31,229 <sup>*,**</sup>	660
Магний, мг	151,159±3,559	204,072±10,060 <sup>*,**</sup>	150
Фосфор, мг	992,015±7,178	773,73±19,836 <sup>*</sup>	660
Железо, мг	13,675±6,322	11,208±0,573 <sup>*</sup>	7,2
Цинк, мг	6,072±2,987	5,231±0,673	6
Йод, мг	0,137±0,083	0,138±0,049	0,072
Фтор, мг	1,312±0,823	0,879±0,045 <sup>*</sup>	1,8
Медь, мг	3,564±0,067	0,381±0,076 <sup>**</sup>	0,42
Хром, мг	13,165±3,714	7,452±0,874	9
Витамины			
Витамин А, мкг	0,347±0,052	0,611±0,167	0,420
Витамин В <sub>1</sub> , мг	0,744±0,031 <sup>*</sup>	0,680±0,026	0,64
Витамин В <sub>2</sub> , мг	0,879±0,035 <sup>*</sup>	0,871±0,031 <sup>*</sup>	0,72
Витамин С, мг	36,277±1,159	65,461±20,683	36
Витамин Е, мг	6,410±0,061 <sup>*</sup>	7,765±1,347	6
Сбалансированность			
Соотношение Б:Ж:У	1:1,04: 4,33	1:1,05:3,68	1:1:4,8
Соотношение Са:Р	1:1,48	1:1,74	1:1
Соотношение Са:Mg	1: 0,23	1:0,46	1:0,23
Белок:вит. С	1:0,77	1:1,33	1:0,95

\* – при сравнении с физиологической нормой;

\*\* – при сравнении между 1 и 2-й группами;

\*\*\* – 60% от суточной потребности в соответствии с СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования».

Таблица 2 – Химический состав и калорийность рациона питания учащихся 11-13 лет

Показатели	Фактическое потребление				Физиологическая норма потребления ***
	1-я группа		2-я группа		
Энергетическая ценность рациона (ккал/сут.)	м	1627,8±7,579 <sup>*</sup>	м	1600±16,129 <sup>*</sup>	1500
	д	1627,8±7,579	д	1600±16,129 <sup>*</sup>	
Белки, г	м	55,942±1,173 <sup>*</sup>	м	61,476±3,168 <sup>*</sup>	45
	д	55,942±1,173 <sup>*</sup>	д	61,476±3,168 <sup>*</sup>	
Жиры, г	м	55,627±0,638 <sup>*</sup>	м	56,734±1,633 <sup>*</sup>	45,25
	д	55,627±0,638 <sup>*</sup>	д	56,734±1,633 <sup>*</sup>	
Углеводы, г	м	233,626±3,364 <sup>*</sup>	м	212,671±5,991 <sup>*</sup>	197,5
	д	233,626±3,364 <sup>*</sup>	д	212,671±5,991	
Макро- и микроэлементы					
Кальций, мг	м	728,908±9,291	м	519,817±38,459 <sup>*,**</sup>	720
	д		д		

Окончание табл. 2 на с. 50

Продолжение таблицы 2

Магний, мг	М	182,289±1,101 <sup>*,**</sup>	М	227,158±12,678 <sup>*,**</sup>	180
	Д		Д		
Фосфор, мг	М	1077,517±6,082	М	899,871±26,573 <sup>*,**</sup>	720
	Д		Д		
Железо, мг	М	11,625±0,722 <sup>*</sup>	М	12,509±0,629 <sup>*</sup>	7,2
	Д		Д		9
Цинк, мг	М	8,796±0,316 <sup>*</sup>	М	6,978±1,214	7,2
	Д		Д		
Йод, мг	М	0,135±0,078	М	0,139±0,032	0,078
	Д		Д		0,09
Фтор, мг	М	1,087±0,093	М	0,982±0,028	2,4
	Д		Д		
Медь, мг	М	6,093±2,661 <sup>*</sup>	М	0,651±0,063 <sup>*,**</sup>	0,48
	Д		Д		
Хром, мг	М	65,399±11,569 <sup>*</sup>	М	14,653±3,045 <sup>**</sup>	15
	Д		Д		
Витамины					
Витамин А, мкг	М	0,631±0,077 <sup>*</sup>	М	1,199±0,224 <sup>*,**</sup>	0,480
	Д		Д		
Витамин В <sub>1</sub> , мг	М	0,909±0,039 <sup>*</sup>	М	0,791±0,049 <sup>**</sup>	0,78
	Д		Д		
Витамин В <sub>2</sub> , мг	М	1,038±0,046 <sup>*</sup>	М	0,897±0,028 <sup>**</sup>	0,88
	Д		Д		
Витамин С, мг	М	44,097±0,964 <sup>*</sup>	М	67,815±20,178	42
	Д		Д		36
Витамин Е, мг	М	7,397±0,101 <sup>*</sup>	М	9,045±1,279	7,2
	Д		Д		
Сбалансированность					
Соотношение Б:Ж:У	М	1:1:4,19	М	1:0,92:3,46	1:1:4,8
	Д		Д		
Соотношение Са:Р	М	1:1,47	М	1:1,73	1:1
	Д		Д		
Соотношение Са:Mg	М	1:0,25	М	1:0,25	1:0,25
	Д		Д		
Белок:вит. С	М	1:0,79	М	1:1,1	1:0,93
	Д		Д		1:0,9

\* – при сравнении с физиологической нормой;

\*\* – при сравнении между 1 и 2-й группами;

\*\*\* – 60% от суточной потребности в соответствии с СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования».

Таблица 3 – Химический состав и калорийность рациона питания учащихся 14-18 лет

Показатели	Фактическое потребление				Физиологическая норма потребления*
	1-я группа		2-я группа		
Энергетическая ценность рациона (ккал/сут.)	ю	1627,8±7,579	ю	1600±16,129 <sup>*</sup>	1740
	д	1627,8±7,579	д	1600±16,129 <sup>*</sup>	1500

Белки, г	ю	55,942±1,173*	ю	61,476±3,168*,**	52,2
	д	55,942±1,173	д	61,476±3,168*,**	45
Жиры, г	ю	55,627±0,638*	ю	56,734±1,633	58,2
	д	55,627±0,638	д	56,734±1,633*	45,25
Углеводы, г	ю	233,626±3,364*	ю	212,671±5,991*,**	252,6
	д	233,626±3,364	д	212,671±5,991*,**	197,5
Макро- и микроэлементы					
Кальций, мг	ю	728,908±9,291	ю	519,817±38,459*,**	720
	д		д		
Магний, мг	ю	182,289±1,101	ю	227,158±12,678**	240
	д		д		
Фосфор, мг	ю	1077,517±6,082	ю	899,871±26,573*,**	720
	д		д		
Железо, мг	ю	11,625±0,722*	ю	12,509±0,629*	9
	д	11,625±0,722	д	12,509±0,629*	10,8
Цинк, мг	ю	8,796±0,316*	ю	6,978±1,214	7,2
	д		д		
Йод, мг	ю	0,135±0,078	ю	0,139±0,032	0,09
	д		д		
Фтор, мг	ю	1,087±0,093	ю	0,982±0,028	2,4
	д		д		
Медь, мг	ю	6,093±2,661*	ю	0,651±0,063**	0,6
	д		д		
Хром, мг	ю	65,399±11,569*	ю	19,653±3,045**	21
	д		д		
Витамины					
Витамин А, мкг	ю	0,631±0,077*	ю	1,199±0,224**	0,875
	д	0,631±0,077*	д	1,199±0,224*,**	0,780
Витамин В <sub>1</sub> , мг	ю	0,909±0,039	ю	0,791±0,049*,**	0,88
	д	0,909±0,039*	д	0,791±0,049**	0,78
Витамин В <sub>2</sub> , мг	ю	1,038±0,046	ю	0,897±0,028*,**	1,08
	д	1,038±0,046*	д	0,897±0,028**	0,88
Витамин С, мг	ю	44,097±0,964	ю	67,815±20,178	54
	д	44,097±0,964*	д	67,815±20,178	42
Витамин Е, мг	ю	7,397±0,101	ю	9,045±1,279	9
	д		д		
Сбалансированность					
Соотношение Б:Ж:У	ю	1:1:4,19	ю	1:0,92:3,46	1:1:4,8
	д		д		
Соотношение Са:Р	ю	1:1,47	ю	1:1,73	1:1
	д		д		
Соотношение Са:Mg	ю	1:0,25	ю	1:0,25	1:0,33
	д		д		
Белок:вит. С	ю	1:,788	ю	1:1,1	1:1
	д		д		1:0,93

\* – при сравнении с физиологической нормой;

\*\* – при сравнении между 1 и 2-й группами;

\*\*\* – 60% от суточной потребности в соответствии с СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования».

Избыток магния наблюдался у учащихся второй группы 7-11 лет на 36,1% ( $p < 0,05$ ) и на 26,2% у мальчиков и девочек 11-14 лет второй группы ( $p < 0,05$ ). Поступление фосфора с рационом превышало физиологическую норму у всех учащихся: у учащихся 7-11 лет на 50,3% в первой группе и на 17,2% во второй группе ( $p < 0,05$ ); у учащихся 11-14 лет на 49,6% в первой группе и на 24,9% во второй группе; у учащихся 14-18 лет на 49,6% в первой группе и на 24,9% во второй группе.

Содержание железа в рационах питания было выше физиологической нормы у всех учащихся: у учащихся 7-11 лет на 89,9% в первой группе и на 55,7% во второй группе ( $p < 0,05$ ); у учащихся 11-14 лет в первой группе у мальчиков на 61,5% ( $p < 0,05$ ), у девочек на 29,2%, во второй группе на 73,7% у мальчиков ( $p < 0,05$ ) и на 38,9% у девочек ( $p < 0,05$ ); у учащихся 14-18 лет в первой группе на 29,2% у юношей и на 7,6 у девушек, во второй группе на 38,9% ( $p < 0,05$ ) у юношей и на 15,8% у девушек ( $p < 0,05$ ).

Несмотря на то, что витамины не обеспечивают организм энергией и пластическим материалом, они играют чрезвычайно важную роль в процессах роста, развития детского организма и становления его основных функций. Как водо-, так и жирорастворимые витамины обеспечивают детский организм набором специфических регуляторов физиологических и метаболических процессов. Витамины необходимы для оптимального протекания процессов роста, кроветворения и становления половой функции, поддержания нормального уровня функционирования сердечно-сосудистой и центральной нервной системы.

Рационы питания учащихся дефицитны по содержанию витамина А на 17,4% у учащихся 7-11 лет первой группы и 14-18 лет на 27,9% у юношей и на 19%

у девушек первой группы ( $p < 0,05$ ). У юношей 14-18 лет второй группы рационы школьного питания были дефицитны по содержанию витамина В<sub>1</sub> на 10,1%, витамина В<sub>2</sub> на 16,9% ( $p < 0,05$ ), витамина С на 18,3%, витамина Е на 17,8%. При этом у остальных учащихся выявлен избыток поступления витамина А от 31,5% до 149,8%, витамина В<sub>1</sub> от 6,3 до 16,3%, витамина В<sub>2</sub> от 17,9% до 22,1%, витамина С от 4,9% до 88,4%, витамина Е от 6,8% до 29,4%.

Вместе с этим показано, что в рационах питания нарушена сбалансированность между белками, жирами и углеводами, кальцием и фосфором, кальцием и магнием, а также белком и витамином С во всех возрастах в исследуемых группах.

Таким образом, выявленные особенности питания учащихся исследуемых образовательных учреждений показывают, что питание учащихся является нерациональным и неадекватным, что может привести к росту алиментарно-зависимых заболеваний, в том числе и стоматологической заболеваемости.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Горелова, Ж. Ю. О состоянии фактического питания школьников / Ж. Ю. Горелова // Вопросы детской диетологии. – 2003. – № 3. – С. 60-63.
2. Онищенко, Г. Г. О реализации экспериментальных проектов по совершенствованию организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях / Г. Г. Онищенко // Здоровье населения и среда обитания. – 2009. – № 9. – С. 4-5.
3. Рациональное питание российских школьников: проблемы и пути их преодоления / И. Я. Конь, В. А. Тутельян, А. К. Углицкий // Здоровье населения и среда обитания. – 2008. – № 7. – С. 4-5.

## ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УДК 614. 254: 614. 21 (470. 56)

Г. Б. КАЦОВА, Т. Н. ПАВЛЕНКО, Н. П. МАЛЕЕВА

### КАЧЕСТВО ТРУДОВОЙ ЖИЗНИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СЕСТРИНСКОГО ЗВЕНА НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Оренбургский государственный медицинский университет

G. B. KATSOVA, T. N. PAVLENKO, N. P. MALEEVA

### THE QUALITY OF LABOUR LIFE OF NURSING STAFF LEADERS BY THE EXAMPLE OF THERAPEUTIC AND PROPHYLACTIC INSTITUTIONS IN THE ORENBURG REGION

#### РЕЗЮМЕ.

В настоящей работе приведены результаты анкетирования руководителей среднего медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений Оренбургской области. Анкетирование проводилось с целью выяснения наиболее значимых факторов, влияющих на качество трудовой жизни медицинских сестер.

По результатам анкетирования основными проблемами, снижающими качество трудовой жизни, руководители сестринским персоналом считают уровень заработной платы, неудовлетворённость жилищными условиями и отсутствие путей решения этой проблемы в ЛПУ, отсутствие рациональной организации

труда, что влечёт за собой развитие синдрома «профессионального выгорания» у руководителей сестринским персоналом.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** КАЧЕСТВО ТРУДОВОЙ ЖИЗНИ, МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ.

**SUMMARY.**

*This article shows the survey results of the secondary medical staff leaders of therapeutic and prophylactic institutions in the Orenburg region. The survey has been carried out to find out the most significant factors affecting the quality of labour life of nurses. Judging from the survey results, the nursery staff leaders are of the opinion that the main factors reducing the quality of labour life are salary standard; dissatisfaction by the living conditions and the lack of the ways of solving this problem in therapeutic and prophylactic institutions; the lack of the rational labour organization which entails the development of the syndrome «professional burn-out» among nursing staff leaders.*

**KEY WORDS:** THE QUALITY OF LABOUR LIFE, NURSES.

**ВВЕДЕНИЕ.** Реформа сестринского дела в рамках новой Концепции развития здравоохранения предусматривает определение новой роли медицинской сестры в лечебном, диагностическом и профилактическом процессах, определение чётко очерченных функциональных обязанностей, введение нормативов нагрузки среднего медицинского персонала.

Результаты деятельности многих лечебно-профилактических учреждений, их работа с кадрами показывают, что формирование производственных коллективов, обеспечение высокого качества кадрового потенциала являются решающими факторами эффективности работы и конкурентоспособности [Хенри Б., Лоренс М., 1991, Алексеев Н. А., 1997].

В связи с этим основной целью развития сестринского дела в России является формирование оптимальных условий для повышения эффективности и усиления роли сестринского персонала в оказании медицинской и медико-социальной помощи населению. В свете повышения роли медицинской сестры в процессе медицинского обслуживания населения, расширения функций среднего медицинского персонала назрела необходимость реорганизации сестринского дела, которая позволила бы оптимизировать деятельность медицинской сестры, максимально использовать её профессиональный потенциал. Этого можно добиться правильным подбором и расстановкой кадров, основанным на научно сформированной модели рабочих мест среднего медицинского персонала различного уровня. Однако в процессе кадрового планирования руководителю медицинского учреждения приходится учитывать не только профессиональную подготовлен-

ность медицинской сестры, но и психологические, характерологические особенности личности, а также мотивацию претендента к работе [1]. Последнее напрямую зависит от таких показателей, как уровень заработной платы, психологический климат в коллективе, отношение с руководителями, состояния рабочего места, то есть факторов, которые объединяют понятие «качество трудовой жизни». Актуальность темы исследования определяется необходимостью создания условий для эффективного функционирования организации через столь важный в настоящее время ресурс – персонал, потому как удовлетворенность условиями труда и качеством трудовой жизни непосредственно отражается на производительности и качестве работы [4]. Различные аспекты качества жизни столетиями обсуждаются в мировой философской, социологической и экономической литературе. Качество трудовой жизни в любой сфере деятельности человека становится весомым и значимым фактором, влияющим на конечный результат его труда [2]. Концепция качества трудовой жизни основывается на создании условий, обеспечивающих оптимальное использование трудового потенциала человека. Качество трудовой жизни можно повысить, изменив в лучшую сторону любые параметры, влияющие на жизнь людей. Это включает, например, участие работников в управлении, их обучение, подготовку руководящих кадров, реализацию программ продвижения по службе, обучение работников методам более эффективного общения и поведения в коллективе, совершенствование организации труда [3]. В результате трудовой потенциал получает максимальное развитие, а организация – высокий уровень производительности труда и максимальную прибыль. Данная концепция является одной из наиболее значимых разработок в области управления персоналом в последние годы.

