

Журнал акушерства и женских болезней

ВЫПУСК 4

ТОМ XLVIII



'99

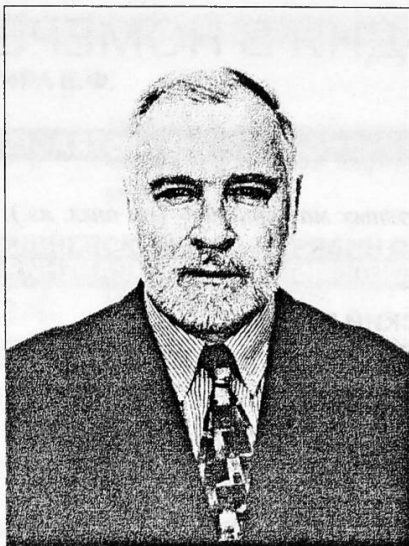
Журнал акушерства и женских болезней

ВЫПУСК 4

ТОМ XLVIII



'99



22 декабря 1999 года исполнилось 60 лет заведующему кафедрой детской и подростковой гинекологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, главному детскому и подростковому гинекологу Санкт-Петербурга, члену Правления РАПС, президенту Российской федерации детских и подростковых гинекологов, академику Национальной академии ювенологов, доктору медицинских наук, профессору Юрию Александровичу Гуркину.

Будучи одним из учеников профессора Н.В.Кобозевой, Ю.А.Гуркин продолжил развитие той отрасли акушерства и гинекологии, которая называется детской и подростковой гинекологией. Он выпустил первые руководства для врачей по данному разделу. В научных трудах и выступлениях последних лет Ю.А.Гуркин трактует вопросы репродуктивного потенциала девочки, репродуктивных прав подростков, реабилитации репродуктивной системы девушек и подготовки их к ответственному материнству с точки зрения концепции «перинатального следа».

Детские гинекологи, подготовленные профессором Ю.А.Гуркиным, имеются практически во всех регионах России. Он входит в правление Международной федерации детских и подростковых гинекологов /в 1991-1995 гг. избирался вице-президентом этой организации/, является почетным членом нескольких национальных ассоциаций детских гинекологов. Входит в состав редколлегии таких журналов, как «Журнал акушерства и женских болезней», «Планирование семьи», «Ex consilio».

Редакционный совет и редколлегия «Журнала акушерства и женских болезней» сердечно поздравляет Юрия Александровича с юбилеем, от всей души желают ему отличного здоровья, счастья, новых творческих достижений и успехов.

Редакционный совет и редколлегия

ЛЬГОТНАЯ ПОДПИСКА!

И.О. _____

работы и должность _____

бный и домашний адрес с индексом _____

вшихся на «Журнал акушерства и женских
но «Справочник акушера-гинеколога» под
РАМН, профессора Э.К.Айламазяна.

ой купон на странице 95.

**“ЖУРНАЛАКУШЕРСТВА
И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ”**

Научно-практический
журнал, основан в 1887 году
в Санкт-Петербурге.

Вновь учрежден
Санкт-Петербургской ассоциацией
акушеров-гинекологов,
НИИАГ РАМН
им. Д. О. Отта
и ЗАО “Яблочко СО”
в 1997 году.

Журнал
акушерства
и женских
болезней



СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ

Наши юбиляры.

THE ABSTRACTS

4

Краткие аннотации основных материалов (на англ. яз.).

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**РУБЧЕНКО Т.И., КРАСНОПОЛЬСКИЙ В.И.,
ЛУКАШЕНКО С.Ю., ЛАРИЧЕВА И.П.**

7

Некоторые различия среди постменопаузальных женщин с горячими приливами и без них. (К вопросу о патогенезе горячих приливов в постменопаузе).

**ЦВЕЛЕВ Ю.В., БОЧЕНКОВ А.А., ПЕШКОВ В.В.,
ГОЛУБЕВ А.В.**

12

Влияние профессиональной деятельности на состояние здоровья стюардесс.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**ЗАЗЕРСКАЯ И.Е., АЙЛАМАЗЯН Э.К., КОРНИЛОВ Н.В.,
АВРУНИН А.С., СУХАНОВА А.М.**

18

Инсулин-кортизоловые сдвиги в структуре пространственно-временной организации функций у женщин с остеопорозом в постменопаузе.

БУГРОВА О.Г., КИРА Е.Ф., САВИЧЕВА А.М.

21

Иммунологическая характеристика варианта острого течения урогенитального монохламидиоза.

**КУЛАКОВ В.И., СМЕТНИК В.П., КРАСНОВ В.Н., ЮРЕНЕВА С.В.,
КАМЕНЕЦКАЯ Г.Я., РЫЖОВА И.А., ДОВЖЕНКО Т.В., МАЙЧУК Е.Ю.**

26

Аффективные расстройства после овариоэктомии: психосоматические и терапевтические аспекты.

КУТУШЕВА Г.Ф., НЕМИЛОВА Т.К., КАРАВАЕВА С.А.

30

Опухоли половых органов у новорожденных девочек.

**АЙЛАМАЗЯН Э.К., КАРПОВ О.И., КУЧЕРЕНКО М.А.,
ЗАЙЦЕВ А.А., ИГНАТОВ Ю.Д.**

34

Цефепим как средство профилактики инфекционных осложнений при кесаревом сечении в группах риска.

**КУЧЕРЕНКО М.А., САВИЧЕВА А.М., МАРТИКАЙНЕН З.М.,
ЗАЦИОРСКАЯ С.Л.**

39

Эффективность применения амоксицилин/клавуланата калия при осложненном течении послеродового периода.

**ЛИЗУНОВ Ю.В., ЦУЦИЕВ С.А., ТЕРЕНТЬЕВ Л.П.,
МЕСНЯНКИН В.Н., КИРА Е.Ф., БЕЖЕНАРЬ В.Ф.**

42

Гигиенические аспекты проблемы военной службы женщин в Вооруженных Силах России.

КУПЕРТ А.Ф., СОЛОДУН П.В., КРАВЧУК Л.А., КУПЕРТ М.А.

46

Факторы риска по развитию эндометрита после родов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

КИРА Е.Ф.

50

Инфекции и репродуктивное здоровье (Часть III). Клинические проявления инфекционных заболеваний влагалища, включая СТЗ.

ВИШНЕВСКИЙ А.С., СКРЯБИН О.Н.

54

Опухоли яичников.

ОБЗОРЫ

ИВАНОВА Л.В., ШТИВЕЛЬ Л.А., ПОПОВ А.М., НЕМЕТ Н.Н.

61

Бактериальный вагиноз и его влияние на послеабортные осложнения.

БЕЖЕНАРЬ В.Ф., ГРЕБЕНЮК А.Н., АНТУШЕВИЧ А.Е., ФИЛИППОВСКИЙ А.С.

65

Специфические функции женщины при воздействии факторов промышленного производства.

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

СЕМЕНЮК А.А., БАСКАКОВ В.П., ПОСПЕЛОВ И.В.

70

Принципы лечения больных с генитальным эндометриозом в сочетании с нефроптозом.

ШВЕЦОВ М.В., СТАРЦЕВА Н.В.

72

Психотерапия при гипертензионном синдроме у беременных.

СТРАНИЧКА ИСТОРИИ

ЦВЕЛЕВ Ю.В.

76

Константин Клементьевич Скробанский (к 125-летию со дня рождения).

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

АЙЛАМАЗЯН Э.К., РЕПИНА М.А.

80

Ассоциации акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга 6 лет.

89

План международных симпозиумов и конгрессов на 2000 год.

УКАЗАТЕЛИ

90

Систематизированный порядковый указатель статей, опубликованных в 1999 году (том XLVIII).

93

Алфавитный именной указатель (том XLVIII).

ВЫ СПРАШИВАЕТЕ

94

К авторам журнальных публикаций.

95

Правила и порядок подписки на журнал в 2000 году.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

АЙЛАМАЗЯН Э. К.

академик РАМН, д. м. н., проф.

БАСКАКОВ В. П.

д. м. н., проф.

ГУРКИН Ю. А.

д. м. н., проф.

ЕВСЮКОВА И. И.

д. м. н., проф.

КИРА Е. Ф.

чл.-корр. РАЕН, д. м. н., проф.

КРАСНОПОЛЬСКИЙ В. И.

чл.-корр. РАМН, д. м. н., проф.

ПОТИН В. В.

д. м. н., проф.

РЕПИНА М. А.

д. м. н., проф.

СЕРОВ В. Н.

чл.-корр. РАМН, д. м. н., проф.

СМЕТНИК В. П.

д. м. н., проф.

ЦВЕЛЕВ Ю. В.

академик РАЕН, д. м. н., проф.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Абрамченко В.В. (Петербург)

Жаркин Н.А. (Волгоград)

Костючек Д.Ф. (Петербург)

Кочеровец В.И. (Москва)

Кошелева Н.Г. (Петербург)

Никонов А.П. (Москва)

Новиков Б.Н. (Петербург)

Орлов В.М. (Петербург)

Савицкий Г.А. (Петербург)

Савичева А.М. (Петербург)

Суслопаров Л.А. (Петербург)

Ярославский В.К. (Петербург)

РЕДАКЦИЯ:

Главный редактор **Е. Ф. КИРА**

Заместители главного редактора

Ю. В. ЦВЕЛЕВ и В. П. БАСКАКОВ

Ответственный секретарь

В. Ф. БЕЖЕНАРЬ

Корректор

Л. В. Ворченко

Перевод **Н.Н. Рухляда**

Отдел рекламы и распространения

М.В. Букова

(812) 184-97-50

АДРЕС РЕДАКЦИИ

198904, Санкт-Петербург, Клиническая ул., 4

Контактные телефоны:

главный редактор: (812) 329-7144

E-mail: mmm@kira.spb.ru

E-mail: ogmma@mailbox.alkor.ru

www.alkor.ru/~00002900/

зам. главного редактора: (812) 248-3309

ответственный секретарь: (812) 542-1195

факс: (812) 428-8254, 329-7145

Журнал зарегистрирован

Государственным комитетом РФ по печати

№ 016387 от 21 июля 1997 г.

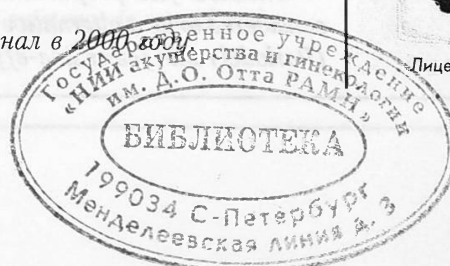
Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается с письменного разрешения редакции. Ссылка на «Журнал акушерства и женских болезней» обязательна.



Яблочко СО

Лицензия ЛР № 064689 от 5 августа 1996 г.

© «Журнал акушерства и женских болезней»



THE ABSTRACTS

**T.I.Rubchenko, V.I.Krasnopol'ski,
S.Iu.Lukashenko, I.P.Laricheva**

SOME DIFFERENCES IN
POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH
HOT FLUSHES AND WITHOUT THEM

The absence of hot flushes in postmenopausal women is not a sign of well being. These women have unfavorable lipid's profile and lower BMD than women who have or had hot flushes in the past. Their metabolic parameters are like those with severe and frequently hot flushes. Thus, they need active physician's attention. The revealed differences in hormonal profile mean that not only low levels or decrease of E_2 but alteration of adrenal and thyroid function play some role in the pathogenesis of hot flushes.

**U.V.Tzvelev, A.A.Botchenkov,
V.V.Peshkov, A.V.Golubev**

THE INFLUENCE OF PROFESSIONAL
ACTIVITY ON THE HEALTH OF
STEWARDESS

The conditions of professional environment in stewardess are characterized by the combined influence of extremal factors, impacting with stress with many reciprocal reactions, determined by the spectrum of acting conditions, their partial intensity and resistance of organism, that leads to steady disturbances of self-regulation and adaptation and may be the cause of a pathology. It is manifested with increased somatic and gynecological morbidity of stewardess in comparison to other women of the European part of Russia.

Our data are needed to be used in the procedure of professional psychological selection of stewardess during medical examination.

The material shown verifies the necessity for medico-social investigations, directed for revealing of professional risk factors for stewardess morbidity, their prophylaxis in the system of medical control for their health status.

**I.E.Zazerskaya, A.K.Ailamazyan,
N.V.Kornilov, A.S.Avrinin,
A.M.Sukhanova**

ISULIN-CORTISOL SHIFTS IN TIMELY-
TEMPORAL STRUCTURE OF FUNCTIONS
IN POSTMENOPAUSE

We screened serume levels of insulin and cortisol in 20 postmenopausal women. We performed these hormones determinations according to algorithm of their levels circaseptane oscillation. All examined patients didn't complain on climacteric disorders and didn't have any endocrinological diseases. We found out 5 types of hormone oscillations:

*when the concentrations of both hormones were at normal levels (5% cases);
when insulin levels decreased from time to time (30% cases);
when cortisol levels increased from time to time (35% cases);
when during insulin levels' decreasing the cortisol levels has increased (25% cases);*

when both hormones levels increased from time to time.

**O.G.Bugrova, E.F.Kira,
A.M.Savitcheva**

IMMUNOLOGICAL CHARACTERISTICS
OF ACUTE UROGENITAL
MONOCHLAMYDIOSIS

The article stresses that the use of two modern methods: luminescent and lactinocytochemical has helped to understand the receptor expression for bionic amines, catecholamines and pectines, that depicts the functional potential of mucous and immune cells in urogenital chlamydia.

**A.S.Vishnevskiy, N.R.Safonnikova,
N.U.Melnikova, T.A.Grigorieva**

THE EVALUATION OF MASTODINON
EFFICIENCY IN MANAGEMENT OF
HYPERPROLACTIN SYNDROME

The clinical efficiency of fito-preparation Mastodinon on 35 patients is studied (average age - 34,6 years), suffering from different disturbances in menstrual function and dysmenorrhea. In 13 patient this pathology coexisted with hyperprolactinemia. As a result of 3-month course of treatment with Mastodinon the menstrual normalization and dysmenorrhea elimination is noted in 13 of 17 patients and the decrease in prolactin blood level down to normal levels - in 10 of 13 patients. In this group the decrease in prolactin combined with increase of LH and progesterone as for normal menstrual cycle.

The new fito-preparation Mastodinon is a dofaminmimetic and can be considered to be a alternative measure for management with dofaminergic drugs (Parlodel) with fewer side-effects.

**G.F.Cutusheva, T.K.Nemilova,
S.A.Karavaeva**

GENITAL TUMORS IN NEWBORN GIRLS

The analysis of 23 clinical cases of tumors in newborn girls - a rare gynecological pathology of this period of life is performed. The ovarian neoplasm in newborn were mostly a retention cysts. We noted the increase in congenital ovarian cysts diagnostics for the recent years. The tactics for treatment of newborn girls with ovarian tumors is determined.

**E.K.Ailamazyan, O.I.Karpov,
M.A.Kutcherenko, A.A.Zaitcev,
U.D.Ignatov**

**CEFEPIM IN PROPHYLAXIS OF
INFECTIONAL COMPLICATIONS IN
CESAREAN SECTION IN RISK GROUPS**

The efficiency and economical value of infectional surgical complications prophylaxis is considered. The risk factors included diabetes, obesity, pyelonephritis and complicated obstetrical anamnesis. The randomized trial has shown a high effectiveness of Cefepim usage administered intravenously 1.0 during CS and 8 hours later. As a standard we used Cefotaxime (2,0 gr. per day), ampicillin (4,0 qid) and gentamycin (0,24 tid). We estimated the surgical wound condition, body temperature, vaginal discharge. The effectiveness of Cefepim has made 98%. The normalization of parameters was seen up to 4-5 postoperative days.

**M.A.Kutcherenko, A.M.Savitcheva,
Z.M. Martikainen, S.L.Zaciorskaya**

**THE EFFICIENCY OF AMOXICILLIN/
POTASSIUM CLAVUNALATIS
APPLICATION IN COMPLICATED
POSTLABOR PERIOD**

The investigation has shown that step therapy with Amoxicillin/Clavulanate (1,2 gr. IV bid 3 days) with further transfer to peroral administration of the drug in dosage of 625 mg tid 4 days) ensures a high clinical and bacteriological effectiveness in maternity with complicated postlabor period. The identical results are received with compared randomized trial with the use of ampicillin+gentamycin+metronidazole.

**U.V.Lizunov., S.A.Tcicuev,
L.P.Terentiev, V.N.Mesniankin,
E.F.Kira, V.F.Bezhenar**

**HYGIENICAL ASPECTS OF MILITARY
SERVICE OF WOMEN IN RUSSIA**

In this article the necessity of strict scientific reglamentation of conditions and peculiarities of military service in women for providing the preservation and improvement of their reproduction health status.

**A.F. Kupert, P.V. Solodun, L.A.
Kravchuk, M.A. Kupert**

**THE FACTORS OF RISK FOR
ENDOMYOMETRITIS DEVELOPMENT
AFTER LABOR**

The risk factors for endometritis development after labor was studied. Different factors of risk in research and in comparative groups was present in number on the base scale of a prognosis purulent-septic disease in pregnant and parturiens for comparison of their significance. It is confirmed that the significance of preventive measures, that carry out during pregnancy, results in lowering of the endometritis after labor. Endometritis after labor is determined to develop more frequently in women of early reproductive age. The leading significance of the risk factors connected with delivery was confirmed. The leading role in pregnancy belongs to the focus infection both in the extragenital organs and in lower section genital tract. More the threat interrupting in different periods of pregnancy and combination of two and more extragenital diseases in one women are of significance risk factors.

A.S.Vishnevsky, O.N. Skriabyn

OVARIAN TUMORS. CLINICAL LECTURE

The lecture is devoted to questions of etiology, diagnostics and treatment of ovarian tumors.

**L.V.Ivanova, L.A.Stivel, A.M.Popov,
N.N.Nemet**

**BACTERIAL VAGINOSIS AND ITS
INFLUENCE ON COMPLICATIONS
AFTER ABORTIONS**

In the review the modern data on etiology, pathogenesis, clinics, diagnostics and treatment of bacterial vaginosis. The probability of abortion complications with BV existence is considered.

**V.F.Bezhenar, A.N.Grebeniuck,
A.E.Antushevitch, A.S.Philippovsky**

**SPECIFIC FEMALE FUNCTION STATUS
UNDER THE INFLUENCE OF INDUSTRIAL
FACTORS**

Both foreign and russian literature pays enough attention to the questions of health status, working conditions, rational employment of women-professionals. At the same time, the analyzed scientific materials are not adequate in the volume of fulfilled investigations, especially in different fields of industry, the peculiarities of pregnant and nonpregnant women, questions of pathology prophylaxis, reproduction preservation.

**A.A.Semeniuck, V.P.Baskakov,
I.V.Pospelov**

**THE TACTICS FOR EXTRAGENITAL
ENDOMETRIOSIS WITH NEPHROPTOSIS
MANAGEMENT**

The material on 45 patients with nephroptosis and genital endometriosis is depicted. The diagnosis was done with the help of compliance analysis, USG, hysteroqramm, laparoscopy, excretory urography. All patients were performed nephropexia, with further therapy of endometriosis. We have found the syndrome of cross-aggravation in these patients that had the influence on treatment tactics.

23 patients in 10 years need no surgical treatment for endometriosis; that can allow us recommend to start the management with nephropexia if there are the indications.

M.V.Shvetsov, N.V.Startseva

**PSYCHOTHERAPY OF HYPERTENSION
IN PREGNANT**

A psychotherapy in 46 pregnant with hypertension has led to significant blood pressure decrease. The possible mechanisms of blood pressure increase, including 'fear syndrome' are considered. The successful adaptation for pregnancy and fear neutralization result in blood pressure decrease down to normal levels.

U.V.Tzvelev

**KONSTANTIN KLEMENTIEVITCH
SCROBANSKY (devoted to 125-
anniversary of birth)**

In this article the historical information on scientific and practical work of K.K.Scobansky is given.

Т.И. РУБЧЕНКО,
В.И. КРАСНОПОЛЬСКИЙ,
С.Ю. ЛУКАШЕНКО, И.П. ЛАРИЧЕВА

Московский областной НИИ
акушерства и гинекологии

НЕКОТОРЫЕ РАЗЛИЧИЯ СРЕДИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ЖЕНЩИН С ГОРЯЧИМИ ПРИЛИВАМИ И БЕЗ НИХ. (К вопросу о патогенезе горячих приливов в постменопаузе)

Отсутствие горячих приливов у женщин в постменопаузе не является признаком благополучия или физиологического течения менопаузы. В этом случае женщины имеют неблагоприятный (атерогенный) липидный профиль и более низкую МПК позвоночника и шейки бедра. Метаболические параметры женщин, имеющих слабые или умеренные приливы или имевших в прошлом, близки к таковым у женщин, имеющих интенсивные приливы. Эти женщины нуждаются в активном выявлении и гормональной коррекции метаболических нарушений. Несмотря на отсутствие приливов. Выявленные нами различия в гормональном профиле женщин с приливами и без них позволяют сделать вывод, что не только снижение уровня эстрогенов в менопаузе, но и нарушения (или различия) в функции надпочечников и щитовидной железы могут играть роль в патогенезе горячих приливов.

Большинство постменопаузальных женщин страдают или страдали от горячих приливов, но 10-25%, по данным разных исследователей, никогда не имели их [4,5]. Причина этого остается неизвестной. В большинстве работ, посвященных изучению природы приливов, установлены одинаковые уровни гонадотропинов и половых стероидов, в частности эстрадиола, у женщин, имеющих или имевших приливы, и у тех, у которых их никогда не было [1,4]. В некоторых работах все же были выявлены более низкие уровни циркулирующих в крови эстронов и эстрадиола у женщин, страдающих интенсивными приливами, по сравнению с "асимптомными" [5]. Отсутствие приливов пытались объяснить большим индексом массы тела (ИМТ), меньшим индексом ЛГ/ФСГ [1,3]. В отечественной литературе существует даже термин "физиологическая менопауза или климактерий" для обозначения женщин, не имеющих климактерического синдрома, основным симптомом которого являются горячие приливы.

Есть сведения о том, что женщины с интенсивными приливами более интенсивно теряют костную массу и у них чаще и быстрее развивается остеопороз [6]. Такие же данные существуют в отношении связи интенсивной ночной потливости и скорости снижения минеральной плотности костной ткани (МПК) [7]. Но нет никаких данных о возможных дол-

говременных процессах в организме женщин, не имеющих приливов, и о различиях или отсутствии таковых между ними и женщинами, испытывающими горячие приливы, кроме противоречивых данных о возможных различиях в содержании эстрогенов в периферической крови.

Цель нашего исследования: сравнить клинические данные уровни (гормонов, липидов и МПК) у постменопаузальных женщин, имеющих (или имевших в прошлом) горячие приливы и без них, выявить возможные различия, если они существуют.

Материалы исследования

98 постменопаузальных женщин в возрасте от 39 до 70 лет с длительностью менопаузы от 1-го до 15 лет. Никто из них никогда не принимал препараты для заместительной гормональной терапии или другие лекарства, которые могли бы повлиять на уровни гормонов, липидов или МПК.

Методы исследования

Клиническое обследование; определение содержания в плазме крови уровней ЛГ, ФСГ, пролактина, ТТГ, эстрадиола E_2 , тестостерона (Т), 17-альфа-оксипрогестерона (17-ОП), дегидроэпиандростерон-сульфата (ДГЭАС), андростендиона (А), T_3 , T_4 и кортизола; исследование содержания общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и липопротеидов высокой плотности (ЛПВП); измерение МПК поясничных по-

Журнал
акушерства
и женских
болезней



Возраст больных, возраст наступления менопаузы, ее продолжительность (в месяцах), ИМТ, ночная потливость и урогенитальная атрофия у постменопаузальных женщин с и без приливов (медиана и квантили)

Таблица 1

Возраст	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
больных	53,5 (49,0-58,0)	59,0 (51,5-61,5)	52,0 (48,5-57,0)	49,5 (44,0-52,5)
менопаузы	49,0 (46,0-51,5)	48,0 (44,0-51,0)	48,0 (45,0-50,0)	46,0 (43,0-48,5)
Продолжительность менопаузы	41 (12-120)	108 (66-144)	24 (12-48)	24 (12-54)
ИМТ	26,4 (22,4-29,4)	25,5 (22,5-29,7)	25,6 (23,5-29,8)	27,3 (25,0-31,8)
Ночная потливость	13,3%	36,4%	36,0%	70,0%
УГА	40,0%	43,0%	40,0%	65,0%

Содержание гормонов в периферической крови постменопаузальных женщин с и без приливов (медиана и квантили)

Таблица 2

	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
ЛГ (МЕ/л)	30,8 (19-53)	31,3 (18-40)	25,7 (17-36)	27,3 (18-30)
ФСГ (МЕ/л)	67,6 (53-85)	74,7 (66-79)	82,2 (70-104)	82,6 (57-96)
Пролактин (мМЕ/л)	166,5 (135-220)	144 (57-202)	162 (155-189)	215 (113-261)
E ₂ (пмоль/л)	45,9 (36-65)	42,5 (37-145)	56,1 (36-92)	69 (14-146)
T (нмоль/л)	1,7 (0,94-2,57)	1,42 (0,87-2,54)	2,39 (1,4-2,7)	1,18 (0,36-2,37)
17-ОП (нмоль/л)	1,09 (0,44-1,6)	2,27 (1,35-3,0)	1,48 (1,26-2,22)	2,3 (1,6-2,6)
A (нмоль/л)	7,8 (5,6-9,2)	7,19 (6,4-8,8)	7,49 (5,6-8,7)	4,15 (1,9-6,8)
ДГЭАС (мкг/мл)	0,75 (0,4-1,0)	1,25 (0,9-2,5)	0,95 (0,9-1,4)	0,76 (0,3-1,2)
ТТГ (мМЕ/л)	2,34 (1,8-3,30)	2,08 (1,7-2,3)	2,12 (1,3-3,3)	2,19 (1,4-2,5)
T ₃ (нмоль/л)	2,02 (1,8-2,3)	1,75 (1,5-2,0)	1,71 (1,5-2,0)	1,75 (1,3-2,0)
T ₄ (нмоль/л)	95,3 (89-116)	98,0 (90-132)	103 (90-120)	98 (93-128)
Кортизол (нмоль/л)	402 (234-609)	466 (392-541)	368 (319-462)	273 (181-385)

звонков (L1-L4), шейки бедра и треугольника Варда (области в проксимальном бедре с преобладанием трабекулярной ткани) методом рентгеновской биэнергетической абсорбциометрии (Hologic, 1000W, USA). Для статистического анализа использовались непараметрические методы. Сравнение между группами производилось с использованием критерия Вилкоксона-Манна-Уитни. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Все обследуемые женщины были разделены на 4 группы. В первую группу были включены

30 (30,6%) женщин, никогда не имевших приливов, во вторую – 23 (23,5%) пациентки, имевшие приливы в прошлом, в третью вошли 25 (25,5%), имеющих слабые и умеренные приливы в настоящее время и в четвертую – 20 (20,5%) больных, страдающих от частых и интенсивных приливов. Женщины, имеющие приливы в прошлом (2-й группы) были старше остальных ($p < 0,05$). Различия в возрасте между женщинами 1-й, 2-й и 3-ей групп были недостоверными. Менопауза у женщин 4-й группы наступила в более молодом возрасте, чем в 1-й группе ($p < 0,01$), а также во 2-й и 3-ей ($p < 0,05$). ИМТ был неожиданно и в отличие от литературных дан-

ных выше у женщин с интенсивными приливами (4-я группа), чем у остальных, хотя недостоверно. Только 13,3% женщин, не имеющих горячих приливов, жаловались на повышенную ночную потливость, тогда как 70% женщин 4-й группы с интенсивными и частыми приливами страдали от нее. Во второй и третьей группах избыточная потливость была у 63,6% и 64% соответственно. Женщины 4-й группы чаще, чем остальные, имели симптомы урогенитальной атрофии (УГА) (табл.1). Различий в артериальном давлении между группами не было.

Уровни гонадотропинов, половых стероидов, гормонов щитовидной железы и надпочечников

представлены в таблице 2. Женщины, не имевшие приливов (1-я группа), имели достоверно более низкий уровень ФСГ в плазме крови, достоверно более низкое содержание 17-альфа-окси-прогестерона ($p < 0,05$), более высокое содержание T_3 ($p < 0,02$), чем те, у которых приливы были или есть. ДГЭАС был одинаковым в группах 1 и 4, то есть у женщин, не имевших приливов и имеющих интенсивные во время обследования, и в этих группах он был достоверно ниже, чем во 2-й (приливы в прошлом) и в 3-й (слабые и умеренные приливы в настоящем) ($p < 0,01$). Женщины с интенсивными приливами (4-я группа) имели более низкие уровни андростендиона и кортизола, чем остальные ($p < 0,05$; $p < 0,05$), и неожиданно более высокий уровень эстрадиола, но это различие было статистически недостоверным.

Женщины с частыми и интенсивными приливами (4 группа) имели более атерогенный профиль липидов, чем те, которые имели приливы в прошлом

(2-я группа) или слабые и умеренные – в настоящее время (3-я группа). Липидный профиль женщин, никогда не имевших приливы, был близок по своим характеристикам к таковому у женщин с интенсивными и частыми приливами (4-я группа) и был более атерогенным, чем у женщин с приливами в прошлом и со слабыми или умеренными в настоящем. Уровень общего холестерина в 4-й группе был достоверно выше, чем во 2-й и 3-й группах ($p < 0,05$), различия с 1-й группой были недостоверными. Триглицериды в 4-й группе были выше, чем в остальных группах, но различия были недостоверными. Достоверно выше были уровни ЛПНП в 4-й и 1-й группах по сравнению со 2-й и 3-й ($p < 0,05$). Не было различий между всеми группами в содержании в периферической крови ЛПВП (табл. 3).

Более выраженные отклонения от нормы были выявлены у женщин без приливов в отношении МПК (см. рисунок). Они имели более низкую (недостоверно) МПК поясничных по-

звонок (L1-L4, шейки бедра ($p < 0,005$) и особенно – треугольника Варда ($p < 0,001$). Для исключения влияния различий в возрасте на МПК мы проанализировали Z-критерий и на основании этого анализа сделали вывод, что женщины, не имеющие приливов, теряют костную ткань так же интенсивно, как женщины с частыми и выраженными приливами и быстрее, чем женщины, имевшие приливы в прошлом и слабые или умеренные – имеющие приливы в настоящее время.

Чтобы оценить влияние ночной потливости на снижение МПК, или потерю костной ткани, мы сравнили Z-критерий женщин с интенсивными приливами (4 группа), имеющими повышенную ночную потливость (подгруппа А) и не страдающих ею (подгруппа Б). Результат представлен в табл. 4 – ночная потливость увеличивает потерю костной ткани, особенно трабекулярной.

Обсуждение

До 1975 года, когда Molnar из-

Уровни общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой и высокой плотности в сыворотке крови постменопаузальных женщин с и без приливов (медиана и квартили).

Таблица 3

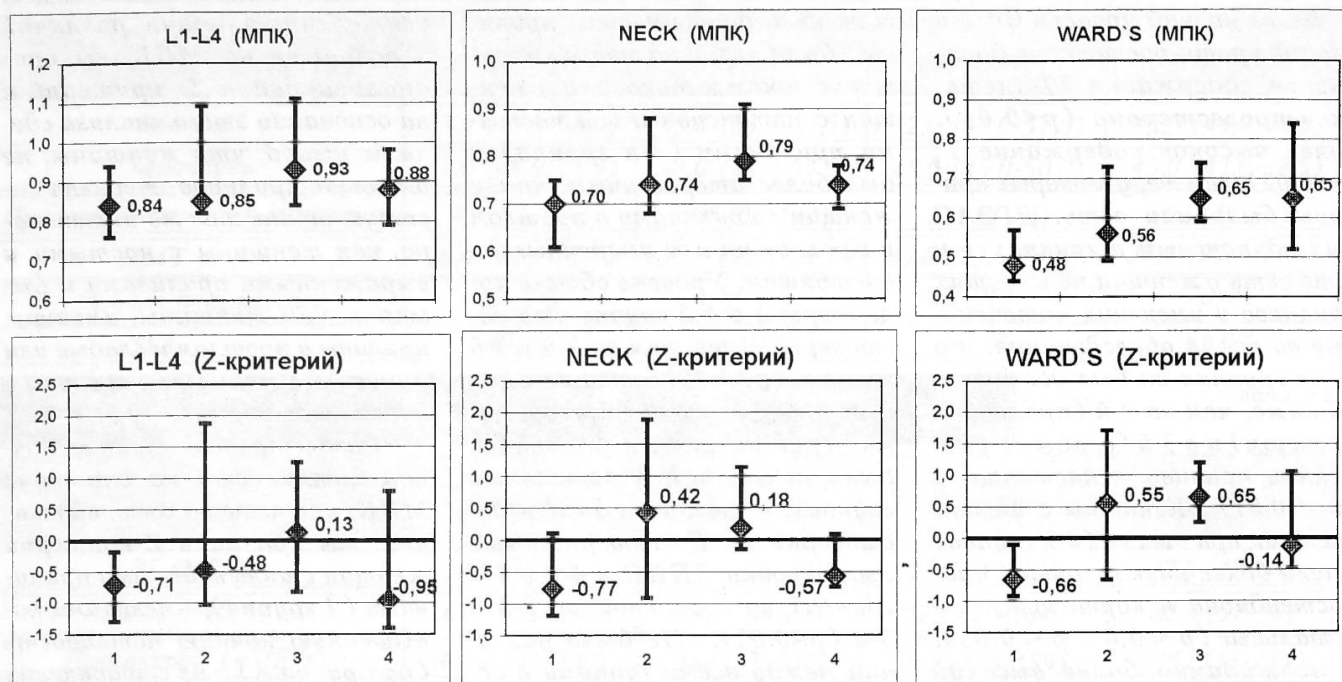
	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
ОХ (мг/дл)	239 (204-268)	220 (190-231)	233 (170-260)	255 (218-282)
ТГ (мг/дл)	91 (77-135)	100 (69-189)	97 (63-143)	114 (73-148)
ЛПНП (мг/дл)	148 (131-177)	127 (108-155)	133 (103-168)	162 (132-199)
ЛПВП (мг/дл)	60 (55-65)	56 (48-68)	57 (45-81)	62 (54-70)

Z-критерий у постменопаузальных женщин с интенсивными приливами, страдающими повышенной ночной потливостью и не имеющими ее (медиана и квартили)

Таблица 4

	L1 – L4	Шейка бедра	Область Варда
Подгруппа А	-1,02 ($q_1 = -1,44$; $q_2 = +0,76$)	-0,38 ($q_1 = -0,75$; $q_2 = +0,06$)	-0,42 ($q_1 = -0,07$; $q_2 = +0,61$)
Подгруппа Б	+0,07 ($q_1 = -0,95$; $q_2 = +0,98$)	-0,21 ($q_1 = -0,57$; $q_2 = +1,0$)	+0,75 ($q_1 = -0,14$; $q_2 = +1,59$)
Группа в целом	-0,95 ($q_1 = -1,4$; $q_2 = +0,79$)	-0,57 ($q_1 = -0,74$; $q_2 = +0,09$)	-0,14 ($q_1 = -0,48$; $q_2 = +1,06$)

**Минеральная плотность костной ткани и Z-критерий у женщин в постменопаузе
с приливами и без них (med, $q_1 - q_2$).**



мерил физиологические изменения во время прилива и продемонстрировал их объективную сущность, отсутствие горячих приливов у некоторых постменопаузальных женщин не было чем-то необъяснимым или удивительным, поскольку феномен горячих приливов считался "происходящим из головы", субъективным по природе. Предположение, что дефицит эстрогенов или их снижение влияет на "центральный термостат" в гипоталамусе и вызванное этим влиянием изменение его функции является причиной горячих приливов, влечет за собой вопрос. Почему не все женщины с дефицитом эстрогенов вследствие менопаузы имеют горячие приливы? Возможное объяснение этого вопроса – дефицит эстрогенов у женщин, не испытывающих приливы оказывает такое же влияние на "центральный термостат", и он отвечает таким же образом, как при наличии горячих приливов, но субъективно они это не ощущают. Это предположение влечет за собой следующий вопрос. Является ли менопауза без при-

ливов физиологической или в организме этих женщин происходят другие, связанные с менопаузой, изменения, кроме универсальных процессов повышения гонадотропинов и снижения эстрогенов?

Исследовав содержание более широкого спектра гормонов в периферической крови женщин без приливов и с приливами в настоящем или в прошлом, мы выявили вышеописанные различия гормонального профиля между ними. Установили, что эти различия неблагоприятно влияют на метаболизм липидов и процессы костного ремоделирования у женщин без приливов. Следовательно, менопаузу без приливов нельзя считать физиологической.

Тщательный анализ различий в уровне гормонов в периферической крови женщин без приливов и имеющих или имевших их, позволил нам выдвинуть гипотезу о причине отсутствия приливов у этих женщин.

Известно, что 17-ОП является маркером недостаточности ферментов надпочечников, ДГЭАС – таким же маркером ан-

рогенной активности надпочечников. Таким образом, выявленное нами достоверно более низкое содержание этих гормонов у женщин без приливов свидетельствует об относительной недостаточности функции надпочечников у этих женщин, что может быть причиной отсутствия реакции "центрального термостата" на снижение уровня эстрогенов. Частично различия в ответе "центрального термостата" на снижение уровня эстрогенов у женщин с приливами может объяснить относительное по сравнению с женщинами, не имеющими приливов, снижение функции щитовидной железы. Более интенсивные приливы у женщин 4-й группы, имевших более высокое, хотя и недостоверно, содержание эстрадиола, чем остальные, возможно связано с более низким содержанием в их крови андростендиона – предшественника эстрогена, основного эстрогена менопаузы.

Кроме того, наше исследование подтвердило данные более ранних исследований других авторов о влиянии интенсивных приливов

и повышенной потливости на скорость снижения МПК у постменопаузальных женщин.

Заключение

1. Отсутствие горячих приливов у женщин в постменопаузе не является признаком благополучия или физиологического течения менопаузы. В этом случае женщины имеют неблагоприятный (атерогенный) липидный профиль и более низкую МПК позвоночника и шейки бедра. Метаболические параметры чем женщин, имеющих слабые или умеренные приливы или имевшие их в прошлом, близки к таковым у женщин, имеющих интенсивные приливы. Несмотря на отсутствие приливов, женщины нуждаются в активном выявлении их врачом и гормональной коррекции метаболических нарушений.

2. Выявленные нами различия в гормональном профиле женщин с приливами и без них позволяют сделать вывод, что не только снижение уровня эстрогенов в менопаузе, но и нарушения (или различия) в функции надпочечников и щитовидной железы могут играть роль в патогенезе горячих приливов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бескровный С.В., Цвелев Ю.И., Ткаченко Н.Н., Рудь С.А. Гормональный профиль женщин в перименопаузальном периоде. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. - 1994. - №2. - С.32-35.

2. Вихляева Е.М. Климактерический синдром: Руководство по эндокринной гинекологии // Под ред. Е.М. Вихляевой. М.: МИА, 1997. С.603-650.

3. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология, С.-Петербург, 1995, С.174-191.

4. Akse S., Schomberg D.W., Iyrey L., Hammond C.B. Vasomotor symptoms, serum estrogens and

gonadotropin levels in surgical menopause. Am. J. Obstet. Gynecol., 1976; 12: 165-169.

5. Erlik Y., Meldrum D.R., Judd H.L. Estrogen levels in postmenopausal women with hot flashes. Obstet. Gynecol., 1982; 59: 403-407.

6. Lee S.J., Kanis J.A. An association between osteoporosis and premenstrual symptoms and postmenopausal symptoms. Bone Miner, 1994; 24: 127-134.

7. Oldenhave A., Netelenbos C. Pathogenesis of climacteric complaints: ready for the change? The Lancet, 1994; 343: 649-653.

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТЮАРДЕСС

Условия производственной сферы стюардесс характеризуются комбинированным влиянием экстремальных факторов, подвергающих их организм различным стрессорным воздействиям. Они сопровождаются многообразием ответных реакций, определяемых спектром действующих условий, их парциальной интенсивностью и резистентностью организма, что приводит к стойким нарушениям механизмов саморегуляции, адаптации, способных вызвать патологию. Это проявляется повышенной соматической и акушерско-гинекологической заболеваемостью стюардесс в сравнении с трудящимися женщинами Европейской части Российской Федерации. Настоящие данные необходимо использовать в процедуре профессионального психологического отбора стюардесс при проведении медицинского обследования. Приведённый материал также свидетельствует о необходимости расширения медико-социальных исследований, направленных на выявление производственных факторов риска профессиональной заболеваемости стюардесс, ее профилактику, а также в системе медицинского контроля за состоянием их здоровья.

Известно, что труд авиационных специалистов предъявляет повышенные требования к здоровью. В полной мере это относится и к состоянию здоровья стюардесс, тем более что по некоторым параметрам неблагоприятные факторы полета оказывают влияние на них несколько большее, чем на других членов летных экипажей.

Условия профессиональной деятельности стюардесс имеют специфические особенности. При выполнении полетов они подвергаются воздействиям, носящим комплексный характер: гипоксической гипоксии, ионизирующему излучению, укачиванию, вибрации, шуму, инфразвуку. Микроклиматические условия обитания в салоне самолета или вертолета характеризуются предельно допустимыми санитарно-гигиеническими и токсическими показателями. Неблагоприятными являются такие условия труда: физическое напряжение в полете, работа стоя и на ходу; перепады температуры; нарушение режима труда, отдыха и питания; постоянная смена климатических зон и часовых поясов, приводящие к нарушению циркадных биоритмов и явлениям десинхроноза. Помимо перечисленных факторов профессиональные обязанности и социальные условия вызывают нервно-эмоциональное напряжение в связи с высокой требовательностью к исполнению служебных обязанностей, строгой дисциплиной, обслуживанием пассажиров и т.д.

Воздействие факторов профессиональной деятельности стюардесс на женский организм характеризуется выраженным изменением функционального состояния организма.

При исследовании состояния центральной нервной системы (ЦНС) у стюардесс методом отставленной речи выявлены изменения во время менструаций. У отдельных лиц испытываемое обычно во время месячных недомогание, повышенная раздражительность, боли в низу живота и т.д. в рейсовых условиях усиливались, что обусловлено значительной физической нагрузкой, утомлением, гиперемией органов малого таза, условиями работы (длительное положение стоя и постоянная ходьба) в течение полетного рейса. В связи с этим не рекомендуется принимать на работу женщин, страдающих дисменореей [20].

В работе С. Blanc., D. Digo, P. Moroni (1969) было показано, что психопатология стюардесс отличается от психопатологии мужского летного персонала в связи с иной психосоциализацией. У женщин чаще возникали невротические и депрессивные состояния, причем острые эмоциональные реакции конфликтного генеза в основном развивались на базе незрелости личности или невротического фона, эмоциональной лабильности и психоаффективной неустойчивости. Стюардессы наиболее чувствительны к профессиональным особенностям (усталость, смена климата, времени и т.п.). В 35 % случаев у стюардесс встречались невротические депрессии, в 40 % острые невротические реакции, затем структурированные неврозы, неврозы страха и изолированные психосоматические заболевания. Из этиологических факторов 80 % отводится конфликтам личного и социально-бытового характера и 20 % - профессиональным [21].

Ряд авторов считают, что стюардессы более всего подвержены нервно-психическим заболеваниям, т.к. их мотивации расплывчатые, у большинства отсутствует модель профессиональной деятельности, акцептора действия. Особенно это проявляется у профессионально неуспешных стюардесс, которые не вполне обладают такими важными качествами, как коммуникативность, общительность, эмоциональная устойчивость, дипломатичность, терпимое отношение к окружающим, стремление к профессиональному росту. При несоответствии требуемых и индивидуально-психологических свойств происходит резкая декомпенсация личности в связи с неблагоприятной для них ситуацией профессионального характера, нетождественности индивида содержанию профессии [12,13,15].

При изучении динамики психофизиологического состояния, связанного с десинхронозом, установлено, что недостаток сна у стюардесс ощущается в основном после первого перелёта при 10-часовых различиях в часовых поясах с частичной компенсацией во время короткого отдыха. Накопление дефекта сна нарушает его качество, что приводит к проявлению *Jel-lag* синдрома, или синдрома быстрого перемещения, включающего помимо этого усталость, снижение внимания, расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, физический дискомфорт и снижение работоспособности. Синдром может возникать даже при перелете из одного часового пояса в другой с разницей во времени 5 часов. При дальних рейсах продолжительность сна практически нормализовывалась после перелётов в направлении север - юг, а после перелётов в западном или восточном направлениях отмечалось низкое качество сна с сокращением его ночью на 1,5 ч. [12,26,27].

При обследовании стюардесс межконтинентальных авиалиний были выявлены признаки патоло-

гического утомления (переутомления), которое не уменьшалось после отдыха, развиваясь к вечеру, сохранялось утром. Помимо этого наблюдалась гиперсомния: сон при этом был глубокий, продолжительный (некоторые стюардессы по возвращении из рейса спали сутки и более). Когда наступала декомпенсация, гиперсомния сменялась бессонницей и другими расстройствами сна. Головные боли различного характера наблюдались с утра, с начала работы они проходили и возобновлялись после посадки. Развивались различные интолерантности к шуму, свету и другим физическим факторам [12,26,27].

Причиной возникновения у стюардесс острого хронического утомления, переутомления, а также других пограничных и патологических функциональных состояний были значительные физические нагрузки вследствие преимущественной работы стоя, в согнутом положении, транспортировки по салону различных предметов (багажа пассажиров, контейнеров с пищей), а также в результате прохождения значительных расстояний по воздушному судну в течение лётной смены (раздача пищи, оказание медицинской и других видов помощи). Так, при хронометраже рабочего времени стюардесс в рейсах продолжительностью от 1,2 до 1,5 часа обнаружилось, что 2/3 времени они проводят стоя и в согнутом положении тела при выполнении хозяйственных работ на кухонно-буфетном блоке, обслуживании пассажиров и экипажа. Хронометраж рабочего дня стюардесс при совершении полета по маршрутам Санкт-Петербург - Архангельск, Санкт-Петербург - Мурманск и обратно показал, что распределение времени в течение суток проходило следующим образом: ночной сон - 7 - 8 ч, путь на работу и обратно 3,5 - 4 ч, предполетная подготовка (предполетный медицинский осмотр, подготовка салона, получение необходимого имущества и

т.д.) - 2 - 2,5 ч, полет - 3 - 3,5 ч, посадка и разгрузка - 1,5 - 2 ч. Стюардессы подвергаются действию не только укачивания, связанному с горизонтальными и вертикальными перегрузками, но и с ускорениями Кориолиса, что подтвердилось данными по оценке вестибуло-соматических и вестибуло-вегетативных реакций. Установлено, что 66 % стюардесс испытывали дискомфорт от укачивания [12].

