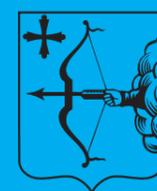


ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КИРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ВЯТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК



4.2013

КИРОВ

ISSN 2220-7880



9 772220 788006

ВЯТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК
Научно-практический журнал

Главный редактор
Заместитель главного редактора
Ответственный секретарь

И.В. Шешунов
Н.К. Мазина
О.Б. Жданова

Редакционная коллегия:

Б.Н. Бейн, профессор, Кировская ГМА
С.А. Дворянский, профессор, Кировская ГМА
В.А. Журавлев, профессор, Кировская ГМА
Я.Ю. Иллек, профессор, Кировская ГМА
А.Г. Кисличко, профессор, Кировская ГМА
А.А. Косых, профессор, Кировская ГМА
В.А. Кудрявцев, профессор, Кировская ГМА
С.А. Куковякин, профессор, Кировская ГМА
Н.Г. Муратова, профессор, Кировская ГМА
Б.Ф. Немцов, профессор, Кировская ГМА
Н.А. Никитин, профессор, Кировская ГМА
В.Ю. Никольский, профессор, Кировская ГМА
Б.А. Петров, профессор, Кировская ГМА
П.И. Цапок, профессор, Кировская ГМА

Редакционный совет:

Т.Г. Абдуллин, профессор, Кировская ГМА (Россия); В.П. Адашкевич, профессор, Витебский ГМУ (Белоруссия); Д. Бани, профессор, Флорентийский университет (Италия); А.Л. Бондаренко, профессор, Кировская ГМА (Россия); Г.А. Зайцева, профессор Кировская ГМА (Россия); А.Е. Колосов, профессор, Кировская ГМА (Россия); С.В. Кошкин, профессор, Кировская ГМА (Россия); А.Е. Мальцев, профессор, Кировская ГМА (Россия); И.О. Походенько-Чудакова, профессор, Белорусский ГМУ (Белоруссия); П. Романьоли, профессор, Флорентийский университет (Италия); Т. Ружичка, профессор, Мюнхенский университет (Германия); А.К. Шадманов, профессор, Андижанский ГМИ (Узбекистан).

Редакция журнала:

Заведующий редакцией	Е.И. Рыкова
Литературный редактор	А.И. Краева
Переводчик	М.А. Скорняков
Ответственный за рассылку	Е.Н. Горшкова

Учредитель: ГБОУ ВПО «Кировская ГМА» Минздрава России

Журнал зарегистрирован в Министерстве РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Рег. № ПИ 77-12440 от 19.04.2002 г.

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования: www.elibrary.ru.

Индекс издания в объединенном каталоге «Пресса России» 70579

Адрес редакции: 610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112.

Тел.: (8332) 37-45-80, 37-57-16, 32-24-49.

Факс: (8332) 64-07-34

Электронная почта: oliabio@yandex.ru.

Сетевая версия журнала в Интернете: <http://www.kirovgma.ru/press/vmv/>

© ГБОУ ВПО «Кировская ГМА» Минздрава России, 2013

MEDICAL NEWSLETTER OF VYATKA

Academic and research magazine

Editor-in-chief	I.V. Sheshunov
Deputy chief editor	N.K. Mazina
Executive editor	O.B. Zhdanova

Editorial team:

B.N. Beyn, professor, KSMA
S.A. Dvoryanskiy, professor, KSMA
V.A. Zhuravlev, professor, KSMA
Ya.Yu. Illek, professor, KSMA
A.G. Kislichko, professor, KSMA
A.A. Kosyh, professor, KSMA
V.A. Kudryavtsev, professor, KSMA
S.A. Kukovyakin, professor, KSMA
N.G. Muratova, professor, KSMA
B.F. Nemtsov, professor, KSMA
N.A. Nikitin, professor, KSMA
V.Yu. Nikolskiy, professor, KSMA
B.A. Petrov, professor, KSMA
P.I. Tsapok, professor, KSMA

Editorial board:

T.G. Abdullin, professor, KSMA (Russia); V.P. Adaskevich, professor, Vitebsk SMU (Belarus); D. Bani, professor, Florentine university (Italy); A.L. Bondarenko, professor, KSMA (Russia); G.A. Zaitseva, professor, KSMA (Russia); A.E. Kolosov, professor, KSMA (Russia); S.V. Koshkin, professor, KSMA (Russia); A.E. Maltsev, professor, KSMA (Russia); I.O. Pohodenko-Chudakova, professor, Belarusian SMU (Belarus); P. Romagnoli, professor, Florentine university (Italy); T. Ruzichka, professor, Munich university (Germany); A.K. Shadmanov, professor, Andijan SMI (Uzbekistan).

Newsletter staff:

Managing editor	E.I. Rykova
Literary editor	A.I. Kraeva
Translator	M.A. Skorniyakov
Distribution manager	E.N. Gorshkova

Founder: State Budget Educational Institution of Higher Professional Education Kirov SMA of Ministry of Health of the Russian Federation

The newsletter is registered by the Russian Federation Ministry for the Media.

The newsletter is included in Russian scientific citation index: www.elibrary.ru.

Registry № ПИ 77-12440 from 19.04.2002.

Publication index in unit catalogue «Russian Press»: 70579

Editorial office address: 610027, Kirov, 112, K. Marx st.

Tel.: (8332) 37-45-80, 37-57-16, 32-24-49.

Fax: (8332) 64-07-34

E-mail: oliabio@yandex.ru.

Web version of the newsletter: <http://www.kirovgma.ru/press/vmv/>

© State Budget Educational Institution of Higher Professional Education Kirov SMA of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2013

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Гирев Е.А., Заривчацкий М.Ф., Орлов О.А.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ОПЕРАЦИОННОЙ ТРАВМЫ В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ФАКТОРОВ ГЕМОСТАЗА 4

Иллек Я.Ю., Зайцева Г.А., Галанина А.В., Исаева Н.В., Сулова Е.В., Бебякина Н.С., Рыбакова Т.Н.,
Федяева Е.А., Кузнецова В.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ
ПРОТИВОМИКРОБНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ДЕТСКОЙ ФОРМЕ АТОПИЧЕСКОГО
ДЕРМАТИТА 7

Ходжиматов Г.М., Тен Д.О., Хамдамов Х.Х., Корабоев Б.Б.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ
ЖЕЛТУХОЙ 11

Шипицына В.В., Мухачева Е.А., Жолобова Е.В.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХОБЛ ПОСЛЕ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ
ГРИППА 13

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Походенько-Чудакова И.О., Вилькицкая К.В.

МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ N. ALVEOLARIS
INFERIOR ПЕРВИЧНО ПОДВЕРГНУТОГО ТОКСИЧЕСКОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ 17

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА ЧЕЛОВЕКА

Громова С.Н., Никольский В.Ю.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ
И БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ Г. КИРОВО-ЧЕПЕЦКА 20

Плясунова М.П., Хлыбова С.В.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ:
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ 23

Шамова Л.Г., Касаткин Е.Н., Царев Ю.К.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ В СФЕРЕ
ОБСЛУЖИВАНИЯ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ И ДРУГИХ
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ 26

ОБЗОРЫ

Попова А.Л., Дворянский С.А., Яговкина Н.В.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО
КАНДИДОЗА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 31

Сахарова Л.Г., Слотин В.Е.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИХ ПРОБЛЕМ БИОЭТИКИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 36

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кузнецова Е.В.

ПРОЦЕСС ЛИЧНОСТНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ,
ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ» 42

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «ВЯТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК» 46

CONTENTS

CLINICAL MEDICINE

Girev Ye.A., Zarivtchatskiy M.F., Orlov O.A. ASSESSMENT OF THE SEVERITY OF OPERATIONAL TRAUMA IN SURGERY OF COLORECTAL CANCER BASED ON RESEARCH FINDINGS OF HEMOSTASIS FACTORS	4
Illek Ya.Yu., Zaitseva G.A., Galanina A.V., Isaeva N.V., Suslova E.V., Bebyakina N.S., Rybakova T.N., Fedyayeva E.A., Kuznetsova V.V. USE OF OZONE THERAPY FOR THE CORRECTION OF NONSPECIFIC ANTIMICROBIAL RESISTENCE IN THE CHILD FORMS OF ATOPIC DERMATITIS	7
Khodjimotov G.M., Ten D.O., Hamdamov H.H., Koraboev B.B. SURGICAL TREATMENT FOR ACUTE CHOLECYSTITIS COMPLICATED WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE	11
Shipitsyna V.V., Mukhacheva E.A., Zholobova E.V. EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER COPD IMMUNIZATION FLU	13

EXPERIMENTAL MEDICINE AND CLINICAL DIAGNOSIS

Pohodenko-Chudakova I.O., Vilkitzkaya K.V. MACROSCOPIC CHANGES AFTER SURGICAL TREATMENT OF N. ALVEOLARIS INFERIOR UNDER FIRST TOXICAL IMPACT	17
--	----

PUBLIC HEALTH AND PUBLIC HEALTH ORGANIZATION, HUMAN ECOLOGY AND HYGIENE

Gromova S.N., Nikolsky V.Yu. ANALYSIS OF THE RESULTS OF COMPREHENSIVE PROGRAM OF PREVENTATIVE MEASURES OF DENTAL CARIES AND PERIODONTAL DISEASES OF KIROV-CHEPETSK CHILDREN	20
Plyasunova M.P., Khlybova S.V. RISK FACTORS FOR NON-DEVELOPING PREGNANCY: MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS	23
Shamova L.G., Kasatkin Ye.N., Tsarev Yu.K. SAFETY OF SOCIAL WORKERS IN THE SPHERE OF SERVICES WHO SUFFERERED FROM NATURAL DISASTERS AND OTHER EMERGENCY SITUATIONS	26

REVIEW

Popova A.L., Dvoryansky S.A., Yagovkina N.V. MODERN ASPECTS OF TREATMENT AND PREVENTION OF VULVOVAGINAL CANDIDOSIS (REVIEW OF LITERATURE)	31
Sakharova L.G., Slotin V. E. RETROSPECTIVE ANALYSIS OF SOCIAL AND PHILOSOPHICAL PROBLEMS OF BIOETHICS (LITERATURE REVIEW)	36

MEDICAL EDUCATION QUESTIONS

Kuznetsova E.V. THE PROCESS OF PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF STUDENTS ENROLLED IN THE SPECIALTY «CLINICAL PSYCHOLOGY»	42
---	----

RULES FOR AUTHORS OF «MEDICAL NEWSLETTER OF VYATKA»	46
--	-----------

Е.А. Гирев¹, М.Ф. Заривчацкий², О.А. Орлов²

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ОПЕРАЦИОННОЙ ТРАВМЫ В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ФАКТОРОВ ГЕМОСТАЗА

¹Пермский краевой онкологический диспансер

²Пермская государственная медицинская академия
имени академика Е.А. Вагнера

Ye.A. Girev¹, M.F. Zarivchatskiy², O.A. Orlov²

ASSESSMENT OF THE SEVERITY OF OPERATIONAL TRAUMA IN SURGERY OF COLORECTAL CANCER BASED ON RESEARCH FINDINGS OF HEMOSTASIS FACTORS

¹Perm regional oncologic dispensary

²Academician Vagner's Perm state medical academy

Представлен опыт хирургического лечения 40 больных раком средне- и верхнеампулярного отделов прямой кишки с применением нового ранорасширителя, являющегося дальнейшим техническим развитием ранорасширителя М.З. Сигала и его модификации, разработанной Е.А. Гиревым, В.В. Ферапонтовым. В статье приведена сравнительная оценка тяжести операционной травмы при исследовании показателей гемостаза в периоперационном периоде у пациентов в хирургическом лечении рака прямой кишки.

Ключевые слова: ранорасширитель, операционный доступ, рак прямой кишки, гемостаз, операционная травма.

The scientists presented the experience of surgical treatment of 40 patients with medium and upper-ampullar departments of rectum using a new wound retractor, which is further technical development of Segal's M.Z. retractor and its modifications developed by E.A. Girev and V.V. Ferapontov. The article presents a comparative evaluation of the severity of surgical trauma in the study of hemostasis in the perioperative period in patients in the surgical treatment of rectal cancer.

Key words: wound retractor, operational access, rectal cancer, hemostasis, surgical trauma.

Введение

Задачей системы свертывания крови является предотвращение потери крови при нарушении целостности сосудистой системы. Даже небольшой сдвиг в балансе свертывания может привести либо к повышенной кровоточивости либо к тромбозу. Система свертывания представляет собой каскад ферментативных реакций в плазме крови, который запускается при повреждении стенки сосуда во время оперативного вмешательства [2]. Увеличение коагуляционного по-

тенциала крови служит одним из факторов метастазирования раковой опухоли. У онкологических больных в 1,5–2 раза чаще, чем при других заболеваниях, встречаются тромбоэмболические осложнения в послеоперационный период [8]. Элементы системы гемостаза участвуют в таких важных процессах жизнедеятельности в послеоперационном периоде, как воспаление, репарация тканей, поддержание гомеостаза и др. [7].

По данным большинства авторов, хирургическое вмешательство в настоящее время остается основным методом в лечении колоректального рака [1, 3, 15, 16].

Развитие хирургии рака прямой кишки (тенденция к расширению показаний к применению сфинктеросохраняющих операций, внедрение в лечебную практику новых видов сшивающих аппаратов [3,14], трудности формирования низких ректоректальных и колоректальных и даже колоанальных анастомозов, пересмотр дистального уровня резекции от видимого края опухоли с 5 до 2 см [7, 13, 14, 15, 16]) стимулирует совершенствование инструментальных методик для создания операционного доступа к оперируемым органам, в частности органам малого таза [4, 5, 6, 17, 18].

Принцип аппаратной коррекции, сформулированный М.З. Сигалом, продолжает быть актуальным [12]. Он заключается в том, что фиксация разобщенных отводящих механизмов происходит за пределами операционной раны – к планке операционного стола.

Известен опыт использования дополнительных зеркал к ранорасширителю М.З. Сигала, представленному на рис. 1 [4].



Рис. 1. Сформированный операционный доступ при операции по поводу рака прямой кишки при помощи РГФ 1.

Применение дополнительных зеркал приводит к отведению не только края операционной раны передней брюшной стенки, но и внутренних органов (петель тонкого, толстого кишечника, мочевого пузыря, матки с придатками). Длительная эксплуатация дополнительных зеркал в Пермском онкологическом диспансере подтвердила их эффективность.

Цель исследования: провести сравнительную оценку тяжести операционной травмы на примере состояния гемостаза у пациентов в периоперационном периоде при различных инструментальных методиках улучшения операционного доступа в хирургическом лечении рака прямой кишки.

Материал и методы исследования

Е.А. Гиревым, В.В. Ферাপонтовым предложено использование нового ранорасширителя, представленного на рис. 2 [5], который является дальнейшим техническим развитием ранорасширителя М.З. Сигала. При конструкции этого ранорасширителя обращали особое внимание на идентичность и взаимозаменяемость деталей с предыдущими поколениями ранорасширителей. Такой подход позволяет сохранить техническую преемственность, легко модернизировать существующий ранорасширитель М.З. Сигала с минимальными затратами при максимальном улучшении качества операционного доступа во время хирургической операции.

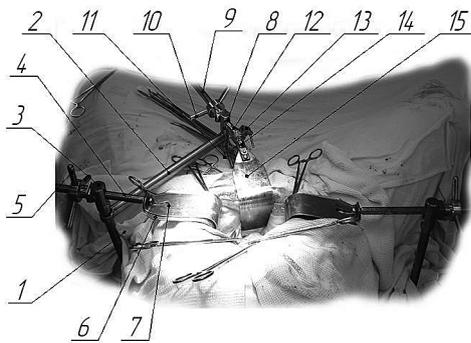


Рис. 2. Сформированный операционный доступ при операции по поводу рака прямой кишки при помощи РГФ 2.

Предлагаемый ранорасширитель состоит из кронштейна, закрепленного к боковой планке операционного стола зажимным винтом, который надежно фиксирует стойку 1. Стойка 1 имеет две продольные лыски для предотвращения её проворачивания вокруг своей оси. Верхний конец стойки имеет форму шестигранника, на который установлена шарнирная опора 3 с пазами. В шарнирную опору 3 установлен винт 4 с крючками 6, 7 и приводным штурвалом 5. На шестигранник стойки установлена дополнительная консоль 2 с шарнирной опорой 8 и фиксатором положения 11. Шарнирная опора 8 выполнена заодно с карданом, через который пропущен винт 9 с размещенным на нем приводным штурвалом 10. На конце винта 9 имеется шаровой цанговый шарнир 12 с фиксатором положения 13 и устройством быстрой замены крючков 14. Для замены крючок 15 имеет открытый паз со стопорным отверстием.