**ЦЕЛЮ ИССЛЕДОВАНИЯ** явилось получение новых данных об условиях работы и удовлетворённости ими руководителей сестринских служб учреждений здравоохранения, как показателя качества трудовой жизни.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** В рамках данной работы проведено социологическое исследование методом анкетирования. Проанкетировано 234 руководителя сестринского звена лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) г. Оренбурга и Оренбургской области: 47 главных и 187 старших медицинских сестёр.

Анкетирование проведено методом 60% репрезентативной выборки. Использована анкета, разработанная сотрудниками факультета высшего сестринского образования Первого Московского медицинского университета имени И. М. Сеченова. Она содержит вопросы, позволяющие выявить основные показатели, харак-

теризующие качество трудовой жизни медицинского персонала, и определить удовлетворённость руководителей сестринских служб условиями своего труда.

В настоящей работе изучены такие показатели качества трудовой жизни, как организация работы сестринской службы; проблема дефицита сестринских кадров, состояние материально-технических базы, необходимой для качественной работы; отношение сестринского персонала к существующей системе повышения квалификации, её роль в совершенствовании профессиональной компетенции руководителей сестринских служб, а также удовлетворённость сотрудниками своей работой; соответствие выполняемой повседневной работы должностным требованиям; стиль управления руководителя организации; соблюдение режима рабочего времени; преданность организации; социальные гарантии учреждений здравоохранения; оценку сестринским персоналом качества своей жизни в целом.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** При анализе результатов, полученных в ходе исследования, в первую очередь выяснялись факторы, по мнению респондентов, определяющие качество трудовой жизни руководителей сестринских служб ЛПУ. Согласно их ответам, в структуре факторов, определяющих качество трудовой жизни, наибольший удельный вес составили: уровень заработной платы (26,3%), психологический климат в коллективе (24,8%), территориальная близость к дому (27%). Стиль руководства считают основным фактором – 6%, социальные гарантии – 2,1%, рациональное питание на рабочем месте – 2,6%, соблюдение режима работы – 4,6%, возможность сохранения здоровья – 0,5%, жилищные условия – 6,1% респондентов (рис. 1).

Материальное благосостояние семьи оценивалось нами по среднемесячному доходу (табл. 1).

В среднем доход на одного человека в месяц в семьях руководителей сестринским медицинским персоналом составляет 8246,77 рубля.

Среди семей со среднемесячным доходом менее 3 тысяч рублей 75% имеют несовершеннолетних детей. С доходом 10 000 и более семьи с несовершеннолетними детьми составляют менее 33,3%.

Своим материальным положением довольны 33,8% (79) опрошенных. Отрицательно оценили этот показатель 23,5% (55) респондентов.

Важным показателем качества трудовой жизни является психологический климат в коллективе. Социальная напряжённость в обществе, несомненно, проявляется и в коллективах лечебно-профилактических учреждений. Причиной, поддерживающей в коллективах психологическую напряжённость, могут быть низкий уровень оплаты труда, не соответствующий степени значимости и интенсивности труда медицинских

работников, риск профессиональной вредности (заражение вирусным гепатитом, ВИЧ-инфицирование и др.), недостаточный престиж и низкая социальная защищённость профессии медсестры, другие экономические, организационно-управленческие и социально-психологические факторы. Психологический климат во многом зависит и от умения руководителя разрешать конфликтные ситуации, владеть психологическими приёмами общения с коллегами. Как показывает проведённое анкетирование, основным фактором, ухудшающим этот показатель, является отсутствие коммуникативности среди среднего медицинского персонала и руководящего звена. Значительные трудности в установлении хорошего микроклимата в коллективе связаны с отсутствием у старших, главных медицинских сестёр знаний психологии управления. Это требует специальной подготовки. В связи с этим курс психологии управления был включен в образовательную программу циклов «Управление сестринской деятельностью», проводимых на кафедре сестринского дела Оренбургского государственного медицинского университета.

**Таблица 1** – Среднемесячный доход семей руководителей сестринского персонала

Среднемесячный доход на одного человека (руб.)	Количество	Главные сёстры	Старшие сёстры
Менее 3000	12 (5,1%)	1 (2,1%)	11 (5,8%)
От 3000 до 5000	48 (20,5%)	6 (12,7%)	44 (23,5%)
От 5000 до 7500	86 (36,8%)	14 (30%)	70 (37,4%)
От 7500 до 10 000	49 (20,9%)	12 (25,5%)	37 (19,8%)
От 10000 до 12 500	17 (7,3%)	6 (12,7%)	11 (6%)
Более 12 500	22 (9,4%)	8 (17%)	14 (7,5%)

Весомое значение для повышения качества трудовой жизни имеют жилищные условия (6,1%). При оценке медицинским персоналом удовлетворённости своими жилищными условиями результаты распределились следующим образом:

- 68,8% (161 чел.) довольны своими жилищными условиями;
- 17,9% (42 чел.) оценили их как удовлетворительные;
- 13,3% (31 чел.) считают их неудовлетворительными (рис. 2).

В настоящее время каждого руководителя волнует состояние здоровья и безопасность на рабочем месте. Часто работники находятся в быстро меняющихся или стрессовых условиях, а уровень физической активности на работе может быть недостаточен для поддержания здоровья. Чем дольше и интенсивнее люди

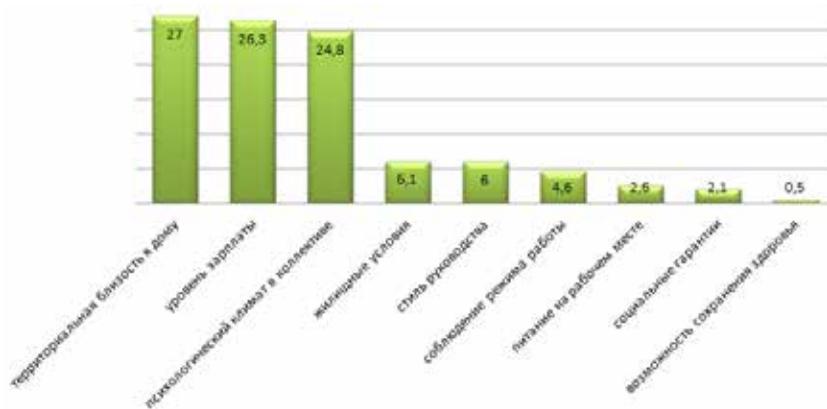


Рисунок 1 – Факторы, определяющие качество трудовой жизни

■ довольны  
 ■ неудовлетворены условиями  
 ■ оценили как удовлетворительные

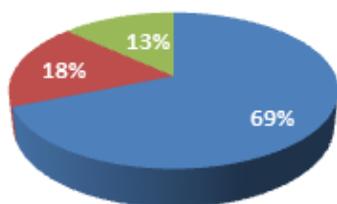


Рисунок 2 – Удовлетворённость медперсонала жилищными условиями

■ здоровье соответствует возрасту  
 ■ невнимательное отношение к здоровью

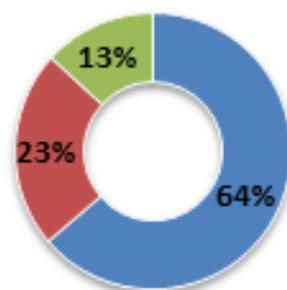


Рисунок 3 – Отношение медицинских руководителей к своему здоровью

работают, тем сильнее работа влияет на их здоровье. Из результатов проведенного анкетирования видно, что для многих медицинских сестер существует чёткая взаимосвязь между состоянием здоровья и качеством трудовой жизни. Так, по результатам анкетирования 149 (63,7%) опрошенных указали, что их здоровье соответствует возрасту, 54 (23%) не могут оценить его, потому что не считают это важным показателем и не уделяют этому должного внимания. У 31 человека (13,2%) отмечено ухудшение здоровья из-за значительных перегрузок на работе (рис. 3).

Помимо перечисленных выше факторов, качество трудовой жизни определяется условиями трудового процесса, которые косвенно влияют на эмоциональный и деятельностный компоненты отношения сотрудников к работе.

Одним из составляющих, которые отрицательно влияют на качество трудовой жизни, являются психосоциальные нарушения нормального хода трудового процесса. Сбои в нём ведут к нарушению его ритмичности, потерям рабочего времени, отклонениям от требований технологии. Сверхурочные работы, использование работников не по специальности явля-

ются одной из главных причин неудовлетворённости трудом, приводящей к снижению качества трудовой жизни. В ходе проведённого исследования выявлено, что у 55,6% респондентов не соблюдается режим работы. Руководители сестринского персонала в 19,2% случаев ежедневно, а в 33% 1-2 раза в неделю задерживаются на работе по производственным делам; 3,3% задерживаются эпизодически во время отчётов или проведения проверок. Только 44,4% медицинских сестёр успевают в рабочее время выполнить свои функциональные обязанности. При проведении сравнительного анализа оказалось, что нарушение режима трудового дня более типично для работы главных медицинских сестёр (68%). У старших медицинских сестёр этот показатель составил 52,4%.

В связи с тем, что более половины респондентов (52,2%) проводят на работе времени больше, чем положено по графику, в 38% они не удовлетворены организацией питания на рабочем месте: в 19,2% – из-за неадекватного режима работы, а в 18,8% – из-за материальных условий. Хорошую организацию питания на рабочем месте отметили 53% опрошенных медицинских сестёр.

Значительное влияние на качество трудовой жизни оказывает удалённость ЛПУ от места проживания сотрудников. Так, по результатам анкетирования на дорогу к рабочему месту главные и старшие медицинские сёстры тратят не менее 30 минут (табл. 2).

**Таблица 2** – Удалённость ЛПУ от места проживания сотрудников

Время (мин., ч)	Всего сотрудников	Главные сёстры	Старшие сёстры
Менее 15 минут	29,1% (68 чел.)	25,5% (12 чел.)	30% (56 чел.)
От 15 до 30 минут	44,4% (104 чел.)	44,7% (21 чел.)	44,4% (83 чел.)
От 30 до 60 минут	23,1% (54 чел.)	25,5% (12 чел.)	22,4% (42 чел.)
Более 1 часа	3,4% (8 чел.)	4,3% (2 чел.)	3,2% (6 чел.)

Сравнительный анализ показал, что достоверных различий в группах главных и старших медицинских сестёр не найдено (29,8% и 25,6% соответственно).

Важной составляющей качества трудовой жизни являются социальные гарантии. Среди них, по мнению респондентов, основной является предоставление финансовой поддержки при получении медицинской помощи.

Проведённое исследование показало, что 17 (7,3%) имеют данную гарантию, 131 (55,9%) имеют частично, не имеют 82 (35%). В 4 (1,7%) случаях медицинские сестры не были ориентированы на возможность её предоставления (рис. 4).

Немаловажный фактор, вызывающий дискомфорт в качестве трудовой жизни, исходящий именно от руководителя лечебного учреждения или от руководителя подразделения, является стиль руководства. По мнению респондентов, большинство руководителей учреждений здравоохранения применяют в управлении сестринским персоналом демократический (41,5%) и авторитарный (39,7%) стили руководства. В 3,4% случаев респонденты отметили либеральный стиль руководства. Затруднились ответить на этот вопрос 15,4% медицинских сестер (рис. 5).

В настоящее время в России, как и во всём мире, стоит проблема дефицита сестринских кадров. Эта проблема напрямую связана с качеством трудовой жизни, так как влечёт за собой физические и эмоциональные перегрузки персонала. Однако в учреждениях, где работают опрошенные сотрудники, в 60% этой проблемы, по их мнению, нет, в 34,1% она существует, но частично и в 4,7% – это серьёзная проблема для ЛПУ, влияющая на качество трудовой жизни. Сравнительный анализ полученных данных показал, что

более остро проблема дефицита сестринских кадров стоит в ЛПУ амбулаторного типа (45%) и только 37,4% в стационарах (рис. 6).

В своей работе руководители сестринских служб часто сталкиваются не только с кадровым дефицитом, но и с дефицитом материально-технических средств. Более 73% из общего числа анкетизируемых указали на наличие этого дефицита в своих ЛПУ. Только 24,4% руководителей сестринскими кадрами считают, что такой проблемы нет (рис. 7).

При изучении качества трудовой жизни медицинского персонала важно учитывать их отношение к работе и удовлетворённость ею. Улучшение качества трудовой жизни предусматривает более полное использование интеллектуальных, творческих, организаторских, нравственных способностей человека. Соответствующее качество трудовой жизни должно создать условия для более полного развития творческих способностей работника, когда главным мотивом становится не зарплата, не должность, не условия труда, а удовлетворение от трудовых достижений в результате самореализации и самовыражения. Большое значение имеет то, насколько работа является для человека интересной, разнообразной, творческой, соответствует ли она его профессиональному уровню, позволяет ли реализовать творческий потенциал, обеспечивает профессиональный рост. Привлекательность работы повышают удовлетворенность условиями труда, оплатой, системой материального и морального стимулирования, социальным обеспечением, распределением отпусков, режимом работы, информационным обеспечением, перспективами карьерного роста, возможностью повысить уровень своего профессионализма, уровнем компетентности коллег, характером деловых и личных отношений в коллективе по вертикали и горизонтали и т. д. По результатам проведённого анкетирования выяснено, что 127 человек (54,3%) удовлетворены своей работой (70,2% – главные, 50,3% – старшие медицинские сёстры), а 102 (43,4%) не испытывают чувства удовлетворения или равнодушно относятся к ней (29,8% – главные и 47% – старшие медицинские сёстры). Несмотря на достаточно высокий процент неудовлетворённых своей работой, не допускают возможность смены деятельности даже при увеличении заработной платы 41,5% (97 чел.) сотрудников (57,4% – главных медицинских сестёр, старших медицинских сестер – 37,4%).

Помимо условий, влияющих на качество трудовой жизни, в настоящей работе выяснялось мнение главных и старших медицинских сестёр по поводу перечня профессиональных навыков и качеств, которыми должен обладать современный руководитель сестринских служб. Согласно анкетированию, на первое ме-



Рисунок 4 – Предоставление социальной гарантии медперсоналу учреждениями здравоохранения

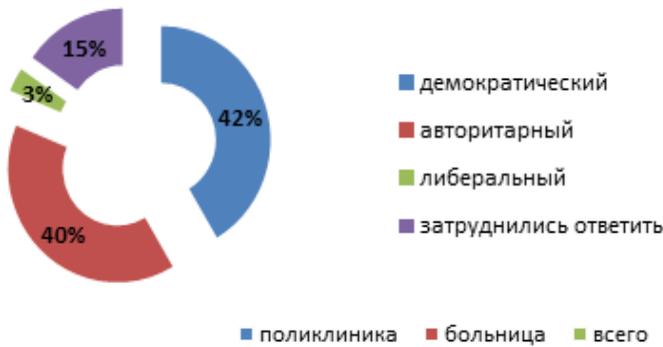


Рисунок 5 – Стиль управления руководителями учреждений ЛПУ

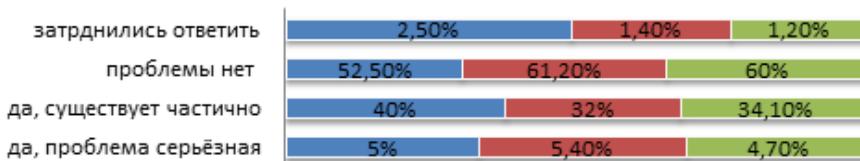


Рисунок 6 – Обеспеченность ЛПУ медицинскими кадрами

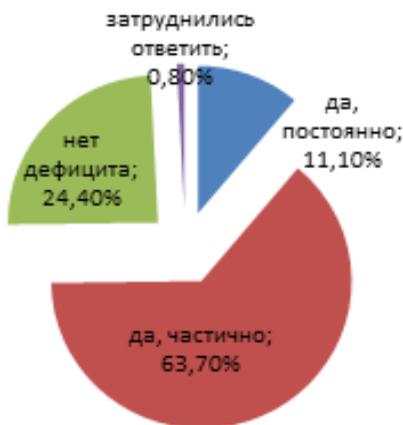


Рисунок 7 – Дефицит материально-техническими средствами в учреждениях здравоохранения

сто респонденты выделили такие профессиональные качества и навыки, как ответственность (10,6%), планирование и организация (10,5%), управление людьми (8,7%), построение взаимоотношений (7,3%) и анализ проблем (5,9%).

**ВЫВОДЫ.** Основными проблемами, связанными с качеством трудовой жизни, для руководителей

сестринским персоналом ЛПУ г. Оренбурга и Оренбургской области является заработная плата, не соответствующая физическим и психоэмоциональным затратам на рабочем месте; неудовлетворённость жилищными условиями и отсутствие путей решения этой проблемы в ЛПУ, а также отсутствие рациональной организации труда (соблюдение режима работы, орга-

низация питания на рабочем месте, дефицит материально-технического обеспечения труда), что влечёт за собой развитие синдрома «профессионального выгорания» у руководителей сестринским персоналом.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Бобков, В. Динамика уровня жизни населения / В. Бобков, П. Масловский-Мстиславский // Экономист. – 1994. – № 6.
2. Двойников, С. И. Управление развитием се-

стринского персонала : учебное пособие / С. И. Двойников, Л. А. Карасева. – М. : ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006. – 120 с.

3. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. Ю. Л. Шевченко. – 2-е изд. – М. : ЗАО «Олма Медиа Групп», 2007. – 320 с.

4. Польшивная, М. Ю. Оценка качества жизни психически больных / М. Ю. Польшивная // Архив психиатрии. — 2002. — № 2. — С. 5–9.

**МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО**

УДК 616.1:616-009.614:618.5-089.888.61

Ж. К. САТЕНОВ, Ж. Н. САРКУЛОВА, Б. У. УТЕГАЛИЕВ  
**СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ**  
 Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени М. Оспанова, г. Актобе, Казахстан

J. K. SATENOV, J. N. SARCULOVA, B. U. UTEGALIEV  
**CARDIOVASCULAR SYSTEM FOR CAESAREAN SECTION IN A PROLONGED EPIDURAL ANESTHESIA**

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

**РЕЗЮМЕ.**

В статье представлены результаты исследования функционального состояния сердечно-сосудистой системы у беременных при проведении анестезиологического пособия при операции кесарева сечения. Длительная эпидуральная анестезия позволяет стабилизировать гемодинамические показатели при проведении оперативного вмешательства кесарева сечения.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ, ГЕМОДИНАМИКА, ДЛИТЕЛЬНАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ.

**SUMMARY.**

There are results of researching of a functional condition of pregnant womens cardiovascular system, when carrying out manual of anesthesiology in time cesarean section in article. The long epidural anesthesia allows stabilizing haemodynamic rates in time cesarean section.

**KEY WORDS:** CESAREAN SECTION, HAEMODYNAMIC, THE LONG EPIDURAL ANESTHESIA.

**ВВЕДЕНИЕ.** Проведение длительной эпидуральной анестезии (ДЭА) при кесаревом сечении довольно часто сопровождается гипотонией, возникающей в связи с симпатической блокадой в зоне анестезии [1].

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ** – изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы и методов коррекции гипотонии при кесаревом сечении в условиях ДЭА.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Группу исследования составили 40 женщин, у которых при кесаревом сечении ДЭА проводилась по акушерским показаниям и при различной сопутствующей экстрагенитальной патологии. Пункция и катетеризация эпидурального пространства осуществлялась в положении на боку на уровне L<sub>2</sub> – L<sub>4</sub>. Катетер проводился краниально на 3-4 см. Анестезия – 2% раствором лидокаина гидрохлорида. Снятие эффекта присутствия после извлечения плода достигалась введением реланиума – 10 мг и ГОМК – 2 г в/в. В 1-й группе (основной) у 20 женщин для профилактики гипотонии параллельно волеической поддержке использовалось болюсное введение эфедрина гидрохлорида 28,7±6,9 мг (или мезатон 1,33±0,58 мг). Во 2-й группе (контрольной) у 20 женщин профилактика гипотонии проводилась объемным методом без адrenomиметиков [2, 3].

Гемодинамические показатели: АДс, АДд, САД, ЧСС, RPP (ЧСС x АДс – косвенный показатель потребления кислорода миокардом) определялись на различных этапах: I – исходное состояние, II – после введения индукционной дозы, III – после извлечения

Сатенов Жусупбек Куанышевич – ассистент кафедры скорой неотложной медицинской помощи, анестезиологии и реаниматологии с нейрохирургией; тел. 8 (7132) 567429

Саркулова Жанслу Нукиновна – руководитель кафедры скорой неотложной медицинской помощи, анестезиологии и реаниматологии с нейрохирургией; тел. 8 (7132) 567429; sl2008@mail.ru

Утегалиев Бахитжан Утегалиевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры скорой неотложной медицинской помощи, анестезиологии и реаниматологии с нейрохирургией; тел. 8 (7132) 534222

плода, IV – в конце операции. Определяли среднее арифметическое значение показателя, его ошибку. Достоверность различий вычисляли методом доверительных интервалов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** На I этапе зафиксирована гипердинамия, обусловленная психоэмоциональным фактором. Во 2-й группе исходные показатели составляли: АДс –  $126,8 \pm 14,3$  мм рт. ст., АДд –  $84,5 \pm 10,4$  мм рт. ст., САД –  $98,6 \pm 11,2$  мм рт. ст., RPP –  $120,0 \pm 17,7$  усл. ед., что соответственно превысило данные 1-й группы на 10,8; 14,1; 12,8 и 25% за счет более длительной предоперационной гидратации. На II этапе в обеих группах пациенток наблюдалась гиподинамическая реакция кровообращения. Так, в 1-й группе снизились: АДс – на 11,6%, АДд – на 12,4%, САД – на 12,5%, RPP – на 7,9%. Во 2-й группе эти же показатели снизились соответственно на 14,5%; 15,0%; 14,9% и 11,9%. Более выраженное снижение рассматриваемых показателей во 2-й группе свидетельствует об относительно низких возможностях объемной гидратации по сравнению с вазоконстрикторным действием адrenomиметиков. После извлечения плода (III этап) в обеих группах отмечалась тенденция к фазовому синдрому нагрузки объемом, который объясняется увеличением венозного возврата крови к сердцу в связи с прекращением функционирования маточно-плацентарного кровообращения. Однако если в 1-й группе АДс на 2,4%, ЧСС на 6,2%, RPP на 9,7% превысили исходные показатели, а САД и АДд максимально приблизились к ним, то во 2-й группе все показатели, за исключением ЧСС, оказались ниже исходных. Так, для АДс разница составила 9,7%, для АДд – 10,9%, САД – 10,4%, RPP – 6,8%. Данная тенденция сохраняется и на остальных этапах. При анализе объема гидратации, общего объема инфузионно-трансфузионной терапии

и объема кровопотери установлено, что, несмотря на более высокую (14,7%) кровопотерю, в 1-й группе потребовался меньший объем гидратации – на 29,2% и на 11,9% меньший объем инфузии при сохранении в течение операции всех показателей гемодинамики в физиологических рамках.

#### ВЫВОДЫ.

1. В условиях длительной эпидуральной анестезии при операции кесарева сечения у беременных использование микродоз адrenomиметиков параллельно волеической поддержке позволяет значительно сократить время предоперационной подготовки, предупредить выраженные интраоперационные гемодинамические сдвиги и обеспечить более благоприятный гемодинамический режим.

2. При использовании адrenomиметиков степень напряжения компенсаторных механизмов организма у беременных при проведении операционно-анестезиологического вмешательства значительно ниже, чем при изолированном использовании объемного метода.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Лысенков, С. П. Неотложные состояния и анестезия в акушерстве / С. П. Лысенков, В. В. Мясникова, В. В. Пономарев. – М. : Медицина, 2004. – 636 с.
2. De Tommaso, O. Neurological complications following central neuraxial blocks: are there predictive factors? / O. De Tommaso, A. Caporuscio, V. Tagarriello // *European Journal of Anaesthesiology*. – 2002. – № 19. – P. 705-716.
3. Tyagi, A. Central neuraxial blocks and anticoagulation: a review of current trends / A. Tyagi, A. Bhat-tacharya // *European Journal of Anaesthesiology*. – 2002. – № 19. – P. 317-329.

## ЛЕКЦИИ, ОБЗОРЫ

УДК 616-08:330

Г. Г. КРИВОШЕЕВ

### ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ЧАСТЬ I)

Федеральный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова

G. G. KRIVOSHEEV

### ECONOMIC ASPECTS OF MEDICAL ACTIVITY

*Кривошеев Геннадий Гаврилович, кандидат медицинских наук, выпускник Оренбургского государственного*

*медицинского института (ныне университета), окончил аспирантуру кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии им. С. С. Михайлова. В 70-е годы работал в институте, был советником в Афганистане, в 80-е годы – начальник Главного управления подготовки и использования кадров Министерства*

Кривошеев Геннадий Гаврилович – к. м. н., ст. научный сотрудник отдела медико-социального анализа; тел. 89032081951; gennadiigavrilovitch@yandex.ru

здравоохранения СССР, в 90-х – 2014 годах – вице-президент Российской медицинской ассоциации (РМА). В настоящее время он член бюро Исполкома Пироговского движения врачей РФ, ст. научный сотрудник отдела Медико-социального анализа ФЦ АГП им. В. И. Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации. На протяжении всех лет Г. Г. Кривошеев систематически занимается управленческими, экономическими и социальными проблемами здравоохранения.

Содержанием лекции является составленный им и переработанный затем уже в январе 2015 г. доклад правления Российской медицинской ассоциации V Пироговскому съезду врачей.

Представленный к рассмотрению Пироговского съезда врачей доклад «Экономические аспекты врачебной деятельности» является итогом многолетней мыслительной деятельности большой группы практикующих врачей и ученых. В его построении авторы исходили из отечественного и зарубежного опыта организации систем здравоохранения и медицинской помощи, из знания механизмов плано-распределительной и рыночной экономики.

Эксперты РМА опирались на опыт своих учителей и традиции советской и российской медицины. Авторы ставили перед собой задачу – расширить возможности молодого человека, вступившего на медицинский путь, управлять своей судьбой. Имея собственный достаточно «трудный опыт» инновационной деятельности, мы надеемся на понимание и поддержку врачей России.

В настоящем докладе изложены основные механизмы к проектированию реформ в организации профессиональной деятельности врачей как системообразующего элемента национального здравоохранения России. Без построения правовых норм, правил и процедур, регулирующих врачебную деятельность в иных социально-экономических, чем прежде, условиях, невозможен выход из системного кризиса.

Обсуждение поднимаемых нами проблем и вопросов широкой врачебной общественностью позволит выстроить и Концепцию Закона «О профессиональной врачебной деятельности» и отстоять сам Закон при его рассмотрении Федеральным Собранием России.

### I. Реформы и здравоохранение

В России в 1991-1992 гг. произошла смена политического строя, принципов и механизмов построения экономических отношений. Начался переход от социалистической к рыночной экономике.

**Суть этого перехода – сделать любого и каждого гражданина страны реальным участником существующих в стране экономических отношений.**

Они и так существовали, и существуют эти самые экономические отношения. Задаст мне вопрос читатель: «Что нового хочет нам сообщить автор этих строк?» **Человек не может жить вне экономических отношений!**

Советская социалистическая экономика – это термин, знакомый всем (людям старшего и среднего поколения). Теперь приходится кому напоминать, а кому и рассказывать, в чем сущность перемен и преобразований в нашей стране, происшедших в течение уже более чем 20 лет. Существовавшие долгий период после 1917 года политические и экономические отношения в нашей стране **в принципе отрицали и отвергали частную собственность** на что-либо и основанные на этом принципе рыночные отношения.

На протяжении почти восьмидесяти лет государство само было фактически монопольным частником, экономика – централизованной и плано-распределительной. Государству принадлежали: собственность на средства производства, на результаты экономической деятельности людей, то есть произведенные в результате этой деятельности блага и право распределения благ по выбору (произволу) именно государства, а не по выбору того человека, в результате деятельности которого эти блага, собственно, и появились.

Перевод монопольно-государственной собственности в частную и смешанные формы собственности на средства производства и результаты труда – такова суть начавшихся в 1991-1992 годах преобразований в экономике и в общественных отношениях.

Врачебное сообщество, будучи **образованным и интеллигентным профессиональным объединением**, и тогда, и теперь рассматривало переход к новым экономическим отношениям и новой политической системе как единственно возможную **технологию и инструмент** раскрытия и мобилизации человеческих способностей каждого гражданина страны и реализации творческого потенциала всего нашего народа (раскрыть творческий потенциал каждого и всех вместе).

Обвальным характер реформ вызвал системный кризис во всех сферах человеческой деятельности. Он не мог не затронуть деятельность здравоохранения. **В стране нарушилась работа социально-экономического, в том числе и образовательного, политического, правового и технологического (собственно медицинского), механизма**, посредством которого обеспечивалась охрана и поддержание определенного уровня состояния здоровья всех человеческих популяций, постоянно проживающих на территории Российской Федерации.

Нарушилось функционирование того самого системного механизма построения общественных отношений в нашей стране, благодаря которому:

- одна часть граждан получает необходимую медицинскую помощь и лекарства;
- вторая часть граждан (врачи и другой медицинский персонал) гарантированно имеет работу, оплачиваемую в экономически и социально достойном размере;
- третья часть (преподаватели и учёные) имеют возможность экономически эффективно (для себя и общества) создавать, производить, тиражировать и воспроизводить; накапливать и обменивать интеллектуальные ценности и в том числе технологии;
- все население страны живет и работает в условиях благоприятной для человека окружающей природной среды, за которой установлен постоянный профессиональный надзор и слежение;
- общество в целом и само государство имеют медицинскую и здравоохранную платформу для обеспечения экономической стабильности и возможности экономического же доминирования на геостратегическом пространстве.

Предпринимаемые правительством и органами управления здравоохранением попытки **модернизации системы оказания медицинской помощи** и механизмов её финансирования не затронули многие существенные механизмы функционирования собственно **системы здравоохранения**. Образовавшаяся в 1993 году Российская Медицинская Ассоциация (РМА) создалась как ответ части профессионалов на этот кризис. Поэтому РМА поставила перед собой и врачебным сообществом страны задачи:

- поиск путей выхода из системного кризиса здравоохранения;
- определение места профессиональной врачебной деятельности в новых условиях жизни страны.

**Цель поиска** – наделить врача правовыми и экономическими рычагами отстаивания личных, коллективных и общественных интересов. Решение государственных и общественных задач в рыночной экономике возможно только посредством первоочередного удовлетворения индивидуальных потребностей и интересов. В новых условиях жизни страны и общества управление может и должно осуществляться не принуждением, а экономическим побуждением.

Встав на иное, чем большинство других стран, направление цивилизационного развития, политическая система всей нашей страны, советская и российская экономики прошли достаточно долгий путь. Все поколения ныне живущих россиян сформировались в нерыночных условиях. Молодые люди, пришедшие в жизнь 18-20 лет назад, проходят социализацию **под сильным воздействием остатков прежней экономической и правовой систем**. Да и политической

системы тоже. Потому, что процесс политических и правовых преобразований в нашей стране ещё далек от своего завершения.

\*\*\*

Многие современные виды профессиональной врачебной деятельности сформировались за этот же период времени. По форме, техническому и технологическому содержанию они мало чем отличаются в странах с монополюс государственной и в странах с истинно многоукладной экономикой. Существует ли разница в сущности и содержании работы квалифицированного водителя автобуса и врача-акушера-гинеколога в Дюссельдорфе и в Москве. В сущности и в содержании – нет, а в формах организации этой работы – да! Какая разница в экономических отношениях этих работников и их работодателей? Разница была и есть очень большая. В Германии водитель за 1 час своей работы получал и получает значительно меньшую зарплату, чем врач. В Москве врач за 1 час своей работы получал и получает зарплату меньше водителя. Средняя зарплата медицинского персонала в России, по данным статистики, в лучшем случае составляет 60% от средней зарплаты в экономике.

Причин такой разницы в оплате труда несколько. В Германии врач и водитель – **собственники своей способности** к избранным видам деятельности. **Они продают нанимателю не просто свою рабочую силу, а свою способность к определенному виду труда**. Затраты на получение профессии и приобретение соответствующей квалификации являются экономической основой для определения стоимости одного часа их работы. Таким образом, работнику выплачивается **его часть стоимости произведенного добавочного продукта и своего рода «рентный» платеж за квалификацию**.

Когда есть собственник чего-то – можно объективно посчитать и стоимость. Если собственность «ничейная» или принадлежит монополисту, хозяину рабочего места, то и стоимость определяется по-другому.

Поэтому оплата труда названных выше специалистов различна.

В странах с развитой рыночной экономикой в отношения собственности и цены включены во все элементы профессиональной, человеческой деятельности и отношений.

В России такого никогда не было и нет до сих пор. Что такое квалификация? Чем квалификация врача отличается от квалификации рабочего? Кем, когда и в каком объёме были совершены затраты труда и капитала на приобретение определённого уровня квалификации. Кому она принадлежит?

В стране сформировался рынок капитала (в его денежном выражении), рынок недвижимости, средств производства и т. п., но нет рынка труда в его современном понимании. Нет рынка высоких, наукоёмких технологий, рынка интеллектуальной собственности. Не начаты инновации в сфере построения экономических и правовых механизмов управления системой здравоохранения.

Сколько стоит труд врача? Что принадлежит или должно принадлежать лично ему из средств его производственной деятельности? Насколько труд врача недооценен? Из каких элементов складывается реальная цена труда врача? Ответов на эти и другие вопросы врачебная общественность не находит ни в законопроектах, выходящих из Госдумы, ни в материалах Минздрава. Как ни горько это осознавать, но за годы экономических преобразований в России фактически **завершился процесс превращения Министерства здравоохранения в Министерство организации и управления медицинской помощью населению.** В органах власти (законодательной и исполнительной) тоже нет понимания векторов направленности и содержания реформ здравоохранения.