Влияние профессиональной деятельности стюардесс на специфические функции женского организма отмечено при хроническом действии факторов высотного полёта, вызывающих «стрессовый синдром» или «синдром внутренней десинхронизации», одним из проявлений которого служат нарушения менструального цикла. Так, 39 % стюардесс связывало возникновение расстройств с началом работы, а у 40 % обследованных наблюдавшиеся ранее нарушения усиливались или сохранялись, у 11 % имевшиеся до начала работы нарушения исчезали спустя некоторое время после вступления в должность. Наблюдались следующие виды нарушений: гиперменорея (20 %), дисменорея (17 %), полное нарушение регулярности менструального цикла (16 %), гипо- олигоменорея (9 %). У 48 % обследованных, имевших изменения менструального цикла, последние отмечались в период полета (у 20% - увеличение менструальных выделений; у 28 % - уменьшение). 38 % жаловались на боли в области тазовых органов после длительных полетов [23].

С появлением гражданской реактивной авиации занятые в ней стюардессы стали больше жаловаться на расстройства менструаций, хроническую усталость и снижение интегративных процессов ЦНС (объем, устойчивость, переключаемость внимания). У 37 - 60 % стюардесс менструальные кровотечения стали более обильными, а у 31 % продолжительность увеличилась на 2-3 дня. На турбовинтовых самолетах более тяжелые изменения наблюдались у 23 %, более продолжитель-

ЗАБОЛЕВАНИЯ	Стюардессы	Женщины РФ
ВСЕГО БОЛЕЗНЕЙ	59,7	51,5
инфекционные и паразитарные	5,1	2,0
новообразования	1,0	0,7
БОЛЕЗНИ крови и кроветворных органов	0,2	0,04
психической сферы	0,5	1,0
нервной системы и органов чувств	2,7	4,1
системы кровообращения	2,2	1,4
органов дыхания	28,9	20,1
органов пищеварения	1,0	2,6
кожи и подкожной сетчатки	1,2	3,2
эндокринной системы, расстройств питания, нарушений обмена веществ и иммунитета	2,2	0,36
мочеполовой системы	5,6	2,4
акушерской патологии	6,8	2,4
костно-мышечной системы и соединительной ткани	1,0	2,9
травмы и отравления	5,6	8,9

ные – у 12 % [10,11,17].

В.Ф.Шмидовой (1920) проводился анкетный опрос и исследовалось психическое, физическое состояние и особенности женской половой сферы у стюардесс, летавших на реактивных самолётах (ТУ-104, ТУ-124) и турбовинтовых (ТУ-114, ИЛ-18, АН-10, АН-24) на высотах 6 - 10 тыс. м, со средней продолжительностью работы 1-6 лет и налетом 3 - 4 тыс. часов в год. Во время полетов у 31% стюардесс автором отмечена гиперполименорея; 70,6 % указывали на появление болей в низу живота и в пояснице, головную боль, недомогание, повышенную раздражительность. У стюардесс, страдавших дисменореей и обильными месячными, работоспособность в полете значительно снижалась, что явилось основанием для отстранения их от полетов на турбореактивных самолетах. У стюардесс способность к зачатию не нарушалась, но при наступлении беременности частота патологии (ранний токсикоз, угроза прерывания беременности) возрастала. В связи с этим реко-

мендовалось переводить стюардесс на наземную работу с момента установления беременности [19,28].

Методом случайной выборки нами изучалась заболеваемость за 4 года у 419 стюардесс (г.Санкт-Петербург) в возрасте от 20 до 46 лет со стажем работы по специальности от 1 года до 20 лет и общим налетом от 500 до 10 000 часов. Проводился анализ официальной системы документов медицинского учета и отчетности (индивидуальных и групповых), выполнялись специальные клинико-физиологические и медико-социальные исследования. Сравнение показателей заболеваемости осуществлялось с данными заболеваемости трудящихся женщин аналогичного возраста по выборочному кругу предприятий Европейской части Российской Федерации (табл. 1, 2). Статистика заболеваемости анализировалась в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10) и Пособием по номенклатуре болезней и ведению медицинского учета больных воен-

нослужащих в ВС СССР (на мирное время) 1986 г.

Общий уровень первичной заболеваемости изучаемого контингента был в 1,2 раза выше, чем у женского населения России. Уровень обращаемости по инфекционным и паразитарным болезням был выше в 2,6 раза; по болезням эндокринной системы, нарушениям обмена веществ, иммунитета в 7,4 раза; по болезням крови и кроветворных органов - в 5,7; по болезням системы кровообращения - в 1,5, органов дыхания - в 1,4 раза.

В структуре инфекционной заболеваемости преобладали острые респираторные заболевания и грипп, причём с затяжным течением (в 2 раза продолжительнее в сравнении с контрольной группой), что обусловлено особенностью производственной сферы стюардесс. Помимо специфического неблагоприятного действия, шум и вибрация оказывают неспецифическое влияние на иммунологическую реактивность организма, в результате чего происходит снижение резистентности

к возбудителям острых респираторных вирусных инфекций. Кроме того, гипоксическая гипоксия, будучи сильным стрессором, вызывает выраженную активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и приводит к угнетению иммунологической реактивности [7,12,19].

В структуре терапевтической патологии преобладали вегетативные дисфункции по типу вегето-эмоциональной, вегето-сосудистой неустойчивости и нейроциркуляторной дистонии. В раз-

витии последних несомненно имеет значение чрезмерное нервно-эмоциональное напряжение, приводящее к нестабильности нейрогуморальных механизмов регуляции физиологических систем. Данные отклонения связывают с несовершенством адаптационно-регуляторных систем, истощением и "поломкой" физиологической адаптации, первичной гиперфункцией регуляторной системы, обеспечивающей приспособление организма к условиям стрессовых состояний. Имеющиеся данные

свидетельствуют о значительной роли щитовидной железы (ЩЖ) в процессе профессиональной адаптации. Нами у 17% стюардесс диагностирован эутиреоидный зоб, причем в первой возрастной группе (20-35 лет) – у 12%, а во второй (36-46 лет) – у 20% [8,12,25].

Касаясь патогенеза эутиреоидного зоба у стюардесс, следует отметить, что их профессия связана со стрессорным воздействием, которое преимущественно стимулирует деятельность над-

Сравнительная характеристика временной нетрудоспособности стюардесс (на 100 женщин по выборочным предприятиям европейской части РФ)

Таблица 2

Заболевания	Число случаев временной нетрудоспособности (в %)		Число календарных дней временной нетрудоспособности (в %)	
	стюардессы	все женщины РФ	стюардессы	все женщины РФ
кишечные инфекции	0,23	0,41	1,94	4,5
туберкулез органов дыхания	0,23	0,26	66,3	16,8
психические расстройства	0,49	1,44	24,3	22,2
болезни периферической нервной системы	1,94	1,96	41,9	23,5
болезни глаза и его придатков	0,97	1,18	11,4	14,9
болезни уха и сосцевидного отростка	1,70	0,79	25,0	8,2
гипертоническая болезнь (ГБ), ХИБС и сосудистые поражения мозга с гипертонией	0,73	2,81	10,2	36,5
ХИБС, другие болезни сердца без ГБ	1,71	1,10	37,9	25,8
острый фарингит и тонзиллит, ангина	1,94	4,15	28,2	29,5
другие	острые респираторные инфекции	25,0	20,9	274,3
	болезни верхних дыхательных путей	0,46	1,93	9,95
пневмония	0,73	0,69	15,8	14,9
грипп	3,64	3,78	36,4	25,6
болезни вен, артерий, артериол	0,49	0,74	15,0	14,0
язва желудка, двенадцатиперстной кишки	0,49	0,84	16,02	20,8
гастрит и дуоденит	0,49	1,26	11,2	14,7
болезни печени, желчного пузыря и поджелудочной железы	0,24	1,04	7,28	19,8
болезни почек и мочевыводящих путей	0,97	1,53	2,9	22,8
воспалительные болезни женской половой системы	3,64	2,66	52,3	42,0
акушерская патология	6,8	2,27	134,6	37,0
инфекции кожи и подкожной клетчатки	1,21	1,36	14,8	14,1
др. болезни кожи и подкожной клетчатки	0,49	0,83	4,8	11,4
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,49	6,47	14,8	86,0
травмы	5,58	4,44	101,5	107,4

почечниковой эндокринной оси. Подтверждением этому является выявленная нами физиологическая реакция со стороны картины периферической крови: нарастание кортикоидов вызывает повышение содержания эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитоз, эозинофилию, явления физиологической полицитемии. Учитывая последнее, можно предположить, что эутиреоидный диффузный зоб является следствием срыва адаптации у обследованного контингента женщин, у которых под влиянием эндогенных и экзогенных факторов профессиональный стресс стал патогенным и вызвал болезнь адаптации. Поскольку частота оказалась в 1,7 раза выше во второй возрастной группе, то, оценивая данный факт с точки зрения развития приспособительных реакций, правомерно утверждать, что у них возникла общая неспецифическая адаптационная реакция [2,5,8,12].

У стюардесс заболевания половой системы, осложнения беременности, родов и послеродового периода выявлены в 2,4 и 2,9 раза чаще, чем в среднем по популяции. В структуре гинекологической патологии нарушения менструальной функции составляют 12 %, а воспалительные заболевания половых органов – 59%. Трудопотери у стюардесс по воспалительным заболеваниям женской половой сферы в 1,2 раза выше, чем в сравняемой группе, а по осложнениям беременности и послеродового периода – в 3,6 раза больше. Повышенная частота патологии беременности и гинекологических заболеваний у стюардесс обусловлена вредными и опасными производственными факторами, угрожающими репродуктивной функции при дезадаптации к экстремальным воздействиям [1,8,12,16].

Показатели заболеваемости болезнью уха и сосцевидного отростка выше у стюардесс в 2,2 раза, а по числу трудопотерь –

в 3,1 раза по сравнению с контролем, что является следствием шумового и вибрационного воздействия на орган слуха [9,12].

Травмы у стюардесс по числу временной нетрудоспособности превысили показатели контрольной группы в 1,3 раза. Н.Ф.Измеров, Х.Г.Хойблайн (1985) считают, что по меньшей мере 2/3 травм у женщин, повлекших к утрате трудоспособности, следует отнести за счет бытовых и 1/3 за счет травм на производстве. У стюардесс обнаружилось иное соотношение, поскольку большая часть травм связана у них с работой (перемещение по трапу самолета, ушибы, растяжения связок нижних конечностей).

Продолжительное течение болезней периферической нервной системы подтверждает положение о том, что труд стюардесс связан с перенапряжением нервно-мышечного аппарата [6].

Повышение показателя по новообразованиям в 1,4 раза в сравнении с контролем, позволяет рассматривать стюардесс как группу риска по онкозаболеваниям, ибо известны данные о повышении опухолевых заболеваний у женщин, работающих на транспорте и подвергающимся в процессе трудовой деятельности нервно-эмоциональным перегрузкам [4,12,18].

Таким образом, результаты исследования позволяют сделать заключение о том, что профессиональная деятельность стюардесс оказывает неблагоприятное влияние на организм. Труд стюардесс сопровождается повышенной соматической и акушерско-гинекологической заболеваемостью и временной утратой трудоспособности. В процессе профессионального психологического отбора стюардесс и при проведении медицинского обследования необходимо учитывать особенности их заболеваемости, связанные с профессиональной дея-

тельностью стюардесс, которая характеризуется комбинированным влиянием экстремальных факторов и стрессорных воздействий, приводящих к стойким нарушениям механизмов адаптации. Учитывая высокую занятость женщин в авиации (до 2/3 от всей численности бортпроводников, 15 тыс. по РФ), приведенные данные свидетельствуют о необходимости расширения исследований, направленных на выявление производственных факторов риска профессиональной заболеваемости и ее профилактику с целью улучшения медицинского обеспечения стюардесс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Т.И. Адаптивные процессы в популяции человека. - М.: Изд-во МГУ, - 1986. - 215 с.
2. Баевский Р.М. Оценка и классификация уровней здоровья с точки зрения теории адаптации // Вестн. АМН СССР. - 1989. - № 8. - С. 73-78.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: Наука, 1988. - 270 с.
4. Бульбурян М.А. Особенности распространения злокачественных образований в профессиональных группах женщин (дискриптивное эпидемиологическое исследование) // Мед. труда. 1993. - № 5-6. - С. 1-3.
5. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптивные реакции и резистентность организма. - 3-е изд., доп. - Ростов н/Д: Изд-во: Рост. ун-та, 1990. - 233 с.
6. Гигиена труда женщин / Под рук. Н.Ф. Измерова, Х.-Г. Хойблайн - М: Медицина; Берлин: Народ и здоровье, 1985. - 237 с.
7. Гришина Т.И., Суворова К.О. Иммуномодулирующее влияние шума // Мед. труда. - 1997. - № 3. - С. 26-29.
8. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. - Новосибирск: Наука, 1980. - 191 с.
9. Крылов Ю.П., Иванов В.В.

Профессиональное здоровье
летчиков и летное долголетие. - М.,
- 1989. - С. 12-15.

10. Мутке Х.Г. Проблемы
гинекологии и здоровья стюардесс
при сверхзвуковых полетах. - ФРГ.
Авиац. гинеколог. центр. - 1960. -
32с.

11. Мутке Х.Г. Усталость и стресс
среди стюардесс при полетах на
большие расстояния. - ФРГ. Авиац.
гинеколог. центр. - 1960. - 21 с.

12. Пешков В.В. Динамика
психофизиологического состояния
стюардесс в процессе
профессиональной деятельности
(применительно к
профессиональному
психофизиологическому отбору
военнослужащих женщин: Дис. ...
канд. мед. наук. - СПб - 1997. -
242 с.

13. Свинников С.Г. Психиатрия и
психология в авиации (По
материалам зарубежной печати). -
М.: ГОСНИИГА, 1973. - 40 с.

14. Суворов Г.А., Старожук И.А.,
Цейтлина Г.С., Лагутина А.А.
Прогностическая оценка и риск
развития вибрационной патологии
от воздействия общей вибрации //
Мед. труда. - 1996. - № 12. - С. 1-5.

15. Ушакова Н.В.
Профессиональная пригодность,
мотивы и ценностные ориентации /
Тр. ГОСНИИГА, - М., 1983. -
Вып.221. - С. 37-41.

16. Фридлянд И.Г. Гигиена труда
женщин. - Л.: Медицина, 1976. -
208 с.

17. Чапек А.В., Славенчинская Р.С.,
Бобер Ф.П. Особенности
физиологии труда бортпроводниц
газотурбинных самолетов.
Вопросы авиационной медицины,
1966, стр. 100-103

18. Шишкан Н.М. Социально-
экономические проблемы женского
труда. - М.: 1980. - С. 144.

19. Шмидова В.Ф. Влияние
повышенного и пониженного
давления на менструальный цикл и
беременность у женщин: Отчет о
НИР. - №787. - ВМА - Л., 1967. -
13 с.

20. Шмидова В.Ф. Стато-
кинетическая устойчивость у
женщин-бортпроводниц: Отчет о
НИР. - N 99-75-ВАП., - ВМА - Л.,

1975. - 23 с.

21. Blanc C.J., Digo R., Moroni P.
Psychopathology of Airline
Stewardesses. - *Aerosp. Med.* -
1969. - Vol.40, N 2. - P. 184-187.

22. De Georgi L., Altomare D
Modification of the immune system
fooling mental and physical stress // *J.
Appl. Phys.* - 1992. - Vol. 90, 2. - P.
99-107.

23. Iglesias R., Ferres A., Chavarria A.
Disorders of the menstrual cycle in
airline stewardesses // *Aviat. Space
Environm. Med.* - 1980. - Vol. 51, N.5.
- P. 518-520.

24. Jones D.R. Psychiatric
assessment of female fliers at the US
Air Force School of Aerospace
Medicine (USAFSAM) // *Aviat. Space
Environm. Med.* - 1983. - Vol.54,
N.10. - P. 929-931.

25. Coculesai M.
Psychoneuroendocrine stress-
induced syndromes. *Rev. roum.
morphol. embriol. et phisiol.* - 1989. -
26, Vol. 26, №3. - С. 233-250.

26. Sasaki M., Kurosaki Y., Tahahoshi
F. Changes in sleep during multiple
layover polar flight-sleep longitudy //
Jap. Psychiat. and Neurol. - 1988. -
Vol.42, N. 1. - P. 171.

27. Sasaki M. Is it possible to pervent
jet lag? // *Asian Med. J.* - 1993.
Vol.36, N.2. - P. 61-69.

28. Scholten P. Pregnant stewardess-
should she fly? // *Aviat. Space
Environm. Med.* - 1979. - Vol.47, N.1.
- P. 77-81.



И. Е. ЗАЗЕРСКАЯ, Э. К. АЙЛАМАЗЯН,
Н. В. КОРНИЛОВ, А. С. АВРУНИН,
А. М. СУХАНОВА

НИИ акушерства и гинекологии
им. Д. О. Отта РАМН,
Лаборатория изотопных исследований
Российского НИИ травматологии
и ортопедии им. Р. Р. Вредена,
Санкт-Петербург

ИНСУЛИН-КОРТИЗОЛОВЫЕ СДВИГИ В СТРУКТУРЕ ПРОСТРАНСТВЕННО- ВРЕМЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН С ОСТЕОПОРОЗОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

На основании результатов исследования 58 пациенток с остеотомиями длинных костей или эндопротезированием крупных суставов нижних конечностей разработан алгоритм определения гуморальных факторов с учетом околонеделных колебаний их уровня. Используя этот алгоритм у 20 женщин с остеопорозом в постменопаузе, оценивали содержание в крови инсулина и кортизола. У всех пациенток на момент обследования отсутствовали климактерические проявления, выраженные клинические признаки соматической и эндокринной патологии. Выделены 5 вариантов колебаний уровня показателей: в пределах границ нормы (5% случаев); периодическое снижение уровня инсулина (30%); периодическое увеличение содержания кортизола (35%); периодическое понижение уровня инсулина и возрастание кортизола (25%); периодическое повышение уровня обоих гормонов (5%).

Согласно предложенной ранее концепции остеопороз - синдром, развивающийся в процессе адаптационной перестройки метаболизма клеток костной ткани в ответ на происходящие в организме метаболические сдвиги различной этиологии [2, 3]. В результате этого наряду с накоплением качественных и количественных изменений в ультраструктуре костного матрикса имеет место постепенная потеря костной массы и снижение прочностных свойств кости. Такое накопление обеспечивается ауторегуляторным механизмом воспроизведения костного матрикса, который, с одной стороны, при изменении действия внескостных факторов минимизирует возникновение новых сдвигов, а с другой - приводит к воспроизведению ранее возникших отклонений. Одним из важнейших условий постоянного прогрессирования остеопоротического синдрома является высокая активность обмена костной ткани, что позволяет регистрировать даже краткосрочные регуляторно-метаболические отклонения в виде структурных изменений в тех зонах, где в этот момент осуществляется остеогенное¹ и остеокластно-остеобластное² ремоделирование. Причина подобного выхода уровня

различных регуляторов и метаболитов за пределы границ нормы связана с колебательным характером изменений их содержания. По нашему мнению, именно это объясняет, почему в подавляющем большинстве случаев формирование остеопороза, как подчеркивают Ю. Франке и Г. Рунге [6], связано с действием нескольких факторов, которые в каждом конкретном случае едва ли возможно определить.

Остеопороз у женщин в постменопаузе мы рассматриваем как манифестацию процесса старения организма, характеризующегося формированием сдвигов в структуре пространственно-временной организации функций³ в целом, а не только в костной ткани. Поэтому, кроме изменений уровня в крови половых гормонов, следует ожидать сдвигов в концентрации и других факторов, например, кортизола и инсулина, являющихся в том числе и регуляторами метаболизма клеток костной ткани. В пользу этого свидетельствует снижение костной массы при инсулинзависимом сахарном диабете [8], а также тот факт, что введение метилпреднизолона взрослым кроликам в течение 5 - 9 недель индуцирует гибель остеоцитов в головке бедренных костей на фоне нормального внутри-

1 - Остеогенное ремоделирование ограничено прелакунарной областью и вызвано действием на остециты различных факторов, в том числе нейрогуморальных влияний, механической нагрузки и т. п. В результате перестройки окололакунарного матрикса меняются распределение и состав образующих его компонентов. Форма и структура костного органа при этом сохраняются [3].

2 - Остеокластно-остеобластное ремоделирование приводит к изменению не только структуры костного органа, но также его размеров и формы. Состоит из 4 этапов: формирование участков активного ремоделирования (гибель остеоцитов), резорбция костного матрикса остеокластами, формирование органического матрикса и формирование минерального матрикса. Последние два этапа обеспечиваются остеобластами [3].

3 - Сущность понятия пространственно-временной организации функций связана с тем, что все элементы организма разделены пространственно, в соответствии с этим дифференцированы и их функции. При этом их взаимодействие меняется во времени. Тем самым рассматриваемое понятие включает в себя законы, обеспечивающие не только целостность организма, но и изменение характера межфункциональных связей во времени.

Журнал
акушерства
и женских
болезней



костного давления и сопротивления венозного оттока [9]. Авторы последней работы объясняют патологический процесс прямым цитотоксическим воздействием стероидов на остециты, что и является пусковым моментом в генезе не-traвматического остеонекроза. Аналогичные результаты получили Lehtan с соавторами [7], которые в эксперименте вызывали остеопению с помощью преднизолона и выявили корреляцию между повышением уровня кальциомодулина и количеством жизнеспособных остецитов и остеобластов. По их мнению, эффект стероида опосредован действием кальциомодулина как на коллагеновый матрикс, так и на кальциевый гомеостаз.

Цель: определить характер инсулин-кортизоловых сдвигов в структуре пространственно-временной организации функций у женщин с остеопорозом в постменопаузе.

Для выполнения поставленной цели были решены две задачи:

- установлены периоды колебаний уровней кортизола и инсулина в крови и на этой основе разработан алгоритм, позволяющий повысить вероятность выявления краткосрочных отклонений их содержания за пределы нормы;

- используя разработанный алгоритм, исследованы уровни кортизола и инсулина у женщин с остеопорозом в постменопаузе.

Материал и методы

Обследованы две группы больных. В первой определяли период колебаний в крови уровней инсулина и кортизола. Для этого у 58 пациенток с остеотомиями длинных костей или эндопротезированием крупных суставов нижних конечностей произвели методом РИА 157 исследований в сыворотке крови кортизола и 163 - инсулина. Забор крови осуществляли в 9 часов утра однократно до операции, а затем в динамике по скользящему графику таким образом, чтобы для каждого показателя получить динамический ряд ежедневных наблюдений в течение месяца после операционной травмы. В качестве математической модели процесса был выбран сглаживающий

полиномиальный сплайн четвертого порядка (параметры модели $P=0,7$, уровень значимости $P<0,05$).

Вторую группу составили 20 пациенток в постменопаузе длительностью 5 – 8 лет с остеопорозом, из них 8 находились в естественной постменопаузе (средний возраст - 57,3 года, $s=4,7$) и 12 вступили в нее после хирургического вмешательства (средний возраст - 43,5 года, $s=7,7$). Показаниями к оперативному лечению явились миома матки, аденомиоз, эндометриозные кисты и другие доброкачественные кисты яичников. У 10 больных произведены экстирпация матки и двухсторонняя овариэктомия, у двух - экстирпация матки, односторонняя овариэктомия и резекция второго яичника. Диагнозы были подтверждены гистологически. У всех пациенток на момент обследования отсутствовали климатерические проявления, выраженные клинические признаки соматической и эндокринной патологии. Никакой гормонзаместительной терапии не проводилось. Жалоб, характерных для остеопороза, больные не предъявляли, потеря костной массы была впервые диагностирована при диспансерном обследовании.

Сдвиги в репродуктивной сфере были подтверждены уровнями эстрадиола, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, которые составили $0,26\pm0,07$ нмоль/л, $89,6\pm0,4$ МЕ/л, $32,7\pm0,09$ МЕ/л соответственно.

Во второй группе пациенток инсулин и кортизол определяли методом РИА восьмикратно согласно следующему алгоритму: второй забор крови осуществляли на следующий день после первого, третий - на вторые сутки после второго, четвертый - на третьи после третьего и т. д. со сдвигом на один день. Забор крови из вены производили в 9 часов утра. Использовали коммерческие наборы РИО-ИНС-ПГ-¹²⁵I (СП «Беларусь»), РИА-кортизол-ПР (СП «Беларусь»), РИА-эстрадиол-СТ (СП «Беларусь»), FSH IRMA («Immunotech»), LH IRMA («Immunotech»).

Оценку минеральной плотности

костной ткани проводили методом двойной фотонной рентгенологической абсорбциометрии на денситометре QDR4500 ELITE «Hologic». Средние значения Т-критерия в зоне L_1-L_{IV} у пациенток с хирургической постменопаузой составили $-2,64\pm0,2$, а с естественной $-2,71\pm0,9$.

Результаты и их обсуждение

Согласно результатам, полученным при обследовании первой группы больных, уровни кортизола и инсулина колеблются с околонедельной периодичностью 4,2 сут. ($s=1,9$ сут) и 4,2 сут. ($s=1,5$ сут) соответственно. Обращает на себя внимание тот факт, что даже после тяжелой операционной травмы их отклонения укладываются преимущественно в границы нормы (см. графики). Наблюдаемые амплитудные выбросы имеют краткосрочный характер. Разработанный нами алгоритм динамического обследования существенно ($P<0,05$) увеличивал вероятность выявления этих сдвигов в условиях непостоянной длины периода.

Проведенное в соответствии с ним исследование женщин в постменопаузе с остеопорозом позволило выделить пять вариантов изменений структуры пространственно-временной организации функций:

I. Колебания уровней инсулина и кортизола происходят в пределах границ нормы. Этот вариант выявлен только у одной из 20 пациенток, то есть лишь в 5% случаев у женщин с остеопорозом в постменопаузе не наблюдалось даже кратковременных сдвигов содержания исследуемых показателей за рамки нормальных величин.

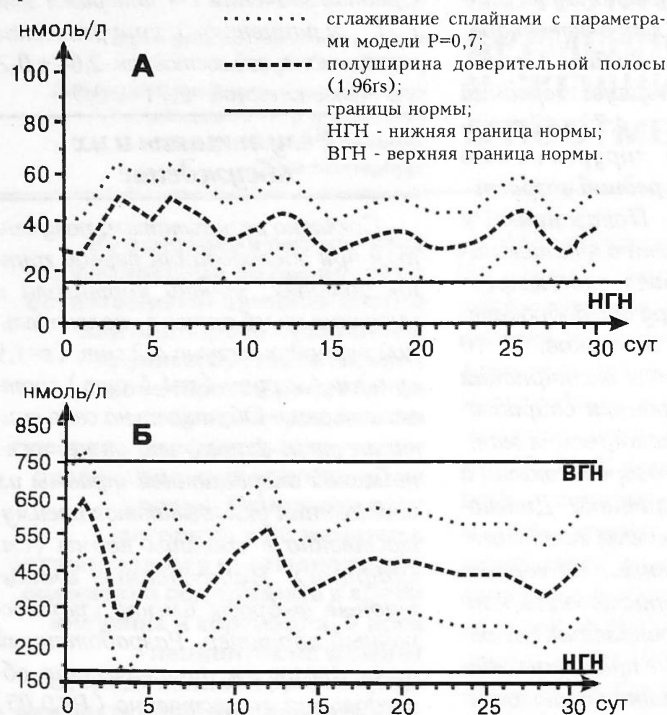
II. Периодическое снижение уровня инсулина (1–2 раза) установлено у 6 обследованных (30%).

III. Периодическое увеличение содержания кортизола имело у 7 больных (35%), в основном сдвиг проявлялся 1–2 раза, и только у одной пациентки он демонстрировал постоянный характер.

IV. Периодическое понижение уровня инсулина и возрастание кортизола констатируется в 5 наблюдениях (25%). Преимущественно

Результаты математического моделирования динамики уровней инсулина и кортизола в крови после ортопедических операций.

По горизонтальной оси - время после операции (сут.); по вертикальной оси - уровень гормонов в сыворотке крови (нмоль/л). А - динамика уровня инсулина, Б - динамика уровня кортизола.



это происходило 1-2 раза, причем отклонения концентрации показателей за пределы границ нормы чаще не совпадали по времени.

V. Периодическое повышение уровня обоих гормонов отмечено только у одной пациентки (5%).

Исходя из того, что у лиц с естественной и хирургической постменопаузой второй, третий и четвертый варианты эндокринных ответов встречались с одинаковой частотой, можно заключить, что при длительности постменопаузы 5-6 лет причина ее возникновения не влияет на характер сдвигов в содержании инсулина и кортизола.

На основании полученных данных рассмотрим проблему причинности в патогенезе формирования остеопороза в постменопаузе. Казалось бы, результаты настоящего исследования свидетельствуют в пользу остеопенического действия инсулина и кортизола на фоне гипопострогенного состояния. Однако, по нашему мнению, подобный вывод неправомерен. Мы расцениваем результаты как дополнительное свидетельство глубокого изменения структуры пространственно-временной организации функций во

всем организме, а остеопения, выключение репродуктивной системы, сдвиги в содержании половых гормонов, кортизола и инсулина есть только манифестация этого. Мы согласны с концепцией В. М. Дильмана [4], трактующего климакс как болезнь репродуктивного гомеостата, и предлагаем рассматривать остеопороз как пространственную «фотографию» длительно существующих многогранных регуляторно-метаболических сдвигов, часть из которых носит краткосрочный, а часть - постоянный характер.

В этой связи понятна низкая эффективность медикаментозного лечения остеопороза, в том числе посредством гормонзаместительной терапии. Вряд ли кто-то подвергнет сомнению необходимость в каждом конкретном случае патогенетически обоснованных индивидуальных мер. Однако отсутствие возможности детального обследования больных и полиэтиологичность формирования остеопоротических сдвигов не позволяют решить эту проблему. Именно поэтому мы считаем перспективным применение у данного контингента больных методов адаптационной медицины [1, 5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Аврунин А.С., Абелева Г.М. О возможностях неспецифической подготовки больных к плановым оперативным вмешательствам (некоторые соображения, основывающиеся на анализе литературы) // Травматол. и ортопед. России. - 1994. - N 1. - С. 134-146.
2. Аврунин А.С., Корнилов Н.В., Суханов А.В. Позиционные регуляторы костной ткани - основа ауторегуляторного механизма развития и воспроизведения остеопороза // Морфология. - 1998. - N 4 - С. 7-12.
3. Аврунин А.С., Корнилов Н.В., Суханов А.В., Емельянов В.Г. Формирование остеопоротических сдвигов в структуре костной ткани (костные органы, структура костной ткани и ее ремоделирование, концепция патогенеза остеопороза, ее диагностики и лечения). - СПб.: Ольга, 1998. - 67 с.
4. Дильман В.М. Четыре модели медицины. - Л.: Медицина, 1987. - 287 с.
5. Корнилов Н.В., Карпцов В.И., Новоселов К.А., Аврунин А.С. Адаптация организма к травме // Юбилейная научная сессия Саратовского НИИ травматологии и ортопедии. Сборник научных трудов. Саратов, 1995. - С. 99-106.
6. Франке Ю., Рунге Г. Остеопороз. - М.: Медицина, 1995. - 300 с.
7. Lehman W., Solomons C., Hollister J. Calmodulin activity in corticosteroid-induced osteopenia // Clin. Orthop. - 1984. - N 187. - P. 300 - 307.
8. McNair P. et al. Bone mineral loss in insulin-treated diabetes mellitus: studies on pathogenesis / P. McNair, S. Madsbad, M. Christiansen et al. // Acta Endocrinol. - 1979. - V. 90, N 3. - P. 463 - 472.
9. Warner J. et al. Studies of nontraumatic osteonecrosis. Manometric and histologic studies of the femoral head after chronic steroid treatment: an experimental study in rabbits / J. Warner, J. Philip, G. Brodsky et al. // Clin. Orthop. - 1987. - N 225. - P. 128 - 140.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРИАНТА ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО МОНОХЛАМИДИОЗА

Использованные в исследовании современные методы – люминесцентный и лектиноцитохимический позволили представить топографию экспрессии рецепторов для биогенных аминов, катехоламинов и пектинов (углеводных соединений), что отражает функциональные потенции клеток слизистых оболочек и клеток иммунной системы при урогенитальном хламидиозе.

В многочисленных работах [2,3,7,8,13] показано, что *S. trachomatis* способны индуцировать различные изменения в иммунном ответе. Большое внимание при урогенитальном хламидиозе уделяется состоянию факторов неспецифической защиты организма, и в частности – функции нейтрофилов. Нейтрофилы рассматриваются как иммуноэффекторные клетки, главная функция которых – антимикробная. Несомненно степень сбалансированности различных звеньев и компонентов иммунной системы является наиболее важным диагностическим и прогностическим признаком при урогенитальном хламидиозе и может быть использована в качестве контроля за эффективностью проводимого лечения.

Материалы и методы

Иммунологический анализ нами был проведен у 117 (30,4%) женщин и 17 (19,1%) мужчин, у которых методами ПИФ и ПЦР выявлены *S. trachomatis*. Средний возраст больных составил – 23,6±1,2 года. Диагноз подтверждался определением специфических противохламидийных антител класса А (IgA), G (IgG) и М (IgM), нарушение уровня которых является маркером инфекционно-воспалительного хламидийного процесса.

Результаты исследования

При варианте острого течения урогенитального хламидиоза, установленном у 41 (35%) женщины и 17 обследованных мужчин, у всех обнаружено повышение уровня специфических антител хламидийных IgA и IgM в сыворотке крови.

Второй вариант хронического течения, установленный у 76 (64,9%) женщин, характеризовался повышенным уровнем специфических IgG, но не IgA и IgM в сыворотке крови.

Весь объем комплексного клинико-лабораторного и иммунологического исследования при различных вариантах течения монохламидийной инфекции – остром и хроническом – проводился в сравнении с показателями 34 здоровых женщин – посетительниц кабинета медицинских осмотров, профилактических медицинских осмотров, средний возраст которых составил – 21,2±0,6 лет.

Оценка состояния гуморального иммунитета. Результаты изучения состояния В-звена иммунитета, выраженные абсолютным и относительным содержанием В-лимфоцитов у обследуемых больных, свидетельствуют об определенной его активации, и его показатели были равны соответственно 12,08±1,03% и 0,21±0,04 x 10⁹/л, против – 11,01±2,8% и 0,24±0,03 x 10⁹/л у здоровых женщин (p<0,05). Далее у этих женщин (29 из 41) провели определение количества иммуноглобулинов в сыворотке крови. Результаты исследования представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, у большинства обследованных обнаружено увеличенное содержание IgM и IgA, но не IgG. По-видимому, умеренное, но не достоверное повышение продукции В-лимфоцитов сопровождается определенным увеличением концентрации иммуноглобулинов, в частности IgA. Полученные результаты документировали правильность выделения в рабочей классификации

Сравнительная характеристика гематологических показателей при монохламидийной инфекции

Таблица 1

Монохламидиоз	Hb	Лейкоциты 10 ⁹ /л	Нал., %	Сегм., %	Э., %	Лимф., %	Моно., %	СОЭ, мм/час
Острый	140±3,9	7,6±0,8	3,1±0,6	58±5,5	5,0±0,8	24,1±2,8	5,0±0,6	7,3±1,8
Хронический	142±4,0	7,1±1,1	3,4±0,7	53±3,9	4,7±0,6	20,1±2,0	5,4±1,0	8,2±2,5

Содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови женщин с монохламидийной инфекцией

Таблица 2

Число обследо- ванных	Содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови больных					
	IgM, г/л		IgA, г/л		IgG, г/л	
	0,7 - 1,4	1,5 - 3,0	0,7 - 0,2	2,1 - 4,5	7,6 - 12,3	12,6 - 20
n=29	4	5	6	7	4	3

урогенитального хламидиоза варианта острого течения моноинфекции, и, как будет показано ниже, эти же показатели были отличны у лиц, отнесенных в группу (вариант) с хроническим течением моноинфекции.

Оценка состояния клеточного иммунитета проводилась согласно методике Р.В. Петрова и соавт. [12] у 29 пациентов варианта моноинфекции с острым течением.

При обследовании 29 пациенток с моноинфекцией обнаружено достоверное снижение как относительного, так и абсолютного количества Т-лимфоцитов (соответственно 42,8±7,2% и 3,14±8,1 x 10⁹/л) по сравнению со здоровыми женщинами (48,15±4,2% и 3,81±2,3 x 10⁹/л). Содержание субпопуляций Т-клеток, несущих поверхностные антигены CD3+, CD4+, CD8+, CD16+ , и иммунорегуляторный индекс (ИРИ) - отношение CD4+/CD8+ представлены в табл. 3.

Как видно из показателей, представленных в табл. 3, при моноинфекции отмечено умеренное снижение незрелых лимфоцитов (CD3+), Т-хелперных (CD4+) и Т-супрессорно-цитотоксических (CD8+) регуляторных субпопуляций лимфоцитов. В то же время не установлено нарушений их соотношения (CD4+/CD8+), если не считать тенденцию к незначительному увеличению коэффициента CD4+/CD8+ по процентному содержанию клеток (1,12±0,8) в сравнении со здоровыми женщинами (0,9±0,4; p<0,05).

Обращает на себя внимание факт снижения (табл. 3) уровня CD16+ (NK-клеток или больших гранулярных лимфоцитов), совпадающий по времени (исследование Т-лимфоцитов, NK-клеток и иммуноглобулинов проводилось в одно и то же время) с развитием повышенного уровня иммуноглобулинов IgM и IgA (табл. 2). Интересно, что супрессорный NK-

клеточный эффект может включаться лимфокинами [1], образующимися при активации В-лимфоцитарного механизма иммунитета. Показано, что гранулоциты периферической крови также подавляют активность НК-клеток, что связывают [11] с выделением ими устойчивого к нагреванию ингибитора протеаз. При недостатке НК-клеток и низкой их функциональной активности эти клетки не способствовали ликвидации инфекции на ранних стадиях и далее наступала ее генерализация с развитием лихорадки [1].

Состояние факторов неспецифической защиты при моноинфекции. Фагоцитарная активность нейтрофилов исследована у 41 женщины и 17 мужчин. Оценивали следующие показатели фагоцитоза: фагоцитарный индекс, фагоцитарное число, фагоцитарный показатель, тест НСТ.

Функциональная активность фагоцитов периферической крови больных с монохламидийной инфекцией

Таблица 3

Показатель	Здоровые, n=34	Больные МХИ		
		женщины, n=41	мужчины, n=17	среднее число
Фагоцитарный показатель, %	67,1±3,8	58,02±4,1	57,3±6,1	57,7±5,1
Фагоцитарное число, %	4,8±1,4	6,15±2,1	5,8±4,3	5,9±3,2
Фагоцитарный индекс	3,2±0,05	3,5±0,08	3,3±0,2	3,4±1,4
НСТ-тест: положительные клетки, %	80,61±1,6	72,04±5,6	74,1±6,2	73,07±5,9
Цитохимический показатель	0,86±0,04	0,78±0,68	0,69±0,01	0,71±0,3

Исследование изменений в системе клеточного и гуморального звеньев неспецифической защиты у лиц с моноинфекцией показало достоверное снижение фагоцитарной функции нейтрофилов. Показатели фагоцитарной активности нейтрофилов представлены в табл. 3.

Как представлено в табл. 3, процент нейтрофилов, вступивших в фагоцитоз, хотя и имел тенденцию к снижению, но достоверно не отличался от данных контрольной группы ($57,7 \pm 5,1\%$ и $67,1 \pm 3,9\%$ соответственно). Полученные данные у женщин и мужчин сходны ($58,02 \pm 4,1\%$ - у женщин и $57,32 \pm 6,1\%$ - у мужчин). Представляется возможным утверждать, что у больных моноинфекцией с острым течением способность нейтрофилов к поглощению чужеродных веществ сохранена. Более того, интегральный фагоцитарный индекс даже несколько повышался и превышал показатели у здоровых ($3,4 \pm 1,4$ и $3,2 \pm 0,05$ соответственно). Связано это с заметным повышением фагоцитарного числа, т.е. среднего числа частиц латекса, поглощенных фагоцитированной клеткой, которое (у женщин и мужчин) превышало таковое у здоровых ($4,4 \pm 1,4$ и $3,2 \pm 0,05$ соответственно).

Представленные особенности подтвердились и в НСТ-тесте (табл. 3). Спонтанное восстановление НСТ, как известно, свидетельствует о «метаболическом взрыве», возникающем в нейтрофиле в связи с фагоцитозом. У обследованных нами больных с моноинфекцией этого не наблюдалось. Количество диформазон-положительных клеток было несколько снижено в сравнении с группой контроля ($73,07 \pm 5,9$ и

$80,61 \pm 1,6$ соответственно). Поскольку НСТ-тест позволяет характеризовать ферментные системы, а интенсивность восстановления НСТ отражает энергетические процессы, обеспечивающие появление биоокислителей с бактерицидным действием (перекись водорода, супероксидный анион-радикал, синглетный кислород, гидроксильный радикал), полученные результаты вычисления среднего цитохимического коэффициента реакции незначительно отличаются от результатов, полученных у здоровых ($0,73 \pm 0,3$ и $0,86 \pm 0,04$ соответственно), что свидетельствует о слабом или неадекватном «метаболическом взрыве» нейтрофилов пациентов с моноинфекцией. Полученные данные документируют отсутствие или слабо выраженный завершённый фагоцитоз. По-видимому, это и обуславливает активность монохламидийной инфекции.

Следовательно, у больных моноинфекцией бактерицидная функция нейтрофилов недостаточна, т.е. речь должна идти о необходимости повышения активности неспецифических факторов защиты или оптимизации методов терапии моноинфекции.

Оценка интерфероновой статус при моноинфекции.

В связи с большой ролью цитокинов в развитии урогенитального хламидиоза и, в частности, ролью интерферонов (ИФН), обладающих не только противовоспалительным, но и иммуномодулирующим действием, в данном разделе работы предпринято изучение ИФН-статуса у больных с моноинфекцией (у 20 женщин и 5 мужчин).

ИФН-статус устанавливали, исследуя следующие параметры: уровень суммарного ИФН в кро-

ви, а также α - и β -типов ИФН, способность лейкоцитов крови больных продуцировать α -, β - и γ -типы ИФН *in vitro* под воздействием циклоферона.

Интерфероновый статус определяли микрометодом С.С. Григоряна и Ф.И. Ершова [4] в цельной гепаринизированной крови.

В контрольной группе (здоровые женщины - 5) показатели ИФН в сыворотке составили $10,5 \pm 1,1$ ЕД/мл, способность к образованию α - и β -ИФН - $48,6 \pm 3,9$ ЕД/мл, γ -ИФН - $18,0 \pm 2,1$ ЕД/мл. Показатели интерфероновой статус у пациентов с моноинфекцией представлены в табл. 4.

Как видно из табл. 4 уровень сывороточного ИФН (α - и β -ИФН - $11,2 \pm 1,0$, а γ -ИФН - $14,3 \pm 1,2$) выше, чем в группе контроля (γ -ИФН-0), что убедительно указывает на наличие в организме пациентов острого инфекционного процесса - моноинфекции. Полученные данные вполне совпадают с результатами других исследователей [4,9,15].

Поскольку вирусы более чувствительны к действию ИФН (особенно γ -ИФН), чем бактерии, то у пациентов с высоким уровнем ИФН в крови развитие вирусных инфекций могло подавляться (или они могли переходить в латентную форму), поэтому хламидийный процесс выявлялся как моноинфекция. Об этом же свидетельствуют результаты изучения интерфероновой статус больных с урогенитальным хламидиозом, проведенного Н.Г. Логиновой и соавт. [9].

Итак, для пациентов с моноинфекцией характерны повышенные уровни сывороточного ИФН и спонтанной продукции ИФН лейкоцитами, что свидетельству-

Показатели ИФН-статуса у больных моноинфекцией (ЕД/мл)

Таблица 4

Всего обследованных	Способность к образованию ИФН		Сывороточный ИФН	
	α - и β -ИФН	γ -ИФН	α - и β -ИФН	γ -ИФН
здоровые, n=5	$48,6 \pm 3,9$	$18,0 \pm 2,1$	$10,5 \pm 1,1$	0
монохламидиоз, n=25	$40,7 \pm 2,1$	$14,3 \pm 1,2$	$11,2 \pm 1,1$	$14,3 \pm 1,2$

ет об остроте протекания инфекционного процесса.

Состояние местного иммунитета у больных с урогенитальным хламидиозом.

Как и в других системах организма, сообщающихся с внешней средой, местная иммунная система урогенитального тракта обусловлена его анатомо-физиологическими особенностями, наличием нормальной микрофлоры, специфическими и неспецифическими факторами. Урогенитальный тракт не только является местом реализации иммунологических процессов, но и активно участвует в них, выполняя одновременно роль органа иммуногенеза.

Проведено иммунологическое исследование влагалищных выделений у 11 больных с острым течением монохламидийной инфекции. Забор материала проводили в позднюю фолликулиновую фазу менструального цикла. В полученном материале определяли уровень иммуноглобулинов - sIgA, IgA, IgM, IgG по Манчини [6].

У здоровых женщин (контрольная группа - 5) концентрация иммуноглобулинов в отделяемом полового тракта в несколько раз меньше, чем в сыворотке крови. В отделяемом вагины средняя концентрация IgG колебалась в пределах 0,06 - 0,28 мг/мл, IgA - 0,06 - 0,1 мг/мл, IgM - не более 0,01 мг/мл (в группе контроля соответственно - IgG - 0,07 мг/мл, IgA - 0,02 мг/мл, IgM - 0). Эти данные коррелируют с аналогичными результатами, полученными другими исследователями [5, 7, 14].