При проведении операции на органах нижнего этажа брюшной полости к планке операционного стола слева и справа от пациента при помощи зажимного винта устанавливают стойку 1. На стойку 1 устанавливают дополнительную консоль 2, которая фиксируется в наиболее удобном положении при помощи шестигранного сечения стойки. Положение шарнирной опоры 8 фиксируется фиксатором положения 11. Через кардан шарнирной опоры 8 пропускается винт 9, на другой конец которого крепится устройство быстрой замены крючков 14 с фиксатором положения 13. Для создания лучшего качества доступа в глубину операционной раны по ходу оперативного вмешательства меняется угол положения крючка 15 во всех плоскостях при помощи зажимной цанги относительно шарового шарнира 12 и фиксато-

ра положения 13. Регулировка по глубине крючка 15 решается его сменой. Для замены крючка 15 хирург нажмет на устройство замены 14 вынимает крючок 15 и меняет его на крючок необходимой глубины, фиксируя стопорным отверстием в устройстве замены 14. При необходимости стойку 1 устанавливают с противоположной стороны операционного стола и пациента.

Дизайн исследования

Пациенты разделены на основную группу и группу сравнения. Группу сравнения составили 20 больных раком прямой кишки с использованием во время операции ранорасширителя РГФ-1. Пациенты, у которых операционный доступ создавался ранорасширителем РГФ-2, составили основную группу. В обеих группах исследования проводились путем взятия анализа крови из локтевой вены перед операцией, во время операции, а также на 3-и, 7-е, 14-е сутки после операции. Оценивались следующие показатели системы гемостаза: 1) количество тромбоцитов; 2) спонтанная агрегация тромбоцитов; 3) время свертывания крови; 4) АПТВ – активированное парциальное (частичное) тромбопластиновое время; 5) ПТВ – протромбиновое время; 6) МНО – международное нормализованное отношение, определяется по формуле: $MHO = \frac{\text{протромбиновое время пациента}}{\text{протромбиновое время нормальной плазмы}}$; 7) тромбиновое время; 8) фибриноген; 9) антитромбин III; 10) фактор Виллебранда, 11) XII-а-зависимый фибринолиз; 12) гематокрит. Показатели гемостаза определялись по общепринятым методикам [7]. У всех наблюдаемых пациентов в послеоперационном периоде проводилась стандартная профилактика тромбоэмболических осложнений назначением в течение 7 дней после операции раствора фраксипарина 0,3 мл x 1 раз в сутки.

Результаты и их обсуждение

Наш опыт применения нового ранорасширителя с 2007 года по 2011 год составляет 40 операций по поводу рака верхне- и средне-ампулярного отдела прямой кишки. Оценка состояния системы гемостаза и ранней диагностики ДВС-синдрома у больных раком желудка в периоперационном периоде интерпретировалась как ранний клинический признак тяжести операционной травмы. В периоперационном периоде по показаниям проводилась заместительная терапия переливанием препаратов крови: эритроцитной массы и свежезамороженной плазмы, а также белковых препаратов. Очевидно, что активное своевременное лечение в периоперационном периоде геморагии минимизирует изменения показателей гемостаза, что учитывалось в анализе полученных результатов.

Показатели системы гемостаза: международное нормализованное отношение (МНО), тромбиновое время, антитромбин III, время свертывания крови, XII-а-зависимый фибринолиз, фактор Виллебранта после операции передней резекции прямой кишки меняются одинаково синхронно в обеих группах наблюдения (рис. 3). Статистически достоверной разницы в исследуемых группах пациентов не получено.

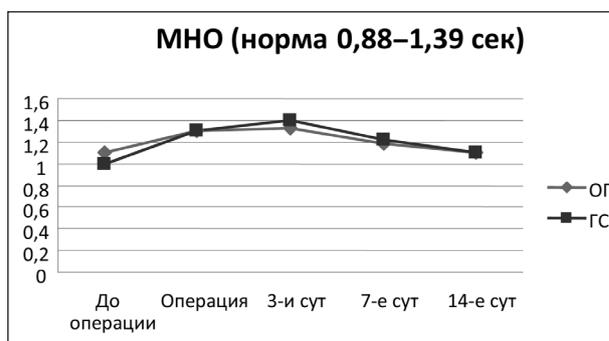


Рис. 3 Динамика МНО (МНО = протромбиновое время пациента/протромбиновое время нормальной плазмы) у пациентов, перенесших переднюю резекцию прямой кишки.

Динамика изменений антитромбина III во всех наблюдаемых группах варьируется в пределах физиологической нормы. На 3-и сутки после операции наблюдали падение в группе сравнения до критического уровня. В основной группе таких изменений не наблюдалось (рис. 4).

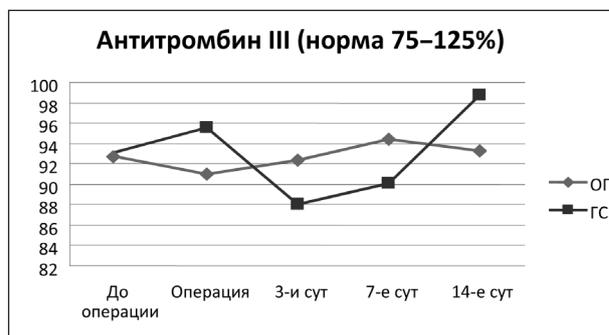


Рис. 4 Динамика антитромбина III в периоперационном периоде у пациентов, перенесших переднюю резекцию прямой кишки.

Полученный результат у пациентов в группе сравнения объясняется повышенной выработкой тканевого тромбопластина и выбросом его в кровоток и соответственно ведет к более тяжелой травме (размозжение) тканей во время проводимого хирургического вмешательства. У пациентов группы сравнения система свертывания крови активизируется больше, чем в основной группе.

Выводы

Применение ранорасширителя РФФ-2 снижает активность противосвертывающей системы крови больного, тем самым уменьшает тяжесть операционной травмы.

Список литературы

1. Абелевич А.И., Овчинников В.А., Серопян Г.А. Выбор способа операций при раке прямой кишки // Хирургия, 2004. №4, С. 30–32.
2. Баландина А.П., Пантелеев М.А., Ованесов М.В., Сарбаиш В.И., Шибко А.М., Атауллаханов Ф.И. Разработка установки для исследования пространственной динамики генерации тромбина // Материалы третьей всероссийской научной конференции «Клиническая гемостазиология и гемореология

в сердечно-сосудистой хирургии». Москва, 2007. С. 17–18.

3. Барсуков Ю.А., Кныш В.И., Ткачев С.И., Николаев А.В., Ахметов М.Ш. и др. Выбор метода лечения больших раком прямой кишки // Вестник Московского онкологического общества, 2003. №2(495), С. 2–3.

4. Гирев Е.А., Феропонтов В.В. Пат. 2147840 Российская Федерация. МПК7 А 61 В 17/02 Ранорасширитель. Заявитель и патентообладатель Гирев Е.А. – заявл. 16.06.97; опубл. 20.08.02 г. Бюл. 2000. №12, 4 с.

5. Гирев Е.А., Феропонтов В.В., Орлов О.А. Пат. 2363401 Российская Федерация. МПКА61В 17/02 Ранорасширитель. Заявитель и патентообладатель ГОУ ВПО ПГМА им. академика Е.А. Вагнера Росздрава. № 2008104256; заявл. 4.02.2008; опубл. 10.08.2009 г. Бюл. №22, 6 с.

6. Гирев Е.А., Феропонтов В.В., Черняев М.Л. и др. Технические приспособления к ранорасширителю Сигала при операциях на органах брюшной полости. Хирургия, 2002. №4, с. 26–28.

7. Долгов В.В., Свириц П.В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза. М.-Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2005. С. 227.

8. Иванченко И.Л., Гладили Г.П., Веретенников С.И. Динамика показателей антикоагуляционного и фибринолитического звеньев гемостаза у больных раком молочной железы на разных стадиях заболевания // Материалы третьей всероссийской научной конференции «Клиническая гемостазиология и гемореология в сердечно-сосудистой хирургии». Москва, 2007, С. 75–76.

9. Каплин В.Н. Нетрадиционная иммунология инфекций. Пермь: изд-во Пермской государственной медицинской академии, 1996. 163 с.

10. Капуллер Л.Л., Франк Г.А., Царьков П.В. и др. Применение клиринга удаленного препарата для оценки заинтересованности в опухолевом процессе лимфатической системы при раке нижнеампулярного отдела прямой кишки // Материалы V Всероссийского съезда онкологов «Высокие технологии в онкологии». Казань, 2000. С. 225–227.

11. Сигал М.З., Лисин А.И. Пат. 302111 СССР. МПК А 61В 17/02. Расширитель-подъемник реберных дуг. №1414043/31–16; заявл. 12.03.1970; опубл. 28.04.1971 г. Бюл. 1971. 2 с.

12. Сигал М.З., Ахметзянов Ф.Н. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака. Казань.: Татарское книжное издательство, 1991. 360 с.

13. Яццкий Н.А., Нечай И.А., Петришин В.Л. Функциональные результаты хирургического лечения рака прямой кишки и качество жизни оперированных больных. СПб., 2001. 40 с.

14. Яццкий Н.А., Нечай И.А. Современные проблемы лечения рака прямой кишки. Часть I. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 2002. Т. 161, №1. С. 115–120.

15. Яццкий Н.А., Васильев С.В., Чания З.Д., Ковалев В.К., Васильев А.С. Качество жизни пациентов после оперативных вмешательств по поводу рака прямой кишки. Сфинктеросохраняющие операции. Практическая онкология: избранные лекции под ред. С.А. Тюляндина и В.М. Моисеенко. СПб. 2004. С.196–206.

16. Янушкевич В.Ю., Янушкевич С.В. Сфинктеросохраняющие операции при раке прямой кишки.

Актуальные проблемы колопроктологии. Иркутск. 1999. С.170–171.

17. Bruce A. LeVahn. Retractor apparatus. / Bruce A. LeVahn, Robert E.Olson// United States Patent 1986. № 4,617,916. P 11.

18. James F.McCready. Surgical retractor assembly. / James F.McCready, Wollaston Mass, John R.Bookwalter, Putney,Vt.; Roy W. Downing, Hingham; George W. Guay, North Scituate, both of Mass// United States Patent 1981. № 4,254,763.

Сведения об авторах

Гирев Евгений Альбертович – к.м.н., заведующий операционным блоком Пермского краевого онкологического диспансера. Раб. тел. 8(342)229-99-24, e-mail:girev@bk.ru.

Заривчацкий Михаил Федорович – д.м.н., профессор, кафедры хирургических болезней медико-профилактического факультета с курсом гематологии и трансфузиологии ФПК и ППС Пермской государственной медицинской академии имени академика Е.А. Вагнера.

Орлов Олег Алексеевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии, рентгенологии и медицинской радиологии Пермской государственной медицинской академии имени академика Е.А. Вагнера.

УДК 616-056.4-053.4/5-078-085:615.8:546.214

Я.Ю. Иллек¹, Г.А. Зайцева², А.В. Галанина¹,
Н.В. Исаева², Е.В. Сулова¹, Н.С. Бебякина¹,
Т.Н. Рыбакова¹, Е.А. Федяева¹, В.В. Кузнецова¹

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ДЕТСКОЙ ФОРМЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

¹Кировская государственная медицинская академия

²Кировский научно-исследовательский институт
гематологии и переливания крови

Ya.Yu. Illek¹, G.A. Zaitseva², A.V. Galanina¹,
N.V. Isaeva², E.V. Suslova¹, N.S. Bebyakina¹,
T.N. Rybakova¹, E.A. Fedyaeva¹, V.V. Kuznetsova¹

USE OF OZONE THERAPY FOR THE CORRECTION OF NONSPECIFIC ANTIMICROBIAL RESISTANCE IN THE CHILD FORMS OF ATOPIC DERMATITIS

¹Kirov state medical academy

²Kirov research institute of hematology and blood
transfusion

У пациентов с детской формой распространенного среднетяжелого атопического дерматита, получавших комплексную общепринятую терапию, от-

мечается непродолжительная клиническая ремиссия, при наступлении которой сохраняются изменения неспецифической противомикробной резистентности. Включение озонотерапии в комплексное лечение детей с распространенным среднетяжелым атопическим дерматитом обеспечивает нормализацию показателей неспецифической противомикробной резистентности и более быстрое наступление продолжительной клинической ремиссии.

Ключевые слова: дети, атопический дерматит, противомикробная резистентность, озонотерапия, клиническая ремиссия.

In children with a common form of moderate atopic dermatitis treated with conventional therapy complex, there was a short duration of clinical remission, which persisted into the early changes of nonspecific antimicrobial resistance. The inclusion of ozone therapy in the complex treatment of children with generalized moderate atopic dermatitis provides the normalization of indicators of nonspecific antimicrobial resistance and more rapid onset of sustained clinical remission.

Key words: children, atopic dermatitis, antimicrobial resistance, ozone therapy, clinical remission.

Введение

У большинства детей, страдающих атопическим дерматитом, выявляется колонизация кожных покровов *Staphylococcus aureus*, способного вызывать обострения заболевания и поддерживать аллергическое воспаление кожи посредством секреции суперантигенов, стимулирующих неспецифическую активацию Т-лимфоцитов и макрофагов, синтез цитокинов [2, 6, 7, 8, 9]. В связи с этим представляют интерес результаты, полученные нами при исследовании показателей неспецифической противомикробной резистентности у детей с атопическим дерматитом, в комплексное лечение которых была включена озонотерапия, обладающая обезболивающим, дезинтоксикационным, бактерицидным, вируцидным, фунгицидным, антиоксидантным и иммуномодулирующим действиями [5]. Целью настоящей работы являлось изучение влияния озонотерапии на клинические показатели и состояние неспецифической противомикробной резистентности при детской форме атопического дерматита.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 67 детей (40 мальчиков и 27 девочек) в возрасте 5–10 лет, страдающих атопическим дерматитом («детская форма» заболевания в соответствии с рабочей классификацией, представленной в Научно-практической программе «Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика», Москва, 2000). У всех больных отмечался распространенный среднетяжелый атопический дерматит.

Наблюдаемые больные атопическим дерматитом (АД) были подразделены на две группы в зависимости от характера проводимой терапии. Первой группе больных АД (35 пациентов) назначали комплексную общепринятую терапию. Родителям больных детей давали советы по созданию гипоаллергенных условий быта, пациентам назначали

индивидуальную гипоаллергенную диету, лечебно-косметический уход за кожей с использованием во время ежедневных купаний триактивной эмульсии для купания Эмолиум II, а после купания – увлажняющего триактивного крема Эмолиум II, смазывание пораженных участков кожи кремом Элоком (один раз в день в течение 7–10 дней), прием Кларитина или Зиртека (в течение 2 недель), курсы лечения Хилак-Форте, Линексом и Креоном, витаминами А, Е, В5, В6, В15. Второй группе больных АД (32 пациента) в целом назначали такое же комплексное лечение, но в сочетании с двумя курсами озонотерапии. Обоснованием для включения озонотерапии в комплексное лечение детей с АД послужили данные литературы о высокой терапевтической эффективности ее при многих острых и хронических заболеваниях [5], при атопическом дерматите у взрослых лиц [3, 4], а также при младенческой и детской формах атопического дерматита [7, 1], отсутствие противопоказания к применению, отсутствие побочных реакций и осложнений при правильной дозировке озона. Курс озонотерапии состоял в смазывании всех пораженных участков кожи (два раза в день в течение 15 дней) и ректальных инсуффляций озонкислородной смеси (через день, всего 8 процедур). Ректальные инсуффляции озонкислородной смеси осуществлялись с помощью шприца Жане и присоединенной к нему полихлорвиниловой трубки с пластмассовым наконечником в положении больного лежа на левом боку с согнутыми ногами. Наконечник обрабатывался вазелином и помещался в прямую кишку на 2 см, затем при медленном надавливании на поршень шприца Жане вводился необходимый объем озонкислородной смеси. Вся процедура занимала 1,5–2 мин.