Планируются реформаторские меры в части обязательного медицинского страхования. Врачам и обществу непонятно: обязательное медицинское страхование – **это такая форма консолидации средств предпринимателей и способ финансирования организации медицинской помощи? Или же это всё-таки страхование граждан? Если же консолидация средств происходит в пользу застрахованных граждан, то тогда гражданин вправе знать, что накопилось на его счету? Он вправе знать, располагать и планировать свои затраты на лечение и поддержание здоровья. Почему он должен знать?** Да хотя бы просто потому, что в России **установились частная собственность и рыночная экономика!** Вопросов в обществе накопилось больше, чем ответов на них.

В результате профессиональное медицинское сообщество России вынуждено само искать пути решения не столько своих, сколько общих проблем. Всё это очень напоминает печальную историю каравана PQ-17, хорошо известную по исторической и художественной литературе.

Как ответ на множество неопределённостей в профессиональном врачебном сообществе сформировались два противоборствующих и взаимоисключающих направления: сторонников и противников рыночных отношений, настаивающих на своих сценариях дальнейшего развития:

1. Дать возможность ситуации развиваться и не вмешиваться. Пусть будет, как будет. Это же рынок.

2. Установить запрет на любые проявления рыночных отношений в здравоохранении.

В последнее время стал усиленно предлагаться ещё и третий путь. В смутное время перемен надо **учредить врачебный парламент** – Врачебную Палату – и обязать всех врачей в неё вступить. **И не важно, оформлены или нет должным образом рыночные отношения в здравоохранении, в сфере научной и интеллектуальной деятельности! Все то, что называется инфраструктурой рынка.**

Пользуясь моментом проходящей в стране административной реформы, «откусить» у Минздрава «добрый кусок» управленческих функций и начать «рулить». Главный замысел: «Кто управляет – у того и власть. У кого власть – у того и деньги. Больше денег – и власти больше». Вот тогда можно и здравоохранение реформировать?! При этом можно же и не понимать того, что делаешь?

Общеизвестно, что третий вариант родился первоначально в недрах Минздрава. Российская Медицинская Ассоциация, рассматривая идеологию создания Врачебной Палаты, считает, что создание Палаты может завершить, а может и не завершить реформы в здравоохранении, но не должно быть их началом. **Представляется, что все три сценария имеют тупиковый характер.**

Задача, в части реорганизации системы здравоохранения, является куда более сложной, чем это кажется. И власть, и все мы не имеем права не видеть главных проблем:

- профессия должна обеспечивать достойную жизнь врачу и его семье;
- власть и общество не имеют права делать врачей и другой медицинский персонал заложниками чужих ошибок или бездействия;
- нельзя оскорблять людей перспективами бедной молодости, скудной жизни и бедной старости.

**В противном случае сохраняются условия и предпосылки для исхода из профессии. Не решив всех этих проблем, страна рискует утратить традиции и школу российской медицины.**

**Чем дальше от начала реформ, тем крепче затягивается узел в здравоохранении страны. Это узел отношений, связанных с необходимостью лечиться и лечить, учиться медицине и учить этому, вести научную работу, заниматься профилактической деятельностью.**

Нужен буквально поэлементный, пошаговый анализ и отбор: что оставить, что изменить, что сформировать заново. Сделать это всё крайне трудно, но другого выхода нет.

Известный политолог недавно высказал очень содержательную мысль: **«Невероятно трудно форми-**

ровать социально ориентированную рыночную экономику и рыночные отношения в стране с доминирующим менталитетом ничейной собственности».

**II. Человеческая деятельность, капитал, рынок**  
**Человеческая жизнь, судьба и вся человеческая история основаны на сочетании и комбинации трёх базовых элементов:** обмена веществ, деятельности (труда), общения.

Необходимость поддерживать определённый уровень обмена веществ побуждает человека к деятельности. На её результатах формируются: состояние здоровья и способность к воспроизводству этого биологического вида. Межчеловеческое общение в ходе индивидуальной деятельности создаёт предпосылки к разделению и специализации труда, повышению его производительности.

Разделение труда, его специализация и кооперация труда позволяют создавать определённый запас благ, необходимых для полноценного биологического обмена веществ. На более поздних этапах развития цивилизации к материальным благам добавились и нематериальные блага: умения, навыки, мастерство, увеличивающие эффективность деятельности человека (людей) и объём запасов индивидуальных и совокупных благ.

Производство и накопление благ, право собственности на блага, создаваемые твоим трудом и право на их обмен, в самом общем виде определяют сущность и содержание **рыночной экономики**.

В свою очередь процесс обмена благами, содержание и форма обмена стали именоваться **рынком**. Главной, отличительной чертой рыночной деятельности, накопления и обмена является наличие **собственника** благ (**капитала**).

Разумеется, что формирование современных рыночных экономических отношений – **это результат длительной эволюции человечества**. Социальная ориентированность экономик развитых стран закрепляет право человека на труд (в соответствии с его образованием и квалификацией), право на образование и соответствующую поддержку общества, право на достижимый уровень здоровья, содействие общества и государства в его достижении. В этом главное отличие современной рыночной экономики от рынка рабовладельческого, феодального и рынка начальных этапов становления и развития капитализма.

Социальная ориентированность рыночных экономик современности достигнута очень высокой и дорогой ценой. За неё заплачено кровью и жертвами предыдущих периодов. Очень большую и кровавую жертву принёс и народ нашей страны. Фактически современная форма рыночных экономических отно-

шений решает задачу, которую все мы знаем, только слышали её при других обстоятельствах **«От каждого по способностям, каждому по труду»**.

**III. Здоровье, интеллектуальный потенциал и экономика**

К концу XX века во всех экономически развитых странах изменилась система взглядов на роль и значение медицинской и интеллектуальной деятельности в экономических результатах деятельности человека:

- Индивидуальное здоровье как результат совместной деятельности пациента и врача (равно и другого медицинского персонала).

- Коллективное здоровье как итог совместной деятельности пациентов и врачей, результат совместной деятельности национальных систем здравоохранения, служб или систем охраны здоровья и деятельности самих граждан.

**При этом достижение человеком и обществом определённого уровня состояния здоровья может быть рассмотрено в качестве промежуточного продукта превращения капитала.**

Медицинская и иная человеческая деятельность по охране здоровья находятся в прямой функциональной связи с индивидуальным и коллективным интеллектуальным потенциалом.

**Индивидуальный интеллектуальный потенциал: образованность, мастерство, владения специальностью и смежными с ней видами профессиональной деятельности, опыт, налаженные связи и авторитет мастера в своей профессиональной среде.**

Коллективный интеллектуальный потенциал общества, компании суммируется из индивидуальных составляющих. Интегральным его показателем является способность страны создавать, производить, применять, обменивать и экспортировать высокие наукоемкие технологии.

Принципиально важно, что в современном мире стратегическая триада устойчивости, безопасности и процветания государства (территория, население, природные ресурсы) дополнилась двумя новыми компонентами:

1. Качество здоровья населения (биологический ресурс).

2. Объём интеллектуального потенциала (интеллектуальный ресурс).

Очевидно, что оба эти компонента представляют собой возобновляемые и регулируемые ресурсы как отдельного гражданина, так и всей страны в целом. Понятно, что чем выше показатели индивидуального и общественного здоровья, тем больше размеры производимых, потребляемых и накапливаемых человеком и обществом благ: выше производительность и

качество труда, меньше индивидуальные и общественные затраты на лечение и реабилитацию больных и на содержание инвалидов).

Современная экономическая наука в качестве промежуточного продукта трансформации (превращения) капитала в ходе производства рассматривает профессиональное мастерство человека, способность осуществлять сложный высокоинтеллектуальный труд.

**Принципиально важно, что производителями, носителями, хранителями и владельцами биологического и интеллектуального ресурсов являются, прежде всего, сами люди, а уж потом и через них – компании и государство.**

**Инструментом** накопления интеллектуального ресурса в коллективной и общественной собственности является эффективное экономическое управление и адекватная правовая среда.

Начиная с середины XX века, люди бизнеса стали рассматривать медицину и здравоохранение **в качестве важнейшей сферы своих не только экономических, но и политических интересов.** Причин тому несколько:

- во-первых – инвестиции в человеческий капитал (образование, наука, повышение и поддержание высокого уровня квалификации и здоровья работников) делают и частный бизнес, и национальную экономику более эффективными;

- во-вторых – массово оказываемая медицинская (профилактическая и лечебная) помощь формирует большой, устойчивый и расширяющийся сектор рынка, делает помещение капитала в производство и разработку новых лекарств, техники и технологий для медицины весьма прибыльным занятием.

В экономике и бизнесе организовался весьма мощный и внушительный околomedicalный сектор рынка. Он вошел в число ведущих и динамично развивающихся сегментов мировой экономики наряду с энергетикой, нефтяной и газовой отраслями, производством оружия.

Коммерциализация отношений вокруг медицины и связанных с ней отраслей химии, биологии, биотехнологии, радиоэлектроники, фармакологии и фармацевтики во многих странах, **но не в России**, позволили привлечь **значительные частные средства** к прове-

дению научных, опытно-конструкторских и технологических работ, ускорить внедрение и патентование разработок.

Таким образом, под влиянием многих обстоятельств в мире изменилась традиционная система взглядов на состояние индивидуального и общественного здоровья. Оно стало восприниматься не столько в качестве результата, сколько в качестве важнейшего условия (**предпосылки и цели**) социально-экономического развития, обеспечивающего странам политическую стабильность и процветание.

С вступлением России в период преобразований отечественные медицина и здравоохранение оказались под сильнейшим экономическим, информационным и политическим напором ведущих мировых производителей медицинского оборудования, лекарств и высоких медицинских технологий.

Российская медицина стала намного шире и активнее, чем когда-либо прежде, применять и внедрять новые технологии в диагностику, лечение и реабилитацию пациентов. И всё это наряду с длительно продолжавшимся экономическим спадом в стране, на фоне крайне обнищавшего населения сёл, малых и больших городов, на фоне массового оттока врачебного и сестринского персонала из медицинских учреждений в другие сферы деятельности.

По оценкам экспертов за десять лет с 1992 по 2002 годы для здравоохранения России большей частью по импорту было закуплено лекарств на 30–35 млрд долларов США. В страну было поставлено сложной медицинской техники и расходных материалов на 50–55 млрд долларов. Техника поступала по различным каналам за деньги и по бартеру, часто минуя специалистов и органы управления здравоохранением. Полученное оборудование было по отечественным меркам достаточно новым и эффективным, а по западным критериям уже морально устаревшим, а нередко даже не подлежащим модернизации вообще.

Вместо списания и уничтожения его отправляли в Россию, да еще и за деньги..., экономя на затратах по утилизации данной техники.

**Осуществляя «прорыв к новым технологиям», российское здравоохранение и экономика взяли на себя немалую долю затрат на модернизацию медицины других стран.**

## ЮБИЛЕЙНЫЕ И ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ

УДК 61(091)

Л. М. ЖЕЛЕЗНОВ, Э. Н. ГАЛЕЕВА

**УЧИТЕЛЬ-ТВОРЕЦ, НОВАТОР И ЧЕЛОВЕК ОГРОМНОГО СЕРДЦА И ДУШИ  
(К 75-ЛЕТИЮ ГАЛИНЫ МИХАЙЛОВНЫ МОРШИНИНОЙ)***Оренбургский государственный медицинский университет*

L. M. ZHELEZNOV, E. N. GALEEVA

**THE TEACHER IS THE CREATOR, INNOVATOR AND A MAN OF GREAT  
HEART AND SOUL (TO THE 75TH ANNIVERSARY OF GALINA MIKHAILOVNA  
MORSHININOI)**

Обычно жизнь человека принято делить на личную и общественную, которая проходит в трудовом коллективе. Да только как знать, где эта граница, когда работа становится домом, а дом продолжением работы. В жизни каждого есть люди, которые оказывали

замечное, подчас решающее влияние на формирование характера и мировоззрения. Иногда воздействие такой личности продолжается годы. Иногда – целую жизнь. Именно таким педагогом, понимающим детей, любящим их не на словах, а на деле, является доцент кафедры анатомии человека ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Галина Михайловна Моршнина. В этом вузе она проучилась шесть лет, сюда же вернулась преподавателем кафедры анатомии человека. Пятьдесят лет прошло с той поры. Она по-прежнему ведет практические занятия. Все те же живые, приветливые глаза, располагающие студентов к откровенному, непринужденному разговору, во время которого они учатся любить, дружить, думать, чувствовать – учатся жить. Сейчас это обладающий высоким авторитетом специалист-профессионал, знающий свой предмет не только в рамках лекционного курса, но и глубоко владеющий материалом, который необходим студентам для дальнейшего обучения и в приобретении профессии врача.

Немного истории. Галина Михайловна (урождённая Савинова) – медик не только по призванию, но и по происхождению. Родилась 29 февраля 1940 г., в г.

Чкалове. Ее дед, Андрей Тимофеевич, после окончания фельдшерской школы в Оренбурге служил фельдшером казачьего полка в Финляндии, затем работал в военном госпитале в Оренбурге. Мама Галины Михайловны, Анна Андреевна, окончила акушерское отделение медполитехникума, трудилась в районах Оренбургской области акушеркой. Во время Великой Отечественной войны работала операционной сестрой вместе с заслуженным врачом, кандидатом медицинских наук А. К. Силантьевым. Ее отец, Михаил Данилович, после окончания института руководящих работников рыбного хозяйства в Москве работал заместителем директора рыбного хозяйства Оренбургской области, участник Великой Отечественной войны. По причине того, что Галина Михайловна росла в медицинской среде, уже в школьные годы стали проявляться забота о близких и родных, из глубоко застенчивого ребенка она превратилась в лидера и активиста любого коллектива. В 1957 г., после окончания средней школы № 46 г. Оренбурга, выбор был сделан сразу и на всю жизнь – Оренбургский медицинский институт, лечебный факультет, который она успешно окончила в 1963 году. В 1963-1966 гг. Галина Михайловна – аспирантка кафедры анатомии человека, с 25 октября 1966 г. – она ассистент, а с 20 октября 1972 г. – доцент кафедры анатомии человека Оренбургского медицинского института (с 1994 г. – медицинской академии, с 2014 г. – медицинского университета).

Круг научных изысканий у Галины Михайловны Моршнининой достаточно широк, но наиболее ценные научные исследования посвящены вопросам анатомии периферической нервной системы, а также вопросам морфологии вен. В развитие проблем анатомии нервной системы под руководством доктора медицинских наук, профессора Д. А. Сигалевича, Г. М. Моршнининой выполнена кандидатская диссертация «Нервный аппарат надкостницы костей свода черепа человека», которую успешно защитила 27 января 1967 года. В 1967 г. ей присуждена учёная степень кандидата медицинских наук, а в 1974 г. – учёное звание доцента.

Галина Михайловна не любит останавливаться на достигнутом, как человек творческий, ищущий, она

**Железнов Лев Михайлович** – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой анатомии человека; тел.: 8 (3532) 773009; 89068303404; lmz-a@mail.ru

**Галеева Эльвира Науфатовна** – к. м. н., доцент, докторант кафедры анатомии человека; тел.: 8 (3532) 773009; 89096036958; galeewa.elwira@yandex.ru

имеет свой ярко выраженный стиль преподавания, умело сочетает в себе доброту и принципиальность, поэтический талант и мастерство, высокую работоспособность и юмор. Опытный педагог, она внесла заметный вклад в методическое обеспечение учебного процесса на кафедре анатомии. Является автором более 100 научных и учебно-методических работ. Многие годы посвятила студенческой науке, возглавляла «Студенческий научный кружок» кафедры анатомии человека.

Особое внимание заслуживает организация и оборудование анатомического музея кафедры анатомии человека, где многие препараты сделаны руками Галины Михайловны и ее учеников, пополнение ею препаратами продолжается и по сегодняшний день. На практических занятиях Галина Михайловна создает атмосферу успеха, старается поддержать каждого студента. Студенты Галины Михайловны коммуникабельны, готовы к сотрудничеству и дружны. Для нее каждый студент – целая неизведанная планета, и, познавая внутренний мир студента, Галина Михайловна раскрывает его способности и радуется его успехам. Человек высокой культуры, книголюб и эрудит, Галина Михайловна открывает своим ученикам «Великую Анатомию» – мир удивительного и безграничного. Её занятия не забыть! Каждое практическое занятие – это живой процесс поиска, проявление педагогической интуиции и новаторства, эффективного использования различных педагогических технологий. Практические занятия и лекции Галины Михайловны отличаются полным отсутствием шаблонов. Преподаватель, который приглашает к размышлению, фантазии, дискуссии, учит профессиональному мастерству. Сколько у этого удивительного педагога идей, планов, задора, и все ради того, чтобы студенческая жизнь её учеников была интересна и увлекательна!