Люминесцентно-цитохимическое выявление биогенных аминов при урогенитальном хламидиозе. Характеристика местного иммунитета нами была дополнена люминесцентно-цитохимическим исследованием содержания биогенных аминов (серотонин, гистамин) и катехоламинов (адреналин, норадреналин) в цилиндрическом эпителии цервикального канала, а для сравнения - в эпителии полости рта (буккальном эпителии) и имму-

нокомпетентных клетках периферической крови. Исследование проведено у 11 женщин с урогенитальным хламидиозом.

Использован метод Фалька - Хилларпа с ортофталевым альдегидом [6]. Препараты просматривались в люминесцентном микроскопе МЛ-2 и фотографировались на пленку РФ-3.

В результате исследования у больных с урогенитальным хламидиозом была обнаружена довольно сходная картина топографии биогенных аминов на буккальном и цервикальном эпителиях. Односторонность экспрессии рецепторов для биогенных аминов на слизистых оболочках - весьма интересное явление. Обнаружено цитоплазматическое и цитомембранное гнездовое и гомогенное свечение биогенных аминов (серотонин, гистамин). Среди эпителиальных клеток полости рта и цервикального канала обнаруживались макрофаги и нейтрофилы с яркой специфической люминесценцией. В целом же эпителиальное содержание биогенных аминов не характерно, и, в основном, это были макрофаги. Мембранофиксированные мелкогранулярные скопления биогенных аминов желто-зеленого цвета - нередкий цитохимический признак воспалительного процесса в организме. На исследованном материале определена топография рецепторов для биогенных аминов на слизистых оболочках.

Обнаружено явление сопряженной экспрессии рецепторов для биогенных аминов и следов катехоламинов на эпителии и макрофагах двух слизистых оболочек. Дальнейшее изучение этого явления чрезвычайно перспективно, т.к. открываются возможности установления нарушений медиаторного обмена в системе местного иммунитета, а также диагностические возможности установления иммунных и иммуномедиаторных дисфункций при местных воспалительных процессах, в частности при урогенитальном хламидиозе.

Результаты исследования мембранно-рецепторных изменений оказались настолько интересны, что мы расширили задачу. Проведено исследование экспрессии рецепторов для пектинов на клетках слизистых оболочек и крови. Мы учитывали современные представления о фенотипе иммунокомпетентных и эпителиальных клеток, который определяется мембранными и цитоплазматическими гликосоединениями. Эти углеводные соединения (пектины) биологически активны и выполняют регуляторную и гормональную роль [10]. Их участие в местном иммунитете заключается в экспрессии рецепторов на цитомембранах различных клеток и внутриклеточной передаче сигнала.

Для целей дифференцировки углеводсодержащих биополимеров и рецепторов к ним на лимфоцитах, моноцитах периферической крови и клетках слизистых оболочек (буккального и урогенитального эпителиев) нами использованы лектины НПО «Лектинтест». В работе применены пектины арахиса (PNA, специфичный к D-галактозе), лектин зародышей пшеницы (WGA, специфичный к N-ацетил-В-глюкозамину и сиаловой кислоте), лектин коры бобовника анагирилистного (LAA, специфичный к L-фукозе), а также лектин сои (SDA, специфичный к K-ацетил-В-галактозамину). Клетки обрабатывали мечеными пероксидазой хрена пектинами по обычным цитохимическим методикам с диаминобензидином-тетрагидрохлоридом.

Лектино-цитохимическое исследование периферической крови, буккального и урогенитального эпителиев проводилось у 9 клинически здоровых женщин и 24 больных урогенитальным хламидиозом. В результате исследования установлена топография рецепторов для пектинов PNA на лимфоцитах и фиксация на моноцитах-макрофагах для PNA и LAA. Лектиноцитохимическим методом показана неоднород-

ность буккального и урогенитального эпителия, которые обычно маркировались PNA и WGA, реже - SDA.

Активированные Т- и В-лимфоциты фиксировали PNA и WGA. Клетки с фагоцитарной активностью всей цитомембраны на капливали PNA. На высоте инфекции лектины выявлялись редко, что свидетельствует об отсутствии экспрессии рецепторов. Высокое содержание пектинов PNA, SDA и LAA отмечалось постоянно на клетках эпителия слизистых оболочек как урогенитального тракта, так и буккального эпителия.

Заключение

Таким образом, использование двух современных методов – люминесцентного и лектиноцитохимического – позволило представить топографию экспрессии рецепторов для биогенных аминов, катехоламинов и пектинов (углеводных соединений), что отражает функциональные потенции клеток слизистых оболочек и клеток иммунной системы при урогенитальном хламидиозе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беклемишев Н.Д. Иммунитет, аллергия и иммунокоррекция. Алма-Ата: Гылым, 1995. - 168 с.
2. Глазкова Л.К., Полканов В.С. и др. Генитальная хламидийная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, диагностика, клиника и терапия (Руководство для врачей). - Екатеринбург, 1994. - 90 с.
3. Гомберг М.А. Эти коварные хламидии//Медицина для всех. - 1997. - №1 (2). - С. 12-13.
4. Гусман Б.С. Заболевания, вызываемые хламидиями//Патологическая анатомия болезней плода и ребенка. - М.: Медицина, 1981. - С. 199-206.
5. Земсков А.М. и др. Иммунологические расстройства при патологии// International journal of immunorehabilitation. - 1999. - № 11. - С.92-107.
6. Интерферонотерапия: перспективы клинического применения: руководство для врачей / Под ред. М.Г. Романцева. - М.:СПб, 1998. - 38 с.
7. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В., Симчера И.А. Микробиоценоз влагалища у женщин с бактериальным вагинозом на ранних сроках беременности// Ж. акушерства и женских болезней: Спец. выпуск. - СПб., 1998. - С. 84.
8. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В. Иммуноцитокينات и локальная иммунокоррекция//Иммунология. - 1995. - янв.-февр., №1. - С. 4-7.
9. Луцик А.Д., Детюк Е.С., Луцик М.Д. Лектины в гистохимии. - Львов: Вища школа, 1989. - 144 с.
10. Луцик М.Д., Панасюк Е.Н., Антонюк В.А. и др. Методы поиска пектинов (фитогемагглютинины) и определение их иммунологической специфичности: метод, реком. - Львов, 1980. - 20 с.
11. Медведев Б.И., Долгушина В.Ф. Местный противомикробный иммунитет половой системы женщины//Акушерство и гинекология. - 1993. №4. - С. 7-9.
12. Пигаревский В.Е, Ильин Г.И., Толыбеков А.С. Экспериментальный анализ так называемой неспецифической устойчивости организма/ Труды Ленинград. научного общества патологоанатомов. Вып. VIII. -Л., 1967.-С. 171-180.
13. Репина М.А. Системная энзимотерапия в акушерстве и гинекологии. - СПб., 1996. - 42 с.
14. Шахова А.Д. и др. Современные методы лечения хламидиоза. // Человек и лекарство: III Росс. науч. конгресс: тез. докл. - М., 1996. - С.238
15. Suchet H. et al. Chlamydia trachomatis associated with chronic inflammation in abdominal specimens from women selected to tuboplasty// Am. J. Obstet. Gynecol. - 1980, 138. - P. 1022-1028.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПОСЛЕ ОВАРИОЭКТОМИИ: ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

С целью изучения клинических особенностей аффективных расстройств депрессивного спектра, авторами обследованы 63 женщины, перенесшие операцию по удалению придатков матки. На основании оценки выраженности депрессивных и тревожных проявлений в исследовании обоснована целесообразность терапии постовариоэктомического синдрома антидепрессантами на фоне заместительной гормональной терапии.

Своей сложностью проблема аффективных расстройств, возникающих после овариоэктомии, обязана большому количеству факторов, ее обуславливающих. Сочетание различных аспектов – психосоматических взаимоотношений, нейрогуморальных изменений, факторов психологического стресса – вызывает к этой теме интерес врачей различных специальностей.

В последние годы отмечается рост гинекологических заболеваний, таких как доброкачественные опухоли матки и ее придатков, эндометриоз, требующих радикального оперативного вмешательства, а также омоложение контингента оперированных женщин.

Хирургическое выключение функции яичников в репродуктивном возрасте у 60-80% пациенток сопровождается развитием синдрома после овариоэктомии [2], характеризующегося появлением нейровегетативных, психоэмоциональных и обменно-эндокринных нарушений, являющихся следствием дефицита половых стероидов.

Фундаментальные исследования последних лет показали, что различные типы эстрогеновых, прогестероновых и тестостероновых рецепторов расположены не только в основных органах-мишенях – матке и молочных железах, но и в различных экстрагенитальных структурах – центральной нервной системе, клетках костной ткани, эндотелии сосудов, миокардиоцитах, урогенитальном тракте, в слизистых оболочках рта, гортани, кишечника [1].

Таким образом, можно предполагать, что хирургическое

выключение функции яичников сопровождается целой гаммой системных изменений.

Освещению этой проблемы во всех ее аспектах мешает и тот факт, что больные после перенесенной овариоэктомии чаще наблюдаются специалистами лишь одного профиля – гинекологами, эндокринологами, реже терапевтами [3, 5]. Остается также неразработанным вопрос о выборе терапии этих состояний. Чаще всего эти пациентки могут рассматривать на назначение гормонозаместительной терапии, но не всегда компенсация эстрогенного дефицита бывает достаточной для нормализации состояния в целом.

В литературе, посвященной вопросам гормональной заместительной терапии, не существует однозначного мнения о влиянии этих препаратов на собственно психопатологическую симптоматику. Одна точка зрения связана с серотонинергическими и адренергическими эффектами эстрогенов, другая же – с так называемым “эффектом домино”, когда улучшение психического состояния наступает вследствие уменьшения вазомоторных симптомов [4].

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических особенностей аффективных расстройств депрессивного спектра у женщин, перенесших операцию по удалению придатков, а также изучение влияния препаратов антидепрессивного спектра действия на динамику клинических проявлений при синдроме постовариоэктомии и разработка подходов к терапии.

В амбулаторных условиях обследовано 63 женщины. Средний возраст обследуемых составил

43,5±11,5 года. Срок после операции в среднем составил 3,7 года. Учитывая, что все участвовавшие в исследовании пациентки подвергались гистерэктомии, им проводилась монотерапия препаратами эстрогенов. 38 женщин получали 17-β эстрадиол (эстрофем) перорально в дозе 2 мг ежедневно, 25 — 0,1%-ный гемигидрат эстрадиола (дивигель) на кожу, в дозе 1,0 мг в сутки.

Все эти больные были направлены в НЦАГиП РАМН для консультации и наблюдения у врач-гинеколога.

Для выявления и оценки степени выраженности депрессивных и тревожных проявлений использовались скрининговая анкета, специально разработанная клиничко-анамнестическая и клиничко-психопатологическая карты (разработанные проф. В.Н. Красновым, директором МНИИП МЗ РФ), клиническая шкала самооценки SCL-90, индекс Куппермана, шкалы тревоги и депрессии Гамильтона, шкала социальной адаптации Холмса и Рахе.

Были выделены две группы пациенток: в первую вошли 34 женщины, средний возраст 46,8±8,2. Объем операции: надвлагалищная ампутация матки с придатками — 20 человек, экстирпация матки с придатками — 14. Средний срок после операции составил 32 года. Тяжесть синдрома постовариоэктомии оценивалась по индексу Куппермана и соответствовала в целом средней тяжести — 20-35 баллов.

Вторую группу составили 29 пациенток. Средний, возраст этой группы был несколько ниже, чем первой, — 40,2±4,6. Объем операции: надвлагалищная ампутация матки с придатками — 9 человек, экстирпация матки с придатками — 20. Средний срок после операции — 4,3 года. Индекс Куппермана для пациенток второй группы тоже в среднем составил 20-35 баллов, однако если для пациенток первой группы более характерными были выраженные психические симптомы (раздра-

жительность, депрессивное настроение, нарушения сна, утомляемость), то во второй группе чаще фиксировались нейровегетативные изменения (приливы, потливость, приступы сердцебиения, головокружения).

Пациенткам первой группы до назначения гормонозаместительной терапии проводилась психотерапия препаратами антидепрессивного спектра. Основанием для назначения этой терапии служили клинические данные, указания анамнеза на наличие в прошлом депрессивных, тревожных, аффективных расстройств различной степени выраженности, анамнестические указания на признаки вегетативной неустойчивости, невропатической конституции, наличие психосоматических расстройств и дополнительных психогенных факторов (конфликты в семье, смерть близких членов семьи, изменения в положении и социальном статусе). По критериям МКБ-10 наиболее часто диагностируемая категория в этой группе пациенток — F 33 (рекуррентное депрессивное расстройство, 53,4% наблюдений). В 22,5% случаев депрессивные эпизоды развивались на фоне дистимии (F 34,1), диагностировалась картина “двойной” депрессии. В клинической картине этих состояний основными являлись тревожные, депрессивные нарушения различной степени выраженности и соматовегетативные проявления. Собственно аффективные нарушения в большей степени были представлены тревожными проявлениями, как ситуационно обусловленными, так и имевшими беспредметный характер, а также раздражительностью, эмоциональной слабостью, утомляемостью, трудностями концентрации внимания, нарушениями сна. Соматовегетативные нарушения играли большую роль в клинической картине депрессии. В основном эти проявления были представлены приливами с потливостью, сердцебиениями, головными болями,

являясь субъективно тягостными для пациентов. И если в начале заболевания соматовегетативные проявления были “спаяны” с тревожным аффектом, то в дальнейшем нарушалась их тесная взаимосвязь и происходил разрыв между собственно тревожными компонентами и вегетативными пароксизмами. Соматические симптомы были также представлены нарушением аппетита, потерей веса, нарушением сна, снижением либидо.

В некоторых наблюдениях тревожный аффект, преобладавший на начальных этапах развивающейся депрессии, постепенно сменялся тоскливым, наряду с этим нарастали астенические проявления. Ведущими являлись идеи малоценности и неполноценности, связанные с перенесенной операцией.

Результаты по шкале самооценки SCL-90 показали повышение значений, ненамного превосходящее среднестатистические по шкалам депрессии (M=1,2), шкале обсессивно-компульсивных нарушений (M=1,03), шкалам соматизации и тревоги (M=0,93). Шкалы тревоги Гамильтона показали значительное увеличение уровня тревоги, с преобладанием психической тревоги (M=15,3) над соматической (M=7,4).

Назначение различных антидепрессантов пациентам этой группы (сертралина-золофта — средние дозы 37,5 мг/сут., тианептина-коаксила — средние дозы 37,5 мг/сут.) приводило в первую очередь к редукции депрессивных, тревожных проявлений и к некоторым изменениям структуры и характера приливов. Несмотря на то что приливы не исчезали полностью, количество их в течение суток снижалось (особенно в ночные часы), а продолжительность самого прилива становилась меньше. Обращало на себя внимание несоответствие выраженности сохраняющихся вегетативных проявлений при редукции тревожно-депрессивных компонентов.

В первой группе пациентов назначение гормонозаместительной терапии проводилось после лечения антидепрессантами. Как правило, назначение гормональных препаратов приводило к полной редукции приливов и ассоциированных с ними вегетативных проявлений.

Во второй группе пациентов назначение гормональной терапии происходило первично и делалось врачом-гинекологом.

Выраженность аффективных нарушений в этой группе пациентов была менее значительной и в большинстве случаев соответствовала по МКБ-10 критериям F 34,1 — дистимия и F 34,0 — циклотимия, т. е. соответствовала критериям хронических аффективных расстройств настроения.

Во второй группе у большинства пациенток (63%) существовал предшествующий положительный опыт приема гормональных препаратов или имела место положительная установка на использование именно этого вида терапии.

Если при оценке психического статуса пациенток первой группы более характерными были тяжело переносимые тревожные, депрессивные нарушения, приводящие к значительной дезадаптации, с формированием ипохондрических фиксаций различного содержания (канцерофобического, кардиофобического), со страхом преждевременного старения, жалобы астенического содержания, жалобы на нарушения памяти, то во второй группе преобладали соматовегетативные жалобы как наиболее значимые и дезадаптирующие, маскирующие всю остальную психопатологическую симптоматику.

У больных второй группы на фоне гормональной заместительной терапии эстрогенами быстро редуцировались соматовегетативные проявления, что подтверждается при анализе данных: индекса Куппермана (выявлено снижение значений до соответ-

ствующих легкой степени выраженности — 15-20 баллов), данных шкалы самоотчета SCL-90 (зафиксировано снижение показателей в основном по шкале соматизации, при невыраженном изменении остальных показателей). Также отмечено выравнивание общего фона настроения, улучшение сна, повышение работоспособности. Часть пациенток (13 наблюдений — 44,8%) при повторном обследовании психиатром оценивали свое состояние как хорошее и не нуждались в помощи.

В 16 случаях (55,2%) проведение гормональной заместительной терапии было недостаточным для нормализации состояния, и примерно через шесть месяцев назначались психофармакопрепараты (золот, коаксил).

При анализе состояния этих пациенток заслуживал внимания определенный психопатологический феномен, когда при пассивной форме предъявления жалоб на аффективные нарушения таковые отсутствовали или были минимальны, но при активном расспросе и прямых вопросах достаточно легко выявлялись.

По шкале самоотчета SCL-90 значения перед назначением антидепрессантов были соотносимы с таковыми в первой группе, отмечено увеличение по шкале депрессии ($M=0,97$), по шкале соматизации показатель несколько превышал значения в первой группе ($M=1,1$), по шкале тревоги он составил $M=1,02$. Также в этой группе отмечались несколько более высокие значения по шкале интлерсональной чувствительности ($M=1,05$). При оценке по шкале тревоги Гамильтона были зафиксированы более высокие значения уровня соматической тревоги ($M=16,2$) по сравнению с психической ($M=8,6$).

Психотравмирующие ситуации приводили к быстрой декомпенсации с увеличением числа приливов, сердцебиениями, потливостью, тревожностью, снижением общего фона настроения, наруше-

нием сна. Добавление психотропных препаратов в значительной мере улучшало состояние, что отчасти может быть связано с синергическим действием антидепрессантов и эстрогенов.

Следует обратить внимание на проблему нарушения памяти, поскольку вопросы взаимосвязи между когнитивными способностями и эстрогенами приобретают в настоящий момент особую актуальность и в литературе ведется широкая дискуссия о роли эстрогенного дефицита в дегенеративных церебральных заболеваниях (в частности, болезни Альцгеймера). Проводится большое количество исследований, направленных на выявление связи между приемом эстрогенов и улучшением когнитивных функций [7]. Однако данные медицинской литературы свидетельствуют о том, что практически общим недостатком является отсутствие в большинстве проводимых исследований учета других факторов, влияющих на познавательные функции, среди них: уровень образования, возраст, социальное положение и, конечно, аффективные нарушения.

Так, в нашей работе при более подробном анализе жалоб на нарушение памяти выяснилось, что в основном преобладали жалобы на нарушение концентрации внимания, переключаемости, умственную истощаемость. Исследование интеллектуально-мнестических функций показало соответствие норме в данной возрастной группе. (Обследованы десять женщин, имеющих примерно одинаковый возраст и уровень образования, получавших ГЗТ, состояние которых на момент исследования оценивалось как аффективно стабильное. Данная работа выполнена научным сотрудником отделения клинко-биологических исследований пограничных состояний И. А. Рыжовой.) Таким образом, несмотря на существующий послеоперационный дефицит половых гормонов, можно предположить,

что речь идет о когнитивных нарушениях, связанных с тревожными, астеническими, аффективными расстройствами и индивидуальными особенностями. Это предположение нуждается в исследовании и уточнении на основании катamnестических наблюдений.

Роль же эндокринного фактора скорее может рассматриваться как определенная измененная почва в развитии болезненных состояний.

Важным и значимым для ведения этой группы пациентов является психологическая поддержка, разъяснение особенностей состояния, путей адаптации. Очевидно то, что социально-психологические факторы, сопутствующие гинекологической операции, играют значительную роль в развитии аффективных нарушений. При анализе данных шкалы социальной адаптации Холмса и Рахе 70% пациентов указывали оперативное вмешательство и последовавшее за ним болезненное изменение самочувствия как значимые жизненные события.

Таким образом, исследование расстройств аффективного спектра при синдроме постовариоэктомии и их динамики при терапии антидепрессантами на фоне гормонозаместительной терапии (или без нее) подтверждает взаимосвязь редукции психогенных и соматогенных симптомов в зависимости от тактики проводимой терапии. Сочетание антидепрессантов (сертралина и тианептина) с гормонозаместительной терапией (дивигель) дает хороший клинический эффект при лечении аффективных нарушений у пациенток с удаленными придатками. Возможно использование малых доз антидепрессантов (ниже средних терапевтических), что связано с синергическим действием этих групп препаратов [6].

ЛИТЕРАТУРА

1. Киласония Л. В. Клинико-гормональная характеристика климактерия у женщин после овариоэктомии в переходном возрасте / Дис. канд. мед. наук М., 1986, с. 124.
2. Мануйлова И. А. Нейроэндокринные изменения при выключении яичников // М.: Медицина, 1972. с 175.
3. Менделевич В. Д. Клинико-психопатологические особенности посткастрационного гинекологического синдрома // Вопросы теоретической и клинической психозендокринологии. Сборник научных трудов МНИИП МЗ РСФСР. М., 1989, с 138-143.
4. Тювина Н. А. Психические нарушения у женщин в период климактерия // Журн. невропат. и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1991 — Вып. 2. с. 96-100.
5. Тювина Н. А., Балабанова В. В., Балан В. Е. Профилактика и лечение психических расстройств климактерического периода // Журн. Невропат. и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1991. Вып. 9. с. 79-82.
6. Stahl Stephen M. Augmentation of antidepressants by estrogen // Psychopharmacology bulletin, 34(3); 319-321, 1998.
7. Yaffe K., Samaya G., Liberburg I., Orady D. Эстрогенная терапия применительно к женщинам, находящимся в постменопаузе. Влияние на познавательную функцию и развитие деменции // JAMA-Россия, № 2, февраль, 1999.

ОПУХОЛИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК

Представлен анализ 23 клинических наблюдений опухолей яичников у новорожденных девочек - редкой гинекологической патологии этого периода жизни. Новообразования яичников у новорожденных в основном составляли ретенционные кисты. Отмечено учащение диагностики врожденных кист яичников в последние годы. Определена тактика ведения новорожденных девочек с опухолями яичников.

Опухоли яичников у девочек могут быть выявлены в любом возрасте. Большинство из них, как доброкачественные, так и злокачественные, диагностируется преимущественно в период полового созревания [1,2]. Случаи описания опухолей яичников у новорожденных девочек относятся к казуистическим. Однако в последние годы благодаря ультразвуковому обследованию беременных, появилась возможность диагностировать кисты яичников у девочек уже антенатально.

Всего в литературе сообщается менее чем о 100 неонатальных наблюдениях [4,5]. По предположению J. Tарапаинен и соавт. (1981), после 28 недель беременности выработка гормонов в организме плода и материнском организме приводит к запуску системы обратной связи в гипоталамо-гипофизарной системе и понижению гонадотропинов у плода. Если плод с овариальной кистой рождается прежде, чем материнские половые стероиды включают систему обратной связи, то продукция гонадотропинов плодом стимулирует рост кисты внутриутробно [13]. Такие кисты диагностируются ввиду их больших размеров и благодаря совершенству ультразвуковой диагностики. Отсутствие большого клинического опыта до настоящего времени не позволяло предложить обоснованную рациональную тактику ведения новорожденных девочек с выявленными кистами яичников.

В связи с этим может представлять интерес для клинической практики анализ 23 случаев кист яичников у новорожденных девочек, госпитализированных в клинику патологии новорожденных детской городской больницы № 1 г. Санкт-Петербурга.

Из 23 маленьких пациенток с кистами яичников 21 новорожденная была прооперирована.

Необходимо заметить, что приводимые данные по количеству наблюдений указывают на тенденцию к возрастанию частоты образования кист яичников, диагностируемых у новорожденных в последние годы.

Материалы и методы

С момента основания больницы в 1978 году до 1985 года в единственное в городе отделение подобного профиля не поступило ни одного ребенка с диагностированными кистами яичников. С 1986 по 1993 год, то есть за последующие 7 лет таких пациенток было 10. А с 1994 по июнь 1999 года хирургами этого отделения прооперировано 11 девочек с врожденными кистами яичников.

Результаты исследования

Диагноз кисты яичника у новорожденных девочек в большей части наблюдений был установлен антенатально у 17 из 23 (73,8%), у 6 новорожденных девочек опухоль яичника выявлена после рождения. В большинстве случаев выявлявшаяся киста яичника при ультразвуковом антенатальном и постнатальном исследовании трактовалась как кистозное образование брюшной полости, без уточнения локализации патологического очага. Из 17 опухолей яичников, выявленных антенатально, только три были обнаружены при сроках беременности до 28 недель. Наиболее ранним сроком возможного антенатального выявления кист яичников считается срок беременности 25 недель [4,5]. Размеры кист яичника колебались от 3,5 см до 20 см. Сроки диагностики представлены в табл.1. Только у од-

ной девочки не проводилась ультразвуковая диагностика – диагноз “объемного образования” в животе был установлен сразу после рождения ввиду явного увеличения размеров живота и пальпаторно определявшегося подвижного эластичного образования 10х15 см.

При этом лишь в одном случае отмечалось увеличение размеров образования в процессе динамического ультразвукового антенатального наблюдения.

Возраст матерей девочек с врожденными кистами яичника колебался от 18 до 38 лет. Из 23 матерей первобеременными были 7, повторнобеременными – 16. Одиннадцать девочек было от первых родов, восемь – от вторых, трое – от третьих, одна – от четвертых родов. Неосложненное течение беременности было только у двоих матерей. У одной трети матерей (30,4%) была угроза прерывания беременности, токсокоз второй половины беременности отмечался у 30,7%, у 17,4% во время беременности

была выявлена генитальная инфекция. Все беременности были доношенными, роды были в сроки от 37 до 40 недель. У двух матерей роды протекали со слабостью родовой деятельности, у двоих были стремительными. Двум женщинам было выполнено кесарево сечение. Показанием к кесареву сечению в одном случае был отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и рубец на матке. Во втором случае кесарево сечение было выполнено в связи с выявленной пренатально сросшейся двойней (ксифоомфалопаги).

У всех детей состояние при рождении расценивалось как удовлетворительное и оценка по шкале Апгар была 7 баллов и выше на первой минуте при рождении за исключением ксифоомфалопогов, оценка состояния которых при рождении составила 6 баллов.

Дифференциальная диагностика проводилась между кистой яичника и брыжейки кишки, опухолью мочевыводящих путей, а также с пороками развития, включая

гидромукокольпос, возникающий в связи с атрезией дистальной части полового тракта. Квалифицированные ультразвуковые исследования в сочетании с рентгенологическими позволили у двух третей пациенток уточнить диагноз до операции. У остальных пациенток (7) диагноз был уточнен интраоперационно.

Отмечено преобладание формирования кист яичников справа (14) по сравнению с теми же процессами в левом яичнике (9). Полученные данные согласуются с результатами исследований профессора Ю.А.Гуркина о морфологической и функциональной асимметрии яичников и преобладании активности правого яичника [3].

В процессе предоперационного обследования у 20 новорожденных девочек не было отмечено никаких закономерностей в изменениях клинических анализов крови и биохимических показателей. Из 23 новорожденных с диагнозом кисты яичника 20 было оперировано в периоде новорожденности, 1 – в возрасте 6 месяцев, у двух

Сроки установления диагноза опухоли яичников у новорожденных

Таблица 1

Срок установления диагноза	Число больных	%
<i>Аntenatalно</i>		
≤ 28 нед.	3	13,0
> 29-32 нед.	2	8,7
> 33-36 нед.	7	30,4
> 37-40 нед.	5	21,7
<i>Постнатально</i>	5	26,2
<i>Всего</i>	23	100,0

Макроскопическая картина новообразований кист яичников у новорожденных

Таблица 2

Состояние кист	Число больных	%
Неосложненная киста	9	45,0
Перекрут кисты	5	25,0
Некроз или разрыв капсулы кисты	2	10,0
Киста в спайках с окружающими тканями	2	10,0
Отшнуровавшаяся киста	2	10,0
<i>Всего</i>	20	100,0

пациенток произошел регресс новообразования яичника в процессе динамического наблюдения. Показанием к операции явились размеры кист более 5 см в диаметре. Следует подчеркнуть, что более чем в половине случаев отмечено осложненное течение кист яичника (перекрут, разрыв, спайки, самоампутация). Операции были выполнены в объеме овариэктомии у 5 девочек и аднексэктомии у 15.

Макроскопическая картина кист яичников у новорожденных во время операций представлена в табл. 2.

При гистологическом исследовании 17 кистозных образований яичника трактовались как фолликулярные кисты, 1- лютеиновая киста, 2 - серозные кисты.

Послеоперационный период у 20 детей протекал гладко, и девочки выписывались домой на 8–14-е сутки после операции. В одном случае новорожденная девочка погибла на 5-е сутки после операции в связи с разрывом кисты яичника и развившимся разлитым перитонитом на фоне гипоплазии тимуса и светлоклеточной аденомы коры надпочечников (по гистологическому заключению). У одной из новорожденных девочек операция была выполнена отсроченно (в возрасте 6 месяцев). Хотя диагноз кисты яичника больших размеров был поставлен антенатально, однако мать ребенка от хирургического лечения девочки отказывалась. Операция была выполнена в связи с наличием стойкого болевого синдрома. Во время операции в брюшной полости обнаружена отшнуровавшаяся киста яичника 12 см в диаметре, прикреплявшаяся к сигмовидной кишке.

Считаем целесообразным привести одно из клинических наблюдений с целью иллюстрации такой редкой патологии как врожденные кисты яичников.

Новорожденная Ш. поступила 18.02.99г. в отделение патологии новорожденных в первые сутки после рождения. Девочка

от 4-й беременности, вторых срочных родов. Беременность протекала с гестозом и легкой степени анемией, отмечалось многоводие. В сроке 33 недели беременности при проведении ультразвуковой диагностики в брюшной полости плода обнаружено анэхогенное образование диаметром 11 см. Масса тела при рождении 3450 г., длина тела - 50 см., оценка по Апгар 8/8, меконий при рождении отходил. Новорожденная переведена в детский стационар хирургического профиля с диагнозом "опухоль брюшной полости". Состояние при поступлении в стационар удовлетворительное, пальпируется образование, занимающее весь объем брюшной полости. На 2-е сутки жизни УЗИ: в брюшной полости эхонегативное образование с ровными контурами, содержащее жидкость, размерами 100х120 мм; заключение – киста яичника (под вопросом), киста брыжейки (под вопросом). При рентгенологическом обследовании брюшной полости патологии со стороны желудочно-кишечного тракта не выявлено. При урологическом исследовании – сдавление извне мочевого пузыря. На 4-е сутки жизни, 23.02.99г., выполнена операция - удаление кисты левого яичника. При лапаротомии - кистозное образование левого яичника больших размеров (d=20 см), на кисте распластаны растянутая и измененная труба, образование удалено (левосторонняя аднексэктомия). При ревизии правых придатков матки обнаружена киста диаметром 3 мм – пунктирована. Вес удаленного образования 470 граммов. Гистологическое заключение: лютеиновая киста яичника, перифокальный ангиоматоз. Течение послеоперационного периода гладкое, девочка выписана на 8-е сутки после операции домой.

Два клинических наблюдения с консервативным ведением ретенционных кист у новорожденных девочек были сходными. Пренатально диагностировалась не больших размеров киста яичника

(до 3,5 см), за которой велось динамическое ультразвуковое наблюдение в постнатальном периоде. В одном случае отсутствие эхонегативного образования в области яичников отмечено уже на 19-е сутки после рождения, во втором – в возрасте 45 дней. Последующий ультразвуковой контроль в 3, 6, 12 месяцев подтвердил данные об отсутствии новообразований в области придатков матки.

Анализ данных литературы указывает на то, что большинство антенатально обнаруживаемых кист яичника подвергаются обратному развитию в первые месяцы жизни, в случае если это простые, тонкостенные, не содержащие включений кисты [7]. Показаниями к хирургическому лечению служат увеличивающиеся кисты, кисты с перегородками и плотными включениями, кисты, дающие клиническую симптоматику. Описаны случаи пренатальной эвакуации кист яичника под контролем ультразвука [10]. Всегда следует учитывать возможность малигнизации кисты яичника. В то же время, в силу анатомических особенностей периода новорожденности высока вероятность перекрута придатков. Особого внимания заслуживают указания на случаи самоампутации придатков матки при сохраняющихся кистах яичника в течение нескольких постнатальных месяцев [11]. При удалении придатков с одной стороны в детском возрасте ряд авторов предлагает фиксировать контрлатеральные придатки к стенке таза для предотвращения их перекрута со второй стороны. Кроме того, в случае перекрута придатков матки при отсутствии признаков нарушения питания тканей возможен их раскрут с последующей фиксацией к стенке таза, риск осложнений такой манипуляции крайне мал [8, 12, 13]. Имеются описания находок в виде кальцифицировавшихся отшнуровавшихся кист яичника у детей [9]. Во всяком случае, отсутствие

придатков матки с одной стороны, при их полноценном функционировании со второй, по утверждению многих авторов, не уменьшает фертильности индивидуума. Тем не менее некоторые исследования показали, что у женщин, оперированных в детском возрасте по поводу осложненных новообразований яичников, имеются значительные отклонения в состоянии репродуктивной функции [5].

Заключение

Рассмотренный материал позволяет сделать следующие выводы:

1) при антенатальной диагностике кист яичника необходим внимательный динамический контроль за новообразованием;

2) небольшие размеры кисты яичника (до 5 см), тонкостенность, однородность эхонегативного содержимого кисты позволяют предполагать регресс образования в ближайшие сроки после рождения (до 2 месяцев);

3) в случае больших размеров образования яичника целесообразно его удаление в ближайшие сроки после родов, дабы избежать осложнений в виде разрыва кисты и ее перекрута. Объем оперативного вмешательства желательно ограничить удалением только кисты с сохранением неизмененных тканей яичника;

4) новорожденные девочки после операций по поводу новообразований половых органов подлежат строгому гинекологическому диспансерному учету.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. - Л.: Медицина, 1989. - 463 С.
2. Вишневская Е.Е. Детская онкогинекология. - Минск: "Высшая Школа". 1997. - 396 С.
3. Гуркин Ю.А. Дисфункция яичников у девочек и девушек: Автореферат дис. ... докт. мед. Наук. - Ленинград, 1986. - 39 С.
4. Митьков В.В., Медведев М.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. II том. - М.: Видар. - 1996. - 408 С.
5. Ромеро Р., Пилу Дж., Дженти Ф., Гидини А., Хоббинс Дж.С. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода. - М.: Медицина. - 1994.
6. Ярославский В.К., Рассохин А.В. Отдаленные результаты оперативного лечения осложненных опухолей яичников у девочек. // В кн.: Состояние репродуктивной функции женщин в различные возрастные периоды. - СПб, 1992. - С. 17-20.
7. Brandt M.L., Lukes F.I., Filiatrault D. et al. Surgical indications in antenatally diagnosed ovarian cysts // J. Pediatr. Surg. - 1991. - 26. - P.276-288.
8. Hibbard L.T. Adnexal torsion. // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1985. - 152. - P.456-461.
9. Kennedy L.A., Pinckney L.E., Currarino G., Votteler T.P. Amputated calcined ovaries in children. // Radiology. - 1981. - V 29. 141. - P.83-86.
10. Landrum B., Ogburn P.L., Feinberg S. et al. Intrauterine aspiration of a large fetal ovarian cyst. // Obstet. Gynecol. - 1986. - 68. - P.118-148.
11. Pokorny S.F., Pokorny W.J., Kramer A. Acute genital trauma in the prepubertal female. // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1992. - 166. - P.1461-1466.
12. Starceski P.J., Lee P.A., Sieber W.K. Bilateral ovarian pathology and torsion in infancy: Assessment of pubertal and gonadal function. // Adolesc. Pediatr. Gynecol. - 1988. - 1. - P.199-202.
13. Stock R.J. Clinicopathologic changes resulting from adnexal torsion. // J. Reprod. Med. - 1987. - 32. - P.201-207.
14. Tapanainen J., Koivisto M., Vihko R., Huhtaniemi I. Enhanced activity of the pituitary-gonadal axis in premature human infants. // J. Clin. Endocrinol. Metab. - 1981. - 52. - P.235-238.

ЦЕФЕПИМ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ В ГРУППАХ РИСКА

Эффективность, безопасность и экономичность периперационной профилактики хирургической инфекции цефепимом при кесаревом сечении при наличии таких факторов риска ее возникновения, как сахарный диабет, ожирение, пиелонефрит, неблагоприятный акушерский анамнез, впервые были изучены в рандомизированном исследовании в сравнении со стандартной схемой. Методом балльной оценки определялась динамика общего состояния, температурной реакции, состояния послеоперационной раны, характера и интенсивности выделений из влагалища. Сократительная активность матки верифицировалась ультразвуковым методом. Эффективность цефепима составила 98% и не уступала таковой традиционной схемы при хорошей переносимости и необходимости проведения только 2 инъекций вместо 7-дневного курса превентивной антибиотикотерапии. Нормализация изученных признаков в группах достигалась на 4-5 сутки (уменьшение суммы баллов на 55%). Схема с цефепимом всего на 5-6% дороже, однако риск появления неблагоприятных реакций у новорожденного, находящегося на естественном вскармливании, существенно меньше, чем при проведении стандартной схемы лечения.

В настоящее время целесообразность антибиотикопрофилактики при хирургических вмешательствах не вызывает сомнения, и дискутируются вопросы не о том, нужен ли антибиотик вообще, а какой именно из них следует назначить и в каком режиме с точки зрения максимальной клинической эффективности и фармакоэкономической обоснованности его использовать [1,2,3]. Кесарево сечение выполняется у 18-19% беременных и относится к условно чистым оперативным вмешательствам, где риску послеоперационных осложнений подвергается каждая 9 - 10-я женщина [4, 5]. Частота инфицирования может значительно увеличиваться (до 70%) в зависимости от характера вмешательства (экстренное или плановое), продолжительности операции, присутствия факторов риска инфекции (сахарного диабета, ожирения, пиелонефрита и др.), неблагоприятного акушерского анамнеза. Инфекционные осложнения после кесарева сечения характеризуются тяжелым течением, обусловленным наличием смешанной грам-положительной и грам-отрицательной флоры с присоединением анаэробов [6].

Есть три главенствующие точки зрения на предупреждение инфекции. Первая, и наиболее старая, предусматривает проведение кесарева сечения без предварительного введения антибиотиков с последующим их применением в течение 5-7 дней (фактически превентивная антибиотикотерапия). Вторая концепция предусматривает использование антибиотиков во время операции, а затем проведение превентивной

антибиотикотерапии. Третья, и наиболее современная, являющаяся истинной антибиотикопрофилактикой, базируется на одно-двукратном использовании антибиотика (до оперативного вмешательства или до и еще раз в течение 24 ч после операции).

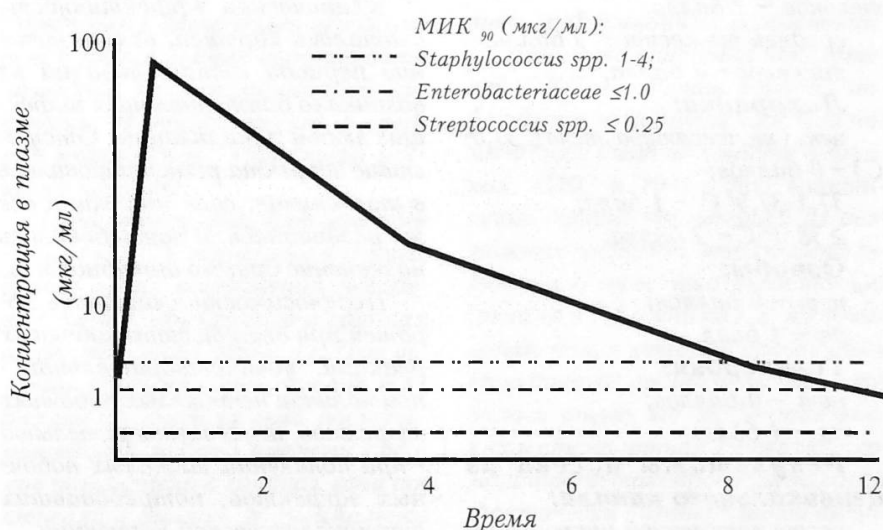
При выборе способа антибиотикопрофилактики необходимо обязательно учитывать, что антибиотики могут проникать в грудное молоко и оказывать неблагоприятное действие на новорожденного. Так, известно, что ампициллин проникает в грудное молоко, соотношение концентраций молоко/плазма = 0,2. Описаны кандидоз и диарея у новорожденных, связанные с развитием дисбактериоза (подавление бифидо-, лактобацилл). Кроме того, существует реальная угроза аллергии ребенка с развитием заболеваний, возникающих на ее фоне, - экссудативного диатеза, аллергического дерматита, экземы и др. Еще большую угрозу для ребенка представляют аминогликозиды. Распространенный в акушерских стационарах гентамицин, попавший с молоком матери, из-за плохого всасывания из кишечника может изменять нормальный микробный пейзаж в органах пищеварения новорожденного (подавление некоторых видов сапрофитов, грибковая колонизация и т.п.), что способствует возникновению гнилостной и бродильной диспепсии. Менее токсичны цефалоспорины. Принципиально для минимизации отрицательного действия антибиотиков можно на период их использования прекратить кормление грудью, но тогда может возникнуть мастит или же нарушение лактации в дальнейшем из-за

Чувствительные патогены	Резистентные патогены
<i>Staphylococcus</i> spp. (метициллинчувствительные) <i>Streptococcus</i> spp. <i>Pseudomonas</i> spp. <i>Acinetobacter</i> spp. Энтеробактерии (<i>E.coli</i> ; <i>Klebsiella</i> spp.; <i>Enterobacter</i> spp.; <i>Proteus</i> spp.; <i>Serratia</i> spp.) <i>Providencia</i> spp. Некоторые анаэробы (<i>Peptostreptococcus</i> spp.)	<i>Enterococcus</i> spp. <i>Staphylococcus</i> spp. (метициллинрезистентные) Некоторые анаэробы (<i>Bacteroides</i> spp)

Проникновение цефепима в жидкости и ткани организма

Таблица 2

Ткани и жидкости	Коэффициент пенетрации цефепима (соотношение концентраций ткань/плазма крови)
Миометрий и придатки матки	0,6
Кожа и мягкие ткани	0,8
Перитонеальная жидкость	0,66
Экссудат	0,8
Легкие	0,6
Мокрота	0,1
Грудное молоко	< 0,01



Зависимость концентрации цефепима в плазме крови от времени и связь ее с МИК₉₀.

стаза молока в молочных железах.

Осуществление истинной антибиотикопрофилактики при кесаревом сечении стало возможным с внедрением в клиническую практику новых современных антибиотиков, одним из которых является цефалоспорин IV поколения цефепим (максипим), безопасный

как для матери, так и для новорожденного, а кроме того, экономически оправданный. Это первый цефалоспорин с одновременным эффектом на грам-положительные и грам-отрицательные микроорганизмы. Чувствительными к нему считаются возбудители, подавляемые им в минималь-

ной ингибирующей концентрации (МИК₉₀) <8 мкг/мл, резистентными – при МИК₉₀ >32 мкг/мл (табл. 1).

Цефепим имеет ряд существенных спектральных преимуществ перед другими базовыми цефалоспоридами. Его МИК₉₀ против метициллинчувствительных стафилококков в 4 раза ниже, чем у цефтазидима (фортума). По данным *in vitro* цефепим значительно активнее против *Enterobacteriaceae* и сопоставим с цефтазидимом по активности против *P.aeruginosa*. Он обладает превосходной активностью в отношении *Enterobacter* spp., играющих важную роль в нозокомиальных хирургических инфекциях и характеризующихся нарастающей резистентностью к цефалоспоридам III поколения.

Таким образом, цефепим удовлетворяет первому условию успешной антибиотикопрофилактики – перекрытию спектра возможных патогенов.

Фармакокинетика цефепима - вторая составляющая успеха - вполне удовлетворяет критериям быстрой и надежной профилактики: пиковая концентрация в крови устанавливается быстро, уже через 30 мин. Это важно, поскольку антибиотик вводится только после пережатия пуповины, т.е. тогда, когда рана уже имеется и дорога каждая минута для предупреждения ее микробной контаминации. В крови он находится в активной форме, хорошо проникает в различные органы и ткани, в том числе кожу, мягкие ткани, миоэпителий и биологические среды (табл. 2). Через 10 часов после введения концентрации антибиотика все еще выше, чем MIC_{90} для большинства микроорганизмов, что делает возможным его двукратное применение в течение суток (см. график).

Таким образом, цефепим (максипим) эффективно подавляет потенциальные возбудители инфекции после операции кесарева сечения и сохраняет действие в течение 8-12 ч. Это создает предпосылки для двукратного введения этого антибиотика для профилактики инфекции при кесаревом сечении в группах риска.

Материалы и методы

Изучена эффективность и переносимость цефепима (максипим, Bristol-Mayers Squibb, США) для профилактики хирургической инфекции у беременных группы риска. 75 рожениц были рандомизированы таким образом, чтобы 50 из них получили цефепим (максипим), а 25 - стандартную схему профилактики. По критериям включения в исследование у них должен был присутствовать хотя бы один из вышеперечисленных факторов риска инфекции в послеродовом периоде. В исследование не включались беременные с непереносимостью бета-лактамов и аминогликозидов, больные с нарушенной функцией почек (креатинин сыворотки более 0,11 ммоль/л), с психическими заболеваниями, с колитом в анам-

незе, возникшим после курса антибиотикотерапии.

Цефепим (максипим) вводился роженицам при кесаревом сечении внутривенно струйно в дозе 1,0 г (в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия) сразу после пережатия пуповины новорожденному. Вторая инъекция цефепима (максипима) - 1,0 г - осуществлялась внутримышечно через 8 ч после родов.

Стандартная схема антибиотикопрофилактики предусматривала применение цефотаксима (клафорана) внутривенно в дозе 2,0 г сразу после пережатия пуповины новорожденному, а в дальнейшем внутримышечное введение ампициллина в дозе 4,0 г в сутки с гентамицином в дозе 0,24 г в сутки в течение 7 дней.