Производство озона осуществлялось при помощи синтезатора «А-с-ГОКСф-5-05-ОЗОН» (изготовитель: ОАО «Электромашиностроительный завод «ЛЕПСЕ», г. Киров), в котором озон получают действием тихого электрического разряда на кислород. Оливковое масло для наружного применения озонировали при концентрации озона на выходе из синтезатора 20 мг/мл, время барботирования 100 мл масла составляло 15 мин. Лечебная доза озона составляет 75 мкг на 1 кг массы тела больного при указанной выше концентрации озона на выходе из синтезатора. Объем озонкислородной смеси на одну ректальную инсуффляцию рассчитывали по формуле: $\frac{\text{масса тела (кг)} \times 75}{20}$; средний объем озонкислородной смеси на одну ректальную инсуффляцию составлял 70 мл, средний объем озонкислородной смеси на один курс – 560 мл. Первый курс озонотерапии у больных АД начинали с 1–2 дня наблюдения, второй курс озонотерапии проводили через 3 месяца от начала наблюдения. Побочных реакций и осложнений у второй группы больных АД, получавших комплексное лечение в сочетании с озонотерапией, не возникло.

У больных атопическим дерматитом изучали клинические показатели, определяли сроки наступления клинической ремиссии и ее продолжительность, проводили посевы соскоба пораженной кожи на желточно-солевой агар (ЖЕЛ) в периоде обострения заболевания. Для оценки состояния неспецифической противомикробной резистентности (НПМР) у больных АД в первые 1–2 дня наблюдения (период обострения заболевания) и через 18–22 дня от начала лечения (период клинической ремиссии) определяли содержание анти- α -стафилолизина в сыворотке крови в реакции нейтрализации с использованием стафилококкового α -токсина, образца стандартного анти- α -стафилолизина и эритроцитов кролика, исследовали показатели фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН), фагоцитарного индекса (ФИ) и теста восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) в цитоплазме нейтрофилов с использованием в качестве фагоцитируемого объекта частиц латекса. Вместе с тем у больных АД в периоде обострения заболевания и клинической ремиссии исследовали паттерн-распознающие рецепторы – толл-подобные рецепторы (Toll-like receptor) TLR2 и TLR6, оценивая показатели экспрессии маркеров CD282 и CD286 на лимфоцитах, моноцитах и нейтрофилах. Результаты исследования показателей неспецифической противомикробной резистентности у больных атопическим дерматитом сравнивали с данными, полученными у 80 практически здоровых детей того же возраста, проживающих в г. Кирове и Кировской области. Обработку цифрового материала осуществляли методом вариационной статистики в персональном компьютере с использованием программы Microsoft Office Excel Mac 2011.

Результаты и их обсуждение

Наблюдение показало, что комплексная общепринятая терапия и комплексное лечение в сочетании с озонотерапией у соответствующих групп больных детской формой распространенного среднетяжелого атопического дерматита приводили к улучшению самочувствия и аппетита, нормализации сна, уменьшению и исчезновению кожного зуда и воспалительных изменений кожи, уменьшению и нормализации размеров периферических лимфатических узлов. Наступление полной клинической ремиссии у первой группы больных АД, получавших комплексную общепринятую терапию, констатировалось спустя $20,5 \pm 0,8$ суток, а у второй группы больных АД, получавших комплексное лечение в сочетании с озонотерапией, – спустя $16,0 \pm 1,0$ суток от начала лечения. Следовательно, у группы пациентов, получавших комплексное лечение в сочетании с озонотерапией, наступление клинической ремиссии регистрировалось в среднем на 4,5 суток раньше ($p < 0,001$), нежели у группы пациентов, получавших комплексную общепринятую терапию (табл. 1).

Таблица 1

Сроки ликвидации основных клинических проявлений у первой группы больных АД, получавших комплексную общепринятую терапию, и у второй группы больных АД, получавших комплексное лечение в сочетании с озонотерапией

Клинические признаки	Сроки ликвидации клинических проявлений (сутки от начала лечения, M±m)	
	у группы больных АД, получавших комплексную общепринятую терапию, n = 35	у группы больных АД, получавших комплексное лечение в сочетании с озонотерапией, n = 32
Нормализация самочувствия и аппетита	9,5±0,05	6,0±0,09*
Нормализация сна	7,4±0,04	6,0±0,10*
Исчезновение кожного зуда	7,6±0,04	6,2±0,08*
Исчезновение гиперемии кожных покровов	17,5±0,08	13,5±0,13
Исчезновение отечности кожи	9,6±0,04	6,5±0,08*
Исчезновение экссудации	11,5±0,04	8,0±0,09*
Исчезновение папулезной сыпи	9,5±0,05	6,0±0,08*
Исчезновение лихенификации кожи	16,6±0,12	10,5±0,04*
Исчезновение сухости кожных покровов	19,4±0,05	14,0±0,17*
Нормализация размеров периферических лимфоузлов	19,3±0,06	15,0±0,10*

Примечание: «*» – p<0,001 по сравнению с показателями у группы больных атопическим дерматитом, получавших комплексную общепринятую терапию.

Исследования показали, что у большинства наблюдаемых детей с распространенным среднетяжелым атопическим дерматитом (94,4%) обнаруживалась колонизация кожных покровов стафилококком. При посевах соскобов кожи в периоде обострения заболевания у 71,8% больных АД высевался *Staphylococcus aureus*, у остальных пациентов – ассоциации *Staphylococcus aureus* + *Staphylococcus epidermidis* или *Staphylococcus aureus* + *Staphylococcus saprofitis*.

Данные, полученные при исследовании параметров неспецифической противомикробной резистентности у больных детской формой распространенного среднетяжелого атопического дерматита, представлены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели НПМР у первой группы больных АД, получавших комплексную общепринятую терапию, и у второй группы больных АД, получавших комплексное лечение в сочетании с озонотерапией (M±m)

Показатели	Здоровые дети, n = 80	Больные АД, период обострения, n = 67	Больные АД, период клинической ремиссии	
			1-я группа больных АД, n = 35	2-я группа больных АД, n = 32
Титр антител к анти-α-стафилолизину, МЕ/мл	1,20±0,17	2,48±0,30*	2,41±0,30*	1,69±0,25
ФАН,%	66,70±1,11	75,95±3,50*	76,57±2,35*	69,23±0,39
ФИ	10,80±0,17	8,69±0,33*	9,28±0,30*	10,01±0,39
НСТ-тест,%	17,70±0,69	10,05±0,69*	14,14±1,06*	16,39±0,82
TLR2:				
экспрессия на лимф.,%	0,24±0,09	0,10±0,04	0,08±0,04	0,15±0,02
экспрессия на лимф., пл. усл. ед.	1,36±0,03	2,54±0,57	2,34±0,74	1,68±0,27
экспрессия на мон.,%	28,65±3,15	36,62±4,47	37,38±6,03	42,40±4,34*
экспрессия на мон., пл. усл. ед.	1,24±0,05	1,37±0,08	1,88±0,13	1,27±0,05
экспрессия на нейт.,%	0,07±0,01	0,32±0,12	0,23±0,09	0,75±0,15*
экспрессия на нейт., пл. усл. ед.	2,02±0,18	1,93±0,20	3,01±0,64	2,04±0,19
TLR6:				
экспрессия на лимф.,%	0,03±0,01	0,07±0,02	0,07±0,03	0,05±0,01
экспрессия на лимф., пл. усл. ед.	3,42±0,40	2,46±0,24	2,69±0,69	1,89±0,24*
экспрессия на мон.,%	0,18±0,02	0,12±0,04	0,10±0,05	0,20±0,03
экспрессия на мон., пл. усл. ед.	1,51±0,17	2,78±0,67	2,44±0,74	2,55±0,39*
экспрессия на нейт.,%	0,05±0,01	0,12±0,03	0,29±0,03*	0,16±0,05*
экспрессия на нейт., пл. усл. ед.	1,73±0,13	2,12±0,21	2,90±0,62	2,21±0,24

Примечание: «*» – p<0,02-0,001 по сравнению с показателями у практически здоровых детей.

Из материала, приведенного в таблице 2, следует, что у наблюдаемых больных atopическим дерматитом в периоде обострения заболевания отмечалось повышение содержания антител к анти- α -стафилолизину в сыворотке крови ($p < 0,001$), повышение показателя ФАН ($p < 0,02$) при снижении значений ФИ ($p < 0,001$) и НСТ-теста ($p < 0,001$). Существенных изменений показателей экспрессии TLR2 и TLR6 на лимфоцитах, моноцитах и нейтрофилах у больных atopическим дерматитом в периоде обострения заболевания не обнаруживалось.

В периоде клинической ремиссии у первой группы больных atopическим дерматитом, получавших комплексную общепринятую терапию (таблица 2), сохранялось повышение содержания антител к анти- α -стафилолизину в сыворотке крови ($p < 0,001$), повышение показателя ФАН ($p < 0,01$) при снижении значений ФИ ($p < 0,001$) и НСТ-теста ($p < 0,001$). Вместе с тем у первой группы больных atopическим дерматитом в периоде клинической ремиссии (таблица 2) выявлялось увеличение относительного количества нейтрофилов ($p < 0,001$), экспрессирующих TLR6.

У второй группы больных atopическим дерматитом, получавших комплексное лечение в сочетании с озонотерапией (таблица 2), в периоде клинической ремиссии титр антител к анти- α -стафилолизину в сыворотке крови, показатели ФАН, ФИ и НСТ-теста существенно не отличались от этих параметров у практически здоровых детей. В то же время у второй группы больных atopическим дерматитом в периоде клинической ремиссии (таблица 2) имело место увеличение относительного количества моноцитов ($p < 0,02$) и относительного количества нейтрофилов ($p < 0,001$), экспрессирующих TLR2, снижение плотности экспрессии TLR6 на лимфоцитах ($p < 0,001$) при повышении плотности экспрессии TLR6 на моноцитах ($p < 0,02$), увеличение относительного количества нейтрофилов ($p < 0,001$), экспрессирующих TLR6.

Кагамнестическое наблюдение показало, что у первой группы больных atopическим дерматитом, получавших комплексную общепринятую терапию, спустя $4,3 \pm 0,2$ месяца от начала клинической ремиссии вновь появлялись признаки обострения заболевания. У второй группы больных atopическим дерматитом, которым наряду с комплексным общепринятым лечением были проведены два курса озонотерапии с интервалом между ними в три месяца, клинических признаков обострения заболевания не регистрировалось в течение $12,6 \pm 0,3$ месяца. Таким образом, продолжительность клинической ремиссии у пациентов второй группы превышала в три раза ($p < 0,001$) продолжительность клинической ремиссии у пациентов первой группы.

Выводы

1. У больных детской формой распространенного среднетяжелого atopического дерматита, получавших комплексное лечение в сочетании с озонотерапией, констатируется более быстрое наступление полной клинической ремиссии, чем у больных детской формой распространенного среднетяжелого atopического дерматита, получавших комплексную общепринятую терапию.

2. У больных детской формой распространенного среднетяжелого atopического дерматита, получавших комплексную общепринятую терапию, при

наступлении клинической ремиссии сохраняются изменения показателей неспецифической противомикробной резистентности.

3. Включение озонотерапии в комплексное лечение больных детской формой распространенного среднетяжелого atopического дерматита улучшает состояние неспецифической противомикробной резистентности, что является одним из факторов, способствующих значительному увеличению продолжительности полной клинической ремиссии.

Список литературы

1. Бебякина Н.С. Клинико-иммунологические особенности и совершенствование терапии atopического дерматита у детей/ Н.С. Бебякина: Дисс. канд. мед. наук. Киров, 2013. 104 с.
2. Иллек Я.Ю. Atopический дерматит у детей раннего возраста/ Я.Ю. Иллек, Г.А. Зайцева, А.В. Галанина. Киров, 2007. 124 с.
3. Кошелева И.В. Озонотерапия в комплексном лечении экземы/ И.В. Кошелева, О.Л. Иванов// Материалы 3-й Всероссийской научно-практической конференции «Озон и методы эфферентной терапии в медицине». Нижний Новгород, 2000. с. 109–110.
4. Кошелева И.В. Применение кислородно-озоновой смеси в дерматологии и косметологии/ И.В. Кошелева, О.Л. Иванов, В.А. Виссарионов// Методические рекомендации № 2003/84. Москва, 2004. 32 с.
5. Масленников О.В. Руководство по озонотерапии. Издание третье, переработанное и дополненное/ О.В. Масленников, К.Н. Контрощикова, Б.Е. Шахов. Нижний Новгород, 2012. 332 с.
6. Снарская Е.С. Некоторые клинико-иммунологические аспекты патогенеза atopического дерматита и роль толл-подобных рецепторов/ Е.С. Снарская// Лечащий врач. 2012. №4. с. 29–33.
7. Тарбеева О.Н. Иммунные нарушения и их коррекция при младенческой форме atopического дерматита/ О.Н. Тарбеева: Дисс. канд. мед. наук. Киров, 2013. 100 с.
8. Lin Y.T. Comparizon of serum IgE to staphylococcal enterotoxin between atopic children with and without atopic dermatitis/ Y.T. Lin, Y.M. Hwang, M.J. Tsay// Allergy. 2000. v. 55. №7. p. 641–646.
9. Matsui K. Comparative study of Staphylococcus aureus from lesional and non-lesional skin of without atopic dermatitis patients/ K. Matsui, A. Nisnikava, H. Suto// Microbiol. Immunol. 2000. v. 44 (11). p. 945–947.

Сведения об авторах

Иллек Ян Юрьевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрии Кировской ГМА. E-mail: yanillek@gmail.com.

Зайцева Галина Алексеевна – д.м.н., профессор, руководитель лаборатории иммуногематологии Кировского НИИ гематологии и переливания крови. E-mail: ip-gem@med.stat.kirov.ru.

Галанина Алена Васильевна – д.м.н., профессор кафедры педиатрии Кировской ГМА. E-mail: alenagalanina@narod.ru.

Исаева Наталья Васильевна – кандидат биологических наук, старший научный сотрудник лаборатории иммуногематологии Кировского НИИ гематологии и переливания крови. E-mail: isaevanatali@yandex.ru.

Суслова Елена Валентиновна – к.м.н., врач-педиатр. E-mail: ozon43@mail.ru.

Бебякина Наталия Сергеевна – к.м.н., врач-педиатр. E-mail: bebnata@mail.ru.

Рыбакова Татьяна Николаевна – аспирант кафедры педиатрии Кировской ГМА. E-mail: rybakovan1978@mail.ru.

Федяева Екатерина Андреевна – аспирант кафедры педиатрии Кировской ГМА. E-mail: fedai24@mail.ru.

Кузнецова Валентина Владимировна – аспирант кафедры педиатрии Кировской ГМА. E-mail: Doc.KSU@yandex.ru.

УДК: 616.366-002-089-008.5

Г.М. Ходжиматов, Д.О. Тен, Х.Х. Хамдамов,
Б.Б. Корабоев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

G.M. Khodjimatomov, D.O. Ten, H.H. Hamdamov,
B.B. Koraboev

SURGICAL TREATMENT FOR ACUTE CHOLECYSTITIS COMPLICATED WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Andijan state medical institute

В работе проанализированы результаты применения малоинвазивных методов лечения 141 больного острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой. Показана высокая эффективность возможностей малоинвазивной хирургии в лечении этой категории больных, позволяющей не только радикально излечить больных, но и значительно снизить показатели частоты осложнений и летальности и получить хорошие и удовлетворительные результаты лечения в 94% наблюдений.

Ключевые слова: механическая желтуха, острый холецистит, малоинвазивная хирургия.

This work contains the analysis of the results in application of minimally invasive treatment methods of 141 patients with acute calculous cholecystitis complicated by mechanical jaundice. High effectiveness of abilities in minimally invasive interventions for the treatment of this type of patients is shown, that enables not only the radical cure of patients but also to reduce the index of complication frequency and mortality and to get good and satisfactory results in 94% of monitoring.

Key words: mechanical jaundice, acute cholecystitis, minimally invasive interventions.

Введение

Механическая желтуха является одним из наиболее грозных и частых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) и встречается у 15–35% больных [1, 4, 9], а частота развития гнойного холангита при холедохолитиазе составляет 66–88% [2, 6].

В течение многих лет хирурги прилагают усилия для разработки более эффективной помощи данной категории больных. Однако в условиях обструкции желчных путей, холангита и печеночной недостаточности экстренное оперативное лечение является рискованным и сопровождается высокой летальностью, которая среди больных с неопухоловой желтухой составляет 5,6–6,3%, а у больных с опухолевой желтухой – 30,3–33% [3, 5, 7].