Главные достоинства Галины Михайловны – умение выслушать, понять, обязательно помочь, умение дружить и ценить дружбу. Она никогда не считается со своим временем, её огромного сердца и любви хватает на всех. Кроме того, Галина Михайловна – человек-патриот, воспитывающий в своих учениках любовь к своей Родине, ветеранам. Будучи незаурядной личностью, Галина Михайловна «заразила» этим удивительным качеством своих студентов, помогла раскрыть свои таланты, проявить индивидуальность.

Не забывает педагог и о доме – она гостеприимная хозяйка, замечательная мама двоих детей, заботливая бабушка.

Из воспоминаний учеников Галины Михайловны, среди которых Валентина Сергеевна Резник,

студентка первого набора педиатрического факультета Оренбургского медицинского института, ныне врач детской поликлиники № 10 ГБУЗ «ГКБ № 5» г. Оренбурга: «Галина Михайловна – прекрасный и отзывчивый человек, вкладывавший всю душу в своих учеников. Ее все очень любили, с душевной теплотой до сих пор вспоминают свою Галину Михайловну, и многие из них обязаны своими достижениями именно ей».

«Галина Михайловна – удивительно талантливая человек, профессионал высокой степени, педагог с большой буквы. Она умела пробудить любознательность, заложенную в каждом студенте, развить задатки каждого, «интеллектуальный вампиризм», любовь к познанию заражали буквально каждого из нас», – рассказывает бывший ученик Г. М. Моршининой, ныне главный врач Оренбургского областного онкологического диспансера, врач высшей категории, кандидат медицинских наук Алексей Викторович Климушкин.

«Безусловно, Г. М. Моршинина – светлый человек, талантливый педагог...», – продолжает заведующий кафедрой офтальмологии Оренбургского медицинского университета доктор медицинских наук Александр Евгеньевич Апрелев, объясняя большую популярность Галины Михайловны. – «...Но ее талант опирается еще и на необыкновенное мастерство, накопленное многолетним кропотливым трудом, к которому она склоняла всех студентов, и огромное чувство ответственности».

Чередовались в ее жизни радости и огорчения, незаметно летели года... Вместе с мужем, Русланом Георгиевичем Моршининым, безвременно ушедшим из ее жизни, Галина Михайловна вырастила двух детей. Сейчас она отдает частичку своего сердца внукам. Жизнь этой женщины, замечательного педагога, достойна уважения и благодарности. За многолетнюю плодотворную работу Галина Михайловна Моршинина награждена многими грамотами, благодарственными письмами, имеет благодарность Министерства здравоохранения РФ (1999), знак «Отличнику здравоохранения», диплом и нагрудный знак им. Н. И. Пирогова Международного Красного Креста и звание «Заслуженный работник Высшей школы Российской Федерации» (2014 г.).

Хороший писатель живет в книгах, а хороший учитель – в сердцах и душах своих учеников. Обаятельная женщина, яркая индивидуальность, сильная личность, прекрасная хозяйка, заботливая мать, добрая и любящая бабушка. В феврале Галина Михайловна отмечает свой юбилейный день рождения, ей исполняется 75 лет, но она по-прежнему жизнера-

достна, оптимистична, великий труженик, которому можно только низко поклониться. Мы всегда помним и любим нашего Учителя, Галину Михайловну Моршину, ценим её труд, заботу и душевную теплоту.

Коллеги и ученики от всей души поздравляют

Галину Михайловну и желают ей крепкого здоровья, оптимизма, дальнейших достижений на этой нелегкой, но любимой педагогической стезе, творческих успехов, любви близких и благодарности ее многочисленных учеников.

УДК 378

Е. А. ИВАНОВА, И. А. КОРОВИНА, С. Г. ЗАБОЛОТНАЯ, Т. В. МИХИНА  
**ДОБРАЯ СЛАВА – БОГАТОЕ НАСЛЕДИЕ**  
 Оренбургский государственный медицинский университет

E. A. IVANOVA, I. A. KOROVINA, S. G. ZABOLOTNAYA, T. V. MIKHINA  
**HIGH REPUTATION IS SUPERB HERITAGE**

*Homo doctus in se simper divitias habet.*

*Умный человек всегда имеет богатство в себе самом*



Юбилейные даты в жизни нужны, наверное, для того, чтобы остановиться и осмыслить пройденный путь. Юбилей Т. Л. Бухариной – достойный повод еще раз рассказать о замечательном человеке. Жизнь многое подарила ей. Обаятельна, красива и женственна. Интеллигентна и умна. Талантлива и успешна во всём. Активна и деятельна. Внимательна к близким, друзьям и коллегам. Убедительна и логична в споре. Ровна в общении. Профессионал высочайшего класса. Творческая натура. Педагог, как говорят, от Бога. Что ни говори, в самом её имени «Татьяна» есть некая решительность и уверенность, мягкость и спокойствие. И вряд ли такие качества сегодня можно назвать бесполезными. Она несомненный лидер-боец, стратег и рациональный оптимист, владеющий тайнами формулы любви и свято их охраняющий. Конечно же, это Татьяна Леонидовна Бухарина.

Татьяна Леонидовна родилась в Ульяновске. Её отец, Кузин Леонид Дмитриевич, был доктором ветеринарных наук, профессором, крупным организатором высшего образования. Мама, Лидия Никифоровна, учёный-микробиолог, вкладывала в свою семью

всю душу и сердце, заботясь о том, чтобы дети были образованными, умными, самостоятельными и трудолюбивыми. Семья была большой, дружной и любящей, заложившей всё доброе и светлое в своих детей. Затем всё как обычно: учёба в школе в Оренбурге, на факультете иностранных языков Оренбургского пединститута, работа учителем английского языка в посёлке Светлом, позже в известной школе № 51 г. Оренбурга, славящейся своими традициями и, конечно же, выпускниками. Наконец, работа на кафедре иностранных языков Оренбургского государственного медицинского института. Далее педагогическая и научная карьера были головокружительными. Татьяна Леонидовна прошла непростой путь от ассистента, старшего преподавателя, заведующего секцией латинского языка до профессора. За спиной остались с блеском защищённые кандидатская (1983 г.) и докторская (1999 г.) диссертации. Татьяна Леонидовна разработала ряд новых теоретических положений профессионального самоопределения молодёжи на медицинскую профессию и является инициатором и организатором научных исследований в ОрГМУ по вопросам научной организации профессионального воспитания студентов-медиков.

В 1987 году Татьяна Леонидовна возглавила кафедру иностранных языков. Это был трудный период, когда нужно было отстаивать преподавание иностранных языков в медицинском вузе. Показательным будет и тот факт, что наша кафедра была единственной среди всех 47 кафедр медицинских вузов страны, где иностранный язык продолжал преподаваться в обычном режиме. Несомненно, это была большая победа Татьяны Леонидовны. А впереди были лихие 90-е и не менее тяжёлые так называемые «нулевые». Всю свою энергию молодой руководитель кафедры направляет на мобилизацию творческих сил кафедрального коллектива, нацеливает его на проведение научно-исследовательской работы с целью разработки современной концепции преподавания латинского языка в медицинском вузе, построенной на принципах лично-деятель-

**Иванова Елена Алексеевна** – к. пед. н., доцент кафедры иностранных языков; тел. 8 (3532) 775998; k\_language@orgma.ru

**Коровина Ирина Алексеевна** – к. пед. н., доцент, заведующая кафедрой иностранных языков; тел. 8 (3532) 775998; irinka.korovina@mail.ru

**Заболотная Светлана Геннадьевна** – к. пед. н., доцент кафедры иностранных языков; тел. 8 (3532) 775998; k\_language@orgma.ru

**Михина Татьяна Владимировна** – доцент кафедры иностранных языков; тел. 8 (3532) 775998; k\_language@orgma.ru

ностного подхода, создание целостного учебно-методического комплекса, отвечающего всем требованиям этой системы. В курсе латинского языка, начиная с 1987 года, последовательно создавалось методическое обеспечение дисциплины «Латинский язык». На протяжении нескольких лет разрабатывались и апробировались новые и оригинальные формы, такие как конкурсы рисунков к древним изречениям на латинском языке, усовершенствовались и внедрялись тематические выпуски стендовой информации, конкурсы рефератов, студенческие конференции, тематические вечера и игры-викторины. Был разработан и издан комплекс для аудиторной и внеаудиторной самостоятельной работы студентов, построенный на новых педагогических требованиях и методических подходах к преподаванию. Пособия, изданные кафедрой, были утверждены республиканскими проблемными комиссиями. Секция иностранных языков вслед за секцией латинского языка разработала комплекс учебных пособий для всех факультетов. Работа кафедры получила высокое одобрение (дипломы лауреатов премии Правительства Оренбургской области за достижения в сфере науки и техники за 2003, 2005, 2006, 2007, 2009, 2011 годы).

С целью претворения педагогических исследований в образовательное пространство медицинского вуза, начиная с 1988 г., Т. Л. Бухарина становится руководителем и ответственным исполнителем республиканской программы «Научная организация учебного процесса» (НОУП-1) МЗ РФ. Приоритетными направлениями проводимой работы были: «Факторы успешности обучения студентов-медиков», «Личностно-деятельностный подход к медицинскому образованию», «Личностные качества преподавателя как фактор успешности обучения студентов». В академии по этой тематике проведены: проблемная комиссия высшего медицинского образования при участии членов проблемной комиссии МЗ РФ; ряд конференций, в том числе для молодых преподавателей: «Роль личности педагога в учебном процессе высшей медицинской школы» и т. д., по материалам которых были изданы монотематические сборники.

Вскоре Т. Л. Бухарина организует «Школу молодого преподавателя» (ШМП) для аспирантов и соискателей по программе комитета по народному образованию и Министерства высшего образования, осуществляя руководство её деятельностью в течение пятнадцати лет. Так, на кафедре была разработана авторская программа Т. Л. Бухариной. Программа прошла апробацию, получила одобрение специалистов. В 1993 г., во время проверки,

проводимой Государственной аттестационной комиссией, опыт ШМП получил высокую оценку, был признан новаторским и перспективным направлением в педагогической деятельности нашего вуза.

В течение ряда лет кафедра иностранных языков носила статус экспериментальной площадки, а Т. Л. Бухарина являлась куратором Уральского региона по учебно-методической работе по иностранному и латинскому языкам. Татьяна Леонидовна была заместителем председателя методической комиссии МЗ России по латинскому языку, членом методической комиссии по иностранным языкам и учебно-научно-методической комиссии по вопросам педагогики и психологии непрерывного образования медиков и фармацевтов.

Т. Л. Бухарина участвовала в качестве эксперта по высшему образованию в программе «Человек – общество – рынок», организованной Комитетом по образованию Верховного Совета СССР. Проводимые педагогические исследования получили положительную оценку, а ОГМА – благодарность от МЗ РФ. Результаты исследования, проводимого на кафедре, неоднократно докладывались на проблемных комиссиях по педагогике и психологии Высшей школы при Минздраве РФ, включая конференции в Оренбурге, Москве, Курске, Самаре, Кишиневе, Гродно, Саранске, Санкт-Петербурге, Ульяновске и др., получили одобрение специалистов и были рекомендованы для внедрения в медицинских вузах России.

Татьяна Леонидовна – автор 5 монографий, 10 монотематических сборников, 13 учебников, более 120 научных статей и публикаций.

На протяжении своей профессиональной карьеры, занимаясь вопросами улучшения качества подготовки будущих специалистов в области медицины, Татьяна Леонидовна была членом проблемной комиссии по латинскому и иностранным языкам, психологии и педагогики высшей школы МЗСР РФ; выполняла обязанности председателя педагогического общества ОГМИ и эксперта по высшему образованию при комитете по образованию Верховного Совета СССР. За безупречный труд и профессиональные достижения Татьяне Леонидовне была присуждена 1-я премия им. К. Д. Ушинского на областном конкурсе научных работ за руководство научной работой кафедры и Золотая медаль ВВЦ за систему педагогических подходов к медицинскому образованию. Татьяна Леонидовна стала лауреатом X Московского международного салона инноваций и инвестиций за «Комплект учебных пособий по изучению медицинской терминологии

в медвузе», а также Всероссийской выставки-презентации учебно-методических изданий за лучшее учебно-методическое издание в отрасли «Латинская медицинская терминология» в г. Москве. Необходимо отметить, что в 2013 г. кафедра иностранных языков была признана «Золотой кафедрой России». И это лишь некоторые вехи профессионального, творческого и человеческого пути Татьяны Леонидовны Бухариной.

Около 30 лет Татьяна Леонидовна успешно являлась заведующей кафедрой иностранных языков. Сохраняя и развивая добрые традиции, она много сил и внимания уделяла проблемам педагогики высшей школы, эффективным подходам к медицинскому образованию.

Многообразен и сложен процесс обучения иностранным языкам и латыни в медицинском вузе. Он требует от преподавателя постоянного напряжения воли, высокой концентрации внимания, большой отдачи сил, постоянной работы над собой. Всё это в характере Татьяны Леонидовны. Всегда собранная, работоспособная, организованная и готовая к встрече со студентами, она стремилась вызвать интерес к своему предмету, развивала познавательную

активность и самостоятельность будущих врачей, добивалась устойчивого внимания, сознательного отношения к работе. На занятиях происходило таинство: многие студенты влюблялись в латынь, смотрели на преподавателя с явным пиететом, и многие показывали на экзаменах отличные и хорошие знания латыни, с блеском выступали на конференциях и занимали призовые места в олимпиадах по латинскому языку, работали увлечённо и творчески. Казалось бы, всё очень просто! Многие преподаватели также владеют своей профессией, имеют солидный комплекс методической литературы и большой стаж работы. Однако добиться таких результатов не могут. И что самое обидное! Часто выпускники даже не могут вспомнить фамилию своего преподавателя. Татьяну Леонидовну помнят, говорят о ней добрые слова. Значит, чтобы добиваться больших успехов в работе, остаться в памяти своих учеников, нужно ещё очень любить своё дело, любить людей, быть справедливым, чутким и отзывчивым и много-много трудиться. Именно в этом, наверное, и заключается секрет профессии.

Коллеги поздравляют Татьяну Леонидовну с праздником весны и предстоящим юбилеем.

УДК [80+616-051](092)(091)

Г. М. МОРШИННИНА, Е. Ю. ТИШКОВА

### **В. И. ДАЛЬ – ВРАЧ И ФИЛОЛОГ**

*Оренбургский государственный медицинский университет*

G. M. MORSHININA, E. Y. TISCHKOVA

### **V. I. DAL – DOCTOR AND THE PHILOLOGIST**

Имя В. И. Даля ассоциируется у многих людей, главным образом, с известным толковым словарем и несколькими книгами на библиотечной полке. Многие даже не догадываются, какое восхищение и гордость вызывает этот человек, когда познакомишься с его творчеством поближе.

В. И. Даль родился в 1801 году, 10 ноября, в городе Луганске в семье старшего лекаря литейного завода. Отец, И. М. Даль, был богословом и медиком, знал восемь языков. Мать Даля свободно владела пятью языками. Она дала своим детям превосходное начальное образование.

Свое образование В. Даль продолжил в Петербурге, в морском кадетском корпусе. Окончив его в чине мичмана, он служил сначала на Черноморском, затем

на Балтийском флоте и вышел в отставку лейтенантом в 1826 году. Отказавшись от карьеры морского офицера, Даль начал изучать медицину в Дерптском университете, который отличался в то время сильным профессорским составом, и вскоре сделал большие успехи, особенно в хирургии. Вместе с Владимиром Далем на факультете учились будущие знаменитости – хирурги Н. И. Пирогов и Ф. И. Иноземцев, терапевт Г. И. Сокольский, физиологи А. М. Филомафитский и А. Загорский. Н. И. Пирогов вспоминал: «За что ни брался В. И. Даль, все ему удавалось усвоить... Находясь в Дерпте, он пристрастился к хирургии и, владея необыкновенной ловкостью в механических работах, скоро сделался и ловким оператором». Н. И. Пирогов очень сожалел, что В. И. Даль впоследствии «переседлал из лекарей в литераторы» [5].

Из-за начавшейся русско-турецкой войны всех студентов-медиков отправили на театр военных действий. Для В. И. Даля сделали исключение. Университетское начальство, наслышанное о его незаурядных

Моршинина Галина Михайловна – к. м. н., доцент кафедры анатомии человека; тел. 8 (3532) 773009; k\_anatomy@orgma.ru

Тишкова Евгения Юрьевна – студентка 6-го курса; тел. 89226265268; tishkova\_evgeniy@mail.ru

способностях, разрешило ему досрочно защитить диссертацию на степень доктора медицины. Диссертация была посвящена вопросам трепанации черепа и скрытому изъязвлению почек. В марте 1829 года он направился по назначению в действующую армию. Войну В. И. Даль прошел ординатором передвижного госпиталя и после завершения кампании был награжден «за усердную службу» орденом Св. Анны 3-й степени [2].