После родов все женщины кормили новорожденных грудью в установленных сроках.

Клинические признаки оценивались следующим образом:

Общее состояние:

удовлетворительное - 1 балл;
относительно удовлетворительное - 2 балла;
средней тяжести - 3 балла;
тяжелое - 4 балла.

Лихорадка:

нет (температура тела $\leq 37,0^{\circ}C$) - 0 баллов;
37,1-37,9 $^{\circ}C$ - 1 балл;
 $\geq 38,0^{\circ}C$ - 2 балла.

Ознобы:

нет - 0 баллов;
да - 1 балл.

Тахикардия:

нет - 0 баллов;
да - 1 балл.

Результаты посева из цервикального канала:

роста патогенной микрофлоры нет - 0 баллов;
рост патогенной микрофлоры есть - 1 балл.

Динамика сокращения матки:

соответствует сроку послеродового периода - 0;
не соответствует сроку - 1.

Состояние послеоперационной раны:

норма - 0 баллов;

воспаление слабой интенсивности - 1 балл;

интенсивное воспаление - 2 балла;

воспаление с гнойным отделяемым - 3 балла;

воспаление с расхождением швов - 4 балла.

Характер выделений из влагалища:

нет - 0 баллов;

сукровичные - 1 балл;

кровянистые - 2 балла;

ихорозные - 3 балла.

Вышеуказанные признаки оценивались на 1, 2, 3, 4-5 и 7-10-е сутки после операции. Сумма баллов представлена в виде общего клинического счета (ОКС). По динамике ОКС судили об эффективности антибиотикопрофилактики. Дополнительно оценивали динамику сокращения матки по результатам ультразвукового исследования (УЗИ) на 6-9-й дни после кесарева сечения. Оценка безопасности антибиотикопрофилактики включала также гемограмму, регистрацию побочных эффектов.

Клиническая эффективность считалась хорошей, если в течение периода госпитализации не возникало бактериальных инфекций любой локализации. Отсутствие эффекта регистрировалось в том случае, если инфекция все же развивалась, и потребовалось назначение другого антибиотика.

Переносимость считалась хорошей при отсутствии побочных реакций, удовлетворительной - при наличии незначительных побочных эффектов, неудовлетворительной - при появлении тяжелых побочных эффектов, потребовавших фармакологической коррекции.

Результаты исследования и их обсуждение

Исходно группы обследованных достоверно не различались ни по одному показателю, что позволяет провести корректную сравнительную оценку различных режимов антибиотикопрофилактики (табл. 3).

Анализ критериев включения

Показатель	Цефепим	Стандартная схема
Общее количество включенных в исследование	50	25
Средний возраст ($M \pm m$) (лет)	$29,6 \pm 0,8$	$27,1 \pm 1,2$
Минимальный возраст (лет)	18	18
Максимальный возраст (лет)	39	37
Количество рождений, у которых настоящие роды		
первые	31 (62%)	14 (56%)
вторые	11 (22%)	7 (28%)
третьи	4 (8%)	2 (8%)
четвертые	1 (2%)	2 (8%)
пятые	3 (6%)	–
(% к общему числу в группе)		
Количество срочных родов	48	25
Количество запоздалых родов (> 40 нед. беременности)	2	0
Число родившихся детей	52	25
Средний вес новорожденных ($M \pm m$) (кг)	$3,19 \pm 0,29$	$3,29 \pm 0,27$
Средний балл по шкале Апгар ($M \pm m$) (ед.)	$7,64 \pm 0,09$	$7,69 \pm 0,09$
Длительность пребывания в стационаре ($M \pm m$) (дней)	$10,7 \pm 0,9$	$11,3 \pm 1,3$

свидетельствует о том, что группа больных, получивших цефепим (максипим), была более угрожающей с точки зрения вероятности развития постоперационной инфекции. В данной группе в среднем пришлось по 2 фактора риска на человека.

Показатели общеклинического счета (ОКС), оцененные в первые сутки после выполнения кесарева сечения, достоверно в группах не различались (табл. 4). При условии максимального уровня в 11 баллов на этот ранний постоперационный период времени средние показатели в группах едва достигали 4 баллов. Максимальное количество баллов в группах составило 6, минимальное – 2. Эти результаты ОКС косвенно свиде-

тельствуют об эффективности выполненных методов профилактики инфекционных осложнений.

Динамика снижения показателей ОКС в течение периода наблюдения за родившими женщинами также была идентична в группах. ОКС к 10-му дню практически достиг наименьшей из возможных отметок, что свидетельствует о том, что введение цефепима (максипима) в течение одного дня, в который проводилось оперативное вмешательство, оказалось столь же эффективным, как и стандартная 7-дневная схема антибиотикопрофилактики (а фактически - превентивной антибиотикотерапии).

Количество больных в группе цефепима, имевших повышенную

температуру тела в первый день после операции, составило 19 чел. (38%), гипертермию на 3-и сутки имели только 2 больных (4%), а на 4-5-й день у всех пациенток отмечена апирексия, как и в группе со стандартным методом профилактики. Динамика сокращения матки, определявшаяся пальпаторно, у всех больных соответствовала сроку послеродового периода. Верификация по ультразвуковому исследованию подтвердила это у 48 из 49 чел. из группы цефепима и у 24 из 25 чел. из группы стандартной профилактики, завершившим исследование согласно протоколу. При этом констатирована состоятельность швов, наложенных на матку. В 5-7% случаев в обеих груп-

Показатели балльной оценки при различных режимах антибиотикопрофилактики

Таблица 4

Группы	Показатели общеклинического счета				
	в 1-е сутки	во 2-е сутки	в 3-и сутки	на 4-5-е сутки	на 7-10-е сутки
Цефепим	0,7 - 1,4	1,5 - 3,0	0,7 - 0,2	2,1 - 4,5	7,6 - 12,3
Стандартная схема	4	5	6	7	4

пах в полости матки определялись сгустки, которые при повторном исследовании не обнаруживались, за исключением одной пациентки, которой потребовался лаваж полости матки. У 49 женщин признаков диффузного или локального воспалительного поражения матки после профилактики цефепимом (максипимом) не было. Нормальная сократительная активность матки препятствовала развитию эндометрита. Выделения из влагалища имели закономерную динамику, меняясь от кровянистых в первые 2-3 дня до сукровичных на 4-5-й и серозных на 10-й день. Ни в одном случае в обеих группах не было зафиксировано патологического изменения характера влагалищных выделений, которые могли бы указывать на воспалительный процесс в полости матки. Об этом же свидетельствуют и результаты посевов из цервикального канала. Анализ гемограмм подтверждает отсутствие сколько-нибудь убедительных признаков воспаления.

Еще одним немаловажным свидетельством эффективности цефепима (максипима) является то, что у всех обследованных состояние послеоперационной раны было удовлетворительным. Ни одного случая воспаления, нагноения или тем более расхождения швов не зарегистрировано за все время наблюдения за больными. У всех 49 пациенток, закончивших исследование согласно протоколу в группе цефепима (максипима). Швы были сняты в установленные сроки после заживления раны первичным натяжением.

Побочных эффектов применявшихся антибиотиков в обеих группах не зарегистрировано.

Фармакоэкономические расчеты показывают, что проведение стандартной схемы профилактики (клафоран, затем ампициллин+гентамицин) обходится в среднем на 18-19% дешевле, чем при использовании цефепима (максипима). Однако сюда не включены расходы по оплате труда медперсонала, а также затра-

ты на средства, препятствующие формированию побочных эффектов антибиотикотерапии на систему органов пищеварения (ферментные препараты, биопрепараты, противогрибковые средства и др.). Если учесть все это в окончательных расчетах, то стандартная профилактика на 1 пациентку окажется в среднем всего на 5-6% экономичнее. Столь незначительная экономия, по-видимому, не оправдывает как вероятности появления постинъекционных инфильтратов (внутримышечные инъекции в среднем 7 раз в день в течение недели), так и угрозы, связанной с проникновением антибиотиков в грудное молоко при стандартной антибиотикопрофилактике. Существующие иные схемы, в частности с использованием цефотаксима в день операции и в последующие дни, в среднем оказываются на 10-12% дороже, чем введение цефепима (максипима) и также не исключают ятрогенных воздействий на больных.

Выводы

1. Эффективность цефепима (максипима) в качестве средства профилактики хирургической инфекции при выполнении кесарева сечения в группе риска высока и составляет 98%.

2. Цефепим (максипим) хорошо переносится и не имеет потенциального риска для здоровья новорожденного вследствие как кратковременности использования, так и создания ничтожно малых концентраций в материнском молоке, в отличие от принятых схем с использованием других бета-лактамов и аминогликозидов. Это обстоятельство дает возможность кормления грудью в полном объеме.

3. Экономичность профилактики инфекции с помощью цефепима позволяет рекомендовать его для стандартных схем антибиотико-профилактики при кесаревом сечении в группах риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Taylor EW. Abdominal and other surgical infections. In: Antibiotic and Chemotherapy: anti-infective agents and their use in therapy. 7-th ed. Ed. by O'Grady F., Lambert H.P., Finch R.G., Greenwood D. Churchill Livingstone, New York, 1997: 594-613.
2. Newton E.R., Wallace P.A. Effects of prophylactic antibiotics on endometrial flora in women with postcesarean endometritis. *Obstet. Gynecol.*, 1998;92(2):262-8.
3. Яковлев С.В. Схемы антибактериальной профилактики инфекционных осложнений в хирургии. Клиническая антимикробная химиотерапия, 1999; 1:32-34.
4. Norrby S.R. Antibiotic prophylaxis in surgery: summary of a Swedish-Norwegian consensus conference. *Scand. J. Infect. Dis.*, 1998; 30:547-557.
5. Jackson N.V., Irvine L.M. The influence of maternal request on the elective caesarian section rate. *J. Obstetr. Gynaecol. Bristol*, 1998;18 (2):115-119.
6. Woods R.K., Dellinger E.P. Current guidelines for antibiotic prophylaxis of surgical wounds. *American Family Physician*.J., 1998; 57(11):2731-2740.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АМОКСИЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТА КАЛИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Проведенное исследование показало, что ступенчатая терапия А/КК (1,2 г внутривенно-капельно 2 раза в сутки в течение трех дней, с последующим переходом на пероральный прием препарата в дозе 625 мг 3 раза в день в течение 4 дней) обладает высокой клинической и бактериологической эффективностью у родильниц с осложненным течением послеродового периода. Идентичные результаты получены в сравнительном рандомизированном исследовании при применении антибактериальных средств (ампициллин+гентамицин + метронидазол).

Послеродовые инфекционные заболевания представляют одну из наиболее важных проблем в современном акушерстве. Это обусловлено высокой частотой послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний, которые занимают одно из ведущих мест в структуре материнской смертности [3].

Несмотря на совершенствование методов профилактики, частота развития послеродовых инфекционных заболеваний не только не уменьшается, а имеет тенденцию к росту. Основными причинами такого роста являются изменение видового состава микробной флоры с возникновением агрессивных и антибиотико-устойчивых форм бактериальной инфекции, увеличение частоты инвазивных методов диагностики и оперативных вмешательств в родах, снижение иммунологической реактивности организма, широкое и нередко нерациональное использование антибиотиков [3].

Устойчивость этиологических агентов инфекций к антибактериальным препаратам является основной причиной, ограничивающей эффективность антибактериальной терапии [1,6]. Одним из путей преодоления резистентности бактерий является создание нового поколения антибактериальных препаратов, представляющих собой комбинации антибиотика с ингибитором бета-лактамаз, продуцирование которых микроорганизмами во многом определяет их антибиотикорезистентность [1].

В соответствии с требованиями Европейского руководства по клинической оценке противомикробных лекарственных средств (1996), лечение акушерско-гинекологических инфекций должно быть направлено против аэробного и анаэробного компонентов полимикроб-

ной флоры - с обязательным достижением в качестве приемлемого - показателя клинической эффективности не менее 90% [1].

Стремление обеспечить высокую эффективность лечения при уменьшении его стоимости привело к созданию программ ступенчатой (step-down) терапии [2,4]. При использовании этой методики лечение начинается с парентерального введения антибиотика, которое после получения клинического эффекта, через 2-3 дня от начала терапии, заменяется пероральным введением препарата. Ступенчатая терапия характеризуется хорошими фармакоэкономическими показателями [2]. Пероральные формы лекарств стоят дешевле, сокращаются расходы на шприцы, стерильные растворы, уменьшаются затраты рабочего времени, отсутствуют такие побочные явления, как флебиты, инфильтраты и т.д.

Актуальность проблемы послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний диктует необходимость поиска новых высокоэффективных, безопасных для новорожденного и экономически выгодных антибактериальных препаратов.

Практически всем этим требованиям отвечает беталактамный антибиотик амоксиклав, выпускаемый фирмой ЛЕК (Словения), представляющий собой комбинацию амоксициллина с клавуланатом калия, который необратимо связывается с бета-лактамазами микробной клетки и таким образом предотвращает разрушение антибиотика. Комбинация в одном препарате амоксициллина (А) и клавулановой кислоты (КК) в соотношении 4:1 обеспечивает ему широкий спектр противомикробного действия, охватывающий многочисленные клинически значимые

грам-положительные и грам-отрицательные аэробные и анаэробные микроорганизмы [4,5].

Целью настоящего исследования было изучение клинической и бактериологической эффективности применения амоксициллин/клавуланата калия при лечении родильниц с гнойно-септическими осложнениями в послеродовом периоде.

Материал и методы

В отделении послеродовых заболеваний НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН проведена оценка клинической эффективности лечения амоксиклавом 25 родильниц с осложненным течением послеродового периода. Средний возраст обследованных составил $26 \pm 3,6$ лет, 28% из них были первородящими, 72% - повторнородящими; 7 (28%) женщин были родоразрешены путем операции кесарева сечения. У 10 (40%) родильниц послеродовый период осложнился эндометритом, у 15 (60%) родильниц диагностирована субинволюция матки.

Амоксиклав назначали внутривенно-капельно по 1,2 г 2 раза в сутки в течение 3 дней с последующим переходом на пероральный прием препарата в дозе 625 мг 3 раза в день в течение 4 дней.

В группу сравнения вошли 15 родильниц (у 5 из них диагностирован послеродовый эндометрит, у 10 женщин развилась субинволюция матки). Эти пациентки получали общепринятую терапию с использованием трех антибиотиков: ампициллин (4 г в сутки) + аминогликозиды (гентамицин 160 мг) + метронидазол (1,5г). Продолжительность лечения в обеих группах была одинаковой.

Всем обследованным женщинам назначали комплекс общеклинических методов исследования, учитывали данные ультразвукового исследования, результаты бактериологических посевов.

В лаборатории микробиологии НИИ АГ им. Д.О.Отта РАМН проведено изучение антибиотикочувствительности различных микроорганизмов к А/КК с использо-

ванием дискового метода. Результаты оценивали по зоне задержки роста культуры вокруг диска в миллиметрах. Все выделенные штаммы были разделены на устойчивые к данному антибиотику, умеренно устойчивые и чувствительные (согласно инструкции предприятия-изготовителя дисков). При наличии зоны задержки роста < 20 мм микроорганизмы расценивались как устойчивые, 21-28 мм - умеренно чувствительные, > 29 мм - чувствительные.

Результаты исследования и их обсуждение

При бактериологическом обследовании родильниц основной группы установлено, что в посевах из цервикального канала у 8 (32%) женщин выделена *E. coli*, у 2 (8%) - *Klebsiella pneumoniae*, у 10 (40%) родильниц рост *Streptococcus B* или *D*, в 9 (36%) случаях отмечался рост смешанной аэробно-анаэробной флоры и у 1 родильницы рост патогенной флоры отсутствовал. У женщин контрольной группы ос-

Чувствительность А/КК в отношении наиболее частых возбудителей послеродовых заболеваний

Микроорганизмы	Чувствительны		Умеренно чувствительны		Устойчивы		Всего штаммов	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>C. Enterobacteriaceae</i>	129	92,8	0	0	10	7,2	139	100
- <i>E. Coli</i>	100	100	0	0	0	0	100	100
- <i>Klebsiella pneum.</i>	22	81,5	0	0	5	18,5	27	100
- <i>Citrobacter sp.</i>	4	(50)	0	0	4	(50)	8	100
- <i>Proteus vulgaris</i>	3	(75)	0	0	1	(15)	4	100
Под <i>Streptococcus</i>	309	98,1	0	0	6	1,9	315	100
- <i>Streptococcus B</i>	68	100	0	0	0	0	68	100
- <i>Streptococcus D</i>	144	97,3	0	0	4	2,7	148	100
- <i>Streptococcus sp.</i>	97	98,0	0	0	2	2,0	99	100
Под <i>Staphylococcus</i>	5	8,5	35	59,3	19	32,2	59	100
- <i>St. Aureus</i>	3	11,1	11	40,7	13	48,2	27	100
- <i>St. Epidermidis</i>	2	6,3	24	75,0	6	18,7	32	100
Прочие								
- <i>Corynebact. sp.</i>	2	11,8	9	52,9	6	35,3	17	100

новными возбудителями были *E.coli* и микроорганизмы рода *Streptococcus*.

Данные об изучении чувствительности различных микроорганизмов к А/КК представлены в таблице.

Из представленных данных видно, что высокочувствительными к А/КК были стрептококки (98,1%) и грамотрицательные бактерии кишечной группы (92,8%). Менее чувствительны к этому антибиотику оказались стафилококки (высокочувствительными были 8,5% штаммов стафилококков, умеренно чувствительными - 59,3%, устойчивыми - 32,2%).

Таким образом, амоксиклав является высокоэффективным антибактериальным препаратом в отношении большинства микроорганизмов, вызывающих послеродовые гнойно-септические заболевания.

Проведенный клинической анализ течения послеродового периода у родильниц обследуемых групп позволил выявить ряд характерных особенностей. Так, для послеродового эндометрита характерна стертая клиническая картина заболевания. Основными симптомами были признаки субинволюции матки, которую целесообразно рассматривать не как отдельную нозологическую форму, а как эндометрит, протекающий моносимптомно.

У 9 (36%) обследованных родильниц отмечалось однократное повышение температуры или кратковременный субфебрилитет.

Информативность общеклинического анализа крови была невелика и характерные для воспалительного процесса изменения выявлены лишь у 64% обследованных родильниц и заключались в незначительном повышении уровня лейкоцитов и палочкоядерных нейтрофилов.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза выявлены признаки замедленной инволюции переднезаднего размера и длины матки, в сочетании с расширением полости органа и наличием в ней аномальных эхоструктур.

С целью предотвращения генерализации инфекции 33 (82,5%) родильницам была произведена ваку-

ум-аспирация содержимого полости матки с последующим гистологическим исследованием аспирата. У всех родильниц обнаружена некротизированная децидуальная ткань с признаками гнойного воспаления.

Помимо антибактериальных средств все родильницы получали комплексную терапию, включающую препараты утеротонического действия, витамины, физиотерапевтические методы лечения, иммуномодуляторы. У 7 (28%) родильниц проводилось промывание полости матки охлажденными антисептическими растворами (лаваж).

Применение А/КК и стандартной схемы при лечении осложненного течения послеродового периода сопровождалось быстрой положительной динамикой. В течение первых трех суток происходила нормализация температуры, улучшалось общее самочувствие, изменялся характер лохий, снижался уровень лейкоцитарного индекса интоксикации, происходила постепенная нормализация числа лейкоцитов и СОЭ.

В группе родильниц, получавших А/КК, средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $11,2 \pm 2,3$ дня, в группе сравнения - $11,9 \pm 2,8$ дня.

Таким образом, клиническая эффективность А/КК в ступенчатом режиме терапии и стандартной схемы при лечении осложненного течения пуэрперия была одинаково высокой. Эффект от лечения наблюдали более чем у 90% больных в каждой из сравниваемых групп. Нетяжелые побочные явления в виде крапивницы были отмечены у 2 родильниц (по одной в каждой группе). Однако, аминопенициллины и аминогликозиды в настоящее время не могут рассматриваться в качестве средств первого ряда эмпирической терапии для лечения послеродовых инфекционных заболеваний в связи со значительно возросшей устойчивостью микрофлоры к аминопенициллинам и высокой токсичностью гентамицина для новорожденного в период грудного вскармливания.

Заключение

Проведенное исследование показало, что ступенчатая терапия А/КК (1,2 г внутривенно-капельно 2 раза в сутки в течение 3-х дней, с последующим переходом на пероральный прием препарата в дозе 625 мг 3 раза в день в течение 4 дней) обладает высокой клинической и бактериологической эффективностью у родильниц с осложненным течением послеродового периода. Идентичные результаты получены в сравнительном рандомизированном исследовании при применении схемы из трех антибактериальных средств (ампициллин+гентамицин+метронидазол).

При одинаковой клинической эффективности терапия амоксиклавом имеет ряд преимуществ перед стандартной схемой в плане экономической выгоды и традиционно присущая пенициллинам низкая токсичность позволяет считать его клинически безопасным препаратом в период грудного вскармливания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вильямс Д. // Антибиотики и химиотерапия, 1997, том 42, - №10. - с.5-9.
2. Ноников В.Е., Константинова Т.Д., Ленкова Н.И. и др. // Там же, с.15-18.
3. Кулаков В.И., Зак И.Р., Куликова Н.Н. Послеродовые инфекционные заболевания. - М.: Медицина, 1984. - 160 с.
4. Davey P.G., Malek M., Dodd T. et al. Avery's Drug Treatment. 4th Ed. Speight T.M., Holford H.G. Ed. Auckland, 1997, p. 393.
5. Friese S. et al. Prophylaxis in gynaecological surgery: a prospective randomized comparison between single dose prophylaxis with amoxycillin/clavulanate and the combination of cefuroxime and metronidazole. J.Antimicrob. Chemother., 1989; 24: Suppl. B: 213-6.
6. Wilson A.P.R., Shrimpton S., Jaderberg M. A meta-analysis of the use of amoxicillin-clavulanic acid in surgical prophylaxis. J. of Hospital. Infection, 1992; 22: Suppl. A: 9-21.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ ЖЕНЩИН В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИИ

В статье обоснована необходимость строгой научной регламентации условий и характера военной службы женщин-военнослужащих для обеспечения сохранения и укрепления их репродуктивного здоровья.

Конец 80-х годов и особенно 90-е годы текущего столетия для Вооруженных Сил России ознаменовались коренными изменениями, затрагивающими как их численный состав, так и структуру. Важным элементом происходящих преобразований является активное привлечение женщин в качестве военнослужащих. По данным пресс-службы МО РФ, в настоящее время проходят службу на различных должностях более 160 тысяч военнослужащих женщин, что составляет около 8,5% от численности всего личного состава. В динамичных условиях реформирования ВС РФ эти сведения, по-видимому, нельзя считать окончательными.

Анализ литературных данных показал, что женщины служат в армии Российского государства достаточно давно. История нашей страны сохранила имена многих представительниц прекрасного пола, пожелавших посвятить себя этой нелегкой, а подчас и суровой профессии [1,2,3,4]. Однако все эти прецеденты носили, во-первых, случайный, во-вторых, эпизодический, а в-третьих, что представляется наиболее существенным, нелегальный характер. Их объединяло то, что в случаях, когда это становилось достоянием гласности, все они без исключения были предметом сурового осуждения действовавшими в то время в обществе законами морали и нравственности. Тем не менее процесс привлечения женщин на военную службу, хотя и медленно, по сравнению с армиями иностранных государств, но все же несмотря ни на какие запреты, не прекращался.

Ретроспективный анализ отечественной и зарубежной литературы показывает, что процесс активного привлечения лиц женского пола в ВС государства не являет-

ся случайным. Он связан с возникновением, развитием и становлением принципиально новой социально-экономической формации - капитализма. В это время происходит коренная ломка многих старых представлений, правил, норм, в том числе и норм морали. В обществе воле большие масштабы стала приобретать эмансипация женщин, отношение к которой у различных социальных слоев общества было далеко не однозначным. Для этого периода характерно стремление ряда государств к пересмотру существующих границ и захвату чужих территорий насильственным способом, развязывание различных по целям и масштабам многочисленных войн, которые требовали воле больших людских ресурсов. Именно это обстоятельство, по нашему мнению, оказалось наиболее важной предпосылкой к привлечению женщин на военную службу. Первоначально это были сестры милосердия в различных лечебных учреждениях глубокого тыла, а в годы Второй мировой войны многие женщины уже служили практически во всех видах ВС и родах войск. В частности, труд военнослужащих женщин использовался в службах воздушного наблюдения и оповещения, на зенитных артиллерийских батареях, в войсках связи, в штабных учреждениях. Они участвовали в боевых действиях в качестве летчиков, снайперов и многих других военных специалистов.

В послевоенный период, вплоть до 60-х годов, для всех армий Европы и США было характерно резкое сокращение в их составе прежде всего женского персонала. Однако уже в 70-е годы ситуация существенно изменилась, что было обусловлено переходом к новому принципу комплектования армии - на контрактной основе, то есть

Рис.1. Характеристика распределения военнослужащих женщин ВС РФ в зависимости от категории воинского звания, %

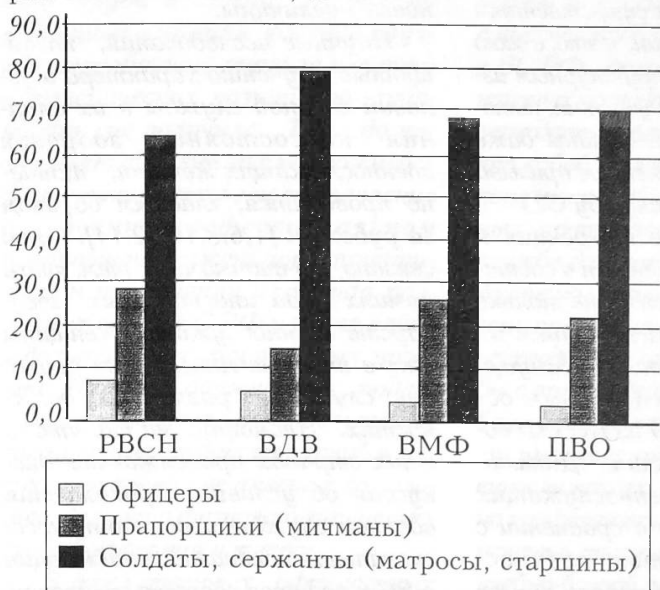
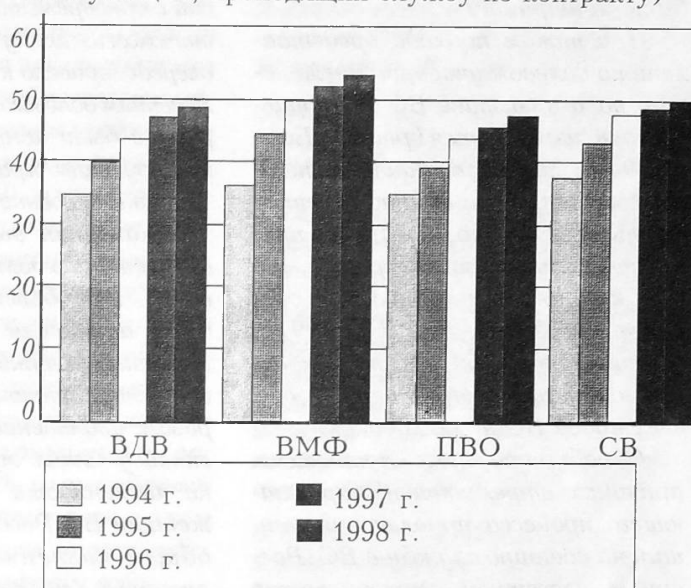


Рис.2. Динамика численности военнослужащих женщин в ВС РФ (в процентах от общего числа военнослужащих, проходящих службу по контракту)



на принципе добровольности [7,9,11,13]. Именно это обстоятельство и придало новый и чрезвычайно мощный толчок притоку женщин в ВС. В последние годы практически все страны в большей или меньшей степени стали привлекать лиц женского пола к военной службе. Исключение составляют только те государства, где ВС как таковые отсутствуют вообще, например Люксембург, Исландия и другие.

В России же позитивное отношение к женщине, как к защитнику Отечества, стало формироваться только в качественно новых условиях современного социально-экономического развития, когда для решения «женского вопроса» в армии созрели организационные предпосылки и коренным образом изменилось профессиональное предназначение женщин в обществе. Именно в 90-е годы они сделали стремительную карьеру в сферах, где ранее доминировали исключительно мужчины (бизнес, социальное руководство и т.п.).

Военная медицина занимает особое место в проблеме влияния неблагоприятных эколого-профессиональных факторов на здоровье человека. Воинская служба нередко сопряжена с действием на организм военнослужащих неблагоприятных факторов военного труда.

Эти факторы могут быть связаны с условиями расквартирования (природно-климатические, социально-эпидемиологические), а также с различными экстремальными условиями военного труда и профессиональной вредностью у отдельных категорий военнослужащих, имеющих контакт с ионизирующими и не ионизирующими излучениями, компонентами ракетного топлива, горюче-смазочными веществами и агрессивными жидкостями. Особого внимания с этой точки зрения заслуживают женщины-военнослужащие. Привлечение женщин для службы в Вооруженных Силах Российской Федерации, законодательное определение статуса военнослужащих, возложение на военно-медицинскую службу обязанностей по медицинскому обеспечению членов семей военнослужащих - все это поставило перед военным здравоохранением ряд совершенно новых задач. Одна из них - организация и оказание всех видов медицинской, прежде всего акушерско-гинекологической, помощи женщинам в армии (военнослужащим и членам семей военнослужащих).

Установить точный численный и структурный состав военнослужащих женщин в ВС РФ не представляется возможным, тем более что до 1994 г. их систематический учет, как отдельной

категории военнослужащих, в масштабах выше воинского соединения вообще отсутствовал. Проведенное нами изучение этого вопроса показало (рис.1), что в настоящее время во всех видах ВС и родах войск первое место по численности занимают военнослужащие женщины в воинских званиях солдат (матрос) - сержант (старшина) - от 66,5 % (РВ СН) до 82,3 % (ВДВ) к общему количеству военнослужащих женщин. Далее следуют военнослужащие женщины в воинском звании прапорщик (мичман), численность которых колеблется от 15,8 % (ВДВ) до 30,7 % (РВ СН). Удельный вес офицерского состава, представленного женщинами, сравнительно невелик - он составляет от 1,2 % (ВМФ) до 2,8 % (РВ СН).

При сравнительной характеристике комплектования ВС РФ военнослужащими мужского и женского пола учитывалась крайне незначительная доля офицеров в структуре распределения военнослужащих-женщин по воинскому званию. Поэтому в исследуемые выборки были включены лишь военнослужащие в воинских званиях от рядового (матроса) до прапорщика (мичмана). Так как согласно действующему в РФ законодательству женщины могут проходить службу в ВС только на контрактной основе,

выборка лиц мужского пола была также представлена лишь военнослужащими, проходящими службу по контракту.

При таком подходе представления о доле участия лиц женского пола в составе ВС РФ существенно изменяются (рис.2). Если в 1994 г. военнослужащие женщины составляли примерно третью часть всех военнослужащих, проходящих службу по контракту, то уже к 1996 г. их количество достигло, в среднем, 45 %, а в 1997 г. составило около 50%. Эта тенденция оказалась характерной для всех видов ВС и родов войск.

О побудительных мотивах и причинах стремительно нарастающего процесса привлечения женщин на военную службу в ВС России в известной степени можно судить по динамике прироста военнослужащих мужчин и военнослужащих женщин, проходящих службу по контракту. Эти данные представлены на рис. 3 в виде отношения доли призванных на военную службу к доле уволенных военнослужащих контрактников мужского и женского пола. Величина этого отношения менее 1,0 свидетельствует о снижении доли военнослужащих соответствующего пола в общей численности военнослужащих. На графике видно,

что в 1994 - 1996 гг. произошел резкий скачок прироста численности лиц женского пола в составе ВС России с одновременным существенным оттоком из них мужчин, а это, в свою очередь, привело к структурным изменениям долевого их участия, которые не были компенсированы даже последующим ограничением призыва женщин на военную службу СЗ.

Указанная выше тенденция к возрастанию доли женщин в составе ВС РФ объясняется не только более активным привлечением их на военную службу, но и преимущественным оттоком (главным образом, увольнением) из ВС РФ военнослужащих мужчин. Динамика численности военнослужащих женщин ВС России в сравнении с общей численностью военнослужащих, проходящих службу по контракту, в процентах к общему их количеству в 1994 г. представлена на рис.4. Исходной (фоновой) точкой отсчета был принят 1994 год, так как именно на этот год приходится начало активного реформирования ВС РФ и только с этого года практически появляется системный учет численности военнослужащих женщин.

Данные, приведенные на рис. 4, свидетельствуют о том, что с 1995 г. по 1998 г., несмотря на снижение общей численности военнослужа-

щих контрактников, численность военнослужащих женщин существенно превышает исходные (фоновые) величины.

Научные исследования, посвященные изучению характера и условий военной службы и их влияния на состояние здоровья военнослужащих женщин, активно проводятся, главным образом за рубежом [1,6,8,10,12,14]. Это связано, по-видимому, с тем, что в армиях ряда иностранных государств военнослужащие женщины уже в течение многих лет проходят службу на различных должностях. Несмотря на то, что в этих странах продолжается дискуссия об условиях прохождения военной службы и военно-профессиональном предназначении женщин в ВС и ведутся соответствующие научные изыскания, тем не менее точка зрения о том, что женщина и армия - понятия совместимые, не подвергается сомнению. Более того, практически во всех странах мира сформировалось четкое представление о роли военнослужащих женщин в составе ВС, и это позволяет целенаправленно разрабатывать и внедрять научно обоснованные мероприятия по оптимизации условий их службы и сводить к минимуму негативное влияние службы в армии на здоровье женщины.

Рис.3. Динамика прироста численности военнослужащих мужчин и военнослужащих женщин ВС РФ

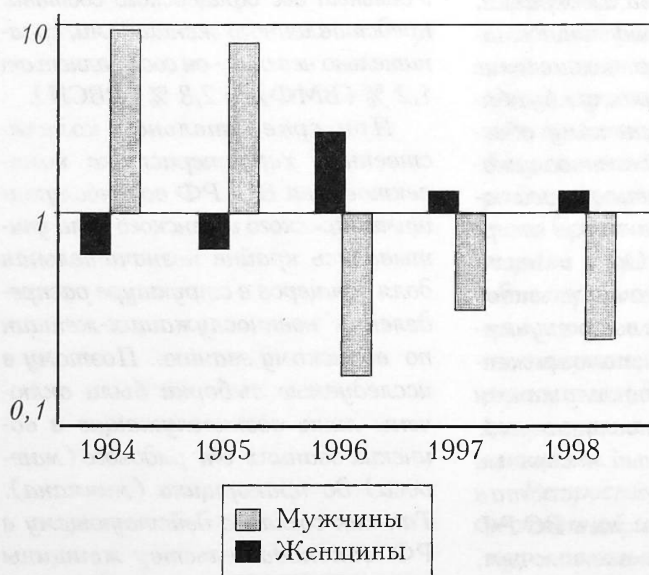


Рис.4. Динамика численности военнослужащих женщин в сравнении с общей численностью военнослужащих, проходящих службу по контракту в ВС РФ (в процентах к общему их количеству в 1994 г.)



Однако в нашей стране, несмотря на активное применение женского труда в армии, проблема «женщина и армия» должной научной проработки, анализа и оценки с гигиенических позиций по ряду причин не получила. Так, до настоящего времени еще не сложилось достаточно четкое представление о военно-профессиональном предназначении женщин и практическом применении из труда различных видов ВС РФ и родах войск у должностных лиц разных уровней. Перечень должностей, подлежащих замещению военнослужащими женщинами, действующий в настоящее время, не имеет, к сожалению, должного физиолого-гигиенического обоснования и оценки.

В ведомственных официальных документах (приказах, директивах и других нормативно-правовых документах МО РФ) отсутствует регламентация требований к условиям и характеру военного труда женщин. Не определена степень ответственности показателей обитаемости объектов вооружения и военной техники функциональным и психологическим возможностям женского организма. Практически не изучены характер и условия труда военнослужащих женщин основных групп специальностей, а также изменения в состоянии их здоровья в процессе службы, и, как следствие, не разработана система мероприятий по сохранению и укреплению их здоровья.

По нашему мнению, для решения назревшей проблемы необходимы организация и проведение углубленных и масштабных исследований военной службы женщин и научное обоснование физиолого-гигиенических рекомендаций по ее оптимизации. Разработке единой методологии, стратегии и тактики дальнейших действий ученых и практических врачей-гигиенистов, физиологов, акушеров-гинекологов в этом направлении была посвящена Всеармейская научная конференция на тему «Физиолого-гигиеническая оценка условий военной службы женщин в ВС РФ», организованная и проведенная Военно-медицинской академией совместно с ГВМУ МО РФ 25-26 февраля

1999 г. в Санкт-Петербурге [5].

Обсуждение и анализ материалов первой в России конференции, посвященной проблемам службы женщин в ВС РФ, даже на начальном этапе научных исследований позволяют утверждать, что женщины представляют собой существенный резерв для пополнения ВС РФ и принципиальных противопоказаний к военной службе для лиц женского пола нет. Анатомо-физиологические особенности организма женщин не являются непреодолимой преградой для их службы в армии. При условии учета особенностей женского организма этот специфический контингент военнослужащих, судя по приведенным на конференции материалам, может успешно участвовать во всех видах учебно-боевой подготовки войск.

Разрешить имеющиеся противоречивые точки зрения на эту проблему можно, лишь сломав устаревшие стереотипы мышления, смысл которых сводится к тому, что в ВС женщинам место, образно говоря, только на кухне, в лазарете или на коммутаторе. Всерьез говорить о действительно профессиональной армии, на наш взгляд, можно только в том случае, если в ней и военнослужащие женщины не будут испытывать никаких ограничений, прежде всего профессионального характера. Используемые в настоящее время формы и методы привлечения женщин на военную службу в ВС России, по-видимому, будут и должны пересматриваться и видоизменяться с учетом прежде всего особенностей социально-экономического развития страны и уточнения отдельных положений военной доктрины. Тем не менее в обязательном порядке необходима строгая научная регламентация условий и характера военной службы, обеспечивающая сохранение и укрепление здоровья военнослужащих женщин с учетом их анатомо-физиологических и морально-психологических особенностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гартун-Лопалева Т.А., Нечаев А.П., Цыганкова Л.А. Женщины в ВС зарубежных стран //

Информационный бюллетень. - Л.: ВМедА, 1987. - N76. - С. 122-148.

2. Директива Начальника ГВМУ от 9 февраля 1995 г. N 161/Д-2/768. - М.: Воениздат, 1995. - 8 с.

3. Мавлютова Г.С. В чем сила женщины? // Жизнь и безопасность. - 1997, N4.; 1998, N1. - С. 83-85.

4. Соловьев С.М. Мы - женщины-солдаты и нам награда - смерть! // Там же, с. 195-197.

5. Физиолого-гигиеническая оценка условий военной службы женщин в Вооруженных Силах Российской Федерации // Материалы Всеармейской научной конференции (25-26 февраля 1999 года). - СПб: ВМедА, 1999. - 120 с.

6. Buohla C.S. Women at sea: a female physicians viewpoint // US Navy Medicine. - 1981. - Vol.72, N9. - P.8-12.

7. Janssen R. Frauen ans Gewehr? - Köln, 1980. - 123 S.

8. Jackson A.S., Wier L.T., Ayers G.W. et al. Changes in aerobic power of women ages 20 - 64 // Med.Soc.Sports Exer., 1996. - V.28. - N 7. - P.884-891.

9. Jaoquet A. Probiernes de l'emploi du personnel féminin dans les Forces Armées // RISSATMA. - 1983. - T. 66, N7-8. - P.579-583.

10. Klokke M., Galbo H. Minor effects of long distance flight in cellular immune system in female flight attendants // Revue Int.Serv.Sante For.Arm., 1994. - V.67. - N10/12. - P.325-329.

11. Les femmes dans forces armées. - Brugg, 1992. - 350 p. (RISSFA. - 1993. - N1/2/3. - P. 91).

12. Lyons T.Z. Women in the fast jet cockpits. Aeromedical OON-siderations // Ren.Int.Serv.Sante Foro.Armees. - 1993. - P.66. - N 7-9. - P.246-J53.

13. Meissner F.K. Women in the Medical Service // Ren. Int.Serv. Sante Foro.Armees. - 1990. - P. 58. - N 4/6. - P.136-139.

14. Spurr G.B., Dufous D.L., Reina J.C. Daily energy expenditure of women by factorial and heart rate methods // Med.Sci.Sports Exer., 1997. - V.29. - N9. - P.1255-1262.

ФАКТОРЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ЭНДОМИОМЕТРИТА ПОСЛЕ РОДОВ

Изучены факторы риска развития эндомиометрита после родов. Для сравнения значимости различных факторов риска в исследуемой и сравниваемой группах представили их в баллах на основе шкалы прогноза гнойно-септических заболеваний у беременных и рожениц, что позволило подтвердить значимость профилактических мероприятий, проводимых при беременности, в снижении эндомиометритов после родов.

Установлено, что эндомиометрит после родов чаще развивается у женщин раннего репродуктивного возраста. Подтверждена ведущая прогностическая значимость факторов риска, связанных с родоразрешением. При беременности ведущая роль принадлежит очагам инфекции как в экстрагенитальных органах, так и в нижнем отделе генитального тракта. Кроме этого значимыми факторами риска являются угроза прерывания в различные сроки беременности и сочетание двух и более экстрагенитальных заболеваний у одной женщины.

Одной из актуальных проблем современного акушерства остается послеродовая гнойно-воспалительная инфекция. Несмотря на значительное число научных исследований, посвященных этой проблеме, имеющиеся успехи в ее профилактике и терапии, частота этой патологии в последние годы не снижается [2,3,10].

В структуре послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний первое место занимает эндомиометрит, частота которого составляет от 2,5% до 45% после родов и от 20% до 90% после кесарева сечения [4,5,6,7,8,9].

Поэтому для проведения своевременной и полноценной профилактики эндомиометрита после родов необходимо дальнейшее изучение факторов риска их развития.

Материал и методы

С целью изучения факторов риска развития эндомиометрита после родов нами изучены истории родов 185 женщин, из них 150 женщин (исследуемая группа) с послеродовым эндомиометритом и 35 (группа сравнения) женщин группы высокого риска по развитию инфекционно-воспалительных заболеваний после родов, но не заболевших в послеродовом периоде. В эту группу были включены истории родов женщин с различными очагами инфекции в половых органах и экстрагенитальной патологией при беременности и в родах. Возраст женщин обеих групп представлен в табл. 1.

Как следует из этой таблицы, возраст женщин в сравниваемых группах практически идентичен. Эндомиометрит наиболее часто (68%) развивался у женщин раннего (до 25 лет) репро-

дуктивного возраста.

Результаты исследования

При изучении паритета родов у женщин исследуемой группы, выявлено, что первородящих было 80 (53,3%) женщин, из них повторнородящих - 45 (56,3%) и повторнородящих - 70 (46,7%). Среди заболевших родильниц только 125 (83,3%) состояли в браке, тогда как в группе сравнения все женщины были замужем.

Нами выявлено, что из 150 родильниц с послеродовым эндомиометритом у 95 (63,3%) до беременности имелись очаги хронической инфекции (пиелонефрит, тонзиллит, гайморит, бронхит, холецистит, а также гастрит). При настоящей беременности 43 (28,7%) женщины перенесли различные инфекционные заболевания (грипп, ОРЗ, ангина). Обращает на себя внимание, что в большинстве случаев (75,4%) у женщин исследуемой группы при беременности имеющиеся различные очаги хронической инфекции сочетались либо с акушерскими осложнениями, либо с различными экстрагенитальными заболеваниями (табл. 2,3).

Так, беременность протекала на фоне сочетания анемии с гипертонической болезнью у 20 (21%), с хроническим пиелонефритом у 28 (29,4%) женщин. Из них обострение хронического пиелонефрита при беременности выявлено у 10 (35,7%) пациенток. Обострение назофарингеальной инфекции отмечено только у 15 (10%) женщин. Очаги инфекции в половой сфере (вагинит, цервицит, сальпингит, эндомиетрит, бартолинит) выявлены у 61 (40,6%) женщины. Из них заболевания, бывшие до беременности, зарегистрированы у 20 (32,8%),

Возраст, лет	Группы больных			
	группа сравнения		исследуемая группа	
	n	%	n	%
до 20	15	42,9	56	37,3
20-25	10	28,6	46	30,7
26-30	8	22,8	33	22,0
31-40	2	5,7	15	10,0
Всего	35	100	150	100

а во время беременности - у 41 (67,2%) женщины.

Бактериальные вагиниты выявлены у 9 (14,8%), трихомонадные - у 4 (6,6%), кандидозные - у 12 (19,7%) и у 10 (16,4%) - вагиниты, вызванные урогенитальной инфекцией (уреаплазмы, микоплазмы). Поскольку нередко встречается сочетание двух и более очагов инфекции, количество нозологических форм оказалось больше, чем количество заболевших родильниц.

При анализе течения беременности у женщин исследуемой группы выявлено, что гестоз имел место у 34 (22,7%), причем у 23 из них (67,6%) диагностирован гестоз с тяжелым течением. В этой

группе фетоплацентарная недостаточность выявлена у 26 (17,3%), угроза прерывания беременности в различные сроки - у 50 (33,3%), многоводие инфекционной этиологии - у 5 (3,3%) беременных. Сочетание гестоза и анемии беременных выявлено у 41 (27,3%) заболевшей женщины.

Изучая факторы риска, связанные с родоразрешением, нами выявлены следующие особенности течения родов у женщин исследуемой группы. Аномалии сократительной деятельности матки были у 48 (32%), ручное отделение и выделение последа - у 6 (4%), безводный период свыше 12 часов - у 59 (39,3%), затяжные роды свыше 15 часов - у

12 (8%), влагалищных исследований более трех - у 83 (55,5%) рожениц.