Основной задачей лечения механической желтухи в urgentной хирургии, вне зависимости от причины обструкции, является неотложная декомпрессия билиарного тракта. Однако операции, выполняемые на высоте выраженности желтухи, печеночной недостаточности, особенно у пациентов, имеющих тяжелую сопутствующую патологию, сопровождаются большим числом осложнений и высокой летальностью. На сегодняшний день уже ни у кого не вызывает сомнений необходимость применения для экстренного разрешения гипербилирубинемии щадящих, малоинвазивных вмешательств, обеспечивающих декомпрессию билиарного тракта [8, 10].

Дальнейшее совершенствование хирургической тактики при остром калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой, несомненно, имеет большое практическое значение.

Цель исследования: проанализировать результаты применения малоинвазивных технологий хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой.

Материал и методы

Кафедра хирургических болезней ФУВ АГМИ на базе РНЦЭМПФ обладает опытом 536 малоинвазивных оперативных вмешательств при различных формах и осложнениях ЖКБ, в том числе при лечении 141 (10,6%) больного острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой. Средний возраст больных составил 58,4±6 года. Мужчин было 48, женщин – 93. У 124 (87,9%) пациентов причиной желтухи был холедохолитиаз, у 12 (8,5%) – изолированные стриктуры терминального отдела гепатикохоледоха и БДС, у 5 (3,5%) – сочетание холедохолитиаза со стриктурой. Гнойный холангит развился у 18 (12,7%) больных. Для диагностики патологии внепеченочных желчных протоков на первом этапе применяли УЗИ. Конкременты гепатикохоледоха выявлены у 42 (29,8%) больных. У 121 (85,8%) пациента при УЗИ отмечалось увеличение диаметра гепатикохоледоха и расширение внутрипеченочных желчных протоков. Компьютерная томография выполнена 25 (17,7%) больным, при этом холедохолитиаз выявлен в 22 (88%) наблюдениях. На втором этапе диагностики применяли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), которая выполнена 113 (80,1%) больным в сроки от 24 до 72 часов от момента госпитализации. У 34 (24,1%) больных проводились повторные

исследования. ЭРХПГ у всех больных завершалась эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), а у 18 больных – дополнительным назобилиарным дренированием. При невозможности выполнения ЭРХПГ или при ее неэффективности 127 больным выполнено малоинвазивное вмешательство (лапароскопически или методом минилапаротомии). Для наружного дренирования гепатикохоледоха использованы способы дозированной декомпрессии желчных протоков, разработанные на кафедре.

Катаральная форма острого холецистита была в 37 (26,2%) наблюдениях, флегмонозная – в 85 (60,3%), гангренозная – в 19 (13,5%).

Результаты и их обсуждение

Тактика хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой, была дифференцированной, однако преимущественно мы применяли двухэтапный способ декомпрессии и санации желчевыводящих путей. Одновременно с диагностическими процедурами проводили интенсивную консервативную терапию и детоксикацию, направленную на коррекцию гомеостаза, предупреждение прогрессирования печеночно-почечной недостаточности и гнойно-септических осложнений.

В зависимости от метода хирургического лечения больные разделены на 4 группы.

1-ю группу составили 64 больных, у которых на первом этапе была выполнена ЭРХПГ и ЭПСТ, позволившая радикально санировать желчевыводящие пути – удалить конкременты из гепатикохоледоха и (или) ликвидировать терминальную стриктуру, восстановить адекватный пассаж желчи и купировать механическую желтуху и приступ острого холецистита. Впоследствии все эти больные были оперированы в отсроченном порядке: 8 больным выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), 42-м – холецистэктомия из минилапаротомного доступа (ХЭМД), 14 – ХЭМД с наружным дренированием желчных путей. Конверсия в традиционную лапаротомную холецистэктомию (ТХЭ) в связи с техническими сложностями выполнения малоинвазивной операции, обусловленными трудностью идентификации магистральных желчных протоков из-за выраженности инфильтративно-рубцовых процессов в области шейки пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки, потребовалась в 4 (6,25%) наблюдениях. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 4 (6,25%) больных: у 2 больных развился послеоперационный панкреатит, который удалось купировать консервативными мероприятиями. Еще в 2 наблюдениях отмечалось длительное (до 6 суток) желчеистечение, купировавшееся самостоятельно. Летальных исходов в этой группе не было.

2-ю группу составили 43 пациента, которым на первом этапе выполнена ЭРХПГ и ЭПСТ, однако в связи с прогрессированием острого холецистита больные были оперированы в экстренном порядке. 18 больным выполнена ХЭМД с холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха, 25 – ТХЭ с холедохолитотомией и наружным дренированием гепатикохоледоха. Послеоперационные осложнения имели место у 2 (4,7%) больных. У 1 больного была частичная несостоятельность холедоходуоденанастомоза с желчеистечением по дренажу, кото-

рое самостоятельно прекратилось к 8-м суткам, и у 1 больного развился послеоперационный панкреатит, который был купирован консервативными мероприятиями. Летальные исходы наступили у 2 (4,6%) больных старческого возраста от ТЭЛА и острого нарушения мозгового кровообращения.

3-ю группу составили 26 пациентов, которым не удалось выполнить ЭРХПГ, манипуляция оказалась неэффективной или вызвала осложнения. У 4 больных в этой группе развился панкреонекроз, у 2 больных – корзинка Дормиа застряла в холедохе. Все больные были оперированы в экстренном порядке: в 20 случаях была выполнена ХЭМД с холедохолитотомией и дренированием гепатикохоледоха, в 6 случаях была конверсия в ТХЭ с дренированием желчных путей. В послеоперационном периоде отмечено 3 (11,5%) летальных исхода – у 1 больного с панкреонекрозом, у 2 – в связи с прогрессированием печеночно-почечной недостаточности.

4-ю группу составили 8 больных с явлениями разлитого желчного перитонита, которые были оперированы традиционным способом. Послеоперационные осложнения в этой группе развились у 3 (37,5%) больных. Нагноение послеоперационной раны возникло у 1 больного, желчеистечение по дренажу – у 1 (самостоятельно прекратилось на 5–6-е сутки после операции), подпеченочный абсцесс – у 1 больного, который был излечен пункционно-дренирующим методом под контролем УЗИ. Летальные исходы отмечены в 2 (25%) наблюдениях, причинами их явилось прогрессирование холангита и печеночной недостаточности.

Общая летальность при остром калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой, составила 4,25% (6 случаев). После ЛХЭ и ХЭМД послеоперационных осложнений со стороны раны мы не наблюдали ни у одного больного.

Таким образом, дифференцированная лечебно-диагностическая тактика с использованием двухэтапного метода декомпрессии и санации желчевыводящих путей при остром калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой, является наиболее рациональной, что подтверждается значительным сокращением числа осложнений и снижением послеоперационной летальности.

Выводы

1. Комбинация ЭРХПГ и ЭПСТ с последующим малоинвазивным вмешательством (ЛХЭ, ХЭМД) является наиболее рациональной хирургической тактикой у больных с ЖКБ, осложненной механической желтухой и гнойным холангитом, позволяющей снизить количество послеоперационных осложнений и летальных исходов.

2. При невозможности выполнения ЭПСТ (протяженная стриктура в терминальном отделе общего желчного протока, интрадивертикулярное расположение БДС), а также при трудностях удаления конкремента эндоскопическим способом (крупный камень) для разрешения билиарной гипертензии показана ХЭМД с холедохолитотомией и наружным дренированием гепатикохоледоха.

Список литературы

1. Абдуллоев Д.А., Курбонов К.М., Исоев А.О., Даминова Н.М. Хирургическое лечение больных с

осложненными формами желчнокаменной болезни. Вестник хирургии. 2007. Том 166. № 2. С. 68–71.

2. Борисов А.Е., Борисова Н.А., Верховский В.С. Эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи. СПб.: Эскулап, 1997. 150 с.

3. Глушков Н.И., Мосягин В.Б., Верховский В.С. и др. Малоинвазивные вмешательства в лечении желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста. Хирургия. 2010. № 10. С. 53–58.

4. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулушко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. 175 с.

5. Клименко Г.А. Холедохолитиаз, диагностика и оперативное лечение. М.: Медицина, 2000. 223 с.

6. Савельев В.С., Филимонов М.И., Василенко Ю.В. и др. Тактика лечения больных калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой. Хирургия. 1995. № 1. С. 23–25.

7. Хожобаев А.М., Атаджанов Ш.К., Хакимов Б.Б., Хошимов М.А. Малоинвазивные вмешательства при остром холецистите, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста. Вестник хирургии. 2007. Том 166. №3. С. 66–69.

8. Bingener J., Schwesinger W.H. Management of common bile ductstones in a rural area of the United States. Results of a survey. Surg. Endosc. 2006. Vol. 20. № 4. P. 577–579.

9. Pring C.M., Skelding-Millar L., Goodall R.J.R. Expectant treatment or cholecystectomy after endoscopic retrograde cholangiopancreatography for choledocholithiasis in patients over 80 years old. Surg. Endosc. 2005. Vol. 19. № 3. P. 357–360.

10. Wang Y.-C., Yang H.-R., Chung P.-K. et al. Urgent laparoscopic cholecystectomy in the management of acute cholecystitis: timing does not influence conversion rate. Surg. Endosc. 2006. Vol. 20. № 5. P. 806–808.

Сведения об авторах

Ходжиматов Гуломидин Минходжиевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней факультета усовершенствования врачей АндГосМИ. E-mail: prof.hodjimatov@mail.ru.

Тен Дмитрий Олегович – ассистент кафедры хирургических болезней факультета усовершенствования врачей АндГосМИ. E-mail: dten81@mail.ru.

В.В. Шипицына, Е.А. Мухачева, Е.В. Жолобова

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХОБЛ ПОСЛЕ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА

Кировская государственная медицинская академия

V.V. Shipitsyna, E.A. Mukhacheva, E.V. Zholobova

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER COPD IMMUNIZATION FLU

Kirov state medical academy

Цель исследования – оценить качество жизни больных ХОБЛ после иммунопрофилактики гриппа вакциной «Гриппол».

Обследованы 96 пациентов с ХОБЛ, средний возраст – 42,5±6,8 года, средняя продолжительность ХОБЛ – 14,2±4,9 года. При оценке качества жизни больных ХОБЛ использованы опросники SF-36 и SGRQ. Качество жизни больных ХОБЛ по данным опросника SF-36 после проведения вакцинации достоверно выше, чем до ее проведения по всем шкалам, отражающим физическое состояние и психосоциальный статус, кроме показателей социальной адаптации и психического здоровья ($p>0,05$). По данным опросника SGRQ, после проведения вакцинации выявлено улучшение показателей качества жизни по всем шкалам ($p<0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии на качество жизни больных ХОБЛ иммунопрофилактики гриппа вакциной «Гриппол».

Ключевые слова: иммунопрофилактика гриппа, ХОБЛ, качество жизни.

The purpose of the study – to evaluate the quality of life of COPD patients after immunization influenza vaccine «Grippol».

The study included 96 patients with COPD, mean age 42,5±6,8 years, mean duration of COPD – 14,2±4,9 years. In assessing the quality of life in patients with COPD used questionnaires SF-36 and SGRQ. Quality of life in patients with COPD according to the questionnaire SF-36 after vaccination was significantly higher than before the event on all scales, reflecting the physical condition and psychosocial status, except for indicators of social adaptation and mental health ($p>0,05$). According to the questionnaire SGRQ, after vaccination showed improvement in quality of life on all scales ($p<0,05$).

The findings suggest that the positive impact on quality of life in patients with COPD immunization influenza vaccine «Grippol».

Key words: immunoprophylaxis flu, COPD, quality of life.

Введение

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из важных проблем современной медицины. Это обусловлено высокой распространенностью, смертностью и инвалидизацией данного заболевания. По данным ВОЗ, в мире насчитывается около 600 млн. больных ХОБЛ, ежегодно

от данной патологии умирают около 3 млн. человек. Распространенность ХОБЛ в мире у лиц старше 40 лет составляет до 10%. По прогнозам Европейского респираторного общества к 2020 г. ХОБЛ выйдет на 3 место среди причин смерти [11]. В России общая заболеваемость ХОБЛ в 2008 г. составила 52,8 случая на 100 тыс. населения [12].

Прогрессирование симптомов ХОБЛ существенно ограничивает возможности пациента к полноценной жизни: снижает переносимость физических нагрузок, а затем и повседневной деятельности, вызывает постоянное чувство препятствий, страх задохнуться и страх перед зависимостью от лекарственных средств [7, 8]. Исследования показали, что степень нарушения качества жизни больных тесно связана с тяжестью ХОБЛ и риском развития обострений заболевания [4]. Прогрессирование ХОБЛ предусматривает неуклонное ослабление естественных защитных систем органов дыхания, что создает благоприятные условия для инфицирования респираторной системы [6, 7]. Вирусные инфекции, в том числе грипп, часто являются причиной обострения ХОБЛ [9].

На сегодняшний день наиболее эффективным методом борьбы с гриппом, сочетающим высокую специфичность, профилактическую эффективность и экономичность, является вакцинация [10]. Вакцинация является предпочтительной в сравнении с химиопрофилактикой в связи с растущей резистентностью вирусов к химиопрепаратам, высокой стоимостью и побочными эффектами [5, 14]. Вакцинация от гриппа в России с 2006 г. включена в Национальный календарь прививок и проводится в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» [1, 3]. Противогриппозная вакцинация у больных ХОБЛ на 50% сокращает число осложнений, вдвое сокращает смертность от гриппа (уровень доказательности класса А) [6, 7], а частоту обострений основного заболевания снижает на 60–70% [3].

Среди основных факторов, которые учитываются при определении степени тяжести ХОБЛ, есть и оценка нарушения жизнедеятельности больного [2]. В отличие от других критериев определение степени нарушения жизнедеятельности не имеет объективных методов оценки. Общепринятым методом оценки удовлетворения лицом собственным физическим, психическим и социальным состоянием является оценка качества жизни [1, 6].

Качество жизни – это индивидуальное восприятие человеком своего положения в жизни общества во взаимосвязи с собственными планами, потребностями, возможностями. Качество жизни может определяться как возможность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему социальному статусу и получать удовольствие от жизни [10]. Оценка качества жизни позволяет изучить восприятие больным состояния своего здоровья, свои функциональные возможности, отношение к своему заболеванию. Использование опросников для оценки качества жизни помогает обеспечить индивидуальный подход в лечении пациентов.

Цель исследования – оценить качество жизни больных ХОБЛ после иммунопрофилактики гриппа вакциной «Гриппол».

Задачи: оценить качество жизни больных ХОБЛ после проведения иммунопрофилактики гриппа вакциной «Гриппол» с использованием опрос-

ника Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Status (SF-36); оценить качество жизни больных ХОБЛ после проведения иммунопрофилактики гриппа вакциной «Гриппол» с использованием респираторного опросника госпиталя святого Георгия (SGRQ).

Материалы и методы исследования

Обследованы 96 пациентов с установленным диагнозом ХОБЛ, средний возраст $42,5 \pm 6,8$ года, мужчин – 62,1%, женщин – 37,9%. Средняя продолжительность ХОБЛ – $14,2 \pm 4,9$ года.

Все больные ХОБЛ были разделены на две группы: первая – 66 пациентов, которым проводилась иммунопрофилактика гриппа с использованием вакцины «Гриппол», и вторая – 30 пациентов, которым данная иммунопрофилактика не проводилась.

«Гриппол» – вакцина для иммунопрофилактики гриппа, содержит антигены вирусов гриппа А (H1N1), А (H3N2) и В. «Гриппол» относится к группе субъединичных противогриппозных вакцин и содержит поверхностные антигены (гемагглютинин, нейраминидаза) в комплексе с водорастворимым высокомолекулярным иммуностимулятором N-окисидированным производным поли-1,4-этиленпиперазина (Полиоксидоний). Эффективность вакцины соответствует требованиям, предъявляемым ВОЗ [3, 13].

Исследование качества жизни больных ХОБЛ проводилось до проведения иммунопрофилактики гриппа и через три месяца после с использованием опросников SF-36 и SGRQ.

Стандартизированный неспецифический опросник SF-36 содержит 36 вопросов (8 шкал), позволяющих в наибольшей степени оценивать взаимосвязь качества жизни с социальным статусом, психическим здоровьем и общим благополучием индивидуума. Максимальное значение для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья равно 100. Чем выше показатель по каждой шкале, тем лучше качество жизни по этому параметру.

Респираторный опросник SGRQ содержит 76 вопросов. Эти вопросы отражают субъективную оценку, данную пациентом респираторным нарушениям, физической активности и ее ограничению, психосоциальной адаптации, влиянию статуса здоровья на трудовую и повседневную деятельность, эмоциональное восприятие болезни, отношение с близкими людьми, потребность в лечении, прогноз заболевания.