Оставаясь военным врачом, он заведовал лазаретом в Умани, боролся с холерой в Каменец-Подольске, а в 1831 году вновь оказался в действующей армии – при подавлении польского мятежа. Здесь В. И. Даль сумел в сложных условиях с подручных средств построить понтонный мост через реку Вислу и организовать переправу войск, что немало способствовало победе. За это он получил награду – Владимирский крест с бантом. После войны В. И. Даль стал работать ординатором в петербургском военном госпитале. Вскоре он приобрел известность знаменитого хирурга, особенно окулиста. Он сделал более сорока операций по поводу катаракты. «Замечательно, что у него левая рука была развита настолько же, как и правая. Самые знаменитые в Петербурге операторы приглашали В. И. Даля в тех случаях, когда операцию надо было сделать удобнее всего левою рукою» [5].

В госпиталях больные лежали в грязи, голодные, не получали самых простых лекарств, а госпитальные начальники продавали медикаменты на сторону. Начальство требовало от В. И. Даля подложных отчетов, и он начал подумывать о новом поприще.

Как раз в ту пору В. И. Даль познакомился у В. А. Жуковского с его другом В. А. Перовским, который был оренбургским военным генерал-губернатором. Он и пригласил врача и литератора на службу к себе в Оренбург [4].

Позднее, оставив хирургическую практику, В. И. Даль пристрастился к офтальмологии и гомеопатии. Он признается, что сначала поддался мнению видного петербургского профессора и выступил против новой теории. Своих данных у него не было, и он приводил в качестве доказательства выдержки из чужих статей. Затем Даль начал собственные исследования, которые длились 5 лет. Он ставил опыты на больных и на себе, исследовал действие различных препаратов. Чтобы определить, когда подействовало лекарство, а когда самовнушение, он, наряду с настоящими лекарствами, применял «крупинки» из сахарной пудры. Способ, которым В. И. Даль пользовался 150 лет назад для проверки подлинной ценности лекарств, получил сегодня широкое распространение в клинической

фармакологии под названием «слепой методики».

В Оренбург В. И. Даль приехал летом 1833 года и прослужил здесь восемь лет. Он поселился в доме, который в наши дни находится на улице Пушкинской, 42. Затем Даль переехал в дом, который располагается на улице Ленинской, 44. Он отмечен мемориальной доской в память о пребывании В. И. Даля в Оренбурге [1].

В. И. Даль участвовал в организации оренбургского естественнонаучного музея, который затем вошел составной частью в современный краеведческий музей Оренбурга. В нем собирались минералогические, ботанические и зоологические коллекции, представляющие природу Оренбургской губернии [7].

Вместе со своими коллегами, сосланными в Оренбург врачами-декабристами, Даль положил начало медицине Оренбургского края. Современный военный госпиталь на Парковом проспекте начал строиться за городом возле западных ворот. Одно здание было деревянное, другое – каменное. В этом госпитале работали такие выдающиеся люди, как врач Соколов, который был дальним родственником В. И. Даля. Они впервые описали изменения в организме больного холерой, обосновали введение карантина как первейшего средства в борьбе с болезнью. Тогда в Европе бытовало мнение, что холера не заразная болезнь. В 1836 году по инициативе В. И. Даля и Соколова было построено деревянное здание холерных барачков для изоляции больных холерой, это позволило остановить распространение болезни [1]. Оренбургские медики во главе с В. И. Далем активно проводили оспопрививание. Согласно распоряжению Перовского В. Даль участвовал в сооружении понтонного моста через Урал. Затем плавучий мост был заменен на деревянный, который ежегодно перед паводком снимался и вновь строился по чертежам Даля [4].

В. И. Даль участвовал в лечении своего будущего тестя – оренбургского полицмейстера. Профессия военного врача пригодилась В. И. Далю и во время неудачного Хивинского похода. В. Даль выступал при этом не только как добросовестный летописец, но и как опытный военный врач: занимался организацией госпиталя, эвакуацией раненых, производил подсчет боевых и санитарных потерь в войсках. Им была описана цинга у гарнизона крепости Ак-Булак, которую он связал не только с питанием войск, но и неправильным их размещением.

Во время частых поездок по деревням Дальчиновник превращался в доктора. В селах не было медицинской помощи, и крестьяне приходили к нему за лекарством и врачебным советом. По его

инициативе в Оренбурге была построена бесплатная больница для удельных крестьян.

Незадолго до отъезда в Оренбурге в 1833 году В. И. Даль познакомился с А. С. Пушкиным и подарил ему экземпляр «Русских сказок Казака Владимира Луганского». В ответ Пушкин подарил В. И. Далю рукописный вариант своей новой сказки «О попе и работнике его Балде». Это знакомство позднее переросло в искреннюю дружбу. Через год А. С. Пушкин приехал в Оренбург и остановился у В. И. Даля. Оренбургские дамы очень хотели посмотреть на А. С. Пушкина и, узнав от жены В. И. Даля, что они вечером будут беседовать в кабинете, влезли на дерево, росшее под окном кабинета, и оттуда следили за каждым жестом А. С. Пушкина, видели, как он от души хохотал [2].

Вместе с В. И. Далем А. С. Пушкин объездил знаменитые места пугачевских событий [8, 9]. В станице В. И. Даль и А. С. Пушкин беседовали с бердинскими старухами, которые помнили еще «золотые» палаты Пугача, то есть обитую медной латуней избу. В. И. Даль рассказывал об обстоятельствах осады города Пугачевым. Они побывали также в Зауральной роще, откуда Пугачев пытался ворваться по льду в крепость, открытую с этой стороны.

В январе 1837 года В. Даль был в Петербурге и узнал, что на дуэли был смертельно ранен Пушкин. Он пришел к умирающему другу, хотя родные не приглашали его. В. И. Даль был не просто одним из друзей, находившихся тогда рядом с поэтом, он ухаживал за ним как врач. В лице В. И. Даля у постели Александра Сергеевича оказался врач, который понимал, что больного, прежде всего, надо утешить, подбодрить, внушить ему трогательный принцип: «spiro, spero» – пока дышу – надеюсь.

Вместе с И. Т. Спасским Владимир Иванович проводил вскрытие тела поэта и писал протокол вскрытия. Вот отрывок из протокола: «Дантес выстрелил на расстоянии 11 шагов крупнокалиберной свинцовой пулей. Пуля пробилла общие покровы живота в двух дюймах от верхней передней оконечности подвздошной кости правой стороны, потом шла, скользя по окружности большого таза, сверху вниз, и, встретив сопротивление в крестцовой кости, разбила ее и засела поблизости. Пуля проскочила между тонкими и слепой кишкой, в одном только месте, величиной с грош, тонкие кишки были поражены гангреной. В этой точке, по всей вероятности, кишки были ушиблены пулей» [6].

Владимиру Далю умирающий А. С. Пушкин передал свой золотой перстень-талисман с изумрудом. Также в память от вдовы поэта он получил последнюю одежду А. С. Пушкина – черный сюртук с небольшою, в ноготок, дырочкою против правого паха. Чтобы со-

хранить этот сюртук для потомков, В. И. Даль передал его в музей вместе с маской Пушкина, которую он снимал со Спасским при вскрытии тела поэта.

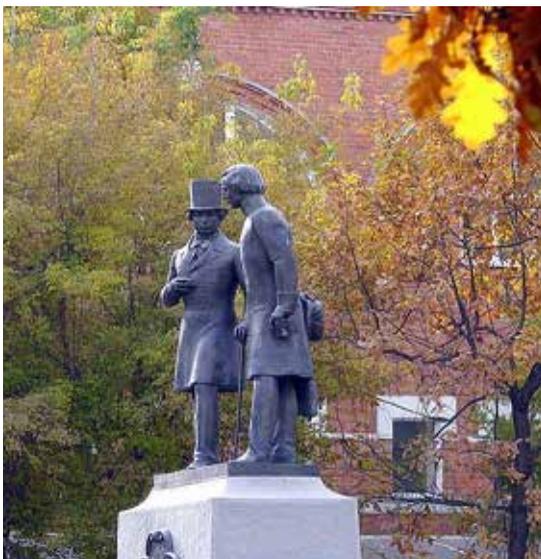
В 1841 году В. И. Даль вновь оказался в Санкт-Петербурге, где занял важную должность, но от медицины и тут не отказался. Он посещал заседания «Пироговского врачебного кружка», где слушали доклады, сообщения и обсуждали спорные вопросы, разбирая случаи из медицинской практики. Традиции Пироговского кружка Даль продолжил самостоятельно при службе в Нижнем Новгороде. Раз в неделю у него дома собирались нижегородские врачи и вели ученые беседы по медицине на латинском языке. В. И. Даль не был языковедом по специальности. Однако это не мешало ему быть выдающимся знатоком русского слова. Отсюда необыкновенная глубина, в которой отражается народное речевое творчество в «Толковом словаре живого великорусского языка».



Портрет В. И. Даля в последний год жизни. В. Г. Перов (1872)

В 1861 году за первые выпуски «Толкового словаря» В. И. Даль получил Константиновскую медаль Императорского географического общества, а затем был удостоен Ломоносовской премии. Словарь содержит анатомические и хирургические термины, народные выражения, относящиеся к лечению больных, подробные описания латинских выражений. Это делает словарь не только лингвистическим, но и медицинским.

Все, чем приходилось заниматься В. И. Далю, отмечено Божьим даром, но красной нитью через всю его жизнь проходят две параллели: талантливый хирург эпохи Н. И. Пирогова и выдающийся знаток русского народного языка золотого века А. С. Пушкина и В. А. Жуковского.



Памятник В. И. Даю и  
А.С. Пушкину в Оренбурге

Памятники великому подвижнику русского слова были поставлены в Оренбурге, в Нижнем Новгороде, а в Москве – два. Учреждены Золотая медаль Владимира Даля и орден Владимира Даля. Эти награды вручаются известным общественным деятелям, врачам, историкам, филологам, писателям.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. ГБУ ГАОО. Фонд-6, *опись-10, дело-4623: О четырех казачьих мальчиках. Которые обучались в Санкт-Петербурге и о содержании музея* [Архивные данные]. – лл. 27-28, 39. 56-58.

2. ГБУ ГАОО. Фонд-6, *опись-10, дело-4628: Об управлении по Высочайшему повелению титулярного советника Гельмерсина для географического исследования Северного Урала* [Архивные данные]. – лл. 35-38.

3. ГБУ ГАОО. Фонд-6, *опись-10, дело-4671: Записка о делопроизводстве по предполагаемому в Оренбурге изданию газеты* [Архивные данные]. – лл. 20-21.

4. Илигенова, Е. Начало образу врача-бессеребренника и подвижника положил Даль / Е. Илигенова // Южный Урал. – 2010. – Вып. 30 / 25 февраля.

5. Матвиевская, Г. П. Владимир Иванович Даль в Оренбурге / Г. П. Матвиевская, И. К. Зубова. – Оренбург. – 2007. – 584 с.

6. Матвиевская, Г. П. Восемь лет в Оренбурге. Оренбургский край в очерках и трудах В. И. Даля / Г. П. Матвиевская. – Оренбург : Оренбургское книжное издательство. – 2002. – С. 10-32.

7. Попов, П. Е. Документальные материалы Государственного архива Оренбургской области о деятельности В. И. Даля в Оренбурге / П. Е. Попов // Южно-уральский археографический сборник. – Уфа, 1973. – Вып. 1. – С. 289-290.

8. Порудоминский, В. Страницы из жизни В. И. Даля / В. Порудоминский // Историко-биографический альманах «Прометей». – 1968. – Том № 5. – С. 2-4.

9. Российский онлайн-музей фармации и медицины «Империя Фарма» / Врачи-писатели. Владимир Иванович Даль (1801-1872). – Санкт-Петербург. – 2013. – Электронные данные. – Режим доступа <http://museum.impharma.ru/text/524>.

## ПЕРЕЧЕНЬ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛЕ «ОРЕНБУРГСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК»

Т. II, № 1 (5) – 4 (8) ЗА 2014 ГОД (СОСТАВИТЕЛЬ – С. В. ЧЕМЕЗОВ)

### СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

#### К 70-ЛЕТИЮ ОРЕНБУРГСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

1. О. Д. Авиштер, С. И. Красиков. Профессор Л. Е. Олифсон – организатор кафедры химии Оренбургской государственной медицинской академии. – Т. II, № 4 (8). – С. 46-48.
2. В. В. Багирова, Л. К. Козлова. Ревматология – одно из ведущих направлений научных исследований академии. – Т. II, № 4 (8). – С. 15-18.
3. В. М. Боев. Оренбургская государственная медицинская академия в прошлом, настоящем и будущем. – Т. II, № 4 (8). – С. 5-10.
4. В. Г. Будза, В. Ф. Друзь, Е. Ю. Антохин, П. О. Бомов, Е. Б. Чалая, Я. С. Козлов. История кафедры психиатрии ОрГМА – к 70-летию вуза (1944-2014). – Т. II, № 4 (8). – С. 48-52.
5. О. В. Бухарин, И. Н. Чайникова. Кафедре микробиологии, вирусологии, иммунологии – 70 лет. – Т. II, № 2 (6). – С. 8-12.
6. Т. Л. Бухарина, Т. В. Михина, И. А. Коровина. 70 лет вместе с родным вузом. – Т. II, № 1 (5). – С. 11-15.
7. Л. Г. Воронина. Приоритетные научные направления и достижения кафедры дерматовенерологии. – Т. II, № 2 (6). – С. 12-16.
8. А. А. Вялкова, С. Е. Лебедькова, М. А. Скачкова, Л. Ю. Попова, Г. Ю. Евстифеева. Ключевые направления и результаты научных исследований педиатрических кафедр. – Т. II, № 4 (8). – С. 19-24.
9. Э. Р. Габбасова, Г. И. Дереча, Д. С. Киреева, Е. А. Катан, В. А. Дереча. О вкладе кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии в развитие ОрГМА. – Т. II, № 4 (8). – С. 53-55.
10. В. К. Есипов, П. П. Курлаев. К 70-летию кафедры общей хирургии. – Т. II, № 3 (7). – С. 11-14.
11. Л. М. Железнов. Научные исследования анатомов Оренбургской медицинской академии: история и перспективы. – Т. II, № 1 (5). – С. 4-7.
12. И. И. Каган. Актные дни в Оренбургской государственной медицинской академии. – Т. II, № 1 (5). – С. 21-24.
13. И. И. Каган. К истории здравоохранения и медицины г. Оренбурга в XIX и XX вв. – Т. II, № 2 (6). – С. 4-8.
14. И. И. Каган. Научные традиции в 70-летней истории Оренбургского медицинского университе-  
та (по материалам музея истории ОрГМУ). – Т. II, № 4 (8). – С. 10-15.
15. И. И. Каган, С. В. Чемезов. История развития и достижения Оренбургской научной школы клинической анатомии и экспериментальной хирургии. – Т. II, № 3 (7). – С. 6-10.
16. Л. И. Каспрук, Е. Л. Борщук. Исторические аспекты становления и развития научно-исследовательской работы на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Оренбургской медицинской академии. – Т. II, № 4 (8). – С. 56-59.
17. О. Д. Константинова, О. П. Мазуровская, Л. М. Демина, Л. А. Первушина. О научно-практической деятельности кафедры акушерства и гинекологии за 70 лет. – Т. II, № 4 (8). – С. 60-65.
18. Р. А. Либис. Оренбургская школа кардиологов. – Т. II, № 4 (8). – С. 24-27.
19. А. А. Матчин. Некоторые итоги и перспективы клинических и экспериментально-гистологических исследований на кафедре (курсе) стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Оренбургского медицинского вуза. – Т. II, № 4 (8). – С. 66-70.
20. Г. В. Савицкий, О. М. Рощенко. Кафедра марксизма-ленинизма – кафедра истории КПСС и политической экономии – кафедра истории Отечества. – Т. II, № 1 (5). – С. 16-20.
21. Н. П. Сетко. Страницы истории научно-педагогической школы «Гигиена детей и подростков, гигиена питания и труда». – Т. II, № 4 (8). – С. 28-34.
22. Г. Н. Соловых, Е. А. Канунникова, Е. М. Нефедова, Л. Г. Фабарисова, Г. М. Тихомирова, Г. Ф. Кольчугина, Т. В. Осинкина, В. В. Минакова, Е. А. Рябцева, Е. И. Ушакова. Итоги и перспективы экологических исследований водоемов и водотоков Оренбургской области. – Т. II, № 4 (8). – С. 34-39.
23. А. А. Третьяков. История развития хирургических кафедр и научных хирургических школ в Оренбургской государственной медицинской академии за 70-летний период. – Т. II, № 4 (8). – С. 39-45.
24. Н. Н. Шевлюк, А. А. Стадников. Очерк истории кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии Оренбургского (Чкаловского) медицинского вуза. – Т. II, № 1 (5). – С. 7-10.

#### АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

1. И. Ю. Баева. Возможности антенатальной диагностики крупного плода по данным ультразвуковых исследований. – Т. II, № 3 (7). – С. 68-71.

### ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

1. А. С. Алмагамбетова, Р. А. Алгиева, А. А. Бекназарова, Б. Бисенова. Виды побочных реакций при лечении больных туберкулезом легких противотуберкулезными препаратами резервного ряда. – Т. II, № 1 (5). – С. 37-40.
2. Е. Ш. Базаргалиев, Х. И. Кудабаетова, Р. Т. Агзамова, Ж. Н. Саркулова. Распространенность гастроэзофагельной рефлюксной болезни у взрослого населения города Актобе. – Т. II, № 1 (5). – С. 41-42.
3. В. Р. Межебовский, А. В. Межебовский, Н. А. Саликова. Особенности проявлений саркоидоза среди населения городов и сельской местности Южного Урала. – Т. II, № 4 (8). – С. 70-74.
4. Х. И. Кудабаетова, Е. Ш. Базаргалиев, Г. К. Кошмаганбетова, У. Х. Куанышева. Анализ заболеваемости тиреоидной патологией в Западном Казахстане. – Т. II, № 1 (5). – С. 43-47.
5. Ж. Н. Саркулова, Ж. К. Сатенов, Х. И. Кудабаетова. Оценка клинико-функциональных нарушений гомеостаза в анестезиологической практике. – Т. II, № 2 (6). – С. 78-79.

### ГИГИЕНА, ЭКОЛОГИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

1. И. В. Михайлова, Н. В. Шарипова, Л. А. Чеснокова, А. И. Смолягин, С. И. Красиков. Некоторые показатели состояния антиоксидантных систем эритроцитов крови при действии бензола и хрома. – Т. II, № 1 (5). – С. 31-33.
2. Е. С. Нефедова, Н. П. Сетко, А. А. Матчин. Элементарный дисбаланс, как фактор донозологической диагностики экологически детерминированной стоматологической заболеваемости у детей промышленного города. – Т. II, № 1 (5). – С. 24-26.
3. Н. П. Сетко, Е. В. Ивженко. Гигиеническая характеристика питания воспитанников учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. – Т. II, № 1 (5). – С. 26-30.

### ГУМАНИТАРНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ

1. Г. Б. Брагиров. Становление театральной самодеятельности в Оренбургском крае и ее развитие в 1917–1927 гг. – Т. II, № 1 (5). – С. 33-37.

### МОРФОЛОГИЯ

1. А. А. Воробьев, А. В. Петрухин, О. А. Засыпкина, П. С. Кривоножкина. Клинико-анатомическое обоснование требований к разработке экзоскелетов верхней конечности. – Т. II, № 3 (7). – С. 14-18.
2. И. И. Казан, А. М. Адегамова. Рентгеноанатомические различия положения сердца в юношеском возрасте. – Т. II, № 3 (7). – С. 23-26.
3. И. В. Кан. Вариантная анатомия маги-

стральных кровеносных сосудов медиальных трехпальцев шеи человека. – Т. II, № 3 (7). – С. 38-40.

4. Д. Р. Кириакис. Значение особенностей анатомического строения ногтевого ложа первого пальца стопы в патогенезе вросшего ногтя и возможности хирургической коррекции. – Т. II, № 3 (7). – С. 26-28.
5. Ю. В. Моница, С. В. Чемезов. Изменения параметров паранефральной клетчатки при опухолях почек. – Т. II, № 3 (7). – С. 28-30.
6. М. И. Попович. Тракционная травма элементов сосудисто-нервного пучка. – Т. II, № 3 (7). – С. 19-23.
7. А. В. Прудников, А. А. Стадников, О. Б. Нурова. Морфофункциональная оценка репарации тканей гнойно-некротических ран на основе идентификации экспрессии синтеза про- и антиапоптотических протеинов. – Т. II, № 4 (8). – С. 78-80.
8. П. А. Самотесов, А. А. Левенец, И. В. Кан. Топографо-ангиометрические особенности внутренних яремных вен человека. – Т. II, № 4 (8). – С. 74-78.
9. П. Г. Шнякин. Вариантная анатомия сосудов головного мозга и функциональное состояние подкорково-стволовых структур у больных с геморрагическим инсультом субтенториальной локализации. – Т. II, № 3 (7). – С. 33-37.

### ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. О. В. Асташева, В. А. Дюлькин. Анализ смертности трудоспособного населения в результате дорожно-транспортных происшествий. – Т. II, № 2 (6). – С. 20-22.
2. Э. А. Бахтиярова, С. Г. Ахмерова, Д. Т. Гашимова, Р. Я. Нагаев, С. Ф. Шамгулова. К вопросу о реализации прав пациентов на выбор медицинской организации при оказании специализированной медицинской помощи. – Т. II, № 2 (6). – С. 22-26.
3. В. Ю. Борисов. Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности по причине болезней кожи среди медицинских работников города Бузулука. – Т. II, № 2 (6). – С. 29-31.
4. Н. О. Давыдова, С. В. Нотова, М. В. Фомина, О. В. Кван. Применение кластерного анализа для оценки результатов диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. – Т. II, № 2 (6). – С. 31-35.
5. Е. А. Калинина, С. В. Вяльцин, А. А. Казыргашева, О. В. Маринец. Состояние заболеваемости и инвалидности населения Оренбургской области по причине ВИЧ-инфекции туберкулеза (результаты 10-летнего мониторинга). – Т. II, № 2 (6). – С. 35-38.
6. М. В. Крушинин, Ю. Ф. Кузьмин, М. Э. Коротких, К. В. Титов. Оценка экономической эффективности

ности деятельности хирургического стационара кратковременного прибывания в офтальмологии. – Т. II, № 2 (6). – С. 38-41.

7. А. М. Михайловский, С. А. Чуркин. Анализ факторов, определяющих эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в Оренбургской области. – Т. II, № 2 (6). – С. 41-44.

8. М. Г. Москвичева, С. А. Белова, Д. В. Белов. Анализ заболеваемости ишемической болезнью сердца в Челябинской области. – Т. II, № 2 (6). – С. 26-29.

9. М. Г. Москвичева, Е. В. Шишкин. Изучение распространенности дорожно-транспортного травматизма на федеральных автомобильных дорогах Челябинской области. – Т. II, № 2 (6). – С. 44-46.

10. Р. Я. Нагаев, С. Г. Ахмерова, А. Г. Муталов. Организация подростковой медико-социальной службы на основе проекта «Клиника, дружественная к молодежи». – Т. II, № 2 (6). – С. 46-49.

11. О. Г. Павловская, Н. В. Привалова, Н. В. Ионова. Мониторинг здоровья детского населения Оренбургской области. – Т. II, № 2 (6). – С. 54-56.

12. Н. Ю. Перепелкина, Е. А. Калинина. Итоги Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья». – Т. II, № 2 (6). – С. 16-19.

13. Н. Ю. Перепелкина, О. Г. Павловская, Е. А. Калинина. 10 лет кафедре общественного здоровья и здравоохранения факультета последипломного дополнительного образования Оренбургской государственной медицинской академии. – Т. II, № 2 (6). – С. 56-60.

14. Н. Ю. Перепелкина, О. Г. Павловская, Е. А. Калинина. Динамика состояния здоровья населения Оренбургской области. – Т. II, № 2 (6). – С. 60-63.

15. С. А. Смирнова, Е. Л. Борщук, Н. А. Баянова. Анализ первичной заболеваемости психическими расстройствами взрослого населения Оренбургской области за период 2008-2012 гг. – Т. II, № 2 (6). – С. 63-66.

16. Е. А. Соловьева. К вопросу оптимизации организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи. – Т. II, № 2 (6). – С. 66-69.

17. С. А. Чевычалова, Б. П. Саяпин, Н. Р. Ахметов, О. Г. Павловская. Организация защиты прав застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования на территории Оренбургской области. – Т. II, № 2 (6). – С. 50-53.

18. Т. С. Хромушина, В. А. Аксёнов. Сравнительный анализ изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности. – Т. II, № 2 (6). – С. 70-74.

19. Н. Х. Шарафутдинова, Г. Т. Мустафина,

С. О. Потапов, М. А. Шарафутдинов. Динамика смертности женского населения от злокачественных новообразований в Республике Башкортостан. – Т. II, № 2 (6). – С. 74-77.

#### ПЕДИАТРИЯ

1. Г. Д. Алеманова, Л. Ю. Попова. Влияние прерывистой барокамерной гипоксии на клинко-иммунологическую эффективность и нейрогуморальную регуляцию при бронхиальной астме у детей и подростков на этапе реабилитации. – Т. II, № 1 (5). – С. 50-52.

2. З. А. Ветеркова, Г. Ю. Евстифеева, А. А. Альбакасова. Динамика изменений состояния сердечно-сосудистой системы у детей, рожденных с задержкой внутриутробного развития. – Т. II, № 1 (5). – С. 47-49.

#### ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

1. В. А. Дереча, С. В. Балашова, Г. И. Дереча, Д. С. Киреева. Проявления и психические механизмы соматоформных расстройств. – Т. II, № 1 (5). – С. 53-58.

#### ФАРМАКОЛОГИЯ

1. М. Р. Дударенкова, А. Н. Саньков, В. А. Егоров, Е. П. Глунова, А. Ю. Савчук. Особенности обращения лекарственных препаратов, содержащих малые количества наркотических средств и психотропных веществ. – Т. II, № 1 (5). – С. 59-63.

2. А. А. Шмыгарева, А. Н. Саньков, В. А. Куркин. Сравнительное фитохимическое исследование коры крушины ломкой и плодов жостера слабительного. – Т. II, № 1 (5). – С. 64-67.

#### ХИРУРГИЯ

1. С. В. Арестова, Р. С. Котлубаев, И. В. Афуков, И. И. Мельцин. Дифференциальная диагностика заболеваний костно-суставной системы у детей раннего возраста. – Т. II, № 3 (7). – С. 30-33.

2. В. В. Ивлев. Современные шовные материалы и их применение в абдоминальной хирургии (Обзор литературы). – Т. II, № 3 (7). – С. 62-67.

3. Ю. А. Иглов. Клинико-анатомическое обоснование выбора тактики лечения пациентов с камнями мочеточников (Обзор литературы). – Т. II, № 3 (7). – С. 55-62.

4. П. В. Самойлов. Разработка техники и анатомическое обоснование микрохирургических пищеводно-желудочных анастомозов. – Т. II, № 1 (5). – С. 67-70.

5. В. С. Смолевский, А. А. Третьяков, П. В. Нагорнов. Порто-кавалльные сосудистые анастомозы

при синдроме портальной гипертензии (Обзор литературы). – Т. II, № 3 (7). – С. 49-54.

6. А. А. Третьяков, И. И. Каган, А. Н. Неверов, С. В. Петров, И. К. Кузнецов. Реконструктивная хирургия желчных путей: проблемы и пути решения (Обзор литературы). – Т. II, № 3 (7). – С. 40-45.

7. А. А. Третьяков, Х. Ф. Хатамов. Повреждения двенадцатиперстной кишки: причины, клиника, диагностика, хирургическая тактика (Обзор литературы). – Т. II, № 3 (7). – С. 45-49.

### ЛЕКЦИИ

1. О. Г. Кривошеев. Проблемы и перспективы преподавания курса внутренних болезней в медицинском вузе. – Т. II, № 1 (5). – С. 70-75.

### ЮБИЛЕЙНЫЕ, ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ

1. Э. Д. Смирнова. Памяти Игоря Дмитриевича Кирпатовского (27.06.1927-27.06.2014). – Т. II, № 3 (7). – С. 71-72.

2. Н. Ф. Фомин. «Оружейная палата» Военно-медицинской академии (к 150-летию Хирургического музея кафедры оперативной хирургии). – Т. II, № 3 (7). – С. 73-77.

3. С. В. Чемезов, Г. М. Моршинина. Памяти Руслана Георгиевича Моршинина (к 75-летию со дня рождения). – Т. II, № 3 (7). – С. 72-73.

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИЗДАНИЯХ, ИЗОБРЕТЕНИЯХ, НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЯХ

1. И. Ю. Баева, И. И. Каган. Способ раннего прогнозирования развития крупного плода. – Т. II, № 3 (7). – С. 77-79.

2. В. И. Ким, А. К. Урбанский, Е. А. Васильева, Э. Н. Галеева, Е. Л. Дикарева, Н. Ю. Беров. Устройство для макромикроскопического исследования и препарирования анатомических препаратов. – Т. II, № 3 (7). – С. 79-80.

3. Указатели статей (систематический и именной) журнала «Оренбургский медицинский вестник» за 2013 г. Составитель С. В. Чемезов. – Т. II, № 1 (5). – С. 76-79.

### АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ СТАТЕЙ

О. Д. Авшистер, № 4 (8). – С. 46-48.

Р. Т. Агзамова, № 1 (5). – С. 41-42.

А. М. Адегамова, № 3 (7). – С. 23-26.

В. А. Аксёнов, № 2 (6). – С. 70-74.

Р. А. Алгиева, № 1 (5). – С. 37-40.

Г. Д. Алеманова, № 1 (5). – С. 50-52.

А. С. Алмагамбетова, № 1 (5). – С. 37-40.

А. А. Альбакасова, № 1 (5). – С. 47-49.

Е. Ю. Антохин, № 4 (8). – С. 48-52.

С. В. Арестова, № 3 (7). – С. 30-33.

О. В. Асташева, № 2 (6). – С. 20-22.

И. В. Афуков, № 3 (7). – С. 30-33.

С. Г. Ахмерова, № 2 (6). – С. 22-26, № 2 (6). – С. 46-49.

Н. Р. Ахметов, № 2 (6). – С. 50-53.

Г. Г. Багирова, № 4 (8). – С. 15-18.

Е. Ш. Базаргалиев, № 1 (5). – С. 41-42, № 1 (5). – С. 43-47.

И. Ю. Баева, № 3 (7). – С. 68-71, № 3 (7). – С. 77-79.

С. В. Балашова, № 1 (5). – С. 53-58.

Э. А. Бахтиярова, № 2 (6). – С. 22-26.

Н. А. Баянова, № 2 (6). – С. 63-66.

А. А. Бекназарова, № 1 (5). – С. 37-40.

Д. В. Белов, № 2 (6). – С. 26-29.

С. А. Белова, № 2 (6). – С. 26-29.

Н. Ю. Беров, № 3 (7). – С. 79-80.

Б. Бисенова, № 1 (5). – С. 37-40.

В. М. Боев, № 4 (8). – С. 5-10.

П. О. Бомов, № 4 (8). – С. 48-52.

В. Ю. Борисов, № 2 (6). – С. 29-31.

Е. Л. Борщук, № 2 (6). – С. 63-66, № 4 (8). – С. 56-59.

Г. Б. Брагиров, № 1 (5). – С. 33-37.

В. Г. Будза, № 4 (8). – С. 48-52.

О. В. Бухарин, № 2 (6). – С. 8-12.

Т. Л. Бухарина, № 1 (5). – С. 11-15.

Е. А. Васильева, № 3 (7). – С. 79-80.

З. А. Ветеркова, № 1 (5). – С. 47-49.

А. А. Воробьев, № 3 (7). – С. 14-18.

Л. Г. Воронина, № 2 (6). – С. 12-16.

А. А. Вялкова, № 4 (8). – С. 19-24.

С. В. Вяльцин, № 2 (6). – С. 35-38.

Э. Р. Габбасова, № 4 (8). – С. 53-55.

Э. Н. Галеева, № 3 (7). – С. 79-80.

Д. Т. Гашимова, № 2 (6). – С. 22-26.

Е. П. Гладунова, № 1 (5). – С. 59-63.

Н. О. Давыдова, № 2 (6). – С. 31-35.

В. А. Дереча, № 1 (5). – С. 53-58, № 4 (8). – С. 53-55.

Г. И. Дереча, № 1 (5). – С. 53-58, № 4 (8). – С. 53-55.

Л. М. Дёмина, № 4 (8). – С. 60-65.

Е. Л. Дикарева, № 3 (7). – С. 79-80.

В. Ф. Друзь, № 4 (8). – С. 48-52.

М. Р. Дударенкова, № 1 (5). – С. 59-63.

В. А. Дюлькин, № 2 (6). – С. 20-22.

Г. Ю. Евстифеева, № 1 (5). – С. 47-49, № 4 (8). – С. 19-24.

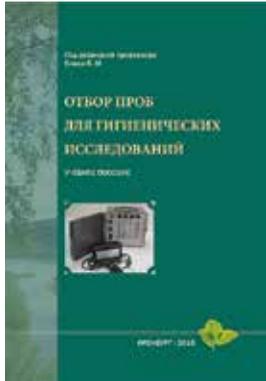
В. А. Егоров, № 1 (5). – С. 59-63.