В группе сравнения лидирующее место занимает хронический пиелонефрит, выявленный у 8 (22,8%), из них с обострением при беременности - у 2 (5,7%) женщин. Назофарингеальная инфекция отмечена у 10 (28,6%) женщин. Анемия и ожирение встречались с одинаковой частотой у каждой пятой, а вагиниты - у каждой третьей беременной.

Всем беременным женщинам своевременно и рационально проведено лечение вагинита в ранние сроки беременности и санация влагалища перед родами.

У женщин группы сравнения

Факторы риска по развитию инфекционно-воспалительных заболеваний после родов

Таблица 2

I. Анамнез (до настоящей беременности)	Процент больных
1. Сочетание хронических очагов инфекции либо с акушерской, либо с экстрагенитальной патологией	75,4
2. Очаги хронической инфекции (пиелонефрит, тонзиллит, гайморит, бронхит и др.)	63,3
3. Очаги хронической инфекции в половой системе (вагинит, цервицит, сальпингооофорит, эндометрит)	32,8
II. Течение настоящей беременности	
1. Хронические инфекции в нижнем отделе гениталий	40,6
2. Угроза прерывания в различные сроки беременности	33,3
3. Сочетание анемии и пиелонефрита	29,7
4. Сочетание анемии и гестоза	27,3
5. Сочетание анемии и гипертонической болезни	21,3
III. Течение родов	
1. Влагалищные исследования свыше трех	55,5
2. Безводный период свыше 12 часов	39,3
3. Аномалии сократительной деятельности матки	32

Оцениваемый фактор	Кол-во баллов	Группа сравнен.	Исслед. группа	Средний балл на одну женщину	
				исслед. группа	группа сравнен.
I. Анамнез (до настоящей беременности)					
1. Медицинские аборт (1 и более)	1	70	15	0,46	0,43
2. Инфицированные аборт	2	22	6	0,15	0,17
3. Короткий интергенетический интервал	2	42	4	0,28	0,14
4. Операции на матке (кесарево сечение, миомэктомии)	3	12	–	0,08	–
5. Экстрагенитальная патология (анемия, ожирение, диабет и др.)	4	320	84	2,13	2,4
6. Гнойно-воспалительные заболевания при предыдущих родах	5	40	5	0,26	0,14
7. Трубно бесплодие	3	6	–	0,04	–
8. Хронические инфекционные заболевания (пиелонефрит, тонзиллит, гайморит и др.)	5	475	115	3,16	3,29
Общий балл п.п.1 - 8		987	229	6,58	6,54
Средний балл п.п.1 - 8		123,4	28,6	0,82	0,82
II. Течение настоящей беременности					
9. Гестоз легкой и средней степени	4	44	36	0,29	1,02
10. Гестоз тяжелой степени	8	40	32	0,26	0,9
11. Угроза прерывания беременности	3	150	45	3,0	1,28
12. Острая (обострение) генитальная инфек- ция (вагинит, цервицит и др.)	10	410	110	2,7	3,14
13. Острая (обострение) экстрагенитальная инфекция (пиелонефрит и др.)	10	360	40	2,4	1,14
14. Хирургическое вмешательство по поводу истмико-цервикальной недостаточности	3	12	3	0,08	0,08
Общий балл п.п.9 - 14		1016	266	6,8	7,6
Средний балл п.п.9 - 14		169,3	44,3	1,1	1,26
III. Течение родов					
15. Крупный плод (двойня)	3	39	6	0,26	0,17
16. Экстренное кесарево сечение	5	35	10	0,23	0,28
17. Влажные исследования более трех	7	581	70	3,87	2,0
18. Длительные роды (более 15 часов)	9	108	9	0,72	0,25
19. Длительный безводный период (более 12 часов)	8	472	16	3,15	0,45
Общий балл п.п.15 - 19		1235	111	8,23	3,15
Средний балл п.п.15 - 19		247	22,2	1,64	0,62
Общий балл п.п.1 - 19		3238	606	21,5	17,29
Средний балл п.п.1 - 19		170,4	31,8	1,13	0,91

среди факторов риска, связанных с родоразрешением, были реализованы: безводный период свыше 12 часов - у 2 (5,7%), влагалищные исследования более трех - у 10 (28,6%) и затяжные роды - у 1 (2,8%) женщины. На основании полученных данных нами выделены факторы риска по развитию инфекционно-воспалительных заболеваний после родов, которые представлены в табл. 2.

С целью сравнения значимости факторов риска в обеих группах (исследуемой и сравнения) мы представили их в баллах на основе шкалы прогноза гнойно-воспалительных заболеваний у беременных и рожениц [1]. При этом с помощью математической статистики установлены ранги основных заболеваний и осложнений соответственно удельному весу инфекционно-воспалительных послеродовых заболеваний. Данные проведенного исследования представлены в табл. 3.

Из этой таблицы следует, что средний балл по комплексу факторов риска, связанных с анамнезом, составил 0,82, как в исследуемой группе, так и в группе сравнения. При сравнении факторов риска, связанных с беременностью, обращает на себя внимание, что в группе сравнения средний балл факторов риска выше, чем в исследуемой группе на 12,6% (средний балл, соответственно, 1,26 и 1,1). Несмотря на это, эндометрит у женщин данной группы не развился, так как во время беременности своевременно и рационально проводилось лечение генитальной инфекции, применялась адекватная антибактериальная и противовоспалительная терапия при обострении экстрагенитальных очагов инфекции.

Очевидно, поэтому средний балл по факторам риска, связанным с родоразрешением, по сравнению с аналогичным, связанным с течением беременности у женщин, не заболевших эндометритом после родов (группа сравнения), понизился на 0,64, в то

время как у женщин, заболевших послеродовым эндометритом (исследуемая группа), он увеличился на 0,54. Выявленный факт свидетельствует о роли профилактических мероприятий, проводимых во время беременности, в снижении послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний.

У женщин, заболевших эндометритом после родов (исследуемая группа), в сравнении с пациентками высокого риска по развитию послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний, но не заболевших (группа сравнения), подтверждена ведущая прогностическая значимость факторов риска, связанных с родоразрешением (длительный безводный период, многочисленные влагалищные исследования и др.).

Заключение

Таким образом, результатом нашей работы явилось определение доминирующих факторов риска развития эндометрита после родов. Первостепенное прогностическое значение имеют факторы, связанные с родоразрешением: длительный безводный период (более 12 часов), влагалищные исследования в родах (свыше трех). При беременности на первый план выходят очаги инфекции как в экстрагенитальных органах, так и в нижнем отделе гениталий. Кроме этого значимыми факторами риска являются угроза прерывания беременности в различные сроки и сочетание двух и более экстрагенитальных заболеваний у одной женщины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Перфильева Г.Н. Гнойно-септическая инфекция в акушерско-гинекологической практике. - СПб., 1994. - 150 с.
2. Айламазян Э.К. Антенатальная диагностика и профилактика врожденных заболеваний человека: Актовая речь. - СПб. - 1993. - 36 с.

3. Савельева Г.М. Пути снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности: Тезисы докладов XV Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. - Донецк. - 1989. - С.596-598.

4. All Y. Analysis of cesarean delivery in Jirjima Hospital, south-western Ethiopia // East. Afr. Med. J. - 1995. - Vol. 72, N 1. - P. 60-63.

5. Andrews W.W., Shah S.R., Goldenberg R.L., Cliver S.P., Hauth J.C., Cassell G.H. Association of post-cesarean delivery endometritis with colonization of the chorioamnion by *Ureaplasma urealyticum* // Obstet. Gynecol. - 1995. Vol. 85, N 4. - P. 509-514.

6. Desser L, Rehberger, Kokron E., Paukovits W. Cytokine synthesis in human peripheral blood mononuclear cells by proteolytic enzymes // Oncology. - 1993. - Vol. 50. - P. 403-407.

7. Maberry M.C., Gilstrap L.S. et al Anaerobic coverage for intraamniotic infection: Maternal and perinatal impact // Am. J. Perinatol. - 1991. - Vol. 8, N 2. - P. 338-341.

8. Majeroni B.A. Chlamidial cervicitis: complications and new treatment options // Am. Fam. Physician. - 1994. - Vol. 49. - P. 1825-1829.

9. Moen M. D., Besinger R. E., Tomich P. G., Fisher S. G. Effect of amnio-infusion on the incidence of postpartum endometritis in patients undergoing cesarean section. // J. Reprod. Med. - 1995. - Vol. 40, N 5. - P. 383- 386.

10. Zhang L.M., Ding H. Analysis of national maternal death surveillance: 1989-1991// Chung. Hua. Fu. Chan. Ko. Tsa. Chin. - 1994. - Vol. 29, N 9. - P. 514-517.

Е.Ф.КИРА

Кафедра акушерства и гинекологии
Российской Военно-медицинской академии,
Санкт-Петербург

ИНФЕКЦИИ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ. (Часть III). КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЛАГАЛИЩА, ВКЛЮЧАЯ СТЗ

Бактериальный вагиноз (БВ) - это заболевание, характеризующееся появлением обильных выделений из влагалища, в которых не обнаруживаются известные патогенные возбудители - *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae* и грибы рода *Candida*.

Диагностика БВ основана на данных клинического обследования и специальных лабораторных методов исследования.

Клиническое течение БВ характеризуется длительными (от 6 мес. до 45 лет; в среднем $5,17 \pm 0,32$ лет) и обильными, нередко со зловонным запахом, выделениями из влагалища. Обследование женщин начинают со сбора анамнеза. Скупулесный распрос, детальное осведомление о начале и первых признаках заболевания, характере жалоб, предшествующего лечения в значительной степени позволяют определить правильный диагноз.

Ведущим и часто единственным симптомом БВ является повышенное количество белей, у 87% женщин с неприятным запахом. Патологические выделения не только способствуют нарушениям половой, генеративной функций, но приводят к формированию стойкого психоэмоционального дистресс-синдрома, снижает адаптационные возможности организма, работоспособность. У 2/3 больных выявлен дисбактериоз ЖКТ, что позволило считать БВ одним из вариантов единого дисбиотического процесса. В зависимости от продолжительности болезни характер выделений различен. В начале развития заболевания бели имеют жидкую конси-

стенцию, белый или с сероватым оттенком цвет. При длительно-сти БВ >5 лет выделения приобретают желтовато-зеленоватую окраску, становятся более густыми, нередко напоминают творожистую массу, обладают свойством пениться, слегка тягучие и липкие, равномерно распределяются по стенкам влагалища. Количество белей варьирует от умеренных до весьма обильных, но в среднем составляет около 20 мл в сутки (примерно в 10 раз выше, чем в норме).

Зуд в области наружных гениталий отмечен у 26% больных, жжение - у 28%, диспареуния - у 23%. Дизурические расстройства наблюдались у 15% женщин, боли в области влагалища или промежности - у 21%.

При объективном обследовании необходимо обращать внимание на состояние наружных половых органов, наружного отверстия уретры, слизистой оболочки влагалища, шейки матки, характер выделений. Особенностью БВ является отсутствие признаков воспаления (отека, гиперемии) стенок влагалища. Слизистая оболочка обычного розового цвета. В редких случаях у женщин пожилого возраста (в менопаузе) могут обнаруживаться мелкие красноватые пятнышки. Кольпоскопическая картина БВ характеризуется отсутствием диффузной или очаговой гиперемии, точечных кровоизлияний, отека и инфильтрации слизистой оболочки влагалища, но определяют дистрофические изменения. У 39% больных выявлены изменения влагалищной части шейки матки

Журнал
акушерства
и женских
болезней



(цервицит, эктропион, простая эрозия, рубцовые деформации и др.).

Интересно, что 97% женщин по поводу хронических патологических белей ранее посещали гинеколога и/или уролога, миколога, эндокринолога, невропатолога. При этом у 95% из них выставляли диагноз неспецифический вагинит (НВ). 75% женщин ранее неоднократно, но как правило, безуспешно лечились по поводу предполагаемого вагинита, при этом очень часто использовались самые различные антибактериальные препараты как местно, так и перорально или парентерально. Почти всем больным были рекомендованы содовые спринцевания. Нередко диагноз неспецифического или сенильного кольпита выставлялся только на основании жалоб на выделения и при обнаружении в мазках повышенного содержания лейкоцитов. Отсутствие четких клинических и дифференциально-диагностических признаков БВ и НВ способствовало неправильному выбору лечения и его низкой эффективности.

Таким образом, становится очевидным, что уже по ряду клинических проявлений заболевания на этапе первичного обследования можно заподозрить наличие БВ. Прежде всего следует обращать внимание на тех пациенток, которые длительно, но безуспешно лечатся по поводу НВ традиционными способами (содовые спринцевания, фито-, антибиотикотерапия и др.). Непрекращающиеся бели на фоне длительной антибактериальной и противовоспалительной терапии также являются важным диагностическим критерием БВ.

Диагностика БВ основана на сочетании таких признаков, как:

- гомогенные, обильные серо-белые жидкие, адгезированные на стенках влагалища выделения при отсутствии признаков воспаления;
- наличие ключевых клеток при микроскопическом исследовании; обнаружение в мазках микроорганизмов рода *Mobiluncus* sp., грам-отрицательных и грам-положи-

тельных плеоморфных бактерий,

- pH влагалищной жидкости $> 4,5$ (в среднем 5-6);

- "рыбный" запах влагалищных выделений до или после добавления 10%-го раствора КОН и индикация в выделениях триметиламина;

- безуспешная предшествующая терапия вагинита антибиотиками и противовоспалительными препаратами.

Одновременное обнаружение трех из указанных критериев позволяет с высокой степенью вероятности диагностировать БВ.

Отсутствие или уменьшенное количество молочнокислых бактерий (лактобацилл, бифидумбактерий, молочнокислых стрептококков) во влагалище приводит к снижению его защитной функции, при этом pH сдвигается в сторону щелочной реакции. Если нормальные значения pH влагалища находятся в пределах 3,7 - 4,5, то у больных БВ величина pH колеблется от 5,0 до 7,5 (в среднем $6,2 \pm 0,9$).

Исчезновение лактофлоры способствует заселению «свободных» экологических ниш в основном грам-отрицательными неспорообразующими анаэробными микроорганизмами. Повышенная генерация анаэробов, вырабатывающих в процессе метаболизма летучие амины, способствовала появлению неприятного запаха «гнилой рыбы» (положительный аминотест) у 78% обследованных больных.

Одним из характерных признаков БВ является обнаружение в мазках содержимого влагалища, окрашенных по Граму, ключевых клеток (КК), которые представляют собой клетки эпителия влагалища, покрытые грам-отрицательными палочками. КК были обнаружены нами у 94% обследованных женщин, в то время как у здоровых женщин, независимо от возраста, они не определялись.

Появление КК при БВ можно связать с дистрофическими изменениями в слизистой оболочке влагалища, повышенным слущиванием эпителия и усиленной адгезией грам-

отрицательных микроорганизмов по отношению к этим клеткам. Недостоверным критерием оказался подсчет в поле зрения лейкоцитов, количество которых варьировало в весьма широких пределах (от 5 - 7 до 30 - 40). На наш взгляд, оценивать лейкоциты во влагалищных мазках необходимо не по количеству, а по их функциональной активности. Интересным является и тот факт, что при БВ не только клинически отсутствуют признаки воспаления слизистой оболочки влагалища, но и при гистологическом исследовании биоптатов стенки влагалища в области заднего свода не обнаружены выраженные изменения.

Когда исследуется мазок, окрашенный по Граму, определение относительной концентрации морфотипов бактерий, характеризующих изменение микрофлоры, является приемлемым лабораторным методом диагностики БВ. Культуральное исследование на *Gardnerella vaginalis* для диагностики БВ не рекомендуется, поскольку не является специфичным.

На основании проведенных исследований можно сделать заключение, что БВ - это самостоятельное заболевание, в основе которого лежат дисбиотические процессы во влагалище. Иными словами, БВ - это дисбактериоз влагалища с характерным симптомокомплексом болезни. Учитывая, что у 63% больных с БВ одновременно был диагностирован дисбактериоз кишечника, можно предположить, что БВ, как и дисбактериоз желудочно-кишечного тракта - заболевание целостного организма, а может быть, и единый дисбиотический процесс с доминирующим проявлением либо в генитальной, либо в пищеварительной системах.

БВ следует дифференцировать прежде всего с такими заболеваниями, как неспецифический вагинит, гонорея, трихомоноз, кандидоз влагалища, синдром Гарднера, синдром Керера, старческий (сенильный) и атрофический вагинит.

Половая передача. Одним

из наиболее дискуссионных вопросов в отношении БВ является различие во взглядах на половую передачу этого заболевания. Согласно современным данным, это заболевание не передается половым путем. Однако мы убеждены, что существует определенная корреляционная зависимость между возникновением БВ и сексуальным поведением: раннее начало половой жизни, ее особенности, число половых партнеров и др. Нам представляется, что число половых партнеров более значительный фактор для развития БВ, чем число coitus. Сексуальная активность при БВ выше, чем в группе здоровых женщин.

Лечение. Принципиальная цель терапии состоит в разрешении влагалищных симптомов. Следовательно, все женщины (небеременные и беременные), у которых определяются симптомы, нуждаются в лечении. БВ во время беременности ассоциируется с неблагоприятным исходом беременности, и некоторые исследования показывают, что лечение беременных женщин с БВ и с высоким риском преждевременных родов (т.е. тех, у кого они были в анамнезе) может снизить количество преждевременных родов. Следовательно, для бессимптомных беременных женщин с высоким риском целесообразно проводить лечение. Применение метронидазола при БВ существенно снижает частоту послеабортных воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ). Основываясь на этих данных, возможно, имеет смысл проводить лечение БВ (сопровождающегося симптомами или бессимптомного) перед проведением хирургических абортов.

Лечение БВ требует информированности об этиологии и патогенезе этого заболевания акушеров-гинекологов и строгой индивидуализации в выборе методов и средств. Несмотря на то, что БВ не относится к острым заболеваниям, нельзя согласиться с мнением некоторых авторов, считающих, что лечение влагалищ-

ных инфекций легкое. Назначаемая терапия этим больным является чрезвычайно важным и ответственным моментом не только потому, что пациентки годами мучаются выделениями, не находя соответствующей помощи, а еще и в целях профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний, ассоциированных с БВ.

Нами был предложен и успешно осуществлялся на протяжении нескольких лет двухэтапный метод лечения, основным принципом которого является создание оптимальных физиологических условий влагалищной среды и восстановление микробиоценоза. Подходя в выборе средств терапии с позиций лечения не воспаления, а дисбактериоза, мы практически отказались от системной антибактериальной терапии и сконцентрировали все внимание на местных способах.

Зная этиологию БВ и ключевые звенья патогенеза, на первом этапе лечения проводится местная антибактериальная терапия (метронидазол, клиндамицин, левомецитин и др.), назначаются молочная кислота для снижения pH, лазеротерапия, по показаниям - иммунокорректоры, эстрогены, ингибиторы простагландинов и антигистаминные препараты. При наличии зудажжения, болей применяли местноанестезирующие препараты.

Второй этап предусматривает использование бактериальных биологических препаратов: лактобактерина, ацилакта, бифидумбактерина, бифидина местно для восстановления микрофлоры влагалища. Назначение этих лекарств без предварительного первого этапа бесперспективно ввиду выраженной конкурентности между микроорганизмами влагалища. По сути, введение во влагалище живых культур молочно-кислых бактерий является «трансплантацией» этих микроорганизмов, и их «приживаемость» во многом зависит от состояния местного иммунитета, эндокринного статуса и наличия факторов роста.

Проведение комплексной этио-

тропной и патогенетической терапии БВ позволило нам достичь стойкого клинического выздоровления у 92,6% больных, тем самым снизив частоту рецидивов до минимума (7,4%). Среди использованных препаратов наиболее эффективным оказался ацилакт. В этой группе больных частота рецидивов заболевания спустя 1 - 3 месяца после окончания лечения составила 4,4%.

В настоящее время мы рекомендуем придерживаться определенных стандартов в лечении БВ и других болезней, передающихся половым путем.

Рекомендованные схемы для небеременных женщин

Клиндамицин крем, 2%, один полный аппликатор (5 г) интравагинально на ночь - в течение 7 дней;

или

Метронидазол перорально 2 раза в день в течение 7 дней;

или

Орнидазол 500 мг перорально 2 раза в день в течение 5 дней;

или

Метронидазол гель 0,75%, один полный аппликатор (5 г) интравагинально - один или два раза в день, в течение 5 дней;

или

Клион-Д по одной вагинальной таблетке 2 раза в день, в течение 5 дней.

ПРИМЕЧАНИЕ. Пациенток необходимо предупреждать о том, что они должны избегать употребления спиртных напитков во время лечения метронидазолом, а также в течение 24 часов после окончания лечения. Клиндамицин-крем изготовлен на масляной основе и может повредить структуру латексных презервативов и диафрагм.

Альтернативные схемы

Орнидазол (тиберал) 2 г перорально однократно;

или

Метронидазол 2 г перорально однократно;

или

Тинидазол 2 г перорально однократно;

или

Клиндамицин 300 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней.

Лечение орнидазолом или метронидазолом, применяемым в однократной дозе 2 г, является альтернативным режимом из-за более низкой эффективности при лечении БВ. Пероральный орнидазол или метронидазол (500 мг дважды в день ежедневно) показали свою эффективность при лечении БВ, вызывая исчезновение симптомов дисбактериоза и улучшение клинического состояния. Излеченность через 4 недели после завершения терапии при 7-дневном лечении перорально орнидазолом, метронидазолом и клиндамицином - вагинально кремом не имеет значительной разницы (83%, 78% и 82% соответственно). Некоторых медицинских работники остаются сомневаются в возможности тератогенного действия метронидазола и его аналогов, которое было подтверждено в исследованиях на животных с использованием очень высоких доз и длительных курсов лечения. Однако недавно проведенный мета-анализ не обнаружил доказательств тератогенности метронидазола и его аналогов у человека. Некоторые медицинские работники предпочитают интравагинальный путь введения, поскольку при этом отсутствует риск развития системных побочных эффектов (например, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, как правило, слабо или умеренно выраженные; кроме того, препарат обладает неприятным вкусом). Среднее значение пика концентрации метронидазола в сыворотке крови при интравагинальном введении на 2% ниже, чем при использовании стандартных пероральных доз 500 мг, а среднее значение биодоступности крема клиндамицина составляет около 4%).

Дальнейшее наблюдение.

Если симптомы исчезли, то необходимости в дальнейшем наблюдении нет. Рецидивы БВ встре-

чаются довольно часто. Т. к. лечение БВ у бессимптомных беременных женщин с высоким риском может предотвратить неблагоприятный исход беременности, рекомендуется проводить контрольное обследование через месяц после лечения для оценки излеченности. Для лечения рецидивов могут использоваться альтернативные схемы. В настоящее время нет схемы использования какого-либо препарата для долговременной поддерживающей терапии.

Ведение половых партнеров. Клинические испытания показали, что лечение половых партнеров не влияет ни на успешность проводимого у женщины лечения, ни на частоту рецидивов, следовательно рутинное лечение половых партнеров не рекомендуется.

Особые замечания

Аллергия или непереносимость. При аллергии к метронидазолу (и аналогам) или его непереносимости следует отдавать предпочтение крему клиндамицина. Гель метронидазола можно назначать тем пациенткам, у кого наблюдается непереносимость системного метронидазола, однако пациенткам с аллергией на пероральный метронидазол нельзя назначать его интравагинально.

Беременность. БВ ассоциируется с неблагоприятными исходами беременности. Т.к. лечение БВ у бессимптомных беременных женщин с высоким риском (преждевременные роды в анамнезе) может снизить риск преждевременных родов, их следует обследовать и, при выявлении БВ, лечить. Скрининг и лечение должны быть проведены в начале второго или третьего триместров беременности.

Рекомендуемая схема лечения

Орнидазол 250 мг 2 раза в день перорально 5 дней;

или

Метронидазол 250 мг перорально 3 раза в день в течение 7 дней.

Альтернативная схема

Метронидазол 2 г перорально однократно;

или

Клиндамицин 300 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней.

Беременные женщины с низким риском (не имеющие в анамнезе преждевременных родов) с симптомами БВ должны быть пролечены до исчезновения симптомов.

Рекомендуемая схема

Орнидазол 250 мг перорально 2 раза в день в течение 5 дней;

или

Метронидазол 250 мг перорально 3 раза в день в течение 7 дней.

Альтернативная схема

Орнидазол (тиберал) 2 г перорально однократно;

или

Метронидазол 2 г перорально в однократной дозе;

или

Клиндамицин 300 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней;

или

Метронидазол-гель 0,75%, один полный аппликатор (5 г) интравагинально 2 раза в день в течение 5 дней.

Некоторые эксперты предпочитают применять системную терапию для женщин с низким риском в лечении возможных инфекций верхнего репродуктивного тракта с субклиническими проявлениями.

Более низкие дозы препаратов во время беременности рекомендуются из-за желания ограничить воздействие лекарств на плод. Имеются скудные данные об использовании метронидазола - вагинального геля во время беременности. Не рекомендуется использовать клиндамицин - вагинальный крем при беременности, т.к. по данным двух рандомизированных исследований было отмечено возрастание количества преждевременных родов после лечения клиндамицином - вагинальным кремом.

ВИЧ-инфекция. Лица с ВИЧ-инфекцией и БВ должны получать такое же лечение, как и пациентки без ВИЧ-инфекции.

ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Ежегодно в РФ выявляют 11 000 больных злокачественными опухолями яичников и 8 500 умирают от этого заболевания. Проблема ранней диагностики заболевания не решена. Выявление ранних стадий РЯ основано на обследовании «группы риска». В 70-75% случаев рак яичников выявляется на 3-4-й стадии. Основной метод лечения - хирургический, выполняемый в объеме надвлагалищной ампутации матки с придатками и большим сальником. Полихимиотерапия показана всем больным в течение 6-12 месяцев. Препаратами ПХТ первой линии служат соединения платины в сочетании с циклофосфаном и доксорубицином. Лучевая терапия преимущественно проводится при 3-й стадии, когда имеются неудалимые опухолевые очаги в малом тазу. По сводным данным FIGO (1992), показатель 5-летней выживаемости для всех стадий РЯ не превышает 30-35%.

Статистика. Проблема опухолей яичников (ОЯ) является одной из наиболее актуальных и трудных разделов клинической онкологии. В экономически развитых странах Европы и Северной Америки заболеваемость раком яичников (10 - 15 на 100 000 женщин) занимает второе ранговое место среди злокачественных опухолей женских половых органов, а смертность - первое, превышая соответствующие показатели для рака шейки и тела матки, вместе взятые. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования составляют важный раздел работы врачей женских консультаций и гинекологических стационаров, а их своевременное выявление и хирургическое лечение - реальное направление предупреждения рака яичников (РЯ), который отличается крайне агрессивным клиническим течением.

Проблема ранней диагностики РЯ не решена. В 70 - 75% случаев заболевание выявляется в далеко зашедших стадиях (3 и 4-я). Поэтому рак яичников остается главной причиной смертности от рака среди женщин. Каждый год в Российской Федерации выявляют 11000 вновь заболевших, а 8500 больных умирают от этого заболевания [8].

Лечение злокачественных новообразований яичников заключается в индивидуализированном применении хирургических, химиотерапевтических, лучевых, а в последние годы - гормональных и иммунотерапевтических методов. Несмотря на их постоянное усовершенствование, показатели 5 -летней выживаемости применительно ко всем стадиям не пре-

вышают 30 - 35%. Это главный стимул для дальнейшего изучения всех аспектов проблемы опухолей яичников.

Классификация. Опухоли яичников (ОЯ) делятся на доброкачественные, пограничные и злокачественные, а среди последних выделяются первичные и метастатические. Ни в одном органе человека не существует такого гистогенетического многообразия опухолей, как в яичнике.

В соответствии с классификацией экспертов ВОЗ, среди эпителиальных опухолей яичников, которые составляют более 90% по отношению ко всем формам злокачественных новообразований гонад, выделяют серозные, муцинозные, эндометриоидные, мезонефроидные (светлоклеточные) аденокарциномы, а также недифференцированные и неклассифицируемые. Первые три вида эпителиальных новообразований составляют большинство по отношению ко всем формам злокачественных ОЯ. Они делятся на высоко-, умеренно- и низкодифференцированные. Снижение степени дифференцировки, а также обнаружение при проточной цитометрии анеуплоидных опухолей рассматриваются как неблагоприятные прогностические факторы.

Реже встречаются неэпителиальные новообразования, развивающиеся из стромы полового тяжа (феминизирующие гранулезостромальноклеточные опухоли, текома, фиброма, маскулинизирующие андробластомы).

Другую группу злокачественных новообразований яичника составляют герминогенные опухоли (дисгерминома, эмбриональная

карцинома, хориокарцинома, зрелые и незрелые тератомы).

Яичники являются частой локализацией метастазов рака желудка и толстой кишки (опухоли Крукенберга), рака молочной железы, тела матки и др.

Степень распространения РЯ оценивается с помощью клинико-анатомических классификаций по стадиям. К 1-й стадии относят наблюдения, при которых опухоль ограничена одним или обоими яичниками, ко 2-й - поражения, ограниченные областью малого таза, к 3-й - метастазы в органах брюшной полости, к 4-й - отдаленные метастазы (печень, легкие и др.).

Аналогичные принципы положены в основу классификации РЯ по системе TNM, причем добавление к каждому из этих символов цифровых значений представляет в каждом конкретном клиническом наблюдении стенографическое описание степени распространения РЯ.

Патогенез и факторы риска. Совокупность результатов экспериментальных эпидемиологических, клинических и эндокринологических данных позволяет отнести РЯ к группе гормонозависимых опухолей. Это справедливо не только по отношению к гормонпродуцирующим опухолям, но и к цистаденокарциномам. Существенным звеном патогенеза является синдром нарушений репродуктивной функции: раннее менархе, ранняя (до 45 лет) или поздняя (после 55 лет) менопауза, бесплодие или снижение детородной функции, сочетание РЯ с миомой матки, с генитальным эндометриозом, гиперпластическими процессами эндометрия. Характерны повышение гонадотропной функции гипофиза (связанная с ней гиперстимуляция овуляции), хроническая гиперэстрогения при сниженной секреции прогестерона. В цистаденокарциномах яичников (особенно эндометриоидных), высокодифференцированных опухолях с высоким постоянством определяются цитоплазма-

тические рецепторы эстрадиола и прогестерона, уровень которых отражает чувствительность этих новообразований к гормонотерапии синтетическими прогестагенами и антиэстрогенами. О гормональной зависимости многих гистотипов РЯ свидетельствует их нередкое синхронное, либо метасинхронное сочетание с карциномой эндометрия, молочной железы, а также правой половины толстой кишки. Относительный риск первично-множественного РЯ у больных с солитарными опухолями указанных органов в 12 - 18 раз выше, чем в популяции здоровых женщин соответствующего возраста [6].

При УЗИ-обследовании больных с другими локализациями злокачественных опухолей органов репродуктивной системы нередко удается выявить РЯ 1 стадии с относительно благоприятным прогнозом. Характерно, что в семьях больных аденокарциномами четырех локализаций: эндометрия, молочной железы, яичников и толстой кишки отмечается наследственная предрасположенность к этим же опухолям [6].

Другим возможным фактором риска может быть естественная или искусственная гиперстимуляция овуляции. Так, М. Fathalla (1971) первым предположил, что непрерывная овуляция может играть роль даже фактора патогенеза рака яичников. После овуляции покровный эпителий яичника интенсивно пролиферирует, заполняя раневой дефект, образовавшийся после разрыва фолликула. Пролиферирующий эпителий может подвергнуться злокачественной трансформации, а экзогенные агенты (возможно, HPV) могут служить в качестве инициаторов или промоторов в этой трансформации. Косвенным доказательством правильности таких представлений являются данные о том, что прерывание овуляции беременностью, лактацией или длительным приемом оральных контрацептивов существенно снижает риск развития РЯ [7].

Наряду с несомненной ролью эндокринно-обменных нарушений в развитии РЯ в последнее время получен ряд доказательств гипотезы, согласно которой в возникновении некоторых гистотипов РЯ (особенно серозной цистаденокарциномы) определенное значение имеет инфицированность вирусом папилломы человека [10]. Встречающееся в ряде наблюдений тотальное поражение брюшины мелкими бородавчатого вида метастазами при небольших первичных опухолях и отсутствие асцита дает основание рассценивать рак яичников как общее поражение всей выстланной целомическим эпителием брюшины.

В практическом плане выделяют следующие факторы риска РЯ: нарушения менструальной и детородной функций, маточные кровотечения в период перименопаузы и постменопаузы, особенно у женщин с эстрогенным типом кольпоцитологической реакции в этом возрасте, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу доброкачественных кист яичников, миомы матки, хронических воспалительных заболеваний придатков матки. Следует заметить, что любое увеличение яичников в период постменопаузы (более 4 см) необходимо рассматривать как повод для углубленного обследования с целью подтверждения или исключения опухоли. Кроме того высокий риск ОЯ имеют женщины, ранее оперированные в пре- и постменопаузе по поводу доброкачественных опухолей внутренних половых органов с оставлением одного или обоих яичников. Женщины, имеющие 2-3 фактора риска РЯ, нуждаются в периодических (не реже чем один раз в год) осмотрах с применением УЗИ органов малого таза.

Профилактика. Первичная профилактика РЯ может заключаться в коррекции ановуляции и гиперстимуляции овуляции (например, с помощью стероидной контрацепции у женщин старше 40 лет). Во всяком случае, после-

дние эпидемиологические данные, обобщающие опыт многолетних наблюдений нескольких крупных зарубежных центров по длительному применению комбинированной гормональной контрацепции, убедительно показали достоверное снижение частоты заболеваемости раком яичников и раком эндометрия среди женщин, применявших этот вид контрацепции [7].

Вторичная профилактика РЯ сводится к своевременному выявлению доброкачественных и пограничных опухолей яичников и их хирургическому лечению.

Клиническое течение РЯ.

Клиническое течение злокачественных опухолей яичников отличается агрессивностью, коротким периодом удвоения опухоли и универсальным характером метастазирования. Преобладает имплантационный путь распространения: метастазы париетальной и висцеральной брюшины, (в том числе в дугласовом пространстве, большом сальнике), плевры, карциноматозный асцит и гидроторакс. Лимфогенные метастазы (главным образом в параортальных и подвздошных коллекторах) отмечаются у 30-35% первичных больных. Гематогенные метастазы в легких и печени никогда не бывают изолированными. Они определяются нередко на фоне широкой имплантационной и лимфогенной диссеминации.

Симптомы. Во многих наблюдениях отмечается малосимптомное клиническое течение. Общая слабость, увеличение объема живота, боли в мезо- и гипогастральной областях, диспептические явления, частое мочеиспускание характерны как для доброкачественных опухолей, так и для РЯ. Нередко имеющиеся симптомы недооцениваются больными и врачами, что приводит к положению, при котором во всем мире РЯ 3-й и 4-й стадий составляет 70-75% по отношению ко всем первичным больным. Так, асцит нередко принимается терапевтами за проявление сердечной или пе-

чечной недостаточности, гидроторакс - плеврита. Хирурги трактуют метастаз в пупок как пупочную грыжу, а симптомы раздражения брюшины, вызванные перекутом ножки опухоли или ее некрозом, - как острый аппендицит. Гинекологи месяцами наблюдают ОЯ, ошибочно трактуя их как субсерозную миому или воспаление придатков матки. Частота ошибочных заключений нарастает, если гинекологи не выполняют ректовагинальное исследование. Для РЯ характерны следующие признаки, выявляемые при объективном обследовании: увеличение придатков за счет плотных безболезненных узлов или опухолей неоднородной консистенции, ограничение подвижности их, в 70% случаев отмечается поражение обоих яичников, у некоторых больных опухоль пальпируется в дугласовом пространстве (т.н. «шпора»). Билатеральные опухоли при РЯ отмечаются в 70%.

Несмотря на отсутствие классических симптомов, характерных для РЯ, внимательное обследование больных, применение диагностических приемов по принципу «от простого к сложному» помогает своевременной диагностике. Большое значение имеют тщательная подготовка толстой кишки перед осмотром, методика ректовагинального исследования. Любое скопление жидкости в брюшной полости (асцит) и плевральных полостях (гидроторакс) косвенно указывает на опасность РЯ, что делает показанным проведение пункции и цитологического исследования.

При трактовке пальпируемых образований в области придатков матки следует учитывать возраст (редкость острых воспалительных процессов в постменопаузе), консистенцию определяемого образования (для РЯ характерна неоднородная, кистозно-солидная консистенция), его подвижность, а также результаты УЗ-мониторинга. Быстрый рост новообразования, особенно в пре- и постменопаузе, указывает на вы-

сокую вероятность малигнизации. Любые пальпируемые образования в области придатков матки следует трактовать как опухоль, пока это предположение не будет отвергнуто.

Улучшение диагностики РЯ связано с применением УЗ-исследования органов малого таза, когда обнаружение даже небольшого увеличения яичников (более 4 см в ювенильном периоде и в постменопаузе, более 5 см в репродуктивном возрасте) должно приводить в движение систему методов уточняющей диагностики. К ним относятся: компьютерная и ядерно-магнитная томография, пункция дугласова пространства с последующим цитологическим исследованием смыва, лапароскопия и наконец - диагностическая лапаротомия.

При лапаротомии с помощью экспресс-биопсии уточняется гистотип опухоли, а при тщательной ревизии органов брюшной полости и малого таза, включая большой сальник, печень и поверхность диафрагмы, - степень распространения процесса. При подозрении на рак яичников лапаротомия должна выполняться срединным доступом.

Большие надежды возлагаются на иммунологические методы ранней диагностики РЯ. С этой целью применяется определение опухолевых маркеров (ОМ), представляющих собой белковую субстанцию, которая появляется у онкологического больного и коррелирует как с наличием опухоли, степенью ее распространения или регрессией заболевания в результате проводимого лечения, так и с рецидивом опухоли после прекращения ремиссии процесса [5]. Белковая природа ОМ, их преимущественный синтез на клеточных мембранах опухолевых клеток и быстрое поступление в кровоток - все это делает возможным обнаружение ОМ в биологических жидкостях современными иммунохимическими методами. Ввиду гетерогенности опухолей яичников, отличающихся по гистогене-

зу, строению, клиническому течению, ОМ, будучи продуктами этих новообразований, также различаются по своим физико-химическим свойствам, что обуславливает т.н. "сцепленность" данного маркера с определенным гистотипом опухоли. Так, при серозной и низкодифференцированной аденокарциноме самым информативным маркером оказался СА-125, повышенное содержание которого в сыворотке крови определяется с достоверностью 86% и 70%, соответственно. При муцинозной цистаденокарциноме и эндометриоидной цистаденокарциноме - повышение уровня в крови СА-119 (чувствительность - 83%). При гранулезоклеточном и муцинозном РЯ повышение содержания гликопротеидного гормона - ингибина в крови отмечено соответственно, в 100% и 87% наблюдений [4]. Специфичность этих ОМ недостаточно высока, для того чтобы использовать их для первичного скрининга, однако клиническая значимость такого исследования резко возрастает в наблюдениях с исходно высокими значениями ОМ для определения степени радикальности проведенного хирургического лечения (снижение величин ОМ) или для диагностики раннего (субклинического) рецидива заболевания, когда величины ОМ вновь возрастают. Другими словами, у пациенток с исходно высокими значениями они позволяют проводить мониторинг, подтверждая ремиссию или, наоборот, выявляя прогрессирование заболевания.

При подозрении на опухоль яичника применяются пункция дугласова пространства через задний свод влагалища с цитологическим исследованием пунктата и лапароскопия, позволяющая визуально оценить новообразование и произвести биопсию. В случае подтверждения диагноза злокачественного новообразования завершающим этапом диагностики и одновременно началом лечения является последующая лапаротомия. Очень важно учесть,

чтобы специалист, осуществляющий лапароскопическое исследование, владел техникой лапаротомии и внутриабдоминальных вмешательств, с тем чтобы в случае необходимости, не откладывая, он мог бы перейти к операции в условиях открытого доступа к брюшной полости для проведения адекватного оперативного лечения и уточнения стадии заболевания.

Лечение опухолей яичников. В случаях обнаружения доброкачественных опухолей у пациенток в репродуктивном возрасте (до 45 лет) возможно применение щадящей операции - удаление придатков матки на стороне поражения. В пре- и особенно в постменопаузе желателен более радикальный подход - экстирпация матки с придатками.

При пограничных эпителиальных опухолях, (подтвержденных тщательным гистологическим исследованием) производятся экстирпация матки с придатками и оментэктомия. Органосберегающая операция (удаление опухоли и резекция большого сальника) допустима у женщин молодого возраста, желающих сохранить детородную функцию. Если определяются прорастание капсулы опухоли или имплантационные метастазы, то операция дополняется несколькими курсами адъювантной полихимиотерапии [3].

Стадии 1-я и 2-я РЯ. Лечение начинается с операции. Обязательны срединный разрез передней брюшной стенки и тщательная ревизия брюшной полости. Оптимальный объем хирургического вмешательства - экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника. Химиотерапия показана после операции всем больным, а приотягощающих прогноз факторов прорастания капсулы опухоли, снижении степени дифференцировки опухоли, асците проводится несколько ее курсов в течение 6 - 12 месяцев.

Стадии 3-я и 4-я РЯ. При далеко зашедшем раке яичников (распространение за пределы ма-

лого таза) адекватным считается комплексное лечение: сочетание операции с полихимиотерапией и (или) дистанционным облучением таза и брюшной полости. В большинстве случаев больных предпочтительно начинать с хирургического лечения, но при асците и гидротораксе - с полихимиотерапии (желательно введение препаратов платины в брюшную и плевральную полости). При выполнении хирургического вмешательства исходят из принципов циторедуктивной хирургии, под которой понимается стремление хирурга к максимальному удалению опухолевых масс и метастазов, с тем чтобы создать лучшие условия для последующей химио-лучевой терапии. Как показывают наблюдения, циторедуктивная операция улучшает прогноз заболевания [1]. Адекватным объемом хирургического вмешательства в этой клинической ситуации является супрагиганальная ампутация или экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника, удаление отдельных метастатических узлов. Если диаметр оставленных опухолевых диссеминатов не превышает 2 см (так называемая "оптимальная третья стадия"), то это значительно увеличивает длительность ремиссии. В связи с заведомо нерадикальным хирургическим вмешательством при выполнении циторедуктивной операции всем больным РЯ показана полихимиотерапия (ПХТ). Чувствительность к монохимиотерапии (циклофосфан, тиотэф, 5-фторурацил, метотрексат и др.) составляет 35 - 65%, а длительность ремиссии колеблется от 10 до 14 мес. Лучшие результаты достигаются у больных 3 - 4-й стадией, у которых для индукции ремиссии применяется ПХТ [9].

Какая химиотерапия первой линии является сегодня оптимальной с точки зрения эффективности и переносимости у больных распространенным РЯ?

Проведенные в течение 80-х годов рандомизированные исследо-

вания по применению производных платины (отдельно или в комбинации с другими цитостатиками) позволили сделать следующие выводы:

1. Комбинированная ПХТ с включением платины более эффективна, чем монокимиотерапия соединениями платины.

2. Оптимальной комбинацией является сочетание цисплатина и алкилирующего препарата, например циклофосфана.

3. Комбинация цисплатины (или карбоплатины в эквивалентных дозах) с доксорубицином и циклофосфаном (схема "САР") достоверно чаще индуцирует полную регрессию опухоли и увеличивает 5-летнюю выживаемость на 5% по сравнению с комбинацией цисплатины и циклофосфана (схема "СР"), хотя переносимость схемы "САР" хуже из-за кардиотоксичности адриабластина (доксорубицина), особенно выраженной у пожилых пациенток [9].

В настоящее время обе схемы принято использовать в качестве стандартов индукционной химиотерапии (первой линии) распространенного РЯ.

1. Комбинация "СР": цисплатин - 75 мг/кв.м и циклофосфан - 750 мг/кв.м, внутривенно, каждые три недели, 6 курсов.

2. Комбинация "САР": цисплатин - 50 мг/кв.м, доксорубицин - 50 мг/кв.м и циклофосфан - 500 мг/кв.м внутривенно каждые 3 недели, 6 курсов.

Появление таксанов, в первую очередь паклитаксела, и их активное использование при лечении распространенного рака яичников поставило вопрос о возможности применения этого препарата в качестве химиотерапии первой линии. Так, замена циклофосфана на паклитаксел в стандартной комбинации с цисплатином (цисплатин - 75 мг/кв.м, внутривенно, паклитаксел - 135 мг/кв.м, 24 ч внутривенно каждые 3 недели, 6 курсов) значительно улучшила непосредственные и отдаленные результаты лечения боль-

ных диссеминированным РЯ при проведении химиотерапии первой линии. Обращает на себя внимание достоверное увеличение средней продолжительности ремиссии (с 13 до 18 мес.) и жизни (с 24 до 38 мес.) по сравнению со стандартной химиотерапией по схеме "СР" [11].

По данным других авторов, включение паклитаксела в комбинацию с цисплатином при лечении больных РЯ (2 - 4-й стадий, 9 курсов с интервалом в 3 недели) также достоверно увеличивало частоту объективных эффектов с 66% до 77%, среднюю продолжительность жизни с 25 до 35 мес. по сравнению с результатами лечения стандартной схемой "СР" [12]. Вместе с тем следует отметить, что многие вопросы, связанные с оптимизацией проведения химиотерапии больных РЯ всех стадий требуют еще значительного числа уточняющих исследований. Несомненно одно - на этапе химиотерапии первой линии необходимо стремиться к достижению полной регрессии заболевания (исчезновение всех проявлений болезни, нормализация уровня СА-125), а затем закрепить достигнутый эффект проведением 2-3 дополнительных курсов. При достижении частичной регрессии следует продолжать химиотерапию до момента, когда в течение двух последних курсов лечения будет отмечена стабилизация процесса, оцениваемая по размерам остаточных опухолевых масс и величин опухолевых маркеров. Можно полагать, что в этих случаях у большинства пациенток число курсов лечения составит от 6 до 12, но не менее 6. При прогрессировании болезни следует переходить на режимы второй линии химиотерапии.