В качестве оценочных параметров использованы 4 обобщенных шкалы: «симптомы» – субъективная оценка пациентом степени выраженности клинических симптомов заболевания, «активность» – субъективная оценка пациентом степени ограничения физической активности, обусловленной заболеванием, «влияние» – субъективная оценка пациентом выраженности психологических и социальных проблем в результате заболевания и «сумма» – общий показатель качества жизни. Оценка каждой шкалы производится по 100-балльной системе. Оценочные критерии являются обратными: чем выше балл, тем более негативным является влияние болезни на качество жизни пациента.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере

(Aser) с помощью приложения Excel-7 (вычисление среднего значения и стандартного отклонения $M \pm m$). Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

При анализе данных первичного анкетирования по опроснику SF-36 (табл. 1) отмечено снижение качества жизни по всем шкалам, отражающим физическое состояние больных ХОБЛ. При этом наиболее выраженные изменения отмечены по показателю роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности – $32,9 \pm 2,6$ балла. При оценке психосоциального статуса также отмечалось снижение показателей качества жизни, наиболее выраженные по показателю роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности – $42,3 \pm 2,6$ балла.

Качество жизни больных ХОБЛ в первой группе после проведения иммунопрофилактики гриппа вакциной «Гриппол» было достоверно выше, чем до ее проведения по всем шкалам, отражающим физическое состояние пациента. Наиболее выраженное улучшение отмечалось по показателям физической активности – $62,7 \pm 3,3$ балла и роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности – $51,4 \pm 3,9$ балла. Во второй группе достоверных отличий не наблюдалось.

При оценке психосоциального статуса через три месяца после проведения иммунопрофилактики грип-

па у больных ХОБЛ отмечалось негативное влияние на все показатели качества жизни ($p < 0,05$), кроме показателей социальной адаптации и психического здоровья, различия в которых были недостоверны ($p > 0,05$).

При анализе исходных показателей по опроснику SGRQ (табл. 2) выявлено снижение показателей по всем шкалам, наиболее выраженное в шкале «влияние» – субъективная оценка пациентом выраженности психологических и социальных проблем в результате заболевания – $43,2 \pm 2,7$ балла и «сумма» – общий показатель качества жизни – $53,7 \pm 3,1$ балла, что характеризует в целом негативное влияние ХОБЛ на состояние здоровья.

При анализе показателей (по опроснику SGRQ) через три месяца после проведения иммунопрофилактики гриппа вакциной «Гриппол» выявлено снижение выраженности клинических симптомов основного заболевания – $55,8 \pm 3,2$ балла и степени ограничения физической активности – $46,4 \pm 2,7$ балла, уменьшение психологических и социальных проблем, связанных с заболеванием, – $25,2 \pm 1,9$ балла и улучшение общего показателя качества жизни – $36,8 \pm 2,7$ балла ($p < 0,05$). Показатели больных контрольной группы достоверно не отличались.

Физическая несостоятельность пациента инициировала появление проблем в эмоциональной сфере, что способствовало снижению оценки «общего состояния здоровья».

Таблица 1.

Показатели качества жизни по опроснику SF-36 в баллах у обследованных больных ($M \pm m$)

Шкала	Группа 1 (n=66)		Группа 2 (n=30)	
	до вакцинации	через три месяца	до начала исследования	через три месяца
физическая активность	$49,5 \pm 2,9$	$62,7 \pm 3,3^*$	$48,3 \pm 2,1$	$48,8 \pm 2,3$
роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	$32,9 \pm 2,6$	$51,4 \pm 3,9^*$	$33,9 \pm 2,2$	$34,1 \pm 4,2$
интенсивность боли	$83,5 \pm 4,5$	$83,3 \pm 4,3$	$86,1 \pm 3,7$	$85,2 \pm 3,3$
общее состояние здоровья	$45,1 \pm 3,2$	$56,2 \pm 3,7^*$	$47,9 \pm 2,6$	$46,7 \pm 2,1$
жизненная активность	$46,4 \pm 2,9$	$54,4 \pm 3,2^*$	$44,2 \pm 3,2$	$44,6 \pm 3,5$
социальная активность	$46,3 \pm 2,7$	$45,9 \pm 3,4$	$47,1 \pm 3,1$	$47,9 \pm 3,2$
роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	$40,6 \pm 3,9$	$57,8 \pm 4,1^*$	$42,3 \pm 2,6$	$42,4 \pm 2,4$
психическое здоровье	$57,2 \pm 3,2$	$58,3 \pm 4,3$	$56,2 \pm 3,2$	$56,4 \pm 3,3$

Примечание: * – различия достоверны

Таблица 2.

Показатели качества жизни по опроснику SGRQ в баллах у обследованных больных ($M \pm m$)

Показатель	Группа 1 (n=66)		Группа 2 (n=30)	
	до вакцинации	через три месяца	до начала исследования	через три месяца
Симптомы	$65,8 \pm 4,2$	$55,8 \pm 3,2^*$	$64,3 \pm 3,6$	$63,8 \pm 2,2$
Активность	$62,7 \pm 3,7$	$46,4 \pm 2,7^*$	$61,8 \pm 2,3$	$61,2 \pm 3,1$
Влияние	$42,1 \pm 3,1$	$25,2 \pm 1,9^*$	$43,2 \pm 2,7$	$42,4 \pm 2,2$
Сумма	$52,3 \pm 4,3$	$36,8 \pm 2,7^*$	$53,7 \pm 3,1$	$53,4 \pm 2,1$

Примечание: * – различия достоверны

Выводы

1. Качество жизни больных ХОБЛ по опроснику SF-36 через три месяца после проведения иммунопрофилактики гриппа вакциной «Гриппол» достоверно выше, чем до ее проведения по всем шкалам, отражающим физическое состояние пациента. Наиболее выраженное улучшение отмечалось по показателям физической активности – $62,7 \pm 3,3$ балла и роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности – $51,4 \pm 3,9$ балла. При оценке психосоциального статуса после проведения иммунопрофилактики гриппа также отмечалось улучшение всех показателей ($p < 0,05$), кроме показателей социальной адаптации и психического здоровья ($p > 0,05$).

2. При анализе показателей по опроснику SGRQ через три месяца после проведения иммунопрофилактики гриппа вакциной «Гриппол» выявлено снижение выраженности клинических симптомов ХОБЛ и степени ограничения физической активности, уменьшение психологических и социальных проблем, связанных с заболеванием, и улучшение общего показателя качества жизни ($p < 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии на качество жизни иммунопрофилактики гриппа вакциной «Гриппол» у больных ХОБЛ.

Список литературы

1. Бектимиров Т.А. Вакцинопрофилактика гриппа. // Лечащий врач. – 2008. №14. С. 33–36.
2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. / Пер. с англ. под ред. Чучалина А.Г. – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007. 96 с.
3. Некрасов А.В., Пучкова Н.Г. Стратегия совершенствования и методы оценки гриппозных вакцин. Гриппол® плюс – современная защита от гриппа // РМЖ. – 2008. № 22. С.1507–1509.
4. Овчаренко С.И. Современные проблемы диагностики хронической обструктивной болезни легких. / С.И. Овчаренко, И.В. Лещенко // Рос. мед. журнал. 2007. №10. С. 23–24.

5. Петров В. Вакцинация против гриппа: проблемы и успехи. // Лечащий врач. 2010. № 5. С. 93–96.

6. Титова О.Н. Клинические и фармако-экономические подходы к эффективной медицинской реабилитации больных инвалидов по хронической обструктивной болезни легких: автореф. дис. к.м.н. Санкт-Петербург, 2008. 125 с.

7. Харит С.М. Оценка реактогенности и безопасности вакцины гриппозной тривалентной инактивированной полимер-субъединичной Гриппол плюс / С.М. Харит, Д.А. Лиозно, С.Л. Николаенко и др. // Сб. тезисов Всероссийской научно-практической конференции «Совершенствование иммунобиологических средств профилактики, диагностики и лечения инфекционных болезней». 2008. С. 125.

8. Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа. Эпидемиология. Этиология и патогенез. ХОБЛ: цифры и факты. // MedLinks.ru.

9. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания. // Пульмонология. 2011. № 2. С. 5–9.

10. Chatila W.M. Comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease / W.M. Chatila, B.M. Thomashow, O.A. Minai. // Proc. Am. Thorac. Soc.-2008. -Vol.5.P.549–555.

11. www.is-med.com/publ/

12. www.fcrisk.ru/node/

13. www.grippol.ru/

14. www.who.int/respiratory/copd/en/

Сведения об авторах

Шипицына Вера Викторовна – к.м.н., ассистент кафедры сестринского дела Кировской ГМА. E-mail: Shipitsynavera@gmail.ru.

Мухачева Елена Алексеевна – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой сестринского дела Кировской ГМА. E-mail: Helenmu59@yandex.ru.

Жолобова Елена Васильевна – старший лаборант кафедры сестринского дела Кировской ГМА. E-mail: 100-odna@mail.ru.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

УДК 617. 52 – 026. 86

И.О. Походенько-Чудакова, К.В. Вилькицкая

МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ N. ALVEOLARIS INFERIOR, ПЕРВИЧНО ПОДВЕРГНУТОГО ТОКСИЧЕСКОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

*Белорусский государственный медицинский
университет*

I.O. Pohodenko-Chudakova, K.V. Vilkitzkaya

MACROSCOPIC CHANGES AFTER SURGICAL TREATMENT OF N. ALVEOLARIS INFERIOR UNDER FIRST TOXICAL IMPACT

Belarusian state medical university

При токсическом повреждении n. alveolaris inferior необходимо проведение адекватного хирургического лечения с целью декомпрессии нервного ствола и удаления нежизнеспособных тканей, что позволяет в отдаленном периоде макроскопически отметить гиперплазию проксимального конца нервного ствола, в ряде наблюдений – восстановление его целостности, что свидетельствует о регенеративных процессах.

Ключевые слова: нижний альвеолярный нерв, токсическое повреждение, морфологические изменения.

After the toxic damage of n. alveolaris inferior the surgical treatment is required for decompression of the nerve trunk and removal of non-viable tissues which allows avoiding hyperplasia of the proximal end of the nerve trunk in late terms, in a number of observations to restore integrity what confirms the regenerative processes.

Key words: lower alveolar nerve, toxic damage, morphological changes.

Введение

При нарушении правил эндодонтического лечения зубов нижней челюсти высок риск травмы нижнего альвеолярного нерва [6]. Повреждающее действие на ткани сосудисто-нервного пучка нижнечелюстного канала оказывают не только компрессионные, нейротоксические факторы, но и давление, вызванное возникающим отеком и гематомой [3]. Поиск новых путей лечения данного патологического процесса, значительно снижающего качество жизни пациентов, нарушающего трудоспособность, на современном этапе продолжает оставаться актуальным [4]. Нейролиз требует микрохирургического вмешательства в специализированной клинике с целью декомпрессии нерва, удаления избыточного пломбирочного материала, частичной редукции

ей перинеуральной кости и одновременно шадящей тактикой по отношению к нерву [10]. Морфологические изменения в стволе n. alveolaris inferior развиваются в ранние сроки – до 7 суток. Однако при токсическом повреждении данные процессы более выражены, имеют более агрессивное течение, что по данным патоморфологических исследований создает значительно менее благоприятные условия для регенерации нервной ткани и способствует более частому развитию осложнений как гнойно-воспалительного, так и нейрогенного характера [8].

Регенерация периферических участков нервных волокон представляет важнейший биологический компенсаторный процесс. Через несколько часов после повреждения нерва в сохранившихся нервных волокнах центрального участка, который четко ограничен от некротизированной зоны, обнаруживаются начальные реактивные изменения. Концы волокон часто набухшие, их нейрофибриллы разволокнены и из них вырастают пучки новых нейрофибрилл, нередко заканчивающихся колбовидными утолщениями. Выросты образуются как из концов осевых цилиндров, так и в меньшей степени от боковой их поверхности на протяжении до 5 мм выше места травмы [5]. Изучение морфологических изменений при сравнительном анализе регенерации через 12 месяцев на различных моделях повреждения нерва показало, что при резекции толстые нервные волокна отсутствуют, а в пучках среднего диаметра появляются миелинизированные нервные волокна с сохранением избирательного распада миелиновой оболочки [7]. Известно, что чем ниже поврежден нервный ствол, тем быстрее и полнее идет регенерация, поэтому повреждения проксимальных (высоких) отделов нерва имеют худший прогноз по сравнению с повреждениями дистальных (нижних) отделов нерва [2].

Цель работы: в условиях эксперимента определить динамику макроскопических изменений в стволе нижнего альвеолярного нерва при его токсическом повреждении и после выполнения резекции поврежденного участка в пределах здоровых тканей.

Для реализации поставленной цели были определены следующие задачи: 1) выявить изменения макроскопической картины ствола нижнего альвеолярного нерва после проведенного хирургического лечения, включающего декомпрессию и резекцию некротизированного участка; 2) установить зависимость развивающихся изменений в n. alveolaris inferior от длительности пребывания инородного тела (пломбирочного материала) в нижнечелюстном канале.

Материалы и методы

Для изучения повреждений нижнего альвеолярного нерва в качестве модели, согласно данным о строении нижней челюсти, рекомендовано использовать кролика [1]. Выполненные экспериментальные исследования одобрены комитетом по биоэтике УО «Белорусский государственный медицинский университет». В условиях центральной научно-исследовательской лаборатории на серии лабораторных животных в количестве 14 (кроликах породы Шиншилла) было смоделировано токсическое по-

вреждение нижнего альвеолярного нерва при помощи материала для пломбирования корневых каналов зубов. После чего в различные сроки наблюдения (7, 14, 21, 28 сутки, 2, 3, 4 месяца) проводили оперативное вмешательство с целью декомпрессии ствола n. alveolaris inferior и иссечения его в пределах здоровых тканей. Под внутривенным наркозом 1% раствором тиопентала натрия в количестве, рассчитанном относительно массы тела лабораторного животного, и инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина производили разрез в поднижнечелюстной области параллельно нижнему краю тела нижней челюсти, в зоне ранее реализованного выведения пломбировочного материала в нижнечелюстной канал. С целью удаления инородного тела и иссечения некротизированного участка n. alveolaris inferior скелетировали фрагмент наружной кортикальной пластинки с последующим его удалением. После визуализации пломбировочного материала и прилежащего визуально неизмененного нервного ствола по обе стороны от локализации химического агента производили извлечение инородного тела. Далее выполняли метод витального окрашивания 0,2% водным раствором метиленового синего, основанный на том, что при повреждении клеток окрашивание диффузными красителями усиливается, гранулярные же теряют способность образовывать гранулы и окрашивают цитоплазму и ядро диффузно. Причем в живых клетках краситель концентрируется в вакуолях, в погибших – прокрашивает весь протопласт, что дает возможность отличать нежизнеспособные поврежденные клетки от живых [9]. Краситель наносили на открытый участок нижнего альвеолярного нерва с последующей экспозицией в течение 5 секунд для выявления некротизированного сегмента. Затем инстиллировали окрашенную зону 0,9% раствором натрия хлорида и осуществляли иссечение n. alveolaris inferior в пределах неповрежденных тканей. Рану зашивали послойно отдельными узловатыми швами. В послеоперационном периоде для профилактики развития гнойно-воспалительных осложнений назначали антибактериальную терапию.

Через 4 месяца после реализации декомпрессии в сочетании с резекцией нижнего альвеолярного нерва изучали характер макроскопических изменений ствола нижнего альвеолярного нерва для определения эффективности проведенного хирургического лечения в зависимости от длительности воздействия токсического агента.

Результаты и обсуждение

При сравнительной оценке макроскопических изменений периферического отдела нижнего альвеолярного нерва учитывались следующие параметры: цвет, консистенция, целостность, изменение формы и размера проксимального и дистального фрагментов нервного ствола, а также плотность и структура окружающей костной ткани.

Согласно полученным данным, морфологические изменения в стволе n. alveolaris inferior в виде деструкции развиваются уже на 7 сутки наблюдения после возникновения такого осложнения эндодонтического лечения зубов нижней челюсти, как выведение материала для пломбирования корневых каналов в нижнечелюстной канал. С целью максимально приблизить условия эксперимента к реальным клиниче-

ским условиям (учитывая время, необходимое для осуществления диагностики и определения тактики необходимого комплекса лечебных мероприятий в каждом конкретном случае), хирургическое лечение реализовывалось на 7 сутки наблюдения. При изучении макропрепаратов нижнего альвеолярного нерва через 4 месяца после проведения оперативного вмешательства были выявлены следующие изменения. Дистальный отрезок нервного ствола в цвете не изменен, нормальной структуры. Проксимальный отдел в месте резекции значительно расширен, гиперемирован (рис. 1).