В. К. Есипов, № 3 (7). – С. 11-14.

- О. А. Засыпкина, № 3 (7). – С. 14-18.  
 Е. В. Ивженко № 1 (5). – С. 26-30.  
 В. В. Ивлев, № 3 (7). – С. 62-67.  
 Ю. А. Иглов, № 3 (7). – С. 55-62.  
 Н. В. Ионова, № 2 (6). – С. 54-56.  
 И. И. Каган, № 1 (5). – С. 21-24, № 2 (6). – С. 4-8, № 3 (7). – С. 6-10, № 3 (7). – С. 23-26, № 3 (7). – С. 40-45, № 3 (7). – С. 77-79, № 4 (8). – С. 10-15.  
 А. А. Казыргашева, № 2 (6). – С. 35-38.  
 Е. А. Калинина, № 2 (6). – С. 35-38, № 2 (6). – С. 16-19, № 2 (6). – С. 56-60.  
 И. В. Кан, № 3 (7). – С. 38-40, № 4 (8). – С. 74-78.  
 Е. А. Канунникова, № 4 (8). – С. 34-39.  
 И. В. Карнаухова, № 4 (8). – С. 34-39.  
 Л. И. Каспрук, № 4 (8). – С. 56-59.  
 Е. А. Катан, № 4 (8). – С. 53-55.  
 О. В. Кван, № 2 (6). – С. 31-35.  
 В. И. Ким, № 3 (7). – С. 79-80.  
 Д. С. Киреева, № 1 (5). – С. 53-58, № 4 (8). – С. 53-55.  
 Д. Р. Кириакис, № 3 (7). – С. 26-28.  
 Е. С. Козлов, № 4 (8). – С. 48-52.  
 Л. К. Козлова, № 4 (8). – С. 15-18.  
 Г. Ф. Кольчугина, № 4 (8). – С. 34-39.  
 О. Д. Константинова, № 4 (8). – С. 60-65.  
 И. А. Коровина, № 1 (5). – С. 11-15.  
 М. Э. Коротких, № 2 (6). – С. 38-41.  
 Р. С. Котлубаев, № 3 (7). – С. 30-33.  
 Г. К. Кошмаганбетова, № 1 (5). – С. 43-47.  
 С. И. Красиков, № 1 (5). – С. 31-33, № 4 (8). – С. 46-48.  
 П. С. Кривоножкина, № 3 (7). – С. 14-18.  
 О. Г. Кривошеев, № 1 (5). – С. 70-75.  
 М. В. Крушинин, № 2 (6). – С. 38-41.  
 У. Х. Куанышева, № 1 (5). – С. 43-47.  
 Х. И. Кудабаева, № 1 (5). – С. 41-42, № 1 (5). – С. 43-47, № 2 (6). – С. 78-79.  
 И. К. Кузнецов, № 3 (7). – С. 40-45.  
 Ю. Ф. Кузьмин, № 2 (6). – С. 38-41.  
 В. А. Куркин, № 1 (5). – С. 64-67.  
 П. П. Курлаев, № 3 (7). – С. 11-14.  
 С. Е. Лебедькова, № 4 (8). – С. 19-24.  
 А. А. Левенец, № 4 (8). – С. 74-78.  
 Р. А. Либис, № 4 (8). – С. 24-27.  
 О. П. Мазуровская, № 4 (8). – С. 60-65.  
 О. В. Маринец, № 2 (6). – С. 35-38.  
 А. А. Матчин, № 1 (5). – С. 24-26, № 4 (8). – С. 66-70.  
 А. В. Межебовский, № 4 (8). – С. 70-74.  
 В. Р. Межебовский, № 4 (8). – С. 70-74.  
 И. И. Мельцин, № 3 (7). – С. 30-33.  
 В. В. Минакова, № 4 (8). – С. 34-39.  
 И. В. Михайлова, № 1 (5). – С. 31-33.  
 А. М. Михайловский, № 2 (6). – С. 41-44.  
 Т. В. Михина, № 1 (5). – С. 11-15.  
 Ю. В. Моница, № 3 (7). – С. 28-30.  
 Г. М. Моршинина, № 3 (7). – С. 72-73.  
 М. Г. Москвичева, № 2 (6). – С. 26-29, № 2 (6). – С. 44-46.  
 Г. Т. Мустафина, № 2 (6). – С. 74-77.  
 А. Г. Муталов № 2 (6). – С. 46-49.  
 Р. Я. Нагаев, № 2 (6). – С. 22-26, № 2 (6). – С. 46-49.  
 П. В. Нагорнов, № 3 (7). – С. 49-54.  
 А. Н. Неверов, № 3 (7). – С. 40-45.  
 Е. М. Нефедова, № 4 (8). – С. 34-39.  
 Е. С. Нефедова, № 1 (5). – С. 24-26.  
 С. В. Нотова, № 2 (6). – С. 31-35.  
 О. Б. Нузова, № 4 (8). – С. 78-80.  
 Т. В. Осинкина, № 4 (8). – С. 34-39.  
 О. Г. Павловская, № 2 (6). – С. 54-56, № 2 (6). – С. 56-60, № 2 (6). – С. 50-53.  
 Л. А. Первушина, № 4 (8). – С. 60-65.  
 Н. Ю. Перепелкина, № 2 (6). – С. 16-19, № 2 (6). – С. 56-60.  
 С. В. Петров, № 3 (7). – С. 40-45.  
 А. В. Петрухин, № 3 (7). – С. 14-18.  
 Л. Ю. Попова, № 1 (5). – С. 50-52, № 4 (8). – С. 19-24.  
 М. И. Попович, № 3 (7). – С. 19-23.  
 С. О. Потапов, № 2 (6). – С. 74-77.  
 Н. В. Привалова, № 2 (6). – С. 54-56.  
 А. В. Прудников, № 4 (8). – С. 78-80.  
 О. М. Рощенко, № 1 (5). – С. 16-20.  
 Е. А. Рябцева, № 4 (8). – С. 34-39.  
 Г. В. Савицкий, № 1 (5). – С. 16-20.  
 А. Ю. Савчук, № 1 (5). – С. 59-63.  
 Н. А. Саликова, № 4 (8). – С. 70-74.  
 П. В. Самойлов, № 1 (5). – С. 67-70.  
 П. А. Самогесов, № 4 (8). – С. 74-78.  
 А. Н. Саньков, № 1 (5). – С. 59-63, № 1 (5). – С. 64-67.  
 Ж. Н. Саркулова, № 1 (5). – С. 41-42, Т. II, № 2 (6). – С. 78-79.  
 Ж. К. Сатенов, № 2 (6). – С. 78-79.  
 Б. П. Саяпин, № 2 (6). – С. 50-53.  
 Н. П. Сетко, № 1 (5). – С. 24-26, № 1 (5). – С. 26-30, № 4 (8). – С. 28-34.  
 М. А. Скачкова, № 4 (8). – С. 19-24.  
 С. А. Смирнова, № 2 (6). – С. 63-66.  
 Э. Д. Смирнова, № 3 (7). – С. 71-72.  
 В. С. Смоленский, № 3 (7). – С. 49-54.  
 А. И. Смолягин, № 1 (5). – С. 31-33.  
 Г. Н. Соловьев, № 4 (8). – С. 34-39.  
 Е. А. Соловьева, № 2 (6). – С. 66-69.  
 А. А. Стадников, № 1 (5). – С. 7-10, № 4 (8). – С. 78-80.

- Г. М. Тихомирова, № 4 (8). – С. 34-39.  
К. В. Титов, № 2 (6). – С. 38-41.  
А. А. Третьяков, № 3 (7). – С. 40-45, № 3 (7). – С. 6-10, № 3 (7). – С. 28-30, № 3 (7). – С. 72-73.  
45-49, № 3 (7). – С. 49-54, № 4 (8). – С. 39-45.  
А. К. Урбанский, № 3 (7). – С. 79-80.  
Е. И. Ушакова, № 4 (8). – С. 34-39.  
Л. Г. Фабарисова, № 4 (8). – С. 34-39.  
Н. Ф. Фомин, № 3 (7). – С. 73-77.  
М. В. Фомина, № 2 (6). – С. 31-35.  
Х. Ф. Хатамов, № 3 (7). – С. 45-49.  
Т. С. Хромушина, № 2 (6). – С. 70-74.  
И. Н. Чайникова, № 2 (6). – С. 8-12.  
Е. Б. Чалая, № 4 (8). – С. 48-52.  
С. А. Чевычалова, № 2 (6). – С. 50-53.  
С. В. Чемезов, № 1 (5). – С. 76-79, № 3 (7). – С. 76-79, № 3 (7). – С. 76-79.  
Л. А. Чеснокова, № 1 (5). – С. 31-33.  
С. А. Чуркин, № 2 (6). – С. 41-44.  
С. Ф. Шамгулова, № 2 (6). – С. 22-26.  
Н. В. Шарапова, № 1 (5). – С. 31-33.  
М. А. Шарафутдинов, № 2 (6). – С. 74-77.  
Н. Х. Шарафутдинова, № 2 (6). – С. 74-77.  
Н. Н. Шевлюк, № 1 (5). – С. 7-10.  
Е. В. Шишкин № 2 (6). – С. 44-46.  
А. А. Шмыгарева, № 1 (5). – С. 64-67.  
П. Г. Шнякин, № 3 (7). – С. 33-37.

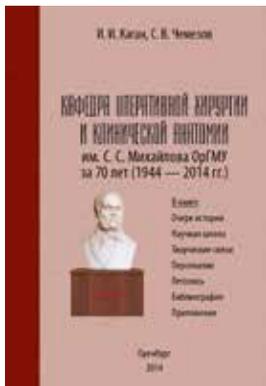
## ИЗДАНИЯ РЕДАКЦИОННО-ИЗДАТЕЛЬСКОГО ОТДЕЛА ОРГМУ



*И. Л. Карпенко, Л. А. Бархатова, В. В. Быстрых, В. Н. Дунаев, Л. М. Тулина,  
А. А. Неплохов, Л. В. Зеленина*

### ОТБОР ПРОБ ДЛЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

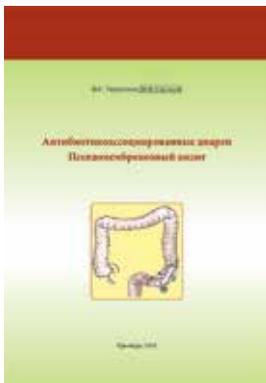
Пособие содержит материал, необходимый для изучения особенностей проведения первого этапа санитарно-гигиенических исследований – отбора проб различных факторов окружающей среды. В настоящем учебном пособии изложены основные требования, предъявляемые к отбору проб питьевой воды, атмосферного воздуха, почвы и продуктов питания.



*И. И. Каган, С. В. Чемезов*

### КАФЕДРА ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ИМ. С. С. МИХАЙЛОВА ОРГМУ ЗА 70 ЛЕТ (1944 — 2014 ГГ.)

В книге профессоров И.И. Кагана и С.В. Чемезова представлены 70-летняя история и летопись кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии им. С.С. Михайлова Оренбургской государственной медицинской академии, формирование и достижения оренбургской научной школы клинической анатомии и экспериментальной хирургии, сведения о сотрудниках кафедры и членах научной школы, творческих связях кафедры с другими научными коллективами. В приложении приводятся сведения о научных и учебно-методических изданиях кафедры, о защищенных докторских и кандидатских диссертациях, данные о докторантуре и аспирантуре кафедры и другие материалы.



*В. С. Тарасенко, М. В. Скачков*

### АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННЫЕ ДИАРЕИ. ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ.

В монографии изложены осложнения антибиотикотерапии, встречающиеся в клинической практике: антибиотикоассоциированные диареи и как наиболее тяжелый вариант – псевдомембранозный колит. Рассмотрены вопросы истории, классификации, патогенеза, клиники, диагностики, лечения этих заболеваний. Представлена целесообразность применения пробиотиков для ликвидации дисбиотического состояния кишечника.



*Л. М. Железнов*

### ЛЕКЦИИ ПО ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОРФОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

В пособии представлены тексты лекций по основным вопросам морфологического строения нервной системы. Помимо основополагающих программных вопросов в издание включены материалы по общеметодическим проблемам анатомии, анатомии черепа, основным вопросам фило- и онтогенетического развития и анатомии центрального и периферического отделов нервной системы, особенностям кровообращения головного и спинного мозга и ликвородинамики. Представлены современные данные о цитоархитектонике коры и роли центральной нервной системы в нейроэндокринной регуляции гомеостаза. Приводится анатомический словарь-минимум по анатомии центральной нервной системы.

## ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Статьи представляются в виде рукописи на бумаге и на электронном носителе, текст отпечатан через полутонный интервал, шрифт – 14 кегль, на одной стороне листа белой писчей бумаги формата А4 с полями 2,5 см без помарок и вставок.

Абзацные отступы должны быть одинаковыми по всему тексту — 1,25 см. Кавычки («»), скобки ([ ], ()), тире — большое (—) в тексте; большое (–) в цифровом сочетании (1–5, 1996–1998 и т. д.), в соответствии с этим маркеры и другие знаки должны быть сохранены аналогичными на протяжении всего предоставляемого материала. Нумерация страниц обязательна, ее следует начинать со с. 2.

Обязательно указываются УДК. Инициалы и фамилия(и) автора(ов), название, резюме, ключевые слова на русском и английском языках. Рукопись подписывается всеми авторами и должна соответствовать представляемым файлам.

Авторам необходимо предоставить полную информацию о себе: расшифровка Ф.И.О., научное звание, место работы, должность, контактные телефоны и e-mail.

В рукописи необходимо сделать ссылки на таблицы, рисунки и литературные источники, приведенные в материалах. Список использованной литературы оформляется в соответствии с требованиями ГОСТ Р 7.0.5-2003. Библиографическое описание любого источника осуществляется на языке его издания.

Формулы, состоящие из одного символа, набираются в программе набора (Word), а сложные формулы, состоящие из символов с несколькими регистрами, Math Type.

Если необходимо использовать в формулах русские и латинские буквы, то их следует набирать в текстовом стиле клавиатуры. В крайнем случае формулы должны быть четко вписаны от руки пастой черного цвета.

Формулы в обязательном порядке должны быть размечены. Прописные и строчные буквы, имеющие одинаковое написание, нужно отмечать черточками простым карандашом: прописные (заглавные) снизу, строчные – сверху. Трудно различимые в рукописном обозначении буквы и знаки, специальные символы обязательно пояснять на полях. Индексы и показатели степени писать четко ниже или выше строки и отчеркивать дугами. Размерность всех величин должна соответствовать Международной системе единиц измерений (СИ).

Таблицы должны иметь нумерационные или тематические заголовки, не быть громоздкими,

не дублировать текст и рисунки, а также иметь сквозную нумерацию. Таблицы следует делать в режиме таблиц (добавить таблицу). Если таблица большая, ее необходимо поместить на отдельной странице. Слово «Таблица» расположить в левом верхнем углу. Ширина таблицы не должна быть больше полосы набора текста. Ссылки на рисунки и таблицы в тексте обязательны. Если в статье один рисунок или одна таблица, они не нумеруются.

Иллюстрации должны быть пронумерованы, выполнены качественно в виде, пригодном для полиграфического воспроизведения (в формате TIFF или EPS, в цветовой модели CMYK с разрешением 300 dpi).

Рисунки, графики, схемы должны выполняться в графических редакторах, поддерживающих векторную графику (Adobe Photoshop, Adob Illustrator). Графические иллюстрации должны также представляться в виде отдельных файлов в исходном графическом формате. Оригиналы отсканированных изображений должны быть высокого качества. Все рисунки должны быть пронумерованы и иметь подрисочные подписи. Шрифт поясняющих подписей на рисунках, графиках, диаграммах, схемах должен быть не меньше 6 кегля.

Подрисочные подписи и названия таблиц должны быть представлены в форме списков и распечатаны на отдельных листах.

Сноски (автоматические) следует использовать только концевые. Переносы использовать автоматические (категорически запрещается использовать переносы по требованию).

Сокращения слов, имен, названий, как правило, не допускаются. Разрешаются лишь общепринятые сокращения названий мер, физических, химических и математических величин и терминов и т. д.

На отдельном листе для каждого автора указываются: фамилия, имя, отчество автора, его почтовый домашний адрес, домашний телефон, место работы, служебный телефон, факс, адрес электронной почты.

Все присланные материалы рецензируются в обязательном порядке.

Материалы, не отвечающие перечисленным требованиям, возвращаются авторам для переделки. Датой поступления считается день получения редакцией окончательного текста рукописи и файлов.

Редакция не несет ответственности за достоверность представленных материалов.

Контактный адрес, телефон, e-mail: 460000, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6, проф. С. В. Чемезову; e-mail: prof\_chemezov@mail.ru; тел. 8 (3532) 77-93-86.