Лучевая терапия РЯ. Лучевая терапия, применяемая с начала XX века у больных злокачественными опухолями яичников, по образному выражению известного американского гинеколога F. Rutledge, "претерпела сложную

историю взлетов и падений, а у врачей периоды надежд сменялись разочарованием и новыми надеждами". В 60-70-х годах бурно развивающаяся химиотерапия заняла ведущее место в лечении рака яичников, что снизило интерес к изучению и использованию радиационных методов лечения. Но в последнее десятилетие стало очевидным, что химиотерапия, несмотря на поиск и внедрение новых препаратов, их комбинаций, оптимизацию доз, режимов и путей введения, несколько улучшила лишь непосредственные результаты лечения, в то время как показатели выживаемости больных остаются на низком уровне. В 80-90-х годах вновь наметилась тенденция к использованию лучевой терапии, но уже к предпочтительному применению комбинации этих методов. На современном этапе лучевая терапия не является самостоятельным методом лечения первичных больных опухолями яичников и рекомендуется в качестве одного из этапов комбинированного лечения. Причем при рассмотрении последовательности лечебных воздействий превалирует мнение о целесообразности лишь послеоперационного облучения [1].

По современным представлениям послеоперационная лучевая терапия может быть показана пациенткам с 1-2-й клиническими стадиями (1в, 1с, 2а, 2в и 2с), а также при 3-й стадии после проведения циторедуктивных хирургических вмешательств, уменьшающих объем опухолевых масс в брюшной полости, что приводит к повышению противоопухолевого эффекта ионизирующего излучения. Чаще используется дистанционная гамма-терапия на брюшную полость в дозе 22,5 - 25 Гр. с дополнительным облучением малого таза (до 45 гр.) При этих стадиях послеоперационное облучение дополняется "профилактической" химиотерапией в течение 2 - 3 лет [2]. Лучевая терапия больных злокачественными опухолями яичников 4-й кли-

нической стадии остается нерешенной проблемой, поскольку наличие больших опухолевых масс и (или) выпота в серозных полостях многими авторами рассматривается как противопоказание к лучевому лечению. У таких больных выбор дополнительных к операции методов лечения должен решаться в пользу химиотерапии.

Опухоли яичников и беременность. Среди различных форм опухолей яичников, сочетающихся с беременностью, чаще всего диагностируются доброкачественные новообразования (дермоидные - 45%, муцинозные - 22% и серозные цистаденомы - 21%) [1]. В связи с трудностями дифференциальной диагностики между доброкачественными и злокачественными опухолями независимо от срока беременности у этих пациенток показано хирургическое лечение. Показания к операции обусловлены также и тем, что ОЯ во время беременности нередко осложняются перекрутом ножки и некрозом, а при межсвязочном расположении они могут создать препятствия для родоразрешения. Вместе с тем от операции можно воздержаться, если в I триместре определяется небольшая (до 10 см) подвижная киста (чаще всего желтого тела), обычно регрессирующая во II триместре.

При плотной консистенции опухоли (что подтверждается ультразвуковым исследованием таза) и клиническом подозрении на малигнизацию промедление с операцией недопустимо. Если среди всех опухолей яичников малигнизированные составляют 20%, то среди новообразований, сочетающихся с беременностью, - всего 5%. Чаще встречаются дисгерминомы, андробластомы, гранулезотеклоклеточные опухоли, что объясняется молодым возрастом больных.

Преобладание указанных неэпителиальных опухолей, а также муцинозной цистаденокарциномы 1-й стадии среди всех ОЯ, сочетающихся с беременностью,

определяют относительно благоприятный прогноз (при условии своевременного проведенного лечения) и возможность у некоторых пациенток молодого возраста сохранить второй яичник (что подтверждается срочным цитологическим и гистологическим исследованием материала, полученного путем клиновидной резекции неизмененного яичника) и доносить беременность. Худший прогноз отмечается при серозной цистаденокарциноме, сочетающейся с беременностью.

При односторонних пограничных (пролиферирующих) ОЯ без метастазов беременность может быть сохранена, а операция ограничена односторонним удалением придатков матки.

При злокачественных опухолях сберегательные операции (удаление придатков матки с одной стороны и резекция большого сальника) допустимы лишь при 1а стадии у молодых пациенток, имеющих дисгерминому, текагранулезоклеточную опухоль или муцинозную цистаденокарциному при отсутствииотягощающих прогностических факторов (прорастание капсулы или ее разрыв во время операции, сращение с окружающими органами). Беременность может быть сохранена под тщательным наблюдением акушера и онкогинеколога. При серозной цистаденокарциноме сберегательные операции нежелательны. Оптимальным для выполнения оперативного вмешательства принято считать срок до 12 недель беременности, хотя допустима операция и во втором триместре.

Вопрос о допустимости и сроках беременности и родов у молодых женщин на фоне ремиссии после окончания лечения по поводу злокачественной опухоли яичника 1-й стадии нельзя считать окончательно решенным. Принципно, такая возможность не исключается у отдельных больных, первично леченных по поводу муцинозной цистаденокарциномы и дисгерминомы яичника. Исходя из наибольшей вероятности

возникновения рецидива в первые 2-3 года после удаления опухоли, наступление беременности в этот период времени нежелательно.

Опухоли яичников у детей. Опухоли яичников у детей чаще всего встречаются в период полового созревания (10 - 14 лет), что подтверждает роль гипофизарной стимуляции в этиологии этих новообразований. Более 80% злокачественных ОЯ у детей неэпителиального генеза - дисгерминомы, опухоли стромы полового тяжа с феминизирующим (текомы, гранулезоклеточные) или маскулинизирующим (из клеток Сертоли и Лейдига) эффектом, незрелые тератомы. Реже встречаются хориокарциномы и опухоли эндодермального синуса. В диагностике ОЯ у детей полезно применение эхографии и исследование под наркозом. Необходимо учитывать, что опухоли яичников у детей чаще всего определяют не в малом тазу, а в гипогастральной области. Лечение всегда должно начинаться с операции. Принцип органосохраняющего лечения (удаление придатков матки с одной стороны и резекция большого сальника) удается осуществить у больных с односторонней дисгерминомой, текомой, гранулезоклеточной опухолью, а также с муцинозной цистаденокарциномой.

Во всех наблюдениях злокачественных ОЯ у детей операция сочетается с полихимиотерапией, а при распространенной дисгерминоме проводится облучение таза и брюшной полости по индивидуальному плану.

Прогноз. Прогноз при доброкачественных ОЯ благоприятный. Хирургическое лечение в объеме односторонней аднексэктомии в репродуктивном возрасте и двусторонней - в пре- и постменопаузе, дополненной резекцией большого сальника, обеспечивает стойкое выздоровление.

При злокачественных ОЯ на прогноз влияют биологические свойства опухоли (гистотип, сте-

пень дифференцировки, плоидность), степень распространения процесса и адекватность проведенного лечения. По сводным данным Международной федерации акушеров - гинекологов (FIGO) (1992), показатели 5-летней выживаемости для всех стадий РЯ не превышают 30 - 35 %. 5-летняя выживаемость при 1-й стадии составляет 60-70%; 2-й - 40-50%; 3-й - 10-15%; 4-й - 2-7%. Несмотря на усовершенствование всех компонентов комбинированного лечения, уровень 5-летней выживаемости не имеет тенденции к заметному увеличению. Эти данные убеждают, что решение всего комплекса проблем РЯ может состояться только в разработке принципиально новых подходов к ранней диагностике заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Л. "Гиппократ". - 1989. - С. 384 - 419.
2. Бохман Я.В., Лившиц М.Е. Факторы прогноза и планирование лечения рака яичников // Сб. Новые подходы к лечению гинекологического рака., СПб., "Гиппократ", 1993. С. -64 -67.
3. Винокуров В.Л., Лившиц М.Е., Юркова Л.Е. Пограничные опухоли яичников // Сб. Новые подходы к лечению гинекологического рака, СПб., "Гиппократ", 1993. С. - 49-63.
4. Винокуров В.Л., Лившиц М.Е., Юркова Л.Е. и др. Диагностика и мониторинг рака яичников// Сб. Новые подходы к лечению гинекологического рака., СПб., "Гиппократ", 1993. С. -39 - 48.
5. Вишневский А.С. Опухолевые маркеры в онкогинекологии. // Вопросы онкол. -1984. -8. -С. 23-34.
6. Максимов С.Я. Первично-множественные опухоли у больных раком яичников// Сб. Новые подходы к лечению гинекологического рака, СПб., "Гиппократ", 1993. С. -24 - 32.
7. Онкологический риск применения комбинированных

оральных контрацептивов // ВОЗ. Серия технических докладов N 817, 1992.

8. Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в странах СНГ //М., ОНЦ РАМН, 1997.- С. -302.

9. Тюляндин С.А. Выбор химиотерапии первой линии у больных распространенным раком яичников // Вопросы онкол., 1999, 45, 4, С. 350 - 354.

10. Kaufman R.N., Bornstein I., Gordon A.N. Detection of human papilloma virus DNA in advanced epithelial ovarian carcinoma// Gynecol. Oncol. -1987, 27,P.340 - 349.

11. McGuire W.P., Hoskins W.J., Brady M.F. et al. Cyclophosphamide and cisplatin compared with paclitaxel and cisplatin in patients with stage III and IV ovarian cancer. // New Engl. J. Med. - 1996. -vol.334. -P. 1-6.

12. Stuart G., Bertelsen K., Mangioni C. et al. Updated analysis shows a highly significant improved overall survival for cisplatin - paclitaxel as first - line treatment of advanced ovarian cancer - mature results of the EORTC-GCCG, NOCOVA and Scottish intergroup trial. // Proc. Asco -1998. - vol. 17. -abstr. 1394.

Л.В.ИВАНОВА, Л.А.ШТИВЕЛЬ,
А.М.ПОПОВ, Н.Н.НЕМЕТ

Кафедра акушерства и гинекологии
Российской Военно-
медицинской академии,
НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе,
Санкт-Петербург

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПОСЛЕАБОРТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

В обзоре представлены современные данные об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и лечении бактериального вагиноза. Рассмотрена возможность развития послеабортных осложнений на фоне БВ.

Бактериальный вагиноз (БВ) - общий инфекционный невоспалительный синдром, связанный с дисбиозом влагалищного биотопа и сопровождающийся чрезмерно высокой концентрацией облигатно и факультативно анаэробных условно-патогенных микроорганизмов и резким снижением или отсутствием молочнокислых бактерий в отделяемом влагалища [2].

В последнее десятилетие бактериальный вагиноз занимает 30-50% среди вульвовагинитов, являясь предметом пристального изучения клиницистов и микробиологов во многих странах мира.

О микроорганизмах, обитающих во влагалище, упоминалось со второй половины прошлого столетия. В отечественной литературе первое сообщение об исследовании микрофлоры влагалища было сделано профессором Д. О. Оттом в 1886 году. В 1887 г. была предложена теория самоочищения влагалища. Эта теория основана на том, что находящаяся во влагалище здоровых женщин вагинальная палочка продуцирует молочную кислоту. Образование молочной кислоты происходит из гликогена, содержащегося в полигональных клетках второго и плоских клетках третьего слоя слизистой оболочки влагалища. Образующаяся молочная кислота обеспечивает неблагоприятные условия для существования кокковой флоры. Таким образом были описаны лактобациллы, как доминирующие микроорганизмы в нормальной микрофлоре влагалища у женщин репродуктивного возраста.

До 1955 года любой воспали-

тельный процесс во влагалище, не являющийся гонореей, трихомониазом или кандидозом, относился к неспецифическим вагинитам. В 1954 г. был выделен новый микроорганизм у пациенток с так называемым «неспецифическим бактериальным вагинитом». Этот микроорганизм был назван *Haemophilus vaginalis*, а заболевание - *Haemophilus vaginalis vaginitis*.

В 1963 году была установлена принадлежность микроорганизма к роду коринебактерий, в связи с чем появилось новое название - *Corynebacterium vaginitis*. В 1980 г. микроорганизм был переименован в *Gardnerella vaginalis* - в честь H.L Gardner. Возник новый термин, обозначающий заболевание, *Gardnerella vaginitis* - гарднереллез. Однако, по данным ряда авторов, *G. vaginalis* была выделена не только у большинства пациенток с неспецифическим вагинитом, но и у 40% здоровых женщин. Было показано, что *G. vaginalis* по меньшей мере не является единственным возбудителем заболевания. С.А. Spiegel и соавт. [14] установили, что при этом заболевании происходит резкое повышение количества анаэробных бактерий (*Bacteroides* sp., *Peptococcus* sp., *Eubacterium* sp.) - в 1000 раз и более. Это сопровождается уменьшением или полным подавлением лактобацилл. Авторы сделали вывод, что бактериальный вагиноз может быть вызван симбиозом анаэробов и *G. vaginalis*.

Наконец в 1984 году на I Международном симпозиуме по вагинитам после изучения всех клинических и микробиологических данных, накопленных за последнее

Журнал
акушерства
и женских
болезней



десятилетие, было предложено современное название заболевания - бактериальный вагиноз. Повышение количества аэробных и анаэробных бактерий с преобладанием последних объясняет название бактериальный, а отсутствие лейкоцитов - клеток, ответственных за воспаление, - вагиноз.

По данным ряда исследователей частота БВ у небеременных женщин репродуктивного возраста составляет 4-61% [8,9,16]. Такой широкий диапазон частоты, вероятно, связан с недостаточностью объективными критериями, используемыми для диагностики БВ. Частота БВ у беременных составляет в среднем 14-20% [10,12].

По мнению ряда авторов, БВ - это патология-микроэкоцистемы влагалища, вызванная усиленным ростом преимущественно облигатно-анаэробных бактерий [8]. Резкое снижение кислотности влагалища и концентрации лактобацилл осуществляется не одним патогенным микроорганизмом, который становится доминирующим, а совокупностью нескольких (*G.vaginalis*, *Bacteroides* sp., *Peptococcus* sp., *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus* sp.). Таким образом, БВ является полимикробным заболеванием.

Выделить какой-либо ведущий возбудитель из этой группы не представляется возможным, так как каждый из них в небольших концентрациях может присутствовать во влагалище здоровых женщин. Ряд авторов [8,9] отмечают, что *G.vaginalis* выделяется из влагалища у 5-60% здоровых женщин. *Mobiluncus* sp. у 5% здоровых женщин, а соотношение анаэробов и аэробов составляет по крайней мере 10:1. Отделяемое влагалища в норме содержит $10^5 - 10^7$ микроорганизмов в 1 мл H_2O_2 -продуцирующие факультативные лактобациллы преобладают во влагалище здоровых женщин детородного возраста, составляя около 90-95% всех микроорганизмов. На долю других видов микроорганизмов, находя-

щихся в малых концентрациях, приходится менее 5-10% общей вагинальной флоры: дифтероиды, стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, гарднерелла, облигатные анаэробы.

До настоящего времени ряд вопросов патогенеза БВ остается недостаточно изученным. И хотя в литературе описаны механизмы изменения микроценоза влагалища, причины, приводящие к этому, известны не в полном объеме. При БВ происходит увеличение концентрации анаэробов и аэробов на несколько порядков. Так, концентрация микроаэрофильных бактерий (*G.vaginalis*) повышается в 100 раз, а анаэробных микроорганизмов (*Bacteroides* sp., *Peptococcus* sp.) - в 1000 раз и более [1]. Это способствует возникновению определенных симптомов заболевания. Также увеличивается количество не продуцирующих H_2O_2 анаэробных лактобацилл. На этом фоне происходит снижение концентрации факультативных лактобацилл. Это приводит к уменьшению количества молочной кислоты, снижению кислотности влагалищного содержимого и росту анаэробов [10]. При БВ возникают симбиотические отношения между строгими анаэробами и *G.vaginalis*. Последняя продуцирует сукцинат, необходимый для размножения анаэробов.

Основными клиническими проявлениями БВ являются обильные однородные выделения из влагалища с неприятным запахом, пенистые, слегка тягучие, молочного цвета. Выделения равномерно распределяются по стенкам влагалища. Такая клиническая картина встречается, по мнению ряда авторов, у 50% пациенток с БВ [9]. В отношении таких клинических признаков, как зуд и дизурия, нет единого мнения. Одни считают, что эти симптомы не характерны для БВ [9], другие выявили их у 15,9-22,9% пациенток [8,11].

Диагностика БВ основана на данных клинических обследований

и специальных лабораторных методов исследования. Диагноз БВ можно поставить при наличии 3 из 4 следующих критериев: 1) гомотогенные выделения из влагалища; 2) pH вагинального отделяемого более 4,5; 3) положительный аминный тест [11]; 4) наличие ключевых клеток в мазках вагинального отделяемого, окрашенных по Граму [15]. По мнению некоторых авторов, для диагностики БВ достаточно двух наиболее достоверных - ключевых клеток и положительного аминотеста. Так называемые ключевые клетки - эпителиальные клетки влагалища, плотно покрытые грам-вариабельными палочками, обнаруживаются при бактериоскопии влагалищного содержимого у 70-90% женщин с БВ [15]. Бактериоскопия мазков, окрашенных по Граму или метиленовым синим, - один из наиболее доступных и информативных методов диагностики БВ. По данным J.L.Thomason, S.M.Gelbart (1991), при бактериоскопии мазков дополнительными признаками БВ, кроме ключевых клеток, являются: 1) преобладание эпителиальных клеток над лейкоцитарными; 2) обнаружение менее 5 лактобацилл в поле зрения.

М. А. Krohn и соавт. [10] впервые провели анализ диагностических методик БВ в одной группе женщин. Авторы, сравнив 3 теста (микроскопия мазков вагинального секрета после их окраски по Граму, газожидкостная хроматография, посев отделяемого влагалища) с клиническими проявлениями вагиноза, заключили, что окраска мазков по Граму является лучшим методом для выявления БВ.

Другим диагностическим критерием БВ является положительный аминный тест - усиление запаха гнилой рыбы при смешивании равных пропорций гидроокиси калия и влагалищных выделений. Этот признак достоверен у 94% пациенток с БВ [15]. Рыбный запах, вызываемый алкилированием влагалищного содержимого, свидетельствует о наличии ле-

тучих аминов, таких как кадаверин, фенетиламин, тирамин, гистамин, изобутиламин, - продуктов метаболизма строгих анаэробов.

Для диагностики БВ используют также определение водородного показателя (рН) влагалищного секрета - индикатора кислотности среды, хотя, по мнению ряда авторов [11], данные о рН не являются достаточно достоверными. Известно, что рН содержимого влагалища у беременных без признаков воспаления составляет 4,0 - 4,4. рН более 4,5 является одним из диагностических критериев БВ [13].

Дополнительным методом в диагностике БВ является газожидкостная хроматография [14]. С ее помощью могут быть обнаружены летучие жирные кислоты - продукты метаболизма бактерий. С.А. Spiegel и соавт. (1980) при анализе летучих жирных и нелетучих органических кислот определили, что при БВ увеличиваются концентрации сукцината, бутирата, ацетата и пропионата во влагалищном содержимом [14]. Количество лактата, продуцируемого лактобациллами и стрептококками, снижается. Высокое содержание сукцината по сравнению с лактатом (соотношение более 0,4) может быть использовано в качестве диагностического критерия при БВ. J.L. Thomas и соавт. (1988) предложили тест, основанный на повышении пролинаминопептидазной активности влагалищного секрета за счет энзимов, продуцируемых анаэробами [11]. Этот тест является достаточно информативным и быстрым (4 ч.).

С 25 по 29 января 1994 г. в Фуншале (о. Мадейра, Португалия) проходил III Международный симпозиум, посвященный вопросам этиологии, патогенеза, диагностики и лечения вагинитов и вагинозов. В своем докладе на симпозиуме Д. Эшенбах (США) констатировал, что большинство инфекционных осложнений в акушерско-гинекологической практике связано с бактериальным ва-

гинозом. Послеродовый эндометрит, постгистерэктомический целлюлит купола влагалища, послеабортный и спонтанный сальпингит, инфекция амниотической жидкости, гистологический хориоамнионит, а также преждевременные роды и низкая масса новорожденных приводятся в качестве основных осложнений БВ.

У пациенток гинекологической клиники, страдающих БВ, относительный риск развития воспалительных осложнений после оперативных вмешательств и инвазивных диагностических процедур увеличивается в 3,2 - 4,2 раза. Так, послеабортный эндометрит у пациенток с БВ развивается в 3 раза чаще [2].

Выполняя в норме защитную функцию, микрофлора влагалища при определенных условиях (после родов, абортов, гинекологических заболеваний и др.) может стать основной причиной инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых органов, а участки половых путей с эндогенной микрофлорой - источником инфицирования. При этом особое внимание заслуживают бесспорные анаэробные бактерии, такие как бактероиды, фузобактерии, пептококки, лептострептококки, вейлонеллы и другие, присутствующие в микрофлоре половых органов женщины в течение всей жизни. Исследованиями Е.Ф. Кира (1995) продемонстрирована ассоциативная зависимость между БВ и развитием инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых органов [7].

Медицинский аборт остается из года в год самой распространенной гинекологической операцией, на долю которой приходится до 30% от всех проведенных оперативных вмешательств в гинекологических стационарах РФ [4,5, 6]. Ни одной хирургической операции не подвергается такое большое количество женщин, как медицинскому аборту. По данным Комитета по здравоохранению, в Санкт-Петербурге в год прово-

дится абортов (без учета вакуум-аспираций) до 90 - 93 тысяч, а регуляций менструального цикла методом вакуум-аспирации - от 31 до 32,5 тысячи, что от общего количества искусственных абортов составляет 34,5%.

Памятуя о том, что приблизительно у каждой пятой женщины присутствуют те или иные нарушения микроценоза влагалища и учитывая большое количество абортов, несложно представить, насколько повышается риск развития послеабортных осложнений.

В структуре осложнений после аборта частота инфицированных остатков плодного яйца, по обобщенным литературным данным, составляет 27 - 31%. Вследствие задержки частей в матке и проникновения восходящей инфекции чаще всего развивается эндометрит. Послеабортный эндометрит наблюдается у 14 - 16% женщин и нередко приводит к нарушению менструальной и генеративной функций, снижению трудоспособности. Так как эндометрит - инфекция восходящая, то одним из ведущих факторов риска его развития может быть БВ. Е.Р. Newton и соавт. выявили, что у женщин с послеабортным эндометритом чаще, чем в контрольной группе, в мазках из цервикального канала были выделены микроорганизмы, связанные с БВ (*G. vaginalis*, *Bacteroides* sp., *Peptococcus* sp., *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus* sp.). Это позволило предположить, что БВ может явиться причиной возникновения послеабортного эндометрита.

Приблизительно в 29 - 32% случаев осложнений после абортов, в т.ч. после вакуум-аспирации, развивается инфицированный плацентарный полип. Он возникает в том случае, когда в матке задерживаются остатки ворсистой оболочки, которые подвергаются реорганизации, прорастают элементами соединительной ткани, исходящей из децидуальной оболочки, и сохраняются в матке,

плотно прикрепившись к ее стенке. В литературе практически не упоминается о связи БВ с инфицированным плацентарным полипом из-за отсутствия подобных исследований, но совершенно очевидно, что такая связь имеется. Более углубленное изучение еще только предстоит.

На долю острого сальпингоофорита как послеабортного осложнения приходится 20 -22% случаев. Обострение хронического процесса возникает приблизительно в 4,5% случаев. Воспалительный процесс начинается со слизистой оболочки трубы (эндосальпингит), а впоследствии охватывает и яичник. Ряд авторов [8,10] подчеркивают, что в условиях дисбиоза создаются благоприятные условия для развития вторичной инфекции в маточных трубах и далее - в яичниках.

Лечение БВ требует информированности об этиологии и патогенезе этого заболевания акушеров-гинекологов и строгой индивидуализации в выборе методов и средств. Целью лечения БВ является восстановление нормальной экосистемы влагалища, для чего необходимо ликвидировать БВ-патогены (облигатно анаэробный компонент микрофлоры влагалища), восстановить лактофлору, не допустить суперинфекции (роста других потенциальных возбудителей из группы условно-патогенных микроорганизмов) [2]. Назначаемая терапия больным является чрезвычайно важным и ответственным моментом не только потому, что пациентки годами мучаются выделениями, не находя соответствующей помощи, а еще и в целях профилактики воспалительных осложнений в послеоперационном периоде (после абортов, выскабливаний полости матки и др.). Е.Ф.Кира (1995) предложил двухэтапный метод лечения, основным принципом которого является создание оптимальных физиологических условий влагалищной среды и восстановление микробиоценоза. Подойдя в выборе

средств терапии с позиции лечения не воспаления, а дисбактериоза, автор методики практически отказался от системной антибактериальной терапии и сконцентрировал все внимание на местных способах. На первом этапе - местная антибактериальная терапия (метронидазол, клиндамицин, левомицетин и др.). Второй этап предусматривал использование бактериальных биологических препаратов: лактобактерина, ацилакта, бифидумбактерина, бифидина местно для восстановления микрофлоры влагалища. Данная схема лечения БВ позволяет достичь стойкого клинического выздоровления у 92,6% больных [7].

Эффективность таких антибиотиков, как уназин и аугментин, которые представляют собой β-лактамы антибиотиков с ингибиторами β-лактамаз и обладают высокой активностью в отношении анаэробных микроорганизмов (ведущая роль в этиологии послеабортных осложнений), остается спорной. На практике применение этих препаратов оказалось менее эффективным, чем использование клиндамицина и метронидазола [2]. Неэффективны при лечении БВ такие антибактериальные препараты, как полижинакс, эритромицин, ампициллин, тетрациклин, полимиксин, гель уксусной кислоты и любые орошения влагалища.

Внедрение в практику акушеров-гинекологов программы по диагностике и лечению БВ и связанных с ним послеоперационных осложнений может явиться определенным резервом в улучшении качества оказания медицинской помощи гинекологическим больным, снижении заболеваемости и смертности от гнойно-воспалительных заболеваний и охране здоровья женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопян Т.Э. //Ак. и гинек. - 1996. - №6. - С.3-5.
2. Анкирская А.С.//Ак. и гинек. -

1995. - №6. - С. 13-16.

3. Байрамова Г.Р., Прилепская В.Н. Современные принципы диагностики и лечения бактериальных вагинозов // Вести. Росс. Асс. акуш.-гин., 1996. -№4. -С. 102-104.
4. Глота В.Я., Аверина Т.А. // Ак. и гин. -1992. -№2. - С.34-37.
5. Гребешева И. И., Кансюк Л.Г., Алесина И.Л. // Планирование семьи. - 1996. -№1. - С. 33-37.
6. Ерофеева Л. В. // Вестник росс. Асс. ак. и гин. - 1998. -№3. -С. 100-101.
7. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. Клиника, диагностика, лечение: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. - СПб, 1995. -С.36-37, 44-45.
8. Amsel R., Totten P.A., Spiegel C.A. et al. // Amer. J. Med. - 1983. -Vol.74, №1. - P.14-22.
9. Eschenbach D.A., Hiller S., Critchlow C. et al. // Amer. J. Obstet. Gynec. - 1988. - Vol.158, №4. - P. 819-828.
10. Krohn M.L., Hiller S.L., Eschenbach D.A. // J. Clin. Microbiol. - 1989. - Vol.27, №6. - P. 1266-1271.
11. Livengood C.H., Thomason J.L., Hill H.B. // Amer. J. Obstet. Gynec. - 1990. -Vol. 163, №2. - P.515-520.
12. Martius J., Krohn M.A., Hiller S.L. et al. // J. Obstet. a. Gynec. -1988. - Vol.71, №1. - P. 89-95.
13. Minkoff H.A., Grunebaum A. et al. // Int. J. Gynaec. Obstet. - 1987. - Vol.25., №1. - P. 17-23.
14. Spiegel C.A., Amsel R., Eschenbach D.A. et al. // New Engl. J. Med. -1980. - Vol.303, №4. - P. 601-607.
15. Thomason J.L., Gelbart S.M., Anderson R.J. et al.//Amer.J. Obstet. Gynec. - 1990. -Vol. 162, №1. - P. 155-160.
16. Thomason J.L., Gelbart S.M., Scaglione N.S. // Amer. J. Obstet. Gynec. -1991. - Vol. 165. №4. - Pt.2. - P.1210-1217.
17. Thomason J.L., Gelbart S.M., Wilcoski L.M. et al. // Obstet. and Gynec. - 1988. -Vol.71., №4. - P. 607-612.

В.Ф. БЕЖЕНАРЬ, А.Н. ГРЕБЕНЮК,
А.Е. АНТУШЕВИЧ,
А.С. ФИЛИППОВСКИЙ

Кафедры акушерства и гинекологии
и военной токсикологии и медицинской
защиты Российской Военно-
медицинской академии,
Санкт-Петербург

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИНЫ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ФАКТОРОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА

Как зарубежная, так и отечественная литература уделяют достаточное внимание вопросам состояния здоровья, условиям труда, рациональному трудоустройству женщин-профессионалов. В то же время проанализированные научно-исследовательские материалы не вполне адекватно освещают направление и объем вышеуказанных исследований, охват разных видов промышленных производств, характер труда женщин вне и во время беременности и меры профилактики профпатологии, направленные на охрану репродуктивного здоровья женщины.

По оценкам многих отечественных и зарубежных исследователей, последние несколько десятилетий ознаменовались значительными изменениями экологической обстановки [1,14]. Важной и характерной особенностью существования отдельных групп населения и даже целых популяций стало наличие у них разнообразных контактов с чрезвычайно большим количеством потенциально вредных факторов внешней среды. Более того, сложившаяся ситуация имеет четко выраженную тенденцию к ухудшению. Например, постоянно увеличивается число новых вводимых в хозяйственную деятельность химических соединений, усложняются способы контроля за их влиянием на человека. Принципиальное значение научной разработки указанной проблемы широко признано в мире и нашло свое отражение в создании специального направления "Реакция человека на экологический стресс", существующего в рамках международной программы ЮНЕСКО (МАБ) "Человек и биосфера" [15].

Своеобразным маркером, биологическим индикатором экологического состояния окружающей среды является репродуктивное здоровье. Репродуктивная система тонко реагирует на экологическое неблагополучие, как в окружающем человека мире, так и в условиях производственной среды. Производственная среда, как часть окружающей, в силу своих индивидуальных особенностей обладает способностью воздействовать на работающего посред-

ством комплекса производственных факторов, причем факторы могут быть самыми различными: двух- и трехменная работа, избыточные физические нагрузки, характерная рабочая поза, температурный дисбаланс, монотонность выполняемых операций, высокая степень эмоционального напряжения; и число таких факторов не только не остается постоянным, но и неуклонно растет пропорционально развитию современной промышленности.

Работа на промышленном производстве всегда считалась одной из самых тяжелых, "физиологическая стоимость" такого труда даже для организма рабочего мужчины очень высока, и высока вдвойне, если этот рабочий - женщина. Женский организм в силу ряда биологических особенностей подвергается большему влиянию вредных факторов. Так, при выполнении одинаковой по тяжести (средней) и характеру работы шлифовщика у женщин по сравнению с мужчинами ниже производительность труда при более выраженном снижении статической выносливости мышц верхних конечностей [6].

Для получения более подробного и объективного представления об истинном состоянии проблемы следует рассмотреть некоторые работы, результаты которых отражают особенности действия химических компонентов на ряд специфических функций женского организма.

У работниц нефтеперерабатывающих заводов, не имевших в анамнезе воспалительных за-

болеваний половых органов и аборт, авторами были обнаружены отклонения менструальной функции, возникшие за время работы. Эти нарушения выражались в гипо-олиго-опсоменорее на фоне сниженной эстрогенной насыщенности организма и интенсивности кровенаполнения органов малого таза [13].

Особенностям функций женского организма у работниц судоремонтного завода посвящены исследования Е.Ф. Ковшаря (1983). Полученные автором результаты свидетельствуют о повышении частоты воспалительных заболеваний гениталий, нарушений менструальной функции, которые авторы связывают с воздействием комплекса неблагоприятных факторов малой интенсивности судоремонтного производства (лакокрасочные и сварочные аэрозоли, пары нефти и нефтепродуктов, эмоциональное напряжение) [12].

По мнению Г.К. Тулегеновой (1990), у женщин, занятых производством дихлорангидрида, имеет место увеличение гинекологической заболеваемости в зависимости от стажа работы [20]. Наиболее частым видом патологии у небеременных женщин являются воспалительные заболевания внутренних гениталий (41%) и нарушения менструальной функции (19,1%). Результатом исследований, проведенных Ч.А. Ишеналиевой (1994) на предприятии по изготовлению полупроводников, стал вывод о том, что воздействие производственных факторов привело к росту гинекологической заболеваемости по сравнению с контрольной группой в 4,5 раза, а гинекологическая заболеваемость работниц, занятых непосредственно на производстве полупроводников, была в 2,8 раза выше, чем в контроле [11].

Изучая особенности гинекологической заболеваемости жен-

щин в условиях действия пылевых факторов готового продукта, имеющих место в промышленном производстве тетрациклина, леворина, нистатина и эпихлоргидрина, к практически сходным выводам независимо пришли Н. И. Макдеева (1988) и С. М. Али-Заде (1983). В доле возникающих патологических состояний очень высока частота нарушений менструальной функции, причем преимущественно по типу гипоменструального синдрома. Доклинические формы нарушения функции яичников у работниц обоих предприятий проявлялись в удлинении фолликулиновой и недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла на фоне сниженной продукции эстрогенов и прогестерона, на фоне сохраненной секреции ГТ и ПГ, снижения ЛГ и эстрадиола в перивуляторный период. У женщин, работающих на производстве эпихлоргидрина, нарушения менструального цикла возникали в основном за счет недостаточности первой и второй фазы, у работниц обоих предприятий был практически одинаково высок и уровень экстрагенитальной патологии [3, 16].

Исследованиями В.А. Гурьевой (1991) показано, что в структуре заболеваний работниц коксохимической промышленности нарушения менструальной функции достигали 36,5%, в т. ч. 51% - ановуляция, 34,1% - недостаточность лютеиновой фазы. В структуре гинекологической заболеваемости воспалительные заболевания половых органов составили 28,1%. По мнению автора, вероятность развития у обследованных той или иной патологии прямо пропорциональна стажу работы, причем основным повреждающим фактором является повышенная концентрация CO_2 [9]. Сходная картина наблюдается и у женщин-электросварщиц судостроительной про-

мышленности [6].

В производствах, где в воздух рабочей зоны выделяется поливинилхлорид, также могут наблюдаться нарушения со стороны специфических функций женского организма в виде альгодисменореи, гиперполименореи и других нарушений [8].

В производствах ацетатного и хлорированного волокон, где женщины-работницы подвергаются воздействию паров ацетона, нагревающего микроклимата, шума и работают стоя, выявлено увеличение частоты токсикозов беременности. Из осложнений в родах наиболее характерными были угроза внутриутробной гипоксии плода, слабость родовой деятельности. Показано, что новорожденные у работниц указанных производств имели (независимо от пола) сниженную массу и рост по сравнению с новорожденными в группе сравнения. Авторы считают, что акушерская патология возникла вследствие изменений общего функционального состояния организма у работниц (ацидоз, нарушения углеводного и жирового обменов), в основе которых лежит гормональный дисбаланс в системе гипоталамус - гипофиз - яичники [17].

В промышленности полимеров весьма распространенным химическим агентом является стирол. Хорошо растворяясь в жирах, стирол поглощается организмом, свободно проникает через плацентарную мембрану к плоду и может вызывать эмбриотоксический и тератогенный эффекты. Авторами представлены факты, позволяющие судить о гонадотропном действии стирола [10]. Данными исследованиями зарегистрировано повышенное число спонтанных абортов у женщин, имеющих контакт со стиролом (производство пластмасс, фармацевтическая промышленность и др.), установлена его способность циркулировать в крови

работающих женщин в неизменном виде, показана зависимость содержания стирола в крови у женщин от состояния воздушной среды различных производств. Так, средняя концентрация стирола в крови у женщин, занятых на лакокрасочных работах, почти в десять раз выше, чем у работниц, занятых в производстве пластмасс (2,9-0,3 мкг/мл и 0,238-0,002 мкг/мл соответственно).

Весьма интересными представляются исследования, посвященные производству резиновых ускорителей, поскольку здесь имеет место воздействие комплекса токсических веществ (сероуглерод, тиурам, анилин, нитробензол, окислы азота), определяемых в воздухе рабочих зон на уровне и выше ПДК (до 10 ПДК). Проведенные М.В. Андреевой (1983) исследования позволили установить высокую частоту патологии беременности у женщин, занятых в этом производстве. Так, у 73,1% обследованных были зафиксированы ранние и поздние токсикозы, у 25,7% - угроза прерывания беременности, спонтанные аборт наблюдались у 11,7%, анемии у 14% беременных. Преждевременные роды наступали в 4 раза чаще по сравнению с женщинами в группе контроля. Тиурам и сероуглерод вызывают угнетение гормональной функции плаценты, что проявляется в снижении по сравнению с физиологическими величинами уровня экскреции с мочой эстриола у аппаратчиц в период беременности 33 - 37 недель. У женщин этой группы отмечается повышенная мертворождаемость (2,83%), причиной которой была внутриутробная гипоксия плода. Также выявлена зависимость осложнений течения беременности от стажа работы [4].

Е.С. Кононовой и соавт. (1980) проведено обследование 108 работниц объединения "Красный треугольник" (заводов РТИ, резиновой обуви и шин-

ного), страдающих спонтанными выкидышами, в том числе 68, у которых работа связана с воздействием паров бензина. У обследованных зарегистрировано 248 беременностей, из которых только 8 (3,22%) закончились срочными родами, 80 (32,2%) - искусственными абортами и 160 (64,5%) - спонтанными выкидышами. На основании полученных данных авторы с известной осторожностью допускают, что бензин оказывает первичное воздействие на функцию яичников, при этом происходит снижение чувствительности яичников к нормальной гонадотропной стимуляции [13].

По результатам работы С.М. Али-Заде (1983), контакт с химическими веществами приводит к снижению способности женщины беременеть вообще, что нередко ведет к неизлечимому бесплодию. По мнению автора, патологически протекающие беременности у работниц сопровождаются рядом осложнений: токсикозы, риск невынашивания, слабость родовой деятельности, внутриутробная гипоксия плода и инфицирование [3]. В исследованиях Г.С. Бабаджановой (1988) выявлена закономерность возникновения у работниц предприятий по производству натурального шелка таких нарушений, как дисфункциональные маточные кровотечения, невынашивание беременности (самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды). Автор также указывает на высокий уровень у данной категории женщин климактерического синдрома. Это считается результатом действия имеющихся на данном производстве профессиональных вредностей в виде шума, повышенной вибрации, вынужденной рабочей позы, а также общего напряжения [5]. У работниц чайных фабрик с увеличением стажа работы выше пяти лет отмечено достоверное увеличение числа опущенных половых органов и вульво-

вагинитов, причем вульвовагинитами чаще страдали женщины, работающие в цехах с повышенным пылевыделением [18].

К выведению своеобразной закономерности пришла Т.А. Яценко (1989) в своей работе по изучению репродуктивной функции у женщин, работающих на мебельном производстве [21]. Суть ее заключается в том, что вид осложнений беременности и родов у работающих там женщин зависел от сроков трудоустройства; у поздно трудоустроенных осложнений отмечаются в 92,8% случаев, у своевременно - в 65,4%. У последней категории поздние гестозы встречались в 1,8 раза реже, протекали в легкой форме. Также у этих женщин в 4,4 раза реже встречалась гипоксия плода. Не лучшим образом обстоит дело и на вязкозном производстве. Так, Б.А. Аграновская (1985) в своих исследованиях отмечает у работниц соответствующего предприятия повышенную частоту гинекологической заболеваемости, более 40%; 25% - ранние и поздние токсикозы, 20% - анемии и гипотония, 13% - аномалии родовых сил, у 5,5% рожениц - гипоксия плода. Рождение травмированных детей - 3%. Нередко встречалась травма родовых путей и нарушение сократительной активности матки [2].

Для женщин - работниц машиностроительного производства характерен более высокий уровень экстрагенитальной патологии. Наиболее неблагоприятное течение беременности и родов выявлено у работниц самой массовой женской профессии на машиностроительном предприятии - машинистов мостовых кранов. У них наблюдается более высокий уровень гинекологической заболеваемости, осложнений беременности и родов (гестоз, анемия беременных, задержка внутриутробного развития плода, аномалии сократительной деятельности матки) [19].

Комбинированное воздействие во время беременности факторов производственной среды ведет к формированию у беременных работниц - машинистов мостовых кранов хронической субкомпенсированной плацентарной недостаточности, особенно у машинистов из группы первородящих, что выражалось в снижении продукции гормонов, фетоплацентарного комплекса и альфафетопротеина, уменьшение биометрических показателей плода, патологических изменений КТГ.

Течение беременности у работниц электронной промышленности также сопровождается различными патологическими процессами. Среди них - поздний токсикоз, встречается в 1,5 раза чаще, чем в контрольной группе. Значительно чаще встречались самопроизвольные аборт и случаи преждевременного излития околоплодных вод [19].

В работах многих авторов большое внимание уделяется изучению гормональной функции плаценты при контакте с вредными веществами. Авторы предполагают, что бензин, являясь липотропным ядом, повреждает плаценту, нарушает синтез гормонов. В частности к таким выводам пришла М.К. Гайнулина (1983) при изучении гормональной функции плаценты у работниц нефтеперерабатывающего завода, где основными вредными веществами являются углеводород, сероводород, сернистый газ, окись углерода. Автором установлено снижение гормональной функции плаценты, причем эта патология больше выражена у женщин, подвергавшихся воздействию комплекса вредных веществ в концентрации по сумме долей от ПДК выше 1 [7].

Условия труда на металлургическом производстве характеризуются следующими профессиональными вредностями: высокая температура воздуха, теплоизлучение, загазованность,

шум. Воздействие токсических факторов на организм женщины приводит к снижению иммунологической реактивности организма, что способствует развитию осложнений во время беременности, родов и послеродового периода. Выраженная перестройка иммунных процессов в период адаптации приводит к раннему истощению резервных способностей организма.

Комплексное гигиеническое и клиничко-лабораторное изучение характера репродуктивной функции, подвергающейся комбинированному воздействию факторов производственной среды машиностроительного производства, позволило выявить существенные изменения в системе мать - плацента - плод и определить основные мероприятия профилактики этих нарушений [6,13].

Новым аспектом в проблеме изучения влияния производственных факторов на специфические функции женского организма являются исследования сексуальных нарушений у работниц.

Таким образом, как в зарубежной, так и в отечественной литературе уделяется достаточное внимание вопросам состояния здоровья, условиям труда, рациональному трудоустройству женщин-профессионалов. В то же время проанализированные научно-исследовательские материалы не вполне адекватно освещают направление и объем вышеуказанных исследований, охват разных видов промышленных производств, характер труда женщин вне и во время беременности и меры профилактики профпатологии, направленные на охрану репродуктивного здоровья женщины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К. Репродуктивное здоровье женщины как критерий биоэкологической диагностики и контроля окружающей среды // Журнал акушерства и женских болезней, 1997. - Вып. 1. - С.6-11.
2. Аграновская Б.А. Научные основы дифференцированной диспансеризации работниц вискозного производства. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Л., 1985. - 14 с.
3. Али-Заде С.М. Влияние условий труда производства эпихлоргидрина на генеративную функцию женщин. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Л., 1983. - 12 с.
4. Андреева М.В. Влияние продуктов производств органического синтеза на клинику беременности, родов, состояние внутриутробного плода и новорожденного. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Л., 1983. - 15 с.
5. Бабаджанова Г.С. Условия труда и состояние репродуктивной системы у работниц современного производства натурального шелка. - Ташкент, 1988.
6. Волкова З.А. Научные основы и методические особенности гигиенического нормирования труда женщин // Сб. тез. науч. конф. "Гигиеническое нормирование факторов производственной среды и трудового процесса". - М., 1983. - С. 47-56.
7. Гайнулина М.К. Гормональная функция плаценты у работниц нефтеперерабатывающих заводов // Сб. тез. науч. конф. - Л., 1983. - С. 36.
8. Горячковский В.С. Гигиена труда и распространенность гинекологических заболеваний на производстве поливинилхлоридных пластифицированных пленок. Гигиена труда. Киев, 1983. - вып.21. - С. 118-122.
9. Гурьева В.А. Эпидемиология, профилактика и лечение

гинекологических заболеваний у работниц коксохимической промышленности. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Л., 1991. - 12 с.

10. Злобина Н.С. Бржесский В.В. Отдаленные последствия действия стирола. Обзор литературы // Гигиена труда и профессиональные заболевания. - 1983, N 4. - С. 36-38.

11. Ишеналиева Ч.А. Репродуктивное здоровье женщин, занятых на производстве полупроводников. М., 1994.

12. Ковшарь Е.Ф. Роль тканевых препаратов в выздоровлении работниц судоремонтных заводов, страдающих нарушениями специфических функций женского организма. Тканевая терапия. // Тез. докл. науч. конф. - Одесса, 1983. - С. 54-56.

13. Кононова Е.С. Особенности гонадотропной функции гипофиза и овуляторной функции яичников при невынашивании беременности у работниц химической промышленности // В кн.: "Эндокринная система организма и токсические факторы внешней среды". - Л., 1980. - С. 184.

14. Кошелева Н.Г. Современная тактика лечения и профилактики невынашивания беременности с учетом этиопатогенеза // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов, 1996. - N3. - С. 45-51.

15. Лунга И.Н. Мониторинг генотоксических эффектов и изменений репродуктивной функции в городских популяциях и производственных коллективах. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Л., 1992. - 14 с.

16. Макдеева Н.И. Гинекологическая заболеваемость у работниц производства полиеновых антибиотиков (леворина и нистатина) и тетрациклина. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Л., 1988. - 12 с.

17. Малышева З.В., Злобина Н.С. Гинекологическая заболеваемость работниц отдельных профессий

сельскохозяйственного производства. Киев, 1980. - С. 123-124.

18. Микля А.Н. Состояние специфических и некоторых других функций организма женщин, работающих на чайных плантациях и чайных фабриках в горных районах Грузии. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Л., 1988. - 16 с.

19. Мурзакматов М.А. Течение и исход беременности у работниц электронной промышленности. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Л., 1987. - 12 с.

20. Тулегенова Г.К. Состояние репродуктивной функции у женщин, работающих в условиях дихлорангидрида. М., 1990.

21. Яценко Т.А. Репродуктивная функция женщин, работающих в мебельном производстве. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Ростов/Д., 1989. - 13 с.