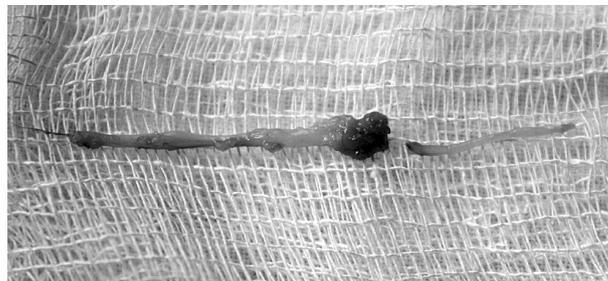


Рис. 1. Нижний альвеолярный нерв через 4 месяца в результате проведения резекции, на 7 сутки после введения пломбировочного материала в нижнечелюстной канал.

При проведении оперативного вмешательства на 14 сутки после создания модели токсического повреждения n. alveolaris inferior наблюдалось образование костной ткани обычной структуры. Нервный ствол в проксимальном участке в зоне ранее проведенной резекции шаровидно расширен, в цвете не изменен, а после утолщения слегка гиперемирован. Дистальный фрагмент изменен в цвете – гиперемирован, с округлым расширением.

После проведения декомпрессии нижнего альвеолярного нерва с последующим иссечением некротизированного участка на 21 сутки в отдаленные сроки наблюдения определяется новообразованная костная ткань. Нарушения целостности нервного ствола не определяется, послеоперационный дефект отсутствует. Выявлено разрастание n. alveolaris inferior в виде «цветной капусты» в зоне ранее проведенной резекции. Наблюдалось расширение и утолщение дистального концевой фрагмента нервного ствола. Изменения цвета и консистенции периферического отдела нижнего альвеолярного нерва не отмечалось.

При реализации оперативного вмешательства на 28 сутки в макропрепаратах констатировали расширение нервного ствола в исследуемой области. Нерв выступал из нижнечелюстного канала над новообразованной наружной кортикальной пластинкой нижнего края тела нижней челюсти, не изменен в цвете и по структуре. Нерв был непрерывен на всём протяжении, характеризовался значительным расширением в зоне резекции. Костная ткань в зоне токсического воздействия была муфтообразно гиперплазирована.

Макроскопические изменения в нижнем альвеолярном нерве при реализации декомпрессии и резекции через 2 месяца характеризовались расширением проксимального фрагмента в зоне проведения оперативного вмешательства, его уплощением по на-

правлению к дистальному фрагменту. Нервный ствол незначительно гиперемирован.

При проведении хирургического лечения через 3 месяца после химического воздействия пломбировочного материала на отдаленных сроках наблюдения изменений цвета нервного ствола не отмечалось. В зоне операции определялось значительное расширение нижнего альвеолярного нерва, его спаянность с подлежащими тканями. Дистальный фрагмент n. alveolaris inferior был изменен незначительно, отмечались единичные булавовидные расширения по ходу нерва.

При проведении оперативного вмешательства через 4 месяца после начала токсического воздействия на нижний альвеолярный нерв структура костной ткани изменена незначительно, определялся участок новообразованной костной ткани с небольшим выбуханием наружной кортикальной пластинки на внутренней поверхности тела нижней челюсти. Нервный ствол был слегка гиперемирован, целостность его не нарушена, а в зоне резекции n. alveolaris inferior определялось расширение дистального и проксимального фрагментов с уплощением в направлении послеоперационного дефекта и образованием соединительного мостика (рис. 2).

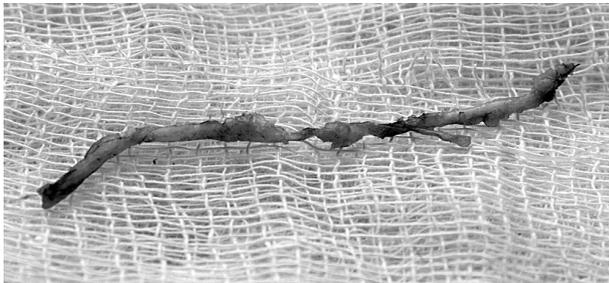


Рис. 2. Нижний альвеолярный нерв спустя 4 месяца в результате проведения резекции на сроке наблюдения 4 месяца после токсического воздействия.

Выводы

При токсическом повреждении нижнего альвеолярного нерва ввиду возникающих непосредственно после травматизации морфологических изменений необходимо проведение адекватного хирургического лечения с целью декомпрессии нервного ствола и удаления нежизнеспособных тканей. При проведении данного оперативного вмешательства в отдаленном периоде макроскопически отмечается гиперплазия проксимального конца нервного ствола, в ряде наблюдений с восстановлением ее целостности, что может свидетельствовать о регенеративных процессах.

Список литературы

1. Бернштейн Б.И. Анатомия нижнего луночкового нерва у человека и нижнечелюстного альвеолярного нерва у некоторых животных: автореферат дис... канд. мед. наук: 14.00.21; МЗ КССР Киргизский ГМИ. Фрунзе, 1966. 31 с.
2. Гетьман И.Б. Оперативная хирургия. М.: «ЭКМО», 2007. 160 с.
3. Григорьянц Л.А., Сирак С.В. Лечение травм нижнеальвеолярного нерва, вызванных выведением пломбировочного материала в нижнечелюстной канал // Клиническая стоматология. 2006. № 1. С. 52–56.
4. Григорьянц Л.А., Сирак С.В. Тактика оперативного вмешательства при выведении пломбировочного материала в нижнечелюстной канал // Стоматология. 2006. № 2. С. 34–36.
5. Жаботинский Ю.М. Патоморфология периферической соматической нервной системы // Много-томное руководство по патологической анатомии. Т. 2. Патологическая анатомия нервной системы; под ред. Б.С. Хоминского. М.: «Медгиз», 1982. С. 693–698.
6. Коробкеев А.А., Сирак С.В., Михайленко А.А. Особенности анатомо-топографического строения нижней челюсти как одного из факторов риска выведения пломбировочного материала в нижнечелюстной канал // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2008. № 1. С. 45–49.
7. Лобут О.А., Макарова Н.П., Медведева С.Ю. Репаративная регенерация нервных волокон после симпатэтомии. Экспериментальное исследование // Ангиология и сосудистая хирургия. 2005. Т. 11. № 1. С. 30.
8. Недзьведь М.К., Походенько-Чудакова И.О., Вилькицкая К.В. Морфологические изменения нижнего альвеолярного нерва травматического и токсического генеза в условиях эксперимента // Комплексный подход к профилактике, лечению и реабилитации пациентов стоматологического профиля: сб. материалов 10-й международной специализир. выставки «Стоматология Беларуси-2011» (Минск, 9–11 ноября 2011 г.); под ред. Н.А. Юдиной, В.И. Азаренко, И.Е. Шотт, С.Н. Храменко; ред. кол. А.С. Артюшкевич [и др.]. Минск: ЗАО «Техника и коммуникации», 2011. С. 287–289.
9. Суздальская И.П. Руководство по цитологии. Т. 1–2. М.–Л., 1965. 66 с.
10. Kornmann F., Haessler D. Предупреждение повреждений нижней челюсти в результате избыточного заполнения корневого канала пломбировочным материалом // Квинтэссенция. 2002. № 5–6. С. 41–44.

Сведения об авторах

Походенько-Чудакова Ирина Олеговна – зав. кафедрой хирургической стоматологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук, профессор; e-mail: ip-c@yandex.ru.

Вилькицкая Кристина Вадимовна – аспирант кафедры хирургической стоматологии УО «Белорусский государственный медицинский университет».

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА ЧЕЛОВЕКА

УДК 616.314-002:616.314.17-008.1-053.5-084-083(470.342)

С.Н. Громова, В.Ю. Никольский

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ И БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ Г. КИРОВО-ЧЕПЕЦКА

Кировская государственная медицинская академия

S.N. Gromova, V.Yu. Nikolsky

ANALYSIS OF THE RESULTS OF COMPREHENSIVE PROGRAM OF PREVENTATIVE MEASURES OF DENTAL CARIES AND PERIODONTAL DISEASES OF KIROV-CHEPETSCK CHILDREN

Kirov state medical academy

Авторами была разработана Комплексная программа профилактики кариеса зубов и болезни пародонта у детей города Кирово-Чепецка «Жемчужная улыбка» на 2004–2007 гг. Сначала были изучены характеристики заболеваемости и особенности климатогеографических условий. Затем был разработан сценарий творческой игры «Спасение Королевы Зубной Щетки от Страшного Кариеса», который занял первое место во Всероссийском конкурсе «Лучший сценарий урока гигиены полости рта для детей» в 2005 г. Внедрение профилактической программы среди учащихся 3-х классов позволило улучшить гигиеническое состояние полости рта на 79,3%, увеличить устойчивость зубной эмали к кариесу на 52% и снизить в 2,7 раза прирост интенсивности кариеса.

Ключевые слова: программа профилактики стоматологических заболеваний, гигиена полости рта, интенсивность кариеса.

The comprehensive program of prevention of caries of teeth and periodontal diseases of children of the city of Kirovo-Chepetsk «A pearl smile» for 2004–2007 was developed by the authors. At first the incidence characteristics and climatogeographic conditions were studied. Then scenario of the creative game «Saving the Toothbrush Queen from a Terrible Caries» was developed, which won the 1-st prize at the national Russian competition «The best scenario of a lesson of hygiene of mouth cavity for children» in 2005. Introduction of the preventive measures program among third-year pupils allowed to improve a hygienic condition of mouth cavity by 79.3%, to increase resistance of tooth enamel to caries by 52% and to lower caries intensity growth by 2,7 times.

Key words: Program for the prevention of dental diseases, oral hygiene, caries intensity.

Кариес зубов и воспалительные заболевания пародонта по-прежнему остаются основной, наиболее распространенной патологией полости рта, встречающейся у подавляющего большинства взрослого и детского населения. Только первичная профилактика, включающая в себя систему воспитательных мер, на-

правленных на предупреждение стоматологических заболеваний путём устранения причин и условий их возникновения, может привести к желаемому оздоровлению населения [1, 3, 5].

Профилактика – это система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение заболеваний. Профилактика стоматологических заболеваний является одной из важнейших составляющих комплексной программы оздоровления населения [2, 4].

В ряде работ последних лет говорится о готовности и желании населения и системы здравоохранения к реализации программ профилактики в области стоматологии [5]. Во многих городах: Москве, Самаре, Санкт-Петербурге – разрабатывают программы для отдельных школ и районов. Успешно проходила 10-летняя Всероссийская школьная профилактическая стоматологическая программа (руководитель Аврамова О.Г.), в Псковской области проходила программа совместно со шведскими стоматологами (руководитель – Яковлева Т.С.).

С 2004 г. в СТАР образована Ассоциация гигиенистов стоматологических. Гигиенист – первый помощник врача-стоматолога в реализации таких программ. В зависимости от выбранного контингента выделяют методы индивидуальной и массовой групповой профилактики. Групповой способ – наиболее удобный при работе с группами (классами) детей в школах [1].

Опираясь на предложенную Министерством здравоохранения Российской Федерации Модель территориальной комплексной программы «Детская стоматология» от 21 октября 2003 г. [3], мы разработали «Комплексную программу профилактики кариеса зубов и болезни пародонта у детей г. Кирово-Чепецка «Жемчужная улыбка» на 2004–2007 гг.».

В первую очередь проанализировали ситуацию в нашем городе. Интенсивность кариеса у школьников начальных классов $3,67 \pm 0,03$. К 12 годам распространенность – 71,14%, интенсивность – 3,18%. Прирост интенсивности составляет 81%. По рекомендациям ВОЗ к 2000 г. КПУ ≤ 3 , а к 2010 г. – $\leq 1,5$. Данные нашего региона говорят о средней, ближе к высокой интенсивности кариеса. Особенности климатогеографических условий: сниженное содержание фтора в воде 0,1 мг/л (при норме 0,8 мг/л), сниженное содержание йода, что приводит к дисфункции щитовидной железы. Нарушается фосфорно-кальциевый обмен, следствием этого является увеличение распространенности и интенсивности кариеса зубов, болезни пародонта.

Целью программы стало: сохранить здоровье детей, пропагандировать здоровый образ жизни, правильное и рациональное питание, сформировать у детей представление о том, что человеку необходимо, как можно дольше сохранить крепкие и здоровые зубы, заложить основы навыка посещения стоматолога и ухода за полостью рта.

Задачи данной программы

1. Создать условия для укрепления здоровья учащихся через урочную и внеурочную деятельность.

2. Снабдить детей необходимой информацией о средствах гигиены полости рта и их правильном использовании, рациональном питании.

3. Привлечь внимание детей и родителей к стоматологическому здоровью.

Для решения данных задач мы выбрали учеников 3-х классов МОУ СОШ с углубленным изучением отдельных предметов №12 города Кирово-Чепецка. Материальное обеспечение составляло: санитарно-просветительные материалы, медикаменты, средства и предметы гигиены полости рта (рис.1–5).

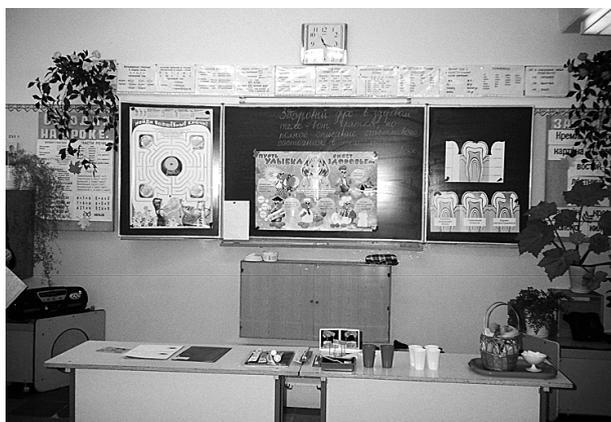


Рис. 1. Стоматологический праздник для детей – оформление класса.



Рис. 2. Занятие детей по специальной рабочей тетради.



Рис. 3. Занятия детей со стоматологом.



Рис. 4. Отработка правильных движений при чистке зубов.



Рис. 5. Контролируемая чистка зубов в кабинете у врача.

Для наглядности предлагаемых детям методов профилактики был разработан сценарий творческой игры «Спасение королевы зубной щетки от страшного кариеса», рассчитанный на 3 урока в 3–4-х классах. Сценарий занял первое место во Всероссийском конкурсе «Лучший сценарий урока гигиены полости рта для детей» и опубликован в газете «Стоматологический колледж», сентябрь 2005 г., выпуск 02/03.

В первый день врач проводила теоретические занятия с детьми о том, что нужно в первую очередь для проведения гигиенических мероприятий. Необходимо было познакомиться с основным предметом гигиены – зубной щеткой. Для этого школьники знакомились с основными правилами выбора зубной щетки.

Правила выбора зубной щетки

1. Необходимо выбирать щетку с мягкой щетиной.
2. Длина головки щетки должна быть равна ширине 2–3-х зубов.
3. Перед чисткой и после чистки зубов необходимо вымыть щетку.
4. Щетка храниться в индивидуальном стакане щетиной вверх.
5. Не рекомендуется давать свою зубную щетку другому.
6. Нельзя использовать щетку для других целей.

Помимо щетки для чистки зубов необходима и паста. Детям предлагалось назвать зубные пасты, которыми они пользуются. Ребятам объясняли, какие

вещества необходимы для формирования здоровых зубов после их прорезывания в период активной смены зубов, рекомендовались пасты, содержащие фториды, кальций и фосфаты.

Далее врач объясняла состав паст и на что обращать внимание при ее выборе. Она показывала, сколько использовать пасты на одну чистку, и предлагала решить простую задачу: «На одну чистку зубов расходуется 1 г зубной пасты. На сколько чисток хватит тубы, содержащей 70 г пасты? 90 г пасты? На сколько дней хватит этих же туб, если зубы чистить два раза в день».

Ну и, конечно же, объясняла правила чистки зубов. В дальнейшем шла отработка практических навыков в кабинете у врача с определением гигиенических индексов и ежедневная чистка под контролем врача после еды в школе. А дома на себя роль контролеров брали родители.