А.А. СЕМЕНЮК, В.П. БАСКАКОВ,
И.В. ПОСПЕЛОВ

Отделение урологии и гинекологии
ЦМСЧ № 122,
Санкт-Петербург

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С НЕФРОПТОЗОМ

В статье представлен материал о лечении 45 больных страдающих генитальным эндометриозом в сочетании с нефроптозом.

Развитие болевого синдрома частично при обоих заболеваниях объясняется нарушением адаптационно-трофической функции симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы.

Данные предположения согласуются с выявлением у всех больных неврологических нарушений.

Всем больным до начала консервативного лечения выполнена нефропексия, после чего проводилась терапия генитального эндометриоза.

Отдаленные результаты проведенного лечения прослежены до 10 лет.

Развитие научной мысли и современной технологии в последние годы позволяет ускоренными шагами развиваться такому направлению практической медицины, как урогинекология. С этой точки зрения нам представляется интересным поделиться своими взглядами на лечение больных, страдающих генитальным эндометриозом в сочетании с нефроптозом.

Развитие у этих больных синдрома взаимного отягощения во многом влияет на тактику лечения.

За период с 1985 по 1998 год под нашим наблюдением находилось 45 больных, страдающих генитальным эндометриозом в сочетании с нефроптозом, в возрасте от 20 до 43 лет. У всех пациенток нефроптоз был правосторонним. Диагностика нефроптоза основывалась на данных экскреторной урографии с ортостатической пробой. При этом у 37 больных установлена II стадия нефроптоза, а у 8 - III стадия по классификации С.П. Федорова. В свою очередь диагноз генитального эндометриоза был установлен на основании характерных жалоб больных (боли над лоном, связанные с менструальным циклом, альгодисменорея, меноррагия, диспареуния и т.п.), данных влагалищного и ультразвукового исследований органов малого таза, гистеоцервикогграфии, лапароскопии.

Основным в клинической картине обоих заболеваний был болевой синдром. Причем характер болей при том и другом заболевании часто весьма сходен.

Боли не локализуются, мигрируют, распространяются по всему животу и поясничной области.

Развитие болевого синдрома при столь разных заболеваниях в части своей можно представить как проявление нарушения адаптационно-трофической функции симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, являющийся компонентом эндогенной ноци- и антиноцицептивной систем. После того как ноцицептивная иннервация преодолевает защитную организацию сегментарного уровня спинного мозга, она передается в мозг, активируя структуры, воспринимающие болевые сигналы и формирующие реакцию.

Данного рода предположения согласуются с выявлением практически у всех больных неврологических нарушений: астенический синдром (раздражительность, головная боль, быстрая утомляемость и т.д.), синдром вегетативных пароксизмов сенсорного типа (боли в эпигастрии, иррадиирующие по всему животу, холодный пот, плохое отхождение газов, тошнота и т.д.), вегетативных пароксизмов гипоталамического характера (одышка, учащенное сердцебиение, страх, и т.д.).

Подводя итог вышесказанному, можно с уверенностью говорить, что при сочетании обоих патологических состояний возникает синдром взаимного отягощения, когда проявление одного заболевания усиливает проявление второго. Эффективность

Журнал
акушерства
и женских
болезней



проводимой терапии зависит от разрыва этого патологического круга.

Всем больным была проведена нефропексия для восстановления нормальной уродинамики и снятия патологической импульсации. Нефропексия выполнена по методике Rivoir в модификации А.Я. Пытеля и Н.А. Лопаткина. По нашему мнению, данный метод способствует восстановлению нормального расположения почки и надежной фиксации органа, одновременно обеспечивая ее физиологическую подвижность. После оперативного лечения проводилась консервативная терапия генитального эндометриоза с использованием гормональных препаратов, иммуномодуляторов, реформированных физических факторов, ультрафиолетового облучения аутокрови, гипербарической оксигенации, антиоксидантных препаратов, радоновых ванн. У всех больных отмечен регресс основного заболевания. После выписки из стационара всем пациенткам проводилось закрепляющее лечение с использованием синтетических прогестинов, иммуномодуляторов, рассасывающей терапии.

Отдаленные результаты прослежены в сроки до 10 лет. Состояние больных оказалось удовлетворительным. У 23 больных отпала необходимость в хирургическом лечении по поводу эндометриоза, хотя до нефропексии им планировалась операция в связи с неэффективностью консервативного лечения.

Наши наблюдения дают основания рекомендовать начинать лечение больных эндометриозом в сочетании с нефроптозом с нефропексией при наличии показаний к этому методу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. - Л., 1979., Л. 1990
2. Железной Б.И., Стрижаков А.Н. Генитальный эндометриоз. - М., 1985.
3. Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Нефроптоз. - Киев., 1969.
4. Клепиков Ф.А. // Урол. и нефрол. - 1985. - №3. - С. 18 - 22.
5. Билак Н.П., Ткаченко Н.М., Ильина Э.М., Сметник В.П. // Акуш. и гинек. - 1995. - №6. - С. 29-33.
6. Лудянский Э.А. // Урол. и нефрол. - 1980. - №4. - С. 25 - 27.
7. Arias M., Dorta C. // Rev. cuba. Obstet. Gynec. - 1987. - Vol 13. №2. - P. 193 - 198.
8. Foulot H., Madelenat P., Dubuisson J.B. et all. // Fertil. Contrucept. Sexual. - 1988. - Vol 16 №2. - P. 125 - 130.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИОННОМ СИНДРОМЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Психотерапия у 46 беременных с гипертензионным синдромом приводила к достоверному снижению артериального давления. Рассматриваются возможные механизмы повышенного артериального давления, включающие синдром страха. Успешная адаптация к беременности и нейтрализация страха приводят к нормализации артериального давления.

Гипертензивные расстройства у беременных по-прежнему остаются серьезной проблемой, несмотря на многолетние изучения [3,5].

Материал и методы исследования

Нами в условиях женской консультации проведено обследование и лечение 46 беременных женщин в сроках от 11 до 37 недель с гипертензией в возрасте от 19 до 41 года (28 - первородящие, 18 - повторнородящие). У 13 из них выявлен нейроэндокринный синдром (28%). В структуре гипертензионного синдрома отмечали преобладание синдрома вегетосудистой дистонии, гипертоническая болезнь I-II стадии имела место у 11 человек (24%). Основными симптомами у беременных были раздражительность, нарушение сна, головные боли, запоры, агрессивность, страхи, в том числе страх визита к врачу, боли в низу живота и пояснице. Отмечалось повышение артериального давления, его асимметрия на обеих руках, изменения на глазном дне, сужение артерий сетчатки. Все пациентки получали гипотензивную терапию, включающую папаверин, папазол или клофелин. В качестве группы сравнения брали 106 беременных с угрозой невынашивания, не имевших гипертензии, см. нашу предыдущую публикацию [10].

Опрос на первом занятии у психотерапевта был направлен на выявление мышечных зажимов, и, главным образом постоянного или частого напряжения (втягивания) живота. Важное значение имела разговорная терапия, где пациенту напоминают забытый принцип медицины: в большинстве случаев тело лечит себя само.

Цитировались наблюдения А. Лоуэна: «Многие люди «живут» в своих головах и очень плохо осознают, что происходит ниже шеи... Напряженные области холодны и относительно безжизненны;... это части тела, с которыми потерял контакт» [12]. Для терапевта школы А.Лоуэна напряженный живот - это выражение реакции страха, а боль - проявление перенапряжений в организме. «Анализ неосознаваемых конфликтов, освобождение угнетенных чувств и разрешение перенапряжений мышц и блокировок повышает способность радоваться жизни» [13]. Ранее показано, что при гнев и страхе преобладают симпатические эффекты, а приятные эмоции сопровождаются доминированием парасимпатической активности, которая понижает кровяное давление и частоту сердечных сокращений [1].

В качестве самостоятельной методики на первом занятии проводили обучение глубокому диафрагмальному дыханию, вызывающему релаксацию и уменьшение психоэмоционального напряжения. Беременным внушалось, что нельзя умышленно задерживать дыхание, так как это вызывает повышение артериального давления [1]. На второй и последующей встречах проводили терапию, включающую расслабляющую гимнастику с элементами хатха-йоги и телесно ориентированную психотерапию А. Лоуэна [7, 13]. Осуществляли обязательный контроль артериального давления до и после занятия с помощью осциллометрического прибора фирмы OMRON. Измерение делалось не ранее чем через 10 - 15 минут от начала визита и через 1 - 5 минут после завершения

Распределение симптомов тревоги и страха среди беременных с гипертензионным синдромом (n=40)

Таблица 1

Симптомы	Кол-во пациентов с данным признаком	Частота признака, в %
Тревога	5	12,5
Страх родов	4	10
Страх визита	8	20
Страх визита + страх родов	8	20
Различные страхи + тревога	15	37,5
Всего	40	100

расслабляющих упражнений. Женщинам рекомендовали выполнять гимнастику в домашней обстановке ежедневно в течение 3 - 5 минут при условии хорошего самочувствия. Давление измеряли в конце первого занятия, после разговорной терапии и обучения диафрагмальному дыханию.

Статистическую обработку производили с помощью пакета статистических программ DIASTA (версия пакета Stadia МГУ, Россия) для ПК IBM [8].

Результаты исследования и их обсуждение

Психотерапия оказала эффективное влияние на течение гипертензионного синдрома. У подавляющего большинства женщин уже в конце первого занятия выявляли снижение артериального давления. Среднее количество посещений для решения проблемы

повышенного артериального давления составило 1,6.

В табл. 1 представлены данные о наличии у беременных тревоги или страхов, их направленности. Пациенты со страхом визита к врачу составляют большую часть. Некоторые женщины не спешат раскрыться психотерапевту. Поэтому иногда о страхе посещения можно узнать только при второй встрече.

В конце первого занятия разговорной терапии пациентам измерялось артериальное давление с обязательным подходом к осциллометрическому прибору спиной, выпятив живот («сделайте то, чего раньше никогда не делали»). При этом показатели давления чаще бывали ниже тех, которые пациентки имели на фоне приема гипотензивных препаратов. Женщины выражали гораздо большее удивление и радость, когда после

диафрагмального дыхания давление у них становилось еще ниже. Наученные не бояться, они обрели уверенность в самостоятельном решении проблем, не считая нужным (не всегда обоснованно) последующие визиты к психотерапевту.

В табл. 2 представлены показатели артериального давления у некоторых беременных до и после диафрагмального дыхания в течение 0,5 минуты. Обработка этих данных по критериям Стьюдента для парных данных, критериям Вилкоксона, Манна - Уитни выявила высокую значимость изменений ($p < 0,01$).

В качестве иллюстрации приводим историю беременной женщины.

С-ва С.М., 22 года, первая явка в консультацию в срок 18 недель. Терапевтом поставлен диагноз гипертонической болезни I ст. Первый визит к психотерапевту

Показатели артериального давления (АД) до и после диафрагмального дыхания у беременных с гипертензионным синдромом (на фоне гипотензивной терапии)

Таблица 2

АД до дыхания	АД после дыхания
125/80	109/68
142/96	139/88
145/83	115/83
131/89	121/84
138/89	124/83
132/87	116/72
126/86	113/73
129/77	119/70
125/82	120/73

- в 33 недели. Выяснилось, что есть ребенок от первого брака. Ожидаемый ребенок - от второго мужа, с которым к данному моменту уже развелась. Посещению предшествовали раздумья об аборте. Жалобы на сильную раздражительность и агрессивность, в том числе по отношению к дочери. Трудности ночного засыпания, запоры. Ежедневные тянущие боли в пояснице и в низу живота, стабильно повышенное артериальное давление с первого посещения женской консультации (иногда до 150 мм. рт. ст.) По этой причине дважды находилась на стационарном лечении, безуспешно получая традиционную гипотензивную терапию. Мышцы живота постоянно напрягает много лет, в том числе и при беременности. Со слов женщины, имеет "страх всего": врачей, гинекологического кресла, родов. Всю прошлую беременность страдала от повышенного артериального давления (систолическое - до 140 мм. рт. ст., диастолическое - 90).

В конце первого занятия у женщины выявлено давление 106/62 мм. рт. ст. При второй встрече, посвященной обучению расслабляющей гимнастике, сообщила, что стала менее раздражительной, хорошо засыпает, нет запоров, перестала пить слабительные, исчезли боли в пояснице и в низу живота. В домашних условиях имела нормальное артериальное давление. Страх визита в консультацию уже не было, сохранялся страх родов. До занятия гимнастикой цифры давления составили 118/70, сразу после - 118/72 мм. рт. ст. При следующем визите через 3 недели сообщила, что чувствовала себя хорошо и не принимала гипотензивных средств в прошедшее после первого визита время. Давление составило 113/70 мм. рт. ст.. Был проведен сеанс гипнотического транса в связи со страхом родов. На четвертом занятии отметила отсутствие страха родов. Проведен еще один сеанс гипнотического транса.

Роды произошли в срок, осложнений не было. При явке после родов сообщила, что рожала без страха, практически без боли, и артериальное давление не повышалось.

Анализ данного контингента беременных показал, что психотерапия играет важную роль в сохранении здоровья. Из 46 женщин 41 родила в срок, остальные (пять), ограничившиеся только одним визитом к психотерапевту, имели преждевременные роды (10%). Все дети родились живыми.

В группе сравнения (беременные без гипертензионного синдрома) терапия имела несравнимо лучшие результаты, если под этим понимать срочное родоразрешение. Преждевременные роды отмечали лишь у двух из них (1,9%). Существенное значение в возникновении гипертензионного синдрома у беременных мы придаем психоэмоциональному напряжению, отчетливо проявляющемуся в виде реакции страха. Положительная гемодинамика даже после единственного психотерапевтического занятия, направленного на снятие страха, говорит в пользу подобного заключения. Подтверждение правильности такого подхода можно найти и в бюллетене, издаваемом немецкой ассоциацией врачей для своих пациентов, где сказано: «Многие больные с повышенным артериальным давлением скрывают от окружающих свои чувства страха, ненависти и злости и этим усиливают свое напряжение... Основным настроением у них становится агрессивность по отношению к другим людям» [11]. Указание на тревогу как сопутствующий фактор артериальной гипертензии можно найти в работах известных психотерапевтов [9], а основатель телесно ориентированной терапии В. Райх показал, что синдром страха проявляет себя повышением кровяного давления, в то время как синдром удовольствия - его понижением [4]. И в этой связи, в

частности, мы высказываем предположение, что синдром вегетосудистой дистонии по гипотоническому типу при беременности не всегда стоит относить к патологии, гораздо чаще он может служить показателем хорошей адаптации к вынашиванию плода.

Поднятые в сообщении вопросы стали предметом внимания авторов и в связи с необходимостью выявлять различия между тревогой и страхом для повышения эффективности терапии. Как пишет Тиллих П., тревога таит в себе неопределенность в отношении вызывающих ее факторов и стремится стать страхом, чтобы обрести объект, с которым может справиться мужество пациента [6]. Когда на причину страха можно указать, то проблема решается быстрее, чем посредством симптоматического лечения.

Заключение

Таким образом, нетрадиционные медицинские подходы могут оказывать положительное влияние на здоровье беременных без применения фармацевтических средств. Внимание, прежде всего уделяемое самому пациенту, а не его симптомам, позволяет быстро решать проблему гипертензии. С точки зрения психотерапевта, следует обращать внимание не только на повышение артериального давления, но и на скрывающиеся за этим неблагоприятные факторы: поведенческую и / или социальную дезадаптацию молодых женщин, нередко граничащую с юридической и экономической незащищенностью. Среди беременных с гипертензионным синдромом 40% не имели официально зарегистрированного брака; одной из них угрожали силой отобрать ребенка после родов в пользу бездетной семьи.

Обилие стрессовых факторов и их особое восприятие как опасных для жизни своей и ребенка, видимо, и является причиной того, что беременные с гипертензионным синдромом в несколько раз

чаще подвержены риску преждевременных родов.

Использование нами диафрагмального (брюшного) дыхания для решения этой проблемы не претендует на первооткрывательство. В роддоме № 12 г. Санкт-Петербурга это давно стало обычной методикой, приносящей прекрасные результаты [2]. Но мы склоняемся к мнению, что лечить беременных и тем более вылечить их от того или иного заболевания вряд ли возможно без овладения беременными культурой расслабления, и прежде – всего мышц живота. К сожалению, психотерапия по-прежнему остается уделом одиночек и не стала массовым явлением в акушерстве.

и статистика. ИНФРА-М, 1995. - 384 с.

9. Уолен С., Ди Гусепп Р., Уэсслер Р. Рационально-эмотивная психотерапия. - М.: Институт гуманитарных знаний, 1997. - 257с.

10. Швецов М.В., Старцева Н.В. Психотерапия у женщин с угрозой невынашивания беременности// Журн. акушерства и женских болезней. - 1998, вып. 1. - С. 77-79.

11. Koerper ist Spiegel der Seele: Psychosomatische Krankheiten. - INFOTHEKgesund / AOK, 1990. - Н. 18-31 S.

12. Lowen A. Bioenergetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Koerper. - Rowohit Taschenbuch Verlag GmbH, - 1984. - 304 S.

13. Lowen A. & 1. Bioenergetik fuer Jeden. - Goldman Verlag, 1993 - 144 S.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельгорн Э., Луфборроу Дж. Эмоции и эмоциональные расстройства, - М.: Мир, 1966. - 672с.

2. Коваленко Н.П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов: Автореф. дис....канд. психол. наук. - СПб, 1998. - 20 с.

3. Кулаков В.И., Мурашко Л.И. Новые подходы к терминологии, профилактике и лечению гестоза // Акуш. и гин. - 1998- № 5. - С.3-6.

4. Райх В. Функция оргазма. - СПб. - М.: Универс. Книга. АСТ, 1997- 304 с.

5. Савельева Г.М., Шалина Р.И. Современные проблемы этиологии, патогенеза, терапии и профилактики гестозов // Акуш. и гин. - 1998. - № 5. - С. 6-9.

6. Тиллих П. Патологическая тревога, витальность и мужество // Моск. психотерапевт. журнал. - 1994. - №2. - С.113-131.

7. Тобиас М., Стюарт М. Растягивайся и расслабляйся. - М.: ФиС, 1994. 160с.

8. Тюрин Ю.Н. Макаров А.А. Анализ данных на компьютере. - Финансы

Ю.В.ЦВЕЛЕВ

Кафедра акушерства и гинекологии
им.А.Я.Крассовского Российской Военно-
медицинской академии,
Санкт-Петербург

КОНСТАНТИН КЛЕМЕНТЬЕВИЧ СКРОБАНСКИЙ (К 125-летию со дня рождения)



«Успех современной брюшной хирургии лежит в усовершенствовании техники операций. Быстрое, аккуратное и красивое производство операции, не травмирующее тканей, возможно небольшие разрезы, однако не препятствующие хорошему доступу, тщательный гемостаз и перитонизация, изолированная перевязка сосудов, устраняющая большие культы в брюшной полости, небольшое количество рассасывающихся лигатур - вот главные условия, приводящие к победе».

**К.К.Скробанский
(1922)**

В истории отечественного акушерства и гинекологии деятельность профессора Константина Кlementьевича Скробанского (1874 - 1946) - одного из видных акушеров-гинекологов России, выдающегося ученого и организатора, талантливого педагога - оставила заметный след.

К.К.Скробанский родился в 1874 г. в Бессарабской губернии в семье полковника артиллерии. Среднее образование он получил в Николаевской Александровской гимназии, которую окончил в 1892 г. и в том же году поступил в Императорский Новороссийский университет на естественно-историческое отделение физико-математического факультета, с которого в том же году был переведен в Императорскую Военно-медицинскую академию.

По окончании академии в 1898 г. со званием «лекаря с отличием» К.К.Скробанский был оставлен в ней на 3 года для усовершенствования за свой счет. С этого времени он работал в академической акушерско-гинекологической клинике профессора Георгия Ермолаевича Рейна, в которой нес ординаторские обязанности.

Научная деятельность К.К.Скробанского началась с глубокого изучения в эксперименте и клинике актуальных вопросов гинекологии [3,4,5]. В 1901 г. он защитил диссертацию на тему «О заживлении некоторых ранений яичника». Это оригинальное экспериментальное исследование было выполнено им по предложению Г.Е.Рейна, «чтобы хоть немного содействовать

разрешению... намеченной самой жизнью задач» о происходящих в яичнике процессах под влиянием травмы, о его способности к регенерации и др. Одним из выводов явилось представление о том, что «линейные раны яичника, при благоприятном их течении, заживают без следа. Раны, полученные путем удаления клиновидных кусков, также могут зажить бесследно». Это положение привело к ценному практическому заключению, которым пользуются и в настоящее время: «Резекция яичников вместо полного удаления их, ввиду прекрасных результатов, полученных от этой операции как при клинических наблюдениях, так и при экспериментальных исследованиях, заслуживает возможно обширному применению».

После защиты диссертации он получил заграничную командировку и в течение 2 лет работал в клиниках Германии и Франции, продолжая заниматься наукой. Он впервые высказал предположение о значении для диагностики беременности хориального гонадотропина, появляющегося во время беременности, о важнейшей роли для оогенеза гормонов, продуцируемых яичниками. В 1904 году он получил овариотоксическую сыворотку, которую использовал для экспериментального изучения функции яичников. Несомненную ценность представляют данные об изменении функции яичников при различных острых инфекционных болезнях [5].

В 1905 г. К.К.Скробанский был утвержден приват-доцентом Военно-медицинской акаде-

мии и стал вести курс занятий при кафедре Г.Е.Рейна. Одновременно он заведовал 15-м родильным приютом Санкт-Петербурга.

К.К.Скробанский известен своими трудами, как один из основоположников онкогинекологии. В 1909 г. он с оптимизмом писал: «Исследованиями и наблюдениями последних лет вопрос об оперативном лечении рака матки настолько подвинулся вперед, что в настоящее время совершенно недопустимо говорить о неизлечимости этой болезни». (8). Однако, применяя даже расширенные операции, «мы дошли до возможного предела оперативного лечения. Метод этот является последней ставкой хирурга, и все-таки даже при самых благоприятных условиях едва ли в будущем он даст нам больше 50%» выздоровления. Следовательно, утверждал он, «поиски новых путей излечения рака, лежащих, по-видимому, вне хирургического метода, должны быть в настоящее время воздвигнуты на первый план».

Позже, выступая на I Всероссийском съезде по борьбе с раковыми заболеваниями (1915 г.), он вновь обращается к необходимости применения не только хирургического лечения, но и иных методов и средств терапии злокачественных опухолей. «Несомненно, - считал К.К.Скробанский, - что старый скептицизм должен уступить место новому взгляду, по которому рак должен быть признан болезнью, излечимой оперативным путем. Но если в настоящее время последнее не вызывает ни у кого сомнения, если в руках хирурга имеется действительно метод который может обещать нам излечение, то все-таки успехи хирургии, сделанные в деле лечения рака далеко не могут быть признаны блестящими. Так, например, рак матки дает следующие цифры: из 100 больных даже наиболее широко оперирующие клиницисты выбирают только

50 больных. Вторая половина заведомо обречена на смерть. Из 50 больных самое меньшее 15-20% погибает от самой операции, а из перенесших операцию - большая часть все-таки получает рецидив. Таким образом, из 100 больных раком только 10-15, самое большее 20 больных, могут рассчитывать, подвергшись тяжелой операции, получить исцеление. Приведенные цифры, конечно, далеки от идеала, а между тем мы должны помнить, что в деле лечения рака матки оперативный метод исчерпан до края - дальше идти некуда. Вот почему в настоящее время все наши стремления должны быть направлены в другую сторону, а именно в сторону изучения лечения рака лучами радия и рентгена [15].

По его мнению, нож и радий должны быть союзниками при лечении опухолей, а не врагами. «Каждая новая операция, каждый новый технический прием всегда давали лучшие результаты в сравнении с раньше практиковавшимися, ... каждый из последующих методов был более радикален чем его предшественник, и ... наконец, после того как новый метод прививался, он все-таки не удовлетворял хирургов, и начинались новые поиски еще более радикального характера». Хотя «пережитые разочарования заставляют врачей быть осторожными, но не должно быть излишнего скептицизма. Панацеи в лечении рака нет, и радий в этом отношении не составляет исключения» [15]. Дальнейшее развитие науки подтвердило правильность многих его суждений.

Особое место занимают исследования, связанные с изучением К.К.Скробанским таких акушерских проблем, как токсикоз беременных (неукротимая рвота, эклампсия, остеопороз), кровотечения во время беременности (отслойка плаценты), клинически узкий таз, травматические повреждения в родах,

кесарское сечение [6,7]. В 1910 г. он предпринял принципиально важную экспериментальную разработку для изучения роли плаценты в патогенезе эклампсии [9].

С 1912 года в течение последующих 34 лет его жизнь и деятельность неотделимы от Женского медицинского института (ныне Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П.Павлова). К.К.Скробанский не только все эти годы возглавлял кафедру и клинику, но в течение 8 лет был директором института. Во время блокады Ленинграда (1941-1943 гг.) он продолжал работать в институте. По-ражает, что в осажденном городе, «под гром воздушных бомбардировок, под грохот орудийного обстрела», продолжалась клиническая и исследовательская деятельность профессора К.К.Скробанского и его учеников. «Мы нередко обсуждаем доклады по чисто научным и организационным вопросам, внося в нашу работу не меньше энтузиазма, чем в условиях мирного времени. Это свидетельствует о крепости духа ленинградцев, об уверенности в нашей победе и о несомненности благоприятного исхода нашего правого дела», - писал он в 1943 г. [14].

Анализируя родовспоможение и течение беременности и родов в первые 11 месяцев блокады (с июля 1941 г. по май 1942 г.), К.К.Скробанский отмечал громадные трудности в оказании акушерской помощи: «Работа в темноте, подчас в неотопливаемых помещениях, при отсутствии водопровода и горячей воды, с недостаточным количеством белья, с большой нехваткой обслуживающего, особенно медицинского, персонала - все это требовало громадной затраты энергии от всех работников наших отделений». В то же время «мы должны, - писал он, - по природе нашей специальности всегда работать при условиях эк-

стренности. Эта экстренность и отражается не только на работе врача, акушерки и медицинского персонала, но подчас представляет большие трудности и для подготовки к родам даже тех минимальных условий, соблюдение которых необходимо в акушерской работе.

Само собою понятна необходимость хотя бы скудного освещения, возможности поддержания в асептическом состоянии рук врача и предметов ухода, наличия чистого белья и, что особенно было трудно в прошлую зиму, поддержания надлежащей температуры в наших помещениях, предназначенных для ведения родов, чтобы согреть как обнаженную мать, так и новорожденного. Даже этих минимальных условий для акушерской работы многие из нас были лишены, и нередко приходилось принимать героические меры для создания их: согреть воду и помещение, осветить палату и дать женщине, только что родившей, горячую пищу» [13].

На основании большого хирургического опыта и клинического материала К.К.Скробанский разработал и внедрил оригинальные методы оперативного лечения при раке матки, выпадении половых органов, атрезии влагалища, гнойных заболеваний придатков матки, обезболивания (спинномозговая анестезия) и профилактики послеоперационных осложнений (дренаж брюшной полости). Современно звучит его яркое выступление в прениях на VII Всероссийском съезде акушеров и гинекологов 1927 г., в частности, по тактике к цистаденоме при беременности. «Я беру слово потому, что я ученик профессора Рейна и верен его заветам: раз диагностирована киста - следует ее оперировать. «Простая киста» - это вообще неопределенное название. Консервативное лечение может привести и к печальным результатам. Даже очень тонкая диагностика не

дает уверенности, что перед нами ретенционная киста. При наличии беременности и кисты можно быть только до известной степени консервативным, так как трудно сказать, что будет при дальнейшем развитии беременности и родах. А потому лучше оперировать и при беременности» [16]. Заметим, кстати, что это был десятый год после Октябрьской революции, которую Г.Е.Рейн не принял, и в это время находился в эмиграции. Поэтому употребление даже его имени К.К.Скробанским могло иметь серьезные последствия...

Важное значение придавал К.К.Скробанский роли нервной системы в регуляции менструального цикла, во время беременности, в родах. Он подчеркивал, что во время родов «врач должен овладеть волей роженицы, должен приучить роженицу максимально выгоднее использовать ее силы; он должен силой своего авторитета заставить ее отказаться от излишних и бесполезных движений, для того чтобы сохранить максимум сил ...» Ему принадлежит большая заслуга в пропаганде и внедрении в практику обезболивания родов [11,12]. «Мы хорошо знаем, что роды являются чисто физиологическим процессом», - писал К.К.Скробанский [11]. Однако «нам приходится наблюдать роды, после которых женщины в течение ряда лет, а иной раз в течение всей своей жизни с ужасом вспоминают мучения, испытанные ими.

Акушеры хорошо знакомы со случаями так называемого родового шока, с возможностью психического возбуждения роженицы, доходящего иногда до состояния родового психоза, при котором женщина становится совершенно невменяемой.

Если учесть все эти обстоятельства, то едва ли можно будет утверждать, что боли и психические переживания во время родов - явление физиологическое,

не требующее серьезного к ним отношения и возможного облегчения или даже полного устранения».

Таким образом, научные интересы К.К.Скробанского были исключительно широки и разнообразны, касались как акушерства и гинекологии, так и смежных специальностей. «Он ... был крупным ученым, оставившим труды по физиологии и патологии яичников, оперативному лечению рака матки, обезболиванию родов и др.», - считал К.М.Фигурнов [14]. Профессор К.К.Скробанский удостоен звания заслуженного деятеля науки (1935), он был избран действительным членом АМН СССР (1944).

Наряду с интенсивной научной и клинической работой К.К.Скробанский много времени уделял педагогической деятельности. Написанные им «Учебник акушерства» (1936), «Учебник гинекологии» (1938), «Краткий учебник гинекологии для студентов» (1939) получили большую известность и признание в стране. Он был блестящий оратор и полемист. «Его лекции, насыщенные глубоким содержанием, простые и популярные по форме, всегда привлекали большое количество врачей и студентов» [2]. К.К.Скробанский вырастил не одно поколение достойных учеников, создал оригинальную научную школу. Талантливый и требовательный педагог, он настойчиво воспитывал в своих учениках в высшей степени внимательное и заботливое отношение к Женщине.

Объединяя качества выдающегося ученого и учителя, Константин Клементьевич отличался также удивительными способностями как организатор. Его административный талант, неиссякаемая энергия позволили многие годы быть редактором «Журнала акушерства и женских болезней», а с 1936 г. - «Акушерства и гинекологии». Поистине многогранная деятель-

ность проявлялась и в его активном участии в организации противоракового общества, многих научных конференций и съездов, редактировании трудов. С 1908 г. до конца жизни он являлся членом правления Петербургского (Ленинградского) акушерско-гинекологического общества, в течение ряда лет - его председателем.

Скончался Константин Клементьевич Скробанский 4 марта 1946 г. Его жизнь была «ярчайшим образцом беззаветного служения любимому делу» [1]. Память о талантливом ученом, прекрасном акушере и хирурге, доброжелательном и отзывчивом человеке осталась в сердцах многочисленных коллег и учеников, живет в делах его последователей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Новиков Б.Н., Старовойтов В.А. 100 лет кафедре акушерства и гинекологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им.акад.И.П.Павлова. Журнал акушерства и женских болезней. - 1999. - т.XLVIII, вып.3, - с.68.
2. Салганник Г.М. Памяти Константина Клементьевича Скробанского. Вестник АМН СССР. -1946. -№2-3.-с. 103-104.
3. Скробанский К.К. К вопросу о повреждении промежности при первом сокоуплении. Врач, 1899 г., №49 (отд. оттиск, 1900 г.).
4. Скробанский К.К. Двухядерные и многоядерные яйца в яичнике человека и некоторых млекопитающих и их значение. СПб, 1901.
5. Скробанский К.К. Об изменениях в яичниках при острых инфекционных заболеваниях. СПб, 1901.
6. Скробанский К.К. Связь сахарного и несахарного мочеизнурения с женской половой сферой и беременностью. СПб, 1901.
7. Скробанский К.К. Влагалищное кесарское сечение по Dührssen'у в тяжелом случае отделения нормально прикрепленной плаценты. СПб, 1909.
8. Скробанский К.К. Успехи современной гинекологии в деле радикального и хирургического лечения рака матки. Журнал акушерства и женских болезней, 1909, т.XXIII., №3, - с.259-273.
9. Скробанский К.К. Опыт экспериментальной разработки вопроса о патогенезе эклампсии. СПб, 1910.
10. Скробанский К.К. Дренаж брюшной полости. Журнал акушерства и женских болезней. 1922., т.XXXIII, кн.1., с.11-21.
11. Скробанский К.К. Краткое руководство по обезболиванию нормальных родов. М-Л., 1936.
12. Скробанский К.К., Цацкин А.Е. Основы обезбоживания родов. Л., 1936.
13. Скробанский К.К. Родовспоможение и течение беременности и родов в первые 11 месяцев блокады (с июля 1941 г. по май 1942 г.) //Сборник работ членов Ленинградского акушерско-гинекологического общества. -Л., 1943, вып.1., с. 1-5.
14. Скробанский К.К. Работа ленинградских акушеров за 25 лет существования советской медицины.// Сборник работ членов Ленинградского акушерско-гинекологического общества. Л., 1943, вып.1, с 122.
15. Труды I Всероссийского съезда по борьбе с раковыми заболеваниями. Петроград, 1915. - с.287, 348.
16. Труды VII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Л., Практическая медицина. - 1927. - с.228.
17. Фигурнов К.М. Многоотное руководство по акушерству и гинекологии. Медгиз, 1961. - т.I. - с. 79.

АССОЦИАЦИИ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА 6 ЛЕТ

На протяжении очень многих лет в Санкт-Петербурге, Петрограде, затем Ленинграде функционировало научное общество врачей акушеров-гинекологов, объединяющее в своих рядах наиболее активных специалистов. Основной работой общества было проведение регулярных научных заседаний с докладами по актуальным вопросам акушерства и гинекологии. К концу 80-х началу 90-х годов, т.е. в период серьезных социально-экономических проблем, связанных с изменением общественно-политического строя в стране и распадом СССР, интерес врачей к работе общества значительно снизился, и в 1991 - 1992 гг. оно фактически прекратило свою работу.

По инициативе последнего председателя общества профессора Э.К.Айламазяна, других профессоров, руководителей кафедр акушерства и гинекологии медицинских институтов Санкт-Петербурга было принято решение возобновить работу общества в виде организации (ассоциации) акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга, в перспективе - организации специалистов всего Северо-Западного региона России, придав ей более широкие полномочия и поставив более серьезные задачи.

Осенью 1993 года было созвано первое собрание ассоциации, на котором обсуждены проекты устава и программы. Эти документы утверждены 23.12.1993 г. на учредительном собрании.

В уставе отмечено, что «ассоциация является добровольным общественным объединением, созданным на основе профессиональных интересов, независимой, самоуправляемой организацией, постоянно действующей на территории Санкт-Петербурга и облас-

ти». Определены цель и задачи, права ассоциации, членство, права и обязанности членов, структура, органы управления и контроля, производственная, хозяйственная и издательская деятельность, другие необходимые положения.

В программе представлено основное направление работы ассоциации - это содействие «охране здоровья женщины и материнства, всестороннее содействие врачам в направлениях совершенствования их профессиональных знаний и умений, обеспечение новейшей информацией по вопросам охраны репродуктивного здоровья женщины, беременной, роженицы, родильницы и вопросам перинатологии.

Ассоциация обеспечивает содействие юридической, профессиональной и социальной защите ее членов».

Было отмечено, что становление ассоциации происходит в условиях неблагоприятной демографической ситуации, на фоне роста социальных, экономических проблем, ухудшения состояния здоровья населения при одновременной реорганизации медицинской службы - переходе на страховую медицину, развитии хозрасчетных форм помощи с оттоком в такие организации компетентных специалистов из учреждений государственного здравоохранения. Эти и другие тенденции, в частности сокращение коечного фонда наряду с сокращением доступности амбулаторной гинекологической помощи, перенос части функций врача акушера-гинеколога в институт врача общей практики осложнили и ухудшили качество специальной медицинской помощи женщинам.

В связи с этим в программе ассоциации определен круг проблем,

Журнал
акушерства
и женских
болезней



устранение которых должно было помочь в контроле за нежелательным развитием ситуации в системе охраны репродуктивного здоровья.

На учредительном собрании ассоциации 23.12.1993 г. были избраны: правление в составе 12 человек, президент (профессор Э.К. Айламазян), вице-президент (профессор М.А.Репина), исполнительный директор (доцент А.Н. Кучерявенко) и члены правления – профессор Ю.В.Цвелев, профессор Ю.А.Гуркин, профессор Д.Ф.Костючек, профессор Л.А.Суслопаров, доцент Б.Н.Новиков, профессор В.К.Ярославский, профессор В.М.Орлов, главный врач женской консультации № 20 К.Я.Коростина, главный врач родильного дома № 9 Т.И.Игнатчик.

Одобрен проект эмблемы ассоциации. Обсуждена целесообразность создания ассоциации акушеров-гинекологов Северо-Западного региона и начата соответствующая организационная работа, в результате которой 19.01.1994 г. состоялась первая совместная конференция. На конференции присутствовали заведующие кафедрами акушерства и гинекологии медицинских институтов Петрозаводска (профессор Л.А.Самородинова), Архангельска (доцент И.А.Рогозин), Кирова (доцент С.А.Дворянский), главные акушеры-гинекологи и их заместители Архангельской, Ленинградской, Мурманской, Вологодской, Псковской областей, Карелии, Республики Коми и др., всего 41 специалист.

В результате широкого серьезного обсуждения идея объединения акушеров-гинекологов Северо-Запада в одну общественную организацию одобрена, 2-е научное заседание намечено на апрель 1994 г. в г.Сыктывкар (Республика Коми). Утверждено правление ассоциации акушеров-гинекологов Северо-Запада в составе 14 человек. Однако дальнейшая работа в этом направлении была свернута (отложена) в связи с серьез-

ными экономическими (финансовыми) трудностями.

Возвращаясь к работе ассоциации акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга, следует отметить, что реализация программы в 1994 - 1995 гг. была сконцентрирована в двух направлениях – помощь беременным женщинам и контроль за реорганизацией акушерско-гинекологической службы города.

Был выполнен анализ состояния здоровья женского населения города, анализ осложненной беременности, родов, состояния здоровья новорожденных, предложены конкретные пути для улучшения ситуации с внедрением их в практику. Совместно с отделом родовспоможения Комитета по здравоохранению при мэрии Санкт-Петербурга разработаны и реализованы такие формы помощи беременным женщинам, как 100% обеспечение современными методами пренатальной диагностики, современными методами диагностики сексуально-трансмиссивных инфекций, осуществлена финансовая поддержка закупок поливитаминных препаратов для малообеспеченных беременных женщин. Совместно с кафедрой социальной гигиены Санкт-Петербургского медицинского института разработана и внедрена программа «Значение психосоциальных и медицинских аспектов для неосложненного течения беременности, родов, рождения здорового ребенка», в которой предложена идеология родовспоможения, учитывающая психологическое состояние беременной, родильницы, семьи в целом, психологию семейных отношений.

Другое направление работы ассоциации касалось влияния на характер структурных изменений службы родовспоможения. Следует отметить, что на ранних этапах работы правление ассоциации столкнулось с полным неприятием его действий со стороны руководства Комитета по здравоохранению при мэрии Санкт-Петербурга. Также от-

существовали встречные предложения и задания для ассоциации. Этот этап сопровождался беспорядочным сокращением акушерско-гинекологического коечного фонда и других форм медицинской помощи. Например, была упразднена городская акушерская реанимационная бригада скорой помощи, было запланировано сокращение других специализированных служб. Реорганизация помощи, проводимая комитетом по здравоохранению, категорически не согласовывалась с членами правления ассоциации. Прогрессирующий развал некогда единой службы, неоправданная и некомпетентная самодеятельность в сочетании с абсолютной самостоятельностью местных органов управления здравоохранением, так называемых ТМО, способствовали распространению крайне слабых в плане возможностей оказания квалифицированной помощи различных «кооперативов», АО, предприятий с ограниченной ответственностью и др., отрицательное влияние которых на здоровье женщин в полной мере невозможно оценить.

Учитывая создавшуюся ситуацию, правление ассоциации предприняло большие усилия для прекращения дальнейшего ухудшения качества работы акушерско-гинекологической службы, включая замену некоторых руководителей системы родовспоможения, передачу городских лечебно-контрольных комиссий по разбору материнской смертности, гинекологической летальности под председательство профессоров, заведующих профильными кафедрами медицинских институтов. Одновременно были возобновлены ежемесячные заседания с чтением на них лекций, докладов по разделам дисциплины, наиболее актуальным для практических врачей. Также были проведены научно-практические конференции на темы «Гинекологическая помощь женщине в различные возрастные периоды», «Акушерские осложнения и перинатальная смертность».

Проведен частичный анализ коммерческой акушерско-гинекологической деятельности на территории Санкт-Петербурга (характер, стоимость, эффективность, осложнения), по результатам в лицензионной комиссии города выполнен выборочный контроль работы врачей (ответственные исполнители К.Я.Коростина, М.А.Репина).

Усилиями членов правления ассоциации для лицензионной комиссии подготовлены программы по аккредитации учреждений акушерско-гинекологического профиля - женских консультаций, гинекологических отделений больницы, родильных домов и акушерских отделений.

Проведена определенная работа с депутатами городского собрания, в результате которой приостановлено дальнейшее разрушение специализированной помощи населению, в частности сохранена реанимационно-гематологическая акушерская бригада скорой помощи, усилена служба планирования семьи и др.

На протяжении всех лет работы члены правления ассоциации выполняли различные поручения. В их числе - комиссионные разборы, связанные с жалобами пациенток и их родственников при осложнениях беременности, родов, оперативном лечении, проведение регулярных лечебно-контрольных комиссий по разбору материнской смертности, гинекологической летальности, рецензирование медицинской документации, анализ показателей работы службы и др.

После очень долгого перерыва возобновлено издание российского «Журнала акушерства и женских болезней», прекратившего свое существование в 1936 г. Первый номер возрожденного журнала вышел в конце 1997 г. В 1998 и 1999 гг. периодичность издания составила 4 номера в год плюс один дополнительный том ежегодно, посвященный конференции «Актуальные проблемы инфекций в акушерстве и гинекологии», проведенной в рамках Межведомственно-

го Научного Совета РАМН и Всероссийской ассоциации акушеров-гинекологов (май 1998 г.) и VII Конгрессу акушеров-гинекологов стран Балтийского моря и семинару Европейской ассоциации перинатальной медицины (май 1999 г.).

Значительное внимание в работе правления было уделено повышению квалификации врачей города через ежемесячные заседания, которые всегда собирали полную аудиторию. Помимо сообщений на различные темы акушерско-гинекологической науки и практики были проведены ежегодные совместные заседания с онкогинекологами, посвященные 100-летию со дня рождения академика А.И.Сереброва (15.03.1995), заседание, посвященное 100-летию со дня рождения академика М.А.Петрова-Маслакова (20.11.1996), конференция «Гормональная заместительная терапия в пери- и постменопаузе» (18.11.1997), межведомственный пленум акушеров-гинекологов РФ «Актуальные проблемы инфекции в акушерстве и гинекологии» (26-28.05.1998), 65-летию со дня рождения Я.В.Бохмана (18.02.1998) и посвященное памяти Я.В.Бохмана (17.02.1999), научная конференция немецко-российского общества акушеров-гинекологов и онкологов (10-12.03.1999) и др. Наконец, с участием членов правления, и главным образом усилиями президента ассоциации академика Э.К.Айламазяна, в мае 1999 г. в Санкт-Петербурге был организован и проведен VII Конгресс акушеров-гинекологов стран Балтийского моря и I Российский семинар Европейской ассоциации перинатальной медицины.

Таким образом, за истекший период не только в полной мере возрождены исторические традиции научного общества акушеров-гинекологов, но и сделан значительный шаг в направлении активного влияния ученых на идеологию и перспективы развития современных форм акушерско-гинекологической помощи в Санкт-Пе-

тербурге. Перед ассоциацией стоят большие задачи. Вот только некоторые из них:

1) совершенствование работы по защите репродуктивного здоровья женщин, где приоритетны направления службы планирования семьи и центров вспомогательных репродуктивных технологий;

2) развитие форм помощи женщинам при выпадении функции яичников, включая последствия хирургической кастрации;

3) решение вопросов абсолютной доступности для всех беременных женщин города современных методов пренатальной диагностики и лечения врожденных и наследственных заболеваний плода;

4) анализ и взвешенная оценка эффективности существующих организационных форм помощи женщине, активное влияние на развитие новых форм;

5) решение вопросов обеспечения врачей современной информацией в виде изданий лекций, методических рекомендаций, книг серии «В помощь практическому врачу» и др.;

6) решение вопросов стандартизации подходов к диагностике и лечению гинекологических заболеваний, осложнений беременности и др.

Нет сомнения в том, что акушерско-гинекологическая служба Санкт-Петербурга располагает достаточными и квалифицированными кадрами. Очень высок в городе и научный потенциал, центром которого, безусловно, является НИИ акушерства и гинекологии им.Д.О.Отта РАМН. Специалисты также осознают свою ответственность перед настоящим и будущим, необходимость оптимального исполнения каждым конкретными обязанностями и обязательств. Все это позволяет надеяться на успешную работу ассоциации акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга в наступающем веке, конечным итогом которой является помощь женщине, матери, ребенку.

**ЗАСЕДАНИЯ И НАУЧНЫЕ КОНФЕРЕНЦИИ, ПРОВЕДЕННЫЕ
АССОЦИАЦИЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
в 1995 – 1999 гг.**

1995 год

17 января. Конференция «Аборт у несовершеннолетних и его профилактика»:

1. Организация службы детской и подростковой гинекологии. Проф. Ю.А.Гуркин.
2. Аборт у несовершеннолетних. Доцент П.Н.Кротин.
3. Анализ инфицированных и септических абортов по данным работы центра. Проф. Д.Ф. Костючек.