На второй день (второе занятие) доктор в доступной форме рассказывала о строении зуба и прилегающих к нему тканях. Врач говорила об этапах развития кариеса и объясняла, когда зубы лечить больно, а когда нет. Ребята сами отмечали все этапы разрушения в специальных рабочих тетрадах. Дети делились впечатлениями от посещения стоматологического кабинета. Заканчивалось все коллективной контролируемой чисткой зубов.

Третий день был игровой. Ребята разбивались на 3 команды, проводили блицопрос, который позволял определить уровень усвоенного материала. Ученики с удовольствием заполняли анкету по определению уровня знаний у школьников, разработанную кафедрой стоматологии детского возраста Тверской государственной медицинской академии (приложение). Ребятам вручались зубные пасты и щетки. Все завершалось просмотром мультфильма про доктора Кролика.

С родителями проводились собрания. На них им рассказывалось о необходимости гигиенических мероприятий, проводимых с детьми. Они обучались стандартному методу чистки зубов. Возлагалась ответственность по контролю над исполнением гигиенических манипуляций дома. При этом многие дети обучили членов своей семьи правильным методикам чистки зубов, пользованию зубной нитью. Родителей просили исключить из рациона детей «вредные продукты», богатые углеводами, давать больше фруктов, овощей, молочных продуктов. Нужно отметить, что при работе в школе профилактической программы в течение 3-х лет мы не получили негативного отношения ни со стороны родителей, ни со стороны детей. Контроль гигиенических мероприятий проводился в течение учебного года со стороны учителя и врача-стоматолога.

Результаты внедрения программы

Программа была рассчитана на 3 года. Предварительные исследования, как и ожидалось, показали положительную динамику:

- улучшилось гигиеническое состояние полости рта на 79,3%;
- снизились явления воспаления на десне на 88,2%;
- увеличилась устойчивость зубной эмали к кариесу на 52%;
- через год наблюдений у обученных детей прирост интенсивности кариеса составил 5,7% (у 52 учеников выявлено всего 8 новых полостей); через 2 года 36% (26 новых полостей). Для сравнения у школьников, не участвующих в программе, прирост интенсивности кариеса через год составил 96%, а через 2 года – 98%, то есть прирост интенсивности кариеса сократился в 2,7 раза;

АНКЕТА ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ УРОВНЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ

Фамилия, имя _____

Полных лет _____, школа № _____, класс _____

1. Каждый ли день ты чистишь зубы? (да, нет)
2. Сколько раз в день ты чистишь зубы? а) 1 раз; б) 2 раза; в) совсем не чищу.
3. Когда ты чистишь зубы? а) утром до завтрака; б) после завтрака; в) вечером после ужина.
4. Чем ты чистишь? а) порошок (какой); б) паста (какая).
5. Сколько времени занимает у тебя чистка зубов? а) 1 минуту; б) 3 минуты; в) 5 минут.
6. Какие движения используешь при чистке зубов?
а) вертикальные; б) вращательные; в) горизонтальные; г) все виды движений.
7. Есть ли у тебя своя зубная щетка? а) да; б) нет.
8. Как ты ухаживаешь за своей зубной щеткой? а) мою после каждой чистки зубов водой; б) с мылом; в) совсем не мою.
9. Как ты хранишь зубную щетку? а) в стакане щетиной вверх; б) в стакане щетиной вниз; в) в футляре.
10. Как часто ты меняешь щетку? а) 1 раз в год; б) 2 раза в год; в) 1 раз в 3 месяца; г) не меняю.
11. Полощешь ли ты рот водой после еды? а) да, б) нет.
12. Какие средства ухода за полостью рта ты еще знаешь?

1 _____, 2 _____, 3 _____

13. Нужно ли обращаться к врачу, если зубы не болят? (да, нет)
14. Сколько раз в год нужно посещать стоматолога? а) 1 раз; б) 2 раза; в) чаще.
15. Влияют ли заболевания зубов на общее состояние организма? (да, нет)
16. Из каких источников ты получил знания по гигиене полости рта? а) родители; б) воспитатели в детском саду; в) школьные медики; г) учителя; д) друзья; е) другие источники.
17. Много ли ты употребляешь сладостей и мучных изделий? а) много; б) мало; в) совсем не употребляю.
18. Делаешь ли ты утреннюю гимнастику? (да, нет)

– распространенность кариеса у детей, участвующих в стоматологической программе, составила в 12-летнем возрасте 15%;
– у всех детей отсутствовал страх перед стоматологом.

Выводы

Регулярные теоретические занятия и ежедневную чистку зубов детьми в возрасте 10 лет под контролем врача-стоматолога необходимо проводить в организованных детских коллективах, так как это способствует:

1. Выработке стойких навыков регулярной гигиены полости рта.
2. Формированию правильных привычек в выборе питания.
3. Значительному увеличению кислотоустойчивости эмали и скорости ее реминерализации и соответственно повышению резистентности эмали зубов к кариесу, что приведет в конечном итоге к снижению распространенности и интенсивности кариеса у детей в возрасте 12 лет.
4. Лучшему очищению зубов от налета, выраженному снижению воспалительной реакции десны.
5. Отсутствию страха перед стоматологическими манипуляциями, а следовательно, регулярному осмотру каждые 6 месяцев.

На основании всего изложенного мы ещё раз убедились в эффективности комплексного подхода к профилактике стоматологических заболеваний у детей и рекомендуем:

- разрабатывать и внедрять в школах программы профилактики в начальных классах в рамках уроков «Ознакомление с окружающим миром»;
- подключать к работе с детьми родителей, медиков школ и педагогов;
- руководство программами осуществлять врачу-стоматологу.

И тогда улыбка наших детей будет поистине белоснежной!

Список литературы

1. Аврамова О.Г., Шевченко С.С. Опыт организации комплексной школьной программы по профилактике стоматологических заболеваний у детей // Материалы XVI Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы в стоматологии». М., 2006. С. 4–7.
2. Виноградова Т.Ф. Стоматология детского возраста (Руководство) / Т.Ф. Виноградова, О.П. Максимова, В.В. Рогинский и др. // М.: Медицина. 1987. 526 с. С. 76–185.
3. Кузьмина Э.М. Типовая модель для разработки регионально ориентированных программ профилактики стоматологических заболеваний, предназначенных для детского населения. / Э.М. Кузьмина // Стоматология детского возраста и профилактика. 2003. № 3–4. С. 23–27.
4. Леонтьев В.К. Система организации гигиенического воспитания населения при проведении первичной профилактики кариеса зубов у детей / В.К. Леонтьев, В.Г. Сунцов, В.А. Дистель // Стоматология. 1986. № 1. С. 67–71.
5. Хамадеева А.М., Архипов В.Д. Профилактика основных стоматологических заболеваний: учебное пособие. Самара, 2001, 230 с.

Сведения об авторах

Громова Светлана Николаевна – к.м.н., ассистент кафедры стоматологии Кировской ГМА, e-mail: Gromova SN@yandex.ru.

Никольский Вячеслав Юрьевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии Кировской ГМА, e-mail: nikolsky.stom@yandex.ru.

УДК:618.29:618.3–06:618.2–084.

М.П. Плясунова¹, С.В. Хлыбова²

ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ: МЕДИКО- СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

¹Северная городская клиническая больница
²Кировская государственная медицинская академия

M.P. Plyasunova¹, S.V. Khlybova²

RISK FACTORS FOR NON- DEVELOPING PREGNANCY: MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS

¹Northern municipal clinical hospital
²Kirov state medical academy

С помощью созданной нами анкеты и данных, полученных из амбулаторных карт, оценили социально-биологический статус, репродуктивный анамнез и состояние здоровья 125 женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе и сравнили их с аналогичными параметрами здоровых беременных. Женщины с неразвивающейся беременностью чаще были одиноки, курили, рано начинали половую жизнь и имели больше половых партнеров. Среди факторов, приводящих к неразвивающейся беременности, существенную роль играли инструментальные вхождения в полость матки и наличие хронической урогенитальной инфекции.

Ключевые слова: невынашивание, беременность, реабилитация.

With the help of the survey that we created and data collected from outpatients, we evaluated the social and biological status, reproductive history and health status of 125 women with a history of non-developing pregnancy, compared them with the same parameters of healthy pregnant women. Women with non-developing pregnancy more often were single, smoked, began sexual activity early and had more sexual partners. Among the factors leading to non-developing pregnancy, the significant role was played by instrumental entry into the uterine cavity and the presence of chronic urogenital infection.

Key words: non-developing pregnancy, pregnancy, rehabilitation.

Актуальность

В настоящее время невынашивание беременности занимает одно из первых мест среди важней-

ших проблем практического акушерства. По данным экспертов ВОЗ, 15% всех зарегистрированных желанных беременностей заканчивается спонтанными абортными, в том числе 3% – привычной потерей беременности [5].

На частоту невынашивания беременности оказывает влияние достаточно много различных факторов. На эту тему проведено большое количество исследований, которые демонстрируют полиэтиологический характер невынашивания: от социальных факторов и анамнестических данных до особенностей течения беременности на разных этапах. В России в настоящее время в структуре невынашивания беременности увеличился процент неразвивающихся беременностей (НБ) среди самопроизвольных и неуточненных абортов [3]. Частота НБ среди случаев самопроизвольных абортов, по данным Радзинского В.Е. (2008), составляет 24,5–28,6%. В основной массе имеющихся исследований, посвященных этой проблеме, есть достаточно противоречивые данные, касающиеся отдельных моментов анамнеза. Из большинства заключений экспертов видно, что значительную группу составляют острые и хронические инфекционные экстрагенитальные заболевания матери и смешанная вирусно-бактериальная инфекция полового тракта [3]. Доказано неблагоприятное влияние на течение беременности персистирующей патогенной и условно-патогенной флоры типа хламидий, микоплазм, вируса простого герпеса, цитомегаловируса, токсоплазмы и др. Остальные аспекты анамнеза и образа жизни пациенток с НБ изучены недостаточно, что представляет существенный интерес. Одной из причин невынашивания и, в частности, НБ в последнее время считается хронический эндометрит (ХЭ), который по данным разных авторов у пациенток с невынашиванием беременности встречается с частотой от 23% до 86,7% [1, 4, 6, 7, 8, 9]. Учитывая то, что до настоящего времени окончательно не решен вопрос профилактики ХЭ после эвакуации плодного яйца при прерванной беременности или при других вхождениях в полость матки, важным становится также вопрос о роли других провоцирующих факторов, способствующих, кроме хронического воспаления, привычному невынашиванию беременности. Таким образом, факт выявления в анамнезе и социальных аспектах всех триггерных моментов является актуальным.

Материалы и методы

С целью изучения социально-биологических факторов и гинекологического анамнеза нами проанализированы 175 историй болезни женщин с НБ, наблюдавшихся в женской консультации Северной городской клинической больницы г. Кирова в 2010–2012 годах. Для исследования, кроме индивидуальных карт беременной и родильницы (ф.111) и карт амбулаторного больного (ф.025/у–04) использовали анкету, разработанную на кафедре акушерства и гинекологии ИПО Кировской ГМА. Данная анкета содержит перечень вопросов, сформированных в 3 блока: социальный статус, акушерско-гинекологический анамнез и течение последней беременности, завершившейся невынашиванием. Она позволяет оценить социальный портрет, наличие профессиональных вредностей, патологические привычки, поведенческие факторы, менструальную функцию с момента

менархе, течение всех беременностей, включая методы опорожнения полости матки при неудачных беременностях и наличие реабилитации в постабортном периоде, гинекологический анамнез, методы контрацепции, течение последней прервавшейся беременности.

Все пациентки (n=175) были разделены на 2 группы: в группу 1 вошли женщины, имеющие в анамнезе НБ в I триместре в сроке от 4 до 12 недель, проходящие обследование в условиях женской консультации (n=125, средний возраст 27,62±0,56 года); группа 2 – женщины с физиологическим течением беременности (n=50, средний возраст 27,85±0,65 года).

Группы были сопоставимы по всем показателям и тщательно подобраны для исключения влияния случайных факторов.

Результаты исследования подвергнуты статистической обработке методом вариационной статистики. Определяли среднюю арифметическую величину (M) и ошибку среднего (m). При этом различия между количественными показателями оценивали по t-критерию Стьюдента, а между качественными – по критерию хи-квадрат, считая их достоверными при $p < 0,05$ [16].

Результаты и обсуждение

Результаты исследования показали, что женщины всех групп не отличались между собой по следующим характеристикам: рост, вес, частота зарегистрированного брака на момент наступления беременности, уровень образования, занимаемая должность. По семейному статусу выявлено существенное различие по количеству одиноких женщин. Их число преобладало в группе 1 (21,6% против 4,0%, $p < 0,05$). Достоверно большим в группе 1 было число постоянно курящих женщин (36,8% против 14,0%, $p < 0,05$). При этом частота пассивного курения и курения во время беременности в обеих группах не отличалась.

Оценка условий профессиональной деятельности во время беременности выявила, что у женщин группы 1 достоверно чаще отсутствовали вредные условия труда (65,6% против 34,0%, $p < 0,05$) и группа 1 достоверно реже работала в течение 5–10 лет с профессиональными вредностями (6,4% против 30,0%, $p < 0,05$). При оценке профессиональных вредностей не выявлено различия между группами по наличию ночных смен, стрессов, неблагоприятных температурных режимов. Выяснено лишь, что женщины группы 1 достоверно реже испытывают физические нагрузки на работе (0,8% против 8,92%, $p < 0,05$). Таким образом, согласно нашему исследованию, профессиональные вредности на вынашивание беременности в I триместре не влияют.

Возраст менархе, наличие нарушений менструального цикла, продолжительность менструальных выделений в обеих группах одинаково. Определена достоверная разница продолжительности менструального цикла, он существенно длиннее у пациенток группы 1 (31,00±0,31 дня против 28,13±0,33 дня, $p < 0,05$). Половой дебют у респонденток группы 1 состоялся значительно раньше (17,61±0,21 года против 19,15±0,3 года, $p < 0,05$). Также пациентки группы 1 имеют значительно больше половых партнеров в сравнении с пациентками группы 2 (3,41±0,31 против 2,08±0,16, $p < 0,05$).

Женщины обеих групп не отличались по количеству беременностей ($2,77 \pm 0,21$ и $2,51 \pm 0,23$), количеству первобеременных пациенток (32,0% против 34,0%) и по количеству родов в анамнезе ($31,2 \pm 4,14$ против $48,0 \pm 7,07$). Анкетированные женщины группы 1 значительно реже, чем женщины группы 2, использовали контрацепцию. В частности, комбинированные оральные контрацептивы (КОК) (18,4% против 50,0%, $p < 0,05$), внутриматочные системы (4,8% против 24,0%, $p < 0,05$), барьерные методы (32,8% против 62,0%, $p < 0,05$).

Обнаружена существенная разница по количеству «вхождений в матку», а именно с целью выскабливаний по поводу самопроизвольных выкидышей, искусственных абортов, диагностических и лечебных гистероскопий и повторных выскабливаний в связи с наличием остатков плодного яйца и других осложнений ($1,77 \pm 0,05$ против $0,72 \pm 0,04$, $p < 0,001$). Кроме того, имела отличия и структура вхождений в полость матки. Так, у женщин группы 1 по сравнению с женщинами группы 2 преобладали экстренные выскабливания полости матки в связи с самопроизвольным прерыванием беременности (75,51% против 13,89%, $p < 0,05$). В то время как в группе 2 чаще выполнялись плановые искусственные аборты (14,8% против 75,0%, $p < 0,05$). Разницы между частотой гистероскопии и повторных выскабливаний полости матки при наличии осложнений (после первичных опорожнений матки) не выявлено. Несмотря на то, что в обеих группах проводились реабилитационные мероприятия после внутриматочных вмешательств (антибактериальная терапия, физиотерапия, прием КОК на период не менее 3 месяцев), в группе 1 процент женщин, получавших реабилитацию, существенно ниже, чем в группе 2 (20,54% против 40,00%, $p < 0,001$).

Обследование на хронические урогенитальные инфекции (ХУГИ) было проведено в обеих группах с одинаковой частотой. Определена разница в выявлении ХУГИ: пациентки группы 1 страдали этими инфекциями значительно чаще (58,33% против 20,45%, $p < 0,05$). Четкого преобладания инфектов в обеих группах выявлено не было. Так, с одинаковой частотой встречаются *Ureaplasma urealyticum* (50,79% и 66,67%), *Mycoplasma genitalium* (3,17% и 11,11%), *Chlamidia trachomatis* (26,98% и 11,11%) и микст-инфекции (17,46% и 11,11%).