15 марта. Совместное заседание с научным обществом онкологов, посвященное 100-летию со дня рождения основоположника отечественной онкогинекологии академика А.И.Сереброва:

1. Развитие идей А.И.Сереброва в современной онкогинекологии. Проф. Я.В.Бохман.
2. Значение ультразвуковых методов исследования в раннем выявлении рака эндометрия и яичников. Научный сотрудник НИИ онкологии им.проф.Н.Н.Петрова Е.Б.Троик.
3. Выбор адекватного гормонального лечения при гиперплазии эндометрия. Доцент Государственной медицинской академии Е.Л.Неженцева.

26 апреля. Генитальная инфекция:

1. Урогенитальный хламидиоз. Д.м.н. А.М.Савичева, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
2. Биоценозы влагалища в норме и при патологии. Доцент МАПО М.М.Сафронова.
3. Бактериальный вагиноз. Доцент кафедры акушерства и гинекологии ВМА Е.Ф.Кира.

15 ноября. Сахарный диабет и беременность:

1. Сахарный диабет и проблемы репродукции. Профессор В.В.Потин, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
2. Течение беременности при сахарном диабете. Профессор Н.Г.Кошелева, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
3. Течение периода новорожденности у детей, рожденных от матерей с сахарным диабетом. Профессор И.И.Евсюкова, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.

14 декабря. Научная конференция “Актуальные проблемы перинатологии”:

1. Диагностика и терапия внутриутробных инфекций. Член-корреспондент РАМН, профессор Э.К.Айламазян, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
2. Перспективы развития акушерско-гинекологической помощи женщинам репродуктивного возраста. Профессор М.А.Репина, МАПО.
3. Беременность и экология. Профессор Ю.В.Цвелев и соавт., Военно-медицинская академия, С.-Петербург.
4. Современные технологии профилактики и лечения перинатальной инфекции. Профессор В.Е.Радзинский, МОНИИАГ, Москва.
5. Профилактика и лечение внутриутробных инфекций плода и новорожденного у беременных с инфекционно-воспалительными заболеваниями. Профессор М.В.Федорова, МОНИИАГ, Москва.
6. Детская гинекология и концепция безопасного материнства. Профессор Ю.А.Гуркин, СПбГПМА.

27 декабря. Дисфункция щитовидной железы:

1. Щитовидная железа и репродуктивная система женщины. Профессор В.В.Потин, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
2. Выступление представителей фармацевтических фирм.

1996 год

17 февраля. Проблемы репродукции. Совместная конференция с андрологами, урологами.

20 марта. Проблемы перинатологии:

1. Гипогалактия, ее патогенез и лечение. С.Н.Гайдуков, кафедра акушерства и гинекологии СПбГПМА.

2. Профилактика гипогалактии с помощью аппарата «Лактопульс». Т.К.Тихонова, кафедра акушерства и гинекологии СПбГПМА.
3. Проблемы и задачи неонатальной службы города. Главный неонатолог Санкт-Петербурга, к.м.н. В.А.Любименко.
4. О создании ассоциации перинатологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Профессор И.И.Евсюкова, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.

24 апреля. Нарушение полового развития у девочек-подростков:

1. Задержка полового развития. Профессор Ю.А.Гуркин, СПбГПМА.
2. Гетеросексуальный вариант полового созревания. Доцент В.Г.Баласанян, СПбГПМА.
3. Преждевременное половое созревание. Ассистент И.Н.Гоготадзе, СПбГПМА.

15 мая. Показатели родовспоможения Санкт-Петербурга за 1995 год:

1. Анализ материнской смертности. Профессор М.А.Репина, МАПО.
2. Отчет главного акушера-гинеколога Санкт-Петербурга д.м.н. Б.Н.Новикова.
3. Выступление представителей фирм.

23 сентября. Заседание, посвященное 100-летию со дня рождения профессора з.д.н. И.И.Яковлева:

1. Профессор И.И.Яковлев - к столетию со дня рождения. Доцент И.И.Семенова, СПбГМУ им.акад. И.П.Павлова.
2. Необычные психические состояния, связанные с родами. Профессор Л.И.Спивак, СПбГМУ им.акад. И.П.Павлова.
3. Выступление представителей фармацевтических фирм.

20 ноября. Научное заседание, посвященное 100-летию со дня рождения академика М.А.Петрова-Маслакова:

1. Жизнь и научная деятельность академика М.А.Петрова-Маслакова - к столетию со дня рождения. Профессор М.П.Репина, МАПО.
2. О формировании новой терапевтической доктрины при миоме матки. Профессор Г.А.Савицкий, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.

25 декабря. Инфекция в акушерстве и гинекологии:

1. Гнойные заболевания придатков матки (клиника, диагностика, лечение). Профессор Д.Ф.Костючек, ассистент к.м.н. Е.А.Рукояткина, СПб мед.академия.
2. Применение аугментина с целью профилактики инфекционных осложнений в акушерской практике. Доцент И.Е.Зазерская, СПб мед.академия.

1997 год

29 января. Инфекция в акушерско-гинекологической практике:

1. Принципы современной антибактериальной терапии в акушерстве и гинекологии. Д.м.н. Е.Ф.Кира, ВМА.
2. Презентация препарата «Тержинан». Н.Н.Захарович, фирма «Яблочко Со».
3. Выступление представителя швейцарской фармацевтической фирмы «ROCHE».

19 марта. Коррекция сократительной деятельности матки:

1. Современные методы коррекции нарушений сократительной деятельности матки. Профессор В.В.Абрамченко, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
2. Препараты фирмы «НИКОМЕД» в акушерстве и гинекологии (гинипрал). Мед.консультант, к.б.н. Л.Е.Огородникова.
3. Некоторые вопросы выявления и лечения истмико-цервикальной недостаточности. Профессор Г.А.Савицкий, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
4. К 140-летию со дня рождения профессора В.В.Строганова. Профессор Н.Г.Кошелева, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.

16 апреля. Показатели родовспоможения за 1996 год:

1. Анализ работы службы родовспоможения за 1996 год. Профессор Б.Н.Новиков, главный акушер-

гинеколог Санкт-Петербурга.

2. Отчет главного неонатолога Санкт-Петербурга. Доцент В.А.Любименко.
3. Применение препарата «Макмирор» в акушерско-гинекологической практике. К.м.н. Э.В.Исакова, фирма «Си-Эс-Си».

29 - 30 сентября. Научная конференция, посвященная 200-летию со дня основания НИИ акушерства и гинекологии им.Д.О.Отта РАМН:

29 сентября -

1. Торжественное заседание, посвященное 200-летию со дня основания НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
2. Праздничный концерт 30 сентября.

30 сентября -

1. Современные аспекты перинатологии. Г.М.Савельева, Москва.
2. Окружающая среда и репродуктивная функция женщины. Е.Г.Виноградова, Т.В.Беляева, М.Г.Степанов, А.В.Арутюнян, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
3. Место магnezальной терапии в акушерстве. Н.Г.Кошелева, К.В.Минкевич, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
4. Клинико-иммунологические аспекты терапии постгипоксических нарушений адаптации новорожденных детей. Л.И.Королева, И.И.Евсюкова, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
5. Роль гипербарической оксигенации в интенсивной терапии постгипоксических нарушений адаптации новорожденных детей. Б.Д.Байбородов, МАПО.
6. Гемолитическая болезнь плода - от безысходности до современных возможностей в диагностике и лечении. А.В.Михайлов, Н.Н.Константинова, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
7. Патогенетическое обоснование иммуномодулирующей терапии при наружном генитальном эндометриозе. М.И.Ярмолинская, С.А.Сельков, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
8. Сахарный диабет и планирование семьи. О.Е.Ланцева, Л.Д.Купцов, В.В.Потин, А.В.Тиселько, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
9. 200 лет институту, 10 лет пренатальной диагностике. Основные итоги работы и перспективы пренатальной диагностики XXI века. В.С.Баранов, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
10. Методы коррекции аномалий родовой деятельности. В.В.Абрамченко, Т.У.Кузьминых, Е.В.Омельянюк, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
11. Иммунные механизмы преждевременного прерывания беременности. С.А.Сельков, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
12. Нарушение развития ЦНС плода - новые возможности в диагностике Н.Г.Павлова, Н.Н.Константинова, А.В.Арутюнян, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
13. Патогенетические механизмы перинатальных повреждений ЦНС новорожденных и принципы их коррекции. И.И.Евсюкова, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
14. К патогенезу перитонеального эндометриоза. Г.А.Савицкий, В.Г.Скопичев, С.М.Горбушин, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
15. Патогенез, диагностика, клиника и лечение нормогонадотропной недостаточности яичников. В.В.Рулев, А.М.Гззгян, Д.А.Ниаури, В.В.Потин, Н.Н.Ткаченко, Е.Е.Смагина, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.

18 ноября. Конференция «Гормональная заместительная терапия в пери- и постменопаузе»:

1. Приветствие. Член-корреспондент РАМН, профессор Э.К.Айламазян, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
2. Медико-социальные аспекты менопаузы. Принципы гормональной заместительной терапии. Президент Российской ассоциации по менопаузе, профессор В.П.Сметник, Москва.
3. Место гормональной заместительной терапии в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в постменопаузе. Профессор М.А.Репина, МАПО.
4. Препараты для гормональной заместительной терапии компании «Ново Нордиск». В.З.Гопчишвили, Москва.
5. Гормональная заместительная терапия при сердечно-сосудистых заболеваниях. Результаты клинических испытаний. Профессор А.П.Кириченко, Москва.
6. Эстрогены и гестагены в терапии гормональной недостаточности яичников в репродуктивном возрасте. Профессор В.В.Потин, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.

17 декабря. Болезнь поликистозных яичников:

1. Патогенез, диагностика и лечение синдрома поликистозных яичников. В.В.Потин, НИИ АГ им. Д.О. Отта РАМН.
2. Место ципротерона ацетата в лечении болезни поликистозных яичников. Представитель фирмы «Шеринг».

1998 год

21 января. Гнойно-септическая инфекция в акушерской практике:

1. Материнская смертность от гнойно-септических заболеваний в Санкт-Петербурге. Профессор М.А.Репина, МАПО.
2. Ронколейкин в иммунотерапии гнойно-септических осложнений. М.Н.Смирнов, директор ТОО «Биотех».
3. Современные антибиотики. Принципы выбора. Профессор А.А.Зайцев, СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова.

18 февраля. Совместное заседание ассоциации акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и общества онкологов-гинекологов России им.Я.В.Бохмана, посвященное 65-летию со дня рождения профессора Я.В.Бохмана:

1. Жизненный и творческий путь профессора Я.В.Бохмана. А.С.Вишневский, НИИ онкологии, Санкт-Петербург.
2. Новые подходы к диагностике и лечению гиперпластических процессов эндометрия. А.С.Вишневский, НИИ онкологии.
3. Роль лапароскопии в диагностике и лечении злокачественных опухолей яичников. А.А.Цытурдеева, А.В.Луфт, Д.Р.Зельдович, Л.П.Кузьмина, А.Ф.Урманчеева, Г.М.Манихас, МАПО.
4. Адъювантная гормонотерапия рака молочной железы и рака эндометрия. Е.В.Бахидзе, Л.М.Берштейн, В.Ф.Семглазов, С.Я.Максимов, НИИ онкологии.
5. Гиналгин - новый подход к лечению заболеваний влагалища, вызванных микроорганизмами, простейшими и грибами. Представитель фирмы «POLFA».

18 марта. Беременность и роды у юных женщин:

1. Особенности течения беременности и родов у юных первородящих. Профессор Л.А.Сулопаров и соавт., СПб мед. академия.
2. Репродуктивное поведение подростков в современных условиях. Профессор Ю.А.Гуркин, СПбГПМА.
3. Тахокомб - новое гемостатическое средство. А.В.Слобожанин, фирма «Никомед».

22 апреля. Родовспоможение - 1997:

1. Основные итоги работы акушерской службы Санкт-Петербурга за 1997 год. Профессор Б.Н.Новиков.
2. Анализ причин массивных акушерских кровотечений в Санкт-Петербурге за 1997 год. Профессор В.К.Ярославский, СПбГПМА.
3. Результаты работы городского специализированного отделения по гнойно-септической инфекции у родильниц. Д.м.н. Э.Д.Хаджиева, МАПО.
4. Анализ работы женских консультаций за 1997 год. К.Я.Коростина, главный врач женской консультации № 20 Санкт-Петербурга.
5. Актуальные задачи неонатальной службы. Профессор И.И.Евсюкова, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.

26 - 28 мая. Пленум Межведомственного научного совета по акушерству и гинекологии РАМН и Всероссийская научно-практическая конференция ассоциации акушеров-гинекологов "Актуальные проблемы инфекции в акушерстве и гинекологии", посвященные 200-летию кафедры акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии:

1. Бактериальные инфекции в акушерстве и гинекологии. Итоги и перспективы. Профессор Ю.В. Цвелев, профессор Е.Ф.Кира, профессор В.П.Баскаков, профессор В.И.Кочеровец, Военно-медицинская академия, С.-Петербург.
2. Сочетанная хирургическая и антибактериальная санация органов малого таза в восстановлении репродуктивного здоровья и гормонального гомеостаза. Директор МОНИИАГ, член-корреспон-

дент РАМН, профессор В.И.Краснопольский, Москва.

3. Значение индукторов интерферона в патогенетической терапии эндоцервицита. Академик РАМН, профессор Г.М.Савельева и соавт., Москва.
4. Профилактика и лечение воспалительных осложнений у больных эндометриозом, в том числе обусловленных неспорообразующей анаэробной инфекцией. Профессор В.П.Баскаков и соавт., С.Петербург.
5. Бактериальный вагиноз. Вчера, сегодня, завтра. Профессор Е.Ф.Кира, Военно-медицинская академия.
6. Место гнойно-септических заболеваний в структуре материнской смертности. Профессор М.А.Репина, МАПО.
7. Внутриутробная хроническая персистирующая герпетическая и цитомегаловирусная инфекция. Член-корреспондент РАМН, профессор В.Н.Серов, Москва.
8. Гормональные изменения у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки. Профессор Д.Ф.Костючек и соавт., СПбГМА им. И.И.Мечникова.

21 октября. Анестезиология в акушерстве и гинекологии:

1. Современные принципы обезболивания в акушерско-гинекологической практике. Профессор Ю.Д.Игнатов, профессор А.А.Зайцев, СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова.
2. Обоснование применения трамала для обезболивания родов. К.м.н. А.Г.Киселев, НИИ АГ им. Д. О. Отта РАМН.
3. Трамал для обезболивания физиологических и патологических родов. Профессор В.В.Абрамченко, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.

16 декабря. Сексуально-трансмиссивные инфекции:

1. Современные возможности диагностики заболеваний, передающихся половым путем. Профессор А.М.Савичева, НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
2. Основные клинические аспекты и принципы лечения наиболее часто встречающихся заболеваний, передающихся половым путем. Доцент М.М.Сафронова, МАПО.

1999 год

20 января. Вопросы детской гинекологии:

1. Вопросы деонтологии в детской гинекологии. Доцент В.Г.Баласанян, СПбГПМА.
2. Общие проблемы биоэтики детской гинекологии. Профессор Г.Л.Мкртчян, СПбГПМА.
3. Личная гигиена девочек-подростков. Профессор Ю.А.Гуркин, СПбГПМА.

17 февраля. Совместное заседание ассоциации акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и общества онкологов-гинекологов России им.Я.В.Бохмана, посвященное памяти профессора Я.В.Бохмана:

1. Слово о профессоре Я.В.Бохмане. Ст.н.сопр. Г.П.Лоскутова, НИИ онкологии.
2. Онкологическая заболеваемость в Санкт-Петербурге. Оценка эффективности диагностики и лечения А.Ф.Урманчеева, В.М.Мерабетишвили, С.Я.Максимов, Д.Р.Зельдович, НИИ онкологии.
3. Иммунотерапия в лечении предрака и рака шейки матки. А.Г.Костников, С.Я.Максимов, А.Ф.Урманчеева, А.М.Савичева, НИИ онкологии и НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.
4. Современные аспекты лучевой терапии рака яичников. В.Л.Винокуров, Л.Е.Юркова, НИИ онкологии.

10 - 12 марта. Первая научная конференция немецко-российского общества акушеров-гинекологов и онкологов:

10 марта -

1. Вступительное слово. Ректор СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова, профессор Н.А.Яицкий. Президент немецкого общества акушеров-гинекологов, профессор Н.Вегд. Президент российско-немецкого общества акушеров-гинекологов, профессор Э.К.Айламазян. Директор МОНИАГ профессор В.И.Краснопольский.
2. Кесарево сечение в современном акушерстве. Профессор Н.Вегд.
3. Гипертония, обусловленная беременностью, help-синдром: современные тенденции консервативной терапии. F.Louwen.
4. Сахарный диабет и репродукция. Профессор Э.К.Айламазян и соавт., НИИ АГ им.Д.О.Отта РАМН.

11 марта -

1. Гормонозаместительная терапия при гормонозависимых опухолях. Профессор H.Schneider.
2. Патогенез и принципы эндокринной терапии при гормонозависимых опухолях. Профессор Z.Berschtein.
3. GnRH-аналог в гинекологической практике. Приват-доцент U.CirkeI.
4. Репродуктивная медицина сегодня и завтра. Приват-доцент H.Behre.
5. Нормогонадотропная овариальная недостаточность. Профессор В.В.Потин и соавт.

12 марта -

1. Минимальный рак матки. Доцент С.Я.Максимов.
2. Прогрессивные тенденции консервативной хирургии в гинекологической онкологии. A.Kietzel.
3. Рак молочной железы: новые тенденции в терапии. Профессор В.Семиглазов.
4. Принципы системной терапии при раке молочной железы. С.Jackisch.
5. Новые ингибиторы ароматазы в гормональной терапии рака молочной железы при неэффективности тамоксифена. Профессор М.Гершанович.

21 апреля. Родовспоможение - 1999:

1. Основные итоги работы акушерско-гинекологической службы Санкт-Петербурга за 1998 год. Главный акушер-гинеколог Санкт-Петербурга Б.Н.Новиков.
2. Перспективы развития службы родовспоможения в условиях обязательного медицинского страхования. А.С.Симоходский, начальник управления материнства и детства Комитета по здравоохранению мэрии Санкт-Петербурга.
3. Показатели работы неонатальной службы Санкт-Петербурга за 1998 год. В.А.Любименко.
4. Эфферентная терапия и детоксикация в акушерстве. В.А.Ветров.

12 - 15 мая. Конгресс акушеров-гинекологов стран Балтийского моря и 1-й Российский семинар Европейской ассоциации перинатальной медицины:

Повестка опубликована в специальном выпуске «Журнала акушерства и женских болезней».

План международных симпозиумов и конгрессов на 2000 год

20 - 24 февраля

VI европейский курс усовершенствования по акушерству и гинекологии, Давос, Швейцария.

26 - 29 марта

Конгресс по гинекологической эндоскопии, Тель-Авив, Израиль.

5 - 9 апреля

IV Международный конгресс Еврогин-2000, Париж, Франция.

16 - 18 апреля

Второй симпозиум, посвященный вопросам менопаузы, Амстердам, Голландия.

28 - 31 мая

X Европейский конгресс по клинической микробиологии и инфекционным заболеваниям, Стокгольм, Швеция.

7 - 10 июня

VIII европейский конгресс "Педиатрия и подростковая гинекология", Прага, Чехия.

16 - 20 июня

Сателлитный симпозиум "Инфекция в гинекологии", Симришамн, Швеция.

21 - 24 июня

XV Европейский конгресс акушеров и гинекологов, Базель, Швейцария.

14 - 17 сентября

III интернациональная встреча "Бактериальный вагиноз", Истад, Швеция.

СИСТЕМАТИЗИРОВАННЫЙ ПОРЯДКОВЫЙ УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В «ЖУРНАЛЕ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ» в 1999 г. (том XLVIII)

I. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. *Кира Е.Ф., Берлев И.В., Молчанов О.Л.* Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с дисбиотическими нарушениями влагалища. Вып. 2, с.8-11.
2. *Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В., Бескровный С.В.* Заместительная гормональная терапия постовариального синдрома. Вып. 1, с.7-11.
3. *Рубченко Т.И., Краснополянский В.И., Лукашенко С.Ю., Ларичева И.П.* Некоторые различия среди постменопаузальных женщин с горячими приливами и без них. (К вопросу о патогенезе горячих приливов в постменопаузе). Вып. 4, с.7-11.
4. *Савицкий Г.А., Савицкий А.Г.* О некоторых принципиальных вопросах хирургического лечения недержания мочи при напряжении у женщин. Вып. 1, с.12-16.
5. *Савицкий Г.А., Савицкий А.Г.* О некоторых фундаментальных механических свойствах миометрия. Вып. 2, с.12-15.
6. *Тихонова Л.И.* Общий обзор ситуации с инфекциями, передаваемыми половым путем. Анализ заболеваемости врожденным сифилисом в Российской Федерации. Вып. 3, с.7-9.
7. *Цвелев Ю.В., Боченков А.А., Пешков В.В., Голубев А.В.* Влияние профессиональной деятельности на состояние здоровья стюардесс. Вып. 4, с.12-17.

II. ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

8. *Айламазян Э.К., Карпов О.И., Кучеренко М.А., Зайцев А.А., Игнатов Ю.Д.* Цефепим как средство профилактики инфекционных осложнений при кесаревом сечении в группах риска. Вып. 4, с. 33-37.
9. *Айламазян Э.К., Константинова Н.Н., Полянин А.А., Коган И.Ю.* Современное представление о венозной циркуляции в фетоплацентарной системе. Вып. 3, с.10-14.
10. *Багненко С.Ф., Новиков Е.И., Плехотников И.А., Кира Е.Ф., Борисов А.В., Горбакова Л.Ш.* Критерии и возможности выполнения органосохраняющих операций при гнойно-воспалительных заболеваниях матки и придатков у женщин репродуктивного возраста. Вып. 3, с.19-21.
11. *Беженарь В.Ф., Рухляда Н.Н., Кира Е.Ф., Новиков Е.И., Окишева Г.А.* Оптимизация методов диагностики и лечения эктопической беременности. Вып. 2, с.39-45.
12. *Бугрова О.Г., Кира Е.Ф., Савичева А.М.* Иммунологическая характеристика варианта острого

течения урогенитального монохламидиоза. Вып. 4, с.21-25.

13. *Бузурукова П.С.* Особенности центральной гемодинамики беременных с инсулинзависимым сахарным диабетом и гестозом. Вып. 2, с.46-49.
14. *Вишневский А.С., Сафронникова Н.Р., Мельникова Н.Ю., Владыкина Т.Н., Артамонова Е.А.* Положительный опыт проведения заместительной гормонотерапии у больных климактерическим синдромом препаратами прогестина, циклопрогестина и климемом. Вып. 1, с.32-35.
15. *Вишневский А.С., Сафронникова Н.Р., Мельникова Н.Ю., Григорьева Т.А.* Оценка эффективности мастодинаона при лечении гиперпролактинемического синдрома. Вып. 4, с.26-28.
16. *Гуменюк Е.Г., Самородинова Л.А.* Эффективность дановала и омнадрена при лечении больных с дисфункциональными маточными кровотечениями в пременопаузе. Вып. 1, с.20-24.
17. *Зазерская И.Е., Айламазян Э.К., Корнилов Н.В., Аврунин А.С., Суханова А.М.* Инсулин-кортизоловые сдвиги в структуре пространственно-временной организации функций у женщин с остеопорозом в постменопаузе. Вып. 4, с. 18-20.
18. *Зайнулина М.С., Мозговая Е.В., Ниаури Д.А.* Диагностическое значение эндотелиограммы у беременных с поздним гестозом и сахарным диабетом. Вып. 3, с.22-24.
19. *Иванова Л.В., Горбакова Л.Ш., Немет Н.Л.* Современные аспекты в лечении инфекционно-воспалительных заболеваний придатков матки на фоне внутриматочных спиралей и их последствий в отдаленном периоде. Вып. 2, с.16-21.
20. *Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф.* Хофитол в лечении ОПГ-гестозов. Вып. 1, с.46-49.
21. *Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф., Рухляда Н.Н.* Качество жизни женщин после хирургического лечения эктопической беременности. Вып. 3, с.30-34.
22. *Корсак В.С., Бодюль А.С., Исакова Э.В., Савичева А.М., Чемоданова Е.Б.* Морфологическое и микробиологическое исследования эндометрия в обследовании больных с трубно-перитонеальной формой бесплодия на этапе подготовки к ЭКО. Вып. 3, с.15-18.
23. *Куперт А.Ф., Солодун П.В., Кравчук Л.А., Куперт М.А.* Факторы риска по развитию эндометрита после родов. Вып. 4, с. 45-48.
24. *Кутушева Г.Ф., Немилова Т.К., Караваева С.А.* Опухоли половых органов у новорожденных девочек. Вып. 4, с. 29-32.
25. *Кучеренко М.А., Савичева А.М., Мартикай-*

нен З.М., Зацюрская С.Л. Эффективность применения амоксицилин/клавуланата калия при осложненном течении послеродового периода. Вып. 4, с.38-40.

26. Лебедзевич Ю.С., Колчев А.И., Байбуз Д.А. Применение эмульсии перфторуглеродов для восполнения кровопотери во время беременности. Вып. 1, с.25-27.

27. Лизунов Ю.В., Цуцьев С.А., Терентьев Л.П., Меснянкин В.Н., Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф. Гигиенические аспекты проблемы военной службы женщин в Вооруженных Силах России. Вып. 4, с.41-44.

28. Натти К., Леоне Ф., Никотра А., Фарейс М.Дж., Карло К.Ди., Монтенмэгно Ю. Действие двух монофазных оральных контрацептивов, содержащих 150 мкг дезогестрела в комбинации с 20 или 30 мкг этинилэстрадиола на девушек-подростков с олигоменореей и яичниковой гиперандрогенией. Вып. 1, с.53-58.

29. Новиков Б. Н. Применение Аугментина для профилактики гнойно-септических осложнений после операции кесарева сечения. Вып. 1, с.17-19.

30. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Клинические аспекты применения препарата "Дивигель". Вып. 2, с.58-60.

31. Репина М.А., Корзо Т.М., Зинина Т.А., Рискевич С.И. Коррекция нарушений сосудисто-тромбоцитарного гемостаза в пери- и постменопаузе с помощью препарата "Флогэнзим". Вып. 3, с.25-29.

32. Репина М.А., Кулагина Н.В., Корнилова Я.А. Клинический опыт применения гинипрала у беременных и рожениц. Вып. 2, с.22-25.

33. Ростомашвили Е.Т., Коломиец Ю.В., Ермолаева Н.И. Перспективы применения каудальной эпидуральной анестезии в гинекологии. Вып. 2, с.27-29.

34. Рыжков В.Д., Скоромец А.А., Кошелева Н.Г. Болезни периферической нервной системы и беременность. Вып. 1, с.40-43.

35. Рябинин Г.Б., Смирнов А.В., Цвелев Ю.В., Зарубина И.В. Эффективность бемитила в комплексной терапии хронической гипоксии плода при гестозе. Вып. 3, с.43-47.

36. Рябцева И.Т., Шаповалова К.А., Кучерявенко А.Н. Использование дивины и дивитрена для лечения типичной формы климактерического синдрома. Вып. 3, с.35-38.

37. Сметник В.П., Шестакова И.Г. Клинический опыт использования препарата "Дивигель". Вып. 1, с.50-52.

38. Старцева Н.В., Швецов М.В., Бурдина Л.В. Влияние препаратов железа на течение беременности. Вып. 1, с.28-31.

39. Степанова Р.Н., Ядгарова Н.М. Нарушения репродуктивного здоровья, обусловленные патологией шейки матки. Вып. 1, с.44-45.

40. Тарасова М.А., Кобилянская В.А. Факторы

риска тромбофилии и атеросклероза: влияние возраста и приема эстроген-гестагенных контрацептивов. Вып. 3, с.39-42.

41. Тимошенкова С.В., Сулопаров Л.А., Рындин В.А., Татарова Н.А., Тимошенков А.Е., Ляшко М.Е. Об инфицировании последа при преждевременных родах. Вып. 2, с.54-57.

42. Уварова Е.В., Богданова Е.А., Мартыш Н.С., Шавалева В.А., Руднева Т.В. Сравнительная оценка результатов применения "натуральных" и "синтетических" эстрогенов при дисгенезии гонад. Вып. 2, с.50-53.

43. Цвелев Ю.В., Ильин А.Б. Диагностика и лечение дисгормональных гиперплазий молочных желез у больных миомой матки. Вып. 2, с.30-34.

44. Шевчукова Н.Ф., Сельков С.А., Крамарева Н.Л., Пигина Т.В., Ширяева Я. Показатели цитотоксической активности натуральных киллеров и интерфероновый статус у больных с миомой матки. Вып. 1, с.36-39.

45. Щербина Л.А., Кузьминых Т.У., Абрамченко В.В. Применение простагландинов для подготовки к родам и регуляции родовой деятельности. Вып. 2, с.35-38.

III. ОБЗОРЫ

46. Бебия З.Н., Орлов В.М. Антимюллеровский фактор (АМФ). Вып. 2, с. 66-70.

47. Беженарь В.Ф., Гребенюк А.Н., Антушевич А.Е., Филипповский А.С. Специфические функции женщины в условиях влияния неблагоприятных факторов промышленного производства. Вып. 4, с.64-68.

48. Беженарь В.Ф., Максимов А.С. Трубно-перитонеальное бесплодие. Проблемы и перспективы. Вып. 3, с. 48-55.

49. Иванова Л.В., Штивель Л.А., Попов А.М., Немет Н.Н. Бактериальный вагиноз и его влияние на послеабортные осложнения. Вып. 4, с. 60-63.

50. Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф., Рухляда Н.Н. Перспективы использования оценки качества жизни гинекологических больных. Вып. 1, с.59-62.

51. Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф., Рухляда Н.Н. Репродуктивная функция женщин и аллогенная трансплантация органов. Вып. 3, с. 56-59.

52. Цвелев Ю.В., Ильин А.Б. Патология молочных желез в гинекологической практике. Вып. 1, с. 63-71.

53. Шамарин Д.И., Кира Е.Ф. Органосберегающие операции в гинекологической практике. Вып. 2, с. 61-65.

IV. КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

54. Вишневский А.С., Скрябин О.Н. Опухоли яичников. Вып. 4, с. 53-59.

55. Глухарев А.Г. Воспаление парауретральных желез у женщин – скинеит. Вып. 2, с.79-81.

56. Кира Е.Ф. Инфекции и репродуктивное здо-

ровье (Часть I). Вып. 2, с.71-78.

57. *Кира Е.Ф.* Инфекции и репродуктивное здоровье (Часть II). Биохимические и биологические свойства влагалищной жидкости. Вып. 3, с.60-66.

58. *Кира Е.Ф.* Инфекции и репродуктивное здоровье (Часть III). Клинические проявления инфекционных заболеваний влагалища, включая СТЗ. Вып. 4, с.49-52.

59. *Репина М.А.* Выпадение функции яичников и заместительное гормональное лечение. Вып. 1, с. 72-76.

V. ДИСКУССИЯ

60. *Кавлис Т.И., Кириченко В.Ф., Тайц Б.М.* Новый подход в лечении заболеваний, передаваемых половым путем. Вып. 1, с. 82-85.

VI. ТОЧКА ЗРЕНИЯ

61. *Абрамченко В.В.* Функциональная истмико-цервикальная недостаточность и ее терапия дюфастоном в амбулаторных условиях. Вып. 2, с.82-83.

62. *Айламазян Э.К.* Роды в воде. Вып. 3, с.81-85.

63. *Мельниченко Г.А., Катхурия Ю.В., Чазова Т.Е., Беркетова Т.Ю., Фадеев В.В., Пивоварова С.В.* Особенности течения климактерического периода у женщин с заболеваниями эндокринной системы. Вып. 1, с. 101-107.

64. *Репина М.А., Зинина Т.А., Корзо Т.М.* Фемостон как препарат для заместительного гормонального лечения при выпадении функции яичников. Вып. 1, с. 94-100.

65. *Семенюк А.А., Баскаков В.П., Поспелов И.В.* Принципы лечения больных с генитальным эндометриозом в сочетании с нефроптозом. Вып. 4, с. 69-70.

66. *Сметник В.П.* Перименопауза – от контрацепции до заместительной гормонотерапии. Вып. 1, с. 86-93.

IX. КАЗУИСТИКА

67. *Года И.Б., Беженарь В.Ф., Берлев И.В.* Ошибки в диагностике и лечении внематочной беременности с использованием лапароскопии. Вып.3, с.86-89.

68. *Кира Е.Ф., Гурьев А.В., Повзун С.А.* Шистозоматозный сальпингит как причина первичного трубного бесплодия: одно наблюдение. Вып.1, с.86-88.

X. СТРАНИЧКА ИСТОРИИ

69. *Айламазян Э.К., Новиков Б.Н., Старовойтов В.А.* 100 лет кафедре акушерства и гинекологии Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им.акад. И.П.Павлова. Вып. 3, с.67-71.

70. *Долгов Г.В., Пуга Д.П.* Профессор А.В.Пель – основоположник органотерапии в России. Вып. 2, с.88-90.

71. *Кучерявенко А.Н., Новиков Б.Н.* Акушерская клиника СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова сегодня. Вып. 3, с.72-73.

72. *Цвелев Ю.В.* Жизнь и деятельность академика Сергея Алексеевича Громова (к 225-летию со дня рождения). Вып. 2, с.84-87.

73. *Цвелев Ю.В.* Жизнь и научная деятельность профессора Василия Марковича Флоринского. Вып.1, с. 77-81.

74. *Цвелев Ю.В.* Константин Клементьевич Скробанский (К 125-летию со дня рождения). Вып.4, с. 75-78.

75. *Цвелев Ю.В., Года И.Б.* Николай Васильевич Склифосовский и его вклад в развитие оперативной гинекологии. Вып. 3, с.74-80.

XI. НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

76. *Айламазян Э.К., Репина М.А.* Ассоциации акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга 6 лет. Вып.4, с. 79-81.

77. *Кира Е.Ф.* Информационное сообщение о научно-практической конференции Российских ассоциаций акушеров-гинекологов и урологов “Современные проблемы урогинекологии”. Вып.3, с.91.

78. *Михайлов А.В.* Информационное сообщение о VII Конгрессе акушеров-гинекологов стран Балтийского моря и I Российском семинаре Европейской ассоциации перинатальной медицины, прошедших в Санкт-Петербурге 12-15 мая 1999 г.

79. Перспективный план работы ассоциации акушеров и гинекологов С.-Петербурга и Ленинградской области на 1999 - 2000 гг. Вып.3, с.90.

XII. НЕМНОГО ЮМОРА

80. *Цвелев Ю.В.* Из ответов курсантов Военно-медицинской академии на занятиях, зачетах и экзаменах. Вып.3, с.92.

XIII. УКАЗАТЕЛИ

81. Алфавитный именной указатель том XLVIII, 1999 год (ссылки даны на систематизированный порядковый указатель). Вып. 4, с. 92.

82. Систематизированный порядковый указатель статей, опубликованных в томе XLVIII “Журнала акушерства и женских болезней” в 1999 г. Вып.4, с. 89-91.

АЛФАВИТНЫЙ ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ (том XLVIII, 1999 год)
(ссылки даны на систематизированный порядковый указатель).

- | | | | |
|---|---|-----------------------------|--|
| Абрамченко В.В. 45,61 | Кавлис Т.И. 60 | Новиков Б.Н. 29,69,71 | Тихонова Л.И. 6 |
| Аврунин А.С. 17 | Караваева С.А. 24 | Новиков Е.И. 10,11 | Уварова Е.В. 42 |
| Айламазян Э.К. 8,9,17, 62,69,76 | Карло К.Ди. 28 | Окишева Г.А. 11 | Фадеев В.В. 63 |
| Антушевич А.Е. 47 | Карпов О.И. 8 | Орлов В.М. 46 | Фарейс М.Дж. 28 |
| Артамонова Е.А. 14 | Катхурия Ю.В. 63 | Пешков В.В. 7 | Филипповский А.С. 47 |
| Багненко С.Ф. 10 | Кира Е.Ф. 1,2,10,11,12,20, 21,27,50,51,53,56,57,58, 68,77 | Пивоварова С.В. 63 | Цвелев Ю.В. 2,7,35,43, 52,72,73,74,75,80 |
| Байбуз Д.А. 26 | Кириченко В.Ф. 60 | Пигина Т.В. 44 | Цуциев С.А. 27 |
| Байрамова Г.Р. 30 | Кобилянская В.А. 40 | Плахотников И.А. 10 | Чазова Т.Е. 63 |
| Баскаков В.П. 69 | Коган И.Ю. 9 | Повзун С.А. 68 | Чемоданова Е.Б. 22 |
| Бебия З.Н. 46 | Коломиец Ю.В. 33 | Полянин А.А. 9 | Чистяков В.П. |
| Беженарь В.Ф. 11,20, 21,27,47,48,50,51,67 | Колчев А.И. 26 | Попов А.М. 49 | Шаваева В.А. 42 |
| Беркетова Т.Ю. 63 | Константинова Н.Н. 9 | Поспелов И.В. 65 | Шамарин Д.И. 53 |
| Берлев И.В. 1,67 | Корзо Т.М. 31,64 | Прилепская В.Н. 30 | Шаповалова К.А. 36 |
| Бескровный С.В. 2 | Корнилов Н.В. 17 | Пуга Д.П. 70 | Швецов М.В. 38 |
| Богданова Е.А. 42 | Корнилова Я.А. 32 | Репина М.А. 31,32,59, 64,76 | Шевчукова Н.Ф. 44 |
| Бодюль А.С. 22 | Корсак В.С. 22 | Рискевич С.И. 31 | Шестакова И.Г. 37 |
| Борисов А.В. 10 | Кошелева Н.Г. 34 | Ростомашвили Е.Т. 33 | Ширяева Я. 44 |
| Боченков А.А. 7 | Кравчук Л.А. 23 | Рубченко Т.И. 3 | Штивель Л.А. 49 |
| Бугрова О.Г. 12 | Крамарева Н.Л. 44 | Руднева Т.В. 42 | Щербина Л.А. 45 |
| Бузурукова П.С. 13 | Краснопольский В.И. 3 | Рухляда Н.Н. 11,21,50,51 | Ядгарова Н.М. 39 |
| Бурдина Л.В. 38 | Кузьминых Т.У. 45 | Рыжков В.Д. 34 | |
| Вишневский А.С. 14, 15,54 | Кулагина Н.В. 32 | Рындин В.А. 41 | |
| Владыкина Т.Н. 14 | Куперт А.Ф. 23 | Рябинин Г.Б. 35 | |
| Глухарев А.Г. 55 | Куперт М.А. 23 | Рябцева И.Т.36 | |
| Года И.Б. 67,75 | Кутушева Г.Ф. 24 | Савицкий А.Г. 4,5 | |
| Голубев А.В. 7 | Кучеренко М.А. 8,25 | Савицкий Г.А. 4,5 | |
| Горбакова Л.Ш. 10,19 | Кучерявенко А.Н. 36,71 | Савичева А.М. 12,22,25 | |
| Гребенюк А.Н. 47 | Ларичева И.П. 3 | Самородинова Л.А. 16 | |
| Григорьева Т.А. 15 | Лебедзевич Ю.С. 26 | Сафронникова Н.Р. 14,15 | |
| Гуменюк Е.Г. 16 | Леоне Ф. 28 | Сельков С.А. 44 | |
| Гурьев А.В. 68 | Лизунов Ю.В. 27 | Семенюк А.А. 65 | |
| Долгов Г.В. 70 | Лукашенко С.Ю. 3 | Скоромец А.А. 34 | |
| Ермолаева Н.И. 33 | Ляшко М.Е. 41 | Скрябин О.Н. 54 | |
| Зазерская И.Е. 17 | Максимов А.С. 48 | Сметник В.П. 37,66 | |
| Зайнулина М.С. 18 | Мартикайнен З.М. 25 | Смирнов А.В. 35 | |
| Зайцев А.А. 8 | Мартыш Н.С. 42 | Солодун П.В. 23 | |
| Зарубина И.В. 35 | Мельникова Н.Ю. 14,15 | Старовойтов В.А. 69 | |
| Зациорская С.Л. 25 | Мельниченко Г.А. 63 | Старцева Н.В. 38 | |
| Зинина Т.А. 31,64 | Меснянкин В.Н. 27 | Степанова Р.Н. 39 | |
| Иванова Л.В. 19,49 | Михайлов А.В. 78 | Сулопаров Л.А. 41 | |
| Игнатов Ю.Д. 8 | Мозговая Е.В. 18 | Суханова А.М. 17 | |
| Ильин А.Б. 43,52 | Молчанов О.Л. 1 | Тайц Б.М. 60 | |
| Исакова Э.В. 22 | Монтенмэгно Ю. 28 | Тарасова М.А. 40 | |
| | Наппи К. 28 | Татарова Н.А. 41 | |
| | Немет Н.Л. 19,49 | Терентьев Л.П. 27 | |
| | Немилова Т.К. 24 | Тимошенков А.Е. 41 | |
| | Ниаури Д.А. 18 | Тимошенкова С.В. 41 | |
| | Никотра А. 28 | | |

«Журнал акушерства и женских болезней» публикует научно-методические статьи, обзоры литературы, оригинальные исследования, интересные клинические наблюдения, казуистику и другие материалы, посвященные актуальным вопросам акушерства, гинекологии, перинатологии, а также по другим дисциплинам, имеющим отношение к здоровью женщины. При направлении работ убедительно просим Вас придерживаться следующих правил публикации в нашем журнале.

Уважаемые коллеги!

1. К рассмотрению принимаются работы только с визой руководителя.

2. Статьи должны быть представлены в редакцию на дискете в формате Word/or Windows (версии 6.0 или 7.0) и в распечатанном виде. (При отсутствии возможности компьютерного оформления статьи могут приниматься только в машинописном варианте).

Статью следует напечатать на одной стороне листа через 2 интервала, не более 30 строк на страницу. Размеры полей: верхнее - 20 мм, правое - 10 мм, левое и нижнее - не менее 20 мм каждое. В редакцию направляются два экземпляра рукописи, в том числе **обязательно первый машинописный экземпляр**. Все дискеты возвращаются авторам.

3. На первой странице вначале пишутся инициалы и фамилия автора, название статьи. С новой строки указывают полное название учреждения, из которого вышла работа, фамилию руководителя учреждения, кафедры и т.д. В конце статьи обязательно должны быть фамилия, имя, отчество (полностью) автора, его адрес с шестизначным почтовым индексом, телефон (телефакс или электронная почта), собственноручная подпись. Коллективная статья должна иметь подписи всех авторов. Каждая статья должна иметь на отдельном листе реферат (резюме) - 1-2 страницы машинописного текста на русском и английском языках, а также - ключевые слова. Также на английском языке представляется полное название статьи.

4. Объем оригинальных статей не должен превышать 20 - 25 тыс. знаков (8 страниц машинописи). Объем лекций, обзорных статей, методических материалов может достигать 40 - 45 тыс. знаков (до 16 стр. машинописи, включая список литературы).

5. Иллюстративный материал (фотографии цветные и черно-белые), рисунки, слайды, чертежи, диаграммы должны быть обязательно в двух

экземплярах. Фотографии, представляемые на глянцевой бумаге, размером 9 x 12 см, должны быть контрастными, рисунки - четкими, чертежи и диаграммы - выполнены тушью на кальке или ватмане. В случае необходимости каких-либо обозначений они должны быть сделаны на втором экземпляре фотографии или на подклеенной к ней кальке. На обороте каждого рисунка ставится его номер, фамилия автора и название статьи, а также обозначается верх и низ рисунка (простым карандашом без нажима).

На отдельной странице печатаются подписи к рисункам со всеми обозначениями.

6. Таблицы печатаются на отдельных страницах.

7. В статье могут применяться только общепринятые сокращения и аббревиатуры.

8. К статье прилагается список литературы, напечатанный на отдельном листе, с указанием фамилий авторов и названия статьи. Цитированные литературные источники должны быть пронумерованы в алфавитном порядке, вначале - отечественные (или переводные), затем - иностранные. В тексте номера ссылок помещают в квадратные скобки. Библиографическое описание должно соответствовать ГОСТу 7.1-84. В оригинальных статьях желательно цитировать не более 15 источников, в обзорах литературы - не более 50.

9. Редакция оставляет за собой право:

- а) отбора статей для публикаций;
- б) сокращения публикуемых материалов и адаптации их к рубрикам журнала;
- в) внесения изменений в текст, не искажающих смысл статей.

10. К статье прилагаются сведения об авторах:

- а) Ф.И.О. полностью;
- б) учреждение, город, страна;
- в) должность, ученое звание, степень.

РЕДАКЦИЯ

Ассоциация акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области, а также редакционный совет приглашают всех специалистов к активному сотрудничеству. Мы надеемся, что наш вновь возродившийся «Журнал акушерства и женских болезней» станет любимым, а главное - полезным и необходимым для тех, кто стоит на защите здоровья Женщины - прекраснейшей части человечества.

Журнал
акушерства
и женских
болезней



Внимание!
Порядок подписки на 2000 год.

1. Переведите в адрес "Журнала акушерства и женских болезней" соответствующую сумму почтовым переводом:

198152, г. Санкт-Петербург, Автовская ул., 17, офис 5А,

«Журнал акушерства и женских болезней».

Телефон отдела распространения (812) 184-97-50, факс (812) 184-97-51

E-mail: ogmta@mailbox.alkor.ru

www.alkor.ru/~00002900/

(Выезд агента по подписке в лечебно-профилактическое учреждение СПб.)

В случае перебоев с доставкой обращайтесь в местные отделения связи.

2. Заполните подписной купон и вместе с квитанцией почтового перевода переишлите в адрес редакции.

3. Правила оформления подписки через агентство "Роспечать". Индекс издания 38497.

4. Подписка через редакцию с любого номера.

Стоимость подписки на 2000 год (4 номера):

- 40 долларов США – для зарубежных подписчиков;

- 100 рублей – для индивидуальных подписчиков;

- 200 рублей – для предприятий и организаций.

ПОДПИСНОЙ КУПОН

Прошу оформить подписку на "Журнал акушерства и женских болезней" на 2000 год.

Количество экземпляров _____

Организация _____

Ф.И.О. _____

Почтовый адрес _____

Телефон _____ Факс _____

К купону прилагается квитанция почтового перевода № _____ от _____ (дата)

на сумму (прописью) _____