При этом практически одинаковое количество женщин прошли курс лечения до беременности, но эффективность лечения в группе 1 была значительно ниже. Так, после проведения контрольного исследования на ХУГИ в группе 1 излечено 19,05% против 77,78% в группе 2 ($p < 0,05$).

При оценке гинекологического анамнеза не выявлено разницы в наличии у респонденток таких заболеваний, как фоновые болезни шейки матки (26,29% и 36,00%), миома матки (1,71% и 2,00%), эндометриоз (1,71% и 2,00%), бесплодие (3,43% и 2,00%), ВЗОМТ (5,43% и 2,00%), кольпиты (14,86% и 14,00%). Анализируя оперативный анамнез этих женщин, мы не увидели разницы в количестве перенесенных операций на органах малого таза, в том числе рассмотрев экстренность и доступ при операциях, принципиального отличия выявлено не было.

При изучении экстрагенитальной патологии установлено, что количество пациенток с варикозным расширением вен в группе 1 существенно ниже, чем

в группе 2 (3,57% против 37,5%, $p < 0,05$). В остальных нозологиях (заболевания сердечно-сосудистой системы, щитовидной железы, печени, мочевыделительной системы, анемиях и заболеваниях соединительной ткани) разницы не найдено. Также не установлено различий в использовании лекарственных препаратов в I триместре беременности и количеству женщин, перенесших острые респираторные инфекции в этот период гестации.

В анкету нами были включены вопросы по наличию в I триместре беременности бытовых моментов, которые также могут влиять на ее течение, как-то: авиаперелеты, длительные железнодорожные поездки, активные занятия спортом (фитнес, аквааэробика, йога, пилатес) и кормление грудью. При этом достоверных различий у женщин обеих групп не выявлено.

Выводы

Таким образом, формированию НБ может способствовать отсутствие семейного благополучия, курение, раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров, частые инструментальные вхождения в полость матки с отсутствием полноценной реабилитации, наличие ХУГИ и нерациональная терапия этих заболеваний. У таких пациенток увеличивается продолжительность менструального цикла, что можно объяснить изменениями в структуре эндометрия, затрудняющими секреторную трансформацию и отторжение, возникшими вследствие частых оперативных вмешательств. При этом наличие вредных условий труда, в частности, физических нагрузок на вынашивание беременности не влияет. Также не установлена взаимосвязь между непродолжительным использованием внутриматочных контрацептивов и НБ. В то же время применение КОК и барьерных методов контрацепции, оказывающих регулирующее влияние на гормональный фон и контролирующих инфекцию, будет способствовать сохранению беременности. Также важна полноценная реабилитация, проводимая после внутриматочных процедур, которая снижает вероятность возникновения НБ. Значительную роль в возможности выносить беременность играют ХУГИ, которые необходимо выявлять и санировать до наступления беременности с обязательным лабораторным контролем.

Таким образом, все вышеуказанные моменты необходимо отслеживать в период предгравидарной подготовки и по возможности корректировать их. При планировании беременности необходимо учитывать все предыдущие гестации, их течение и результат, возможное влияние на структуру эндометрия, чтобы заранее провести мероприятия, направленные на устранение всех патологических моментов в будущей беременности.

Список литературы

1. Дубницкая Л.В., Назаренко Т.А. Хронический эндометрит: возможности диагностики и лечения // Репродуктивное здоровье женщины. 2007. Т. 9, №6. С. 7–10.
2. Проданчук Е.Г. Тактика ведения беременных с несостоявшимся выкидышем: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Омск, 2010. 21 с.
3. Серов В.Н., Коган Е.А., Силантьева Е.С., Шуришалина А.В., Ежова Л.С., Дебольская А.И. Ком-

плексное лечение хронического эндометрита: клинико-морфологическое обоснование использования физиотерапии. //Акушерство и гинекология. 2006. №3. С. 46–50.

4. *Татильская Н.И.* Фармакологическая коррекция невынашивания беременности новыми гестагенами прегнанового ряда в эксперименте и клинике: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. СПб, 2002. 40 с.

5. *Шишканова О.Л.* Оптимизация тактики лечения хронического эндометрита у пациенток с нарушением репродуктивной функции с использованием импульсной электротерапии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 2008. 25 с.

6. *Шуришалина А.В., Дубницкая Л.В.* Иммуномодулирующая терапия в программе реабилитации пациенток с хроническим эндометритом. //Российский вестник акушера-гинеколога. 2006. №1. С. 7–10.

7. *Шуришалина А.В., Ежова Л.С., Силантьева Е.С.* Патогенетические подходы к терапии хронического эндометрита //Акушерство и гинекология. 2004. №6. С. 54–56.

8. *Эллиниди В.Н.* и др. Современные возможности диагностики хронического эндометрита // Журнал акушерства и женских болезней. 2003. Т.ЛII. Выпуск 3. С. 64–68.

Сведения об авторах

Плясунова Марина Петровна – заочный аспирант кафедры акушерства и гинекологии ИПО КГМА, врач акушер-гинеколог КОГБУЗ «Северная городская клиническая больница», женская консультация, тел. 23-42-65 (раб.). E-mail: 89226680205@ Rambler.ru.

Хлыбова Светлана Вячеславовна – д.м.н., заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ИПО КГМА. E-mail: svekhlybova@yandex.ru.

УДК 364-7+614.8

Л.Г. Шамова, Е.Н. Касаткин, Ю.К. Царев

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ В СФЕРЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ И ДРУГИХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Кировская государственная медицинская академия

L.G. Shamova, Ye.N. Kasatkin, Yu.K. Tsarev

SAFETY OF SOCIAL WORKERS IN THE SPHERE OF SERVICES WHO SUFFERED FROM NATURAL DISASTERS AND OTHER EMERGENCY SITUATIONS

Kirov state medical academy

Проблематика обеспечения безопасности социальных работников в сфере обслуживания, пострадав-

ших от стихийных бедствий и других чрезвычайных ситуаций, остается востребованной обществом и государством. Работники социальных служб участвуют в ликвидации последствий ЧС, имеющих техногенный характер, последствия которых сказываются на состоянии их здоровья. В данной статье рассмотрены мероприятия по профилактике «профессионального выгорания» социальных работников. Сделан анализ деятельности работников социальной сферы и методики повышения эффективности работы в условиях чрезвычайных ситуаций. Показано значение использования международного опыта социальных работников Великобритании, Дании в практике создания российской инновационной модели безопасности и поддержки работников социальной службы в условиях стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций.

Ключевые слова: социальные работники, сфера обслуживания, безопасность, эффективность, стихийные бедствия, чрезвычайные ситуации, профилактика, «профессиональное выгорание», посттравматическая реабилитация, кейс-методики, тренинг.

Problems of safety of social workers in the sphere of services who suffered of natural disasters and other extraordinary situations remain urgent for the society and state. Social workers take part in liquidation of consequences of extraordinary situations. The consequences are of technogenic character. They tell unfavorably on social workers' health. The current article analyzes preventive measures for «professional burning out». Analyses of social workers' activities and methods of increase of their effectiveness in extraordinary situations were done. The use of social workers' international experiences in Great Britain and Denmark was also shown. Practice of the Russian innovative model of safety and support of social workers in natural disasters and extraordinary situations were also shown.

Key words: social workers, sphere of services, safety, effectiveness, natural disasters, prevention, preventive burning out, posttraumatic rehabilitation, case techniques, training.

Проблематика обеспечения безопасности социальных работников в сфере обслуживания в условиях стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций остается востребованной государством и обществом. На современном этапе в социальной сфере заняты более 500 тысяч человек; большинство из них – женщины, которые принимают активное участие в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. Д.А. Медведев на встрече с участниками третьего съезда социальных педагогов и социальных работников подчеркнул, что люди, работающие в данной отрасли, – это люди особые, они в силу своих убеждений и психологической настроенности способны работать с очень непростым контингентом людей, причем работать зачастую в крайне непростых условиях и за небольшую плату [6].

В России чрезвычайные ситуации происходят в последние годы в городе Москве, Кемеровской области, в Республике Северная Осетия – Алания, в этом году произошло стихийное бедствие в виде крупномасштабного наводнения на территориях Республики Саха (Якутия), Приморского и Хабаровского краев, Амурской и Магаданской областей, Еврей-

ской автономной области, повлекшее за собой горе и страдания людей. Чрезвычайная ситуация возникла в городе Волгограде в связи с террористическим актом – взрывом в автобусе, повлекшим гибель людей.

Для обеспечения безопасности личности, общества и государства от внешних и внутренних угроз во всех сферах была принята 13 января 2000 г. Концепция национальной безопасности – это система взглядов на обеспечение в РФ безопасности личности, общества и государства.

В условиях чрезвычайных ситуаций, вызванных актами терроризма, для обеспечения социальной безопасности вышли Указы Президента Российской Федерации от 13 сентября 2004 года «О неотложных мерах по повышению эффективности борьбы с терроризмом» и от 15 февраля 2006 года «О мерах по противодействию терроризму», постановляющие образовать Национальный антитеррористический комитет, а в субъектах Российской Федерации – антитеррористические комиссии для координации деятельности территориальных органов, федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления по профилактике терроризма, а также по минимизации и ликвидации последствий его проявлений. 6 марта 2006 года был принят Федеральный закон №35 «О противодействии терроризму», в котором была определена правовая основа противодействия терроризму, основные принципы, организационные основы.

31 августа 2013 года вышел Указ Президента РФ «О мерах по ликвидации последствий крупномасштабного наводнения на территориях Республики Саха (Якутия), Приморского и Хабаровского краев, Амурской и Магаданской областей, Еврейской автономной области». В 2013 году активизировалась предметная работа по конкретным проектам, выдвинутым В.В. Путиным: «Быть сильными: гарантии национальной безопасности для России».

Безопасность – состояние защищенности жизненно важных интересов личности, общества и государства от внутренних и внешних угроз. Жизненно важными интересами является совокупность потребностей, удовлетворение которых надежно обеспечивает существование и возможности прогрессивного развития личности, общества, государства. К основным объектам безопасности относятся личность, ее права, свободы; общество – его материальные и духовные ценности; государство – его конституционный строй, суверенитет и территориальная целостность.

Чрезвычайная ситуация (далее ЧС) – это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, или стечения обстоятельств, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей [8].

Готовность учреждений и объектов к чрезвычайным ситуациям регламентируется законодательством Российской Федерации и целым рядом нормативных актов, которые включают: «План гражданской обороны и защиты населения Учреждения»; «План по предупреждению и ликвидации ЧС природного и техногенного характера»; «Положение об антитер-

рористической группе»; «Положение о комиссии по предупреждению и ликвидации ЧС и обеспечению пожарной и антитеррористической безопасности Учреждения»; «Положение о штатных аварийно-спасательных формированиях Учреждения»; «Положение о структурном подразделении, уполномоченном на решение задач в области гражданской обороны и защиты от ЧС Учреждения»; «Положение об эвакуационной комиссии Учреждения».

Эти документы регламентируют оценку рисков и чрезвычайное планирование, проведение обучения сотрудников алгоритмам действия в ЧС и их непосредственные обязанности в случае ЧС.

Разработан Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52883-2007 «Социальное обслуживание населения. Требования к персоналу учреждений социального обслуживания», предусматривающий обязанности директора учреждения, его заместителя в части организации мероприятий по профессиональной поддержке, профилактике профессионального выгорания персонала и требования к персоналу по повышению квалификации, профессионального мастерства путем переподготовки и профессиональной поддержки.

Работники социальных служб, наряду с ответственными государственными службами, стали активно участвовать в ликвидации последствий ЧС, имеющих техногенный характер, возникших в результате стихийных бедствий, терроризма, в результате конфликтных событий.

Сегодня социальные работники представляют одну из основных «восстановительных сил» в условиях ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

Ликвидация последствий чрезвычайной ситуации – это аварийно-спасательные и другие неотложные работы, проводимые при возникновении ЧС и направленные на спасение жизни и сохранение здоровья людей; снижение ущерба окружающей среде и материальных потерь; на локализацию зон чрезвычайных ситуаций; прекращение действий характерных для ЧС опасных факторов. Е.И. Холостова подчеркивает, что «все специалисты социальной сферы должны иметь базовые знания об алгоритмах действий в случае чрезвычайных ситуаций, риск возникновения которых вероятен на территории их деятельности; знать последовательность действий в случае чрезвычайной ситуации; список ведомств, к которым следует обращаться за поддержкой, и список контактов этих ведомств; владеть техникой оказания первой медицинской помощи людям; знать специфики психологических реакций различных групп в случае чрезвычайной ситуации» [1]. Специалисты социальной сферы отвечают за предоставление оперативной информации пострадавшим и их родственникам о процессе ликвидации чрезвычайной ситуации; проводят оценку состояния пострадавших и принимают решения о комплексе мер социальной защиты в ЧС. Они организуют коммуникации пострадавших и родственников между собой и оперативными службами: МЧС, скорой помощью, полицией и пожарной службой; выстраивают и управляют системой жизнеобеспечения пострадавшего населения.

Подобный функциональный спектр выполнения сложных задач требует высокого уровня профессионализма сотрудников системы социальной защиты населения, а также практически ориентированной

нормативно-правовой базы по организации взаимодействия межведомственных служб в чрезвычайных ситуациях.

Помимо участия в ликвидации масштабных чрезвычайных ситуаций специалисты социальной сферы практически ежедневно имеют дело с представителями социально уязвимых групп населения по роду своей профессии. Как правило, клиенты социальных служб – это люди, находящиеся в условиях сильного социального стресса, человеческого горя, тяжелобольные люди или люди с ограниченными возможностями. В силу этого у многих специалистов происходит профессиональное выгорание, противостоять которому в силу нехватки знаний и воздействия различных поражающих факторов не готово большинство работников социальных служб. Категория таких специалистов становится уязвимой и может оказаться деструктивным звеном в процессе реагирования на чрезвычайную ситуацию. Работники социальных служб, получившие психологическую травму в процессе профессиональной деятельности, часто не способны продолжать исполнять обязанности по службе, могут поставить под угрозу благополучие клиентов социальных служб и собственное физическое здоровье.

К деятельности государственных структур по обеспечению безопасности и повышению эффективности работы в условиях стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций все активнее привлекаются общественные организации. Например, Союз социальных педагогов и социальных работников (Президент А.Н. Дашкина) активно принимает участие в формировании системы безопасности и повышении эффективности деятельности социальных работников; проводит научно-практические исследования проблем организации деятельности социальных работников не только в ежедневной работе, но и в чрезвычайных ситуациях. Подготовлен материал по обобщению и анализу передового опыта специалистов-практиков, работающих с людьми и пострадавшими в катастрофах. Этот ценный материал был опубликован в 2010 году в методическом пособии «Социальная работа в чрезвычайных ситуациях» [6].

В современных условиях выстраиваются и внедряются инновационные схемы, принимаются проекты по организации системы социальной защиты населения как непосредственно в чрезвычайных ситуациях, так и в процессе реабилитационных и восстановительных мероприятий. Для работников социальной службы, непосредственно участвующих в ликвидации последствий стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций, очень ценен опыт работы Союза социальных педагогов и социальных работников, участвующего с 2008 по 2010 год в проекте «Повышение эффективности деятельности женщин-социальных работников в регионах, пострадавших от стихийных бедствий и других чрезвычайных ситуаций» на базе трех российских регионов: Москва, Республика Северная Осетия – Алания, Кемеровская область, который проводился при поддержке Правительства РФ, Общественной Палаты, представителей Европейского Союза в рамках Партнерской программы институционального развития (IBPP). [7]. Этот проект объединил международный опыт работников социальной сферы России, Британии и Дании. Для реализации данного проекта были привлечены лучшие профессионалы: психологи-тренеры, основным

направлением деятельности которых были тренинги по обучению персонала, тимбилдинг; специалисты по социально-психологической адаптации людей к новым условиям жизни, разработчики программ по посттравматической реабилитации и профилактике профессионального выгорания; психологи по посттравматической реабилитации индивидов и семей; представители Центра экстренной психологической помощи при Министерстве чрезвычайных ситуаций РФ, оказывающие психологическую помощь в «горячих точках». Вместе они обеспечивали многогранный подход к составлению реабилитационных программ для социальных работников. Проект осуществлялся по двум основным направлениям. Советник проекта Тони Видмер подчеркнул, что «первое направление – это заботиться о себе каждый день и второе направление – быть готовыми пережить самим и помочь пережить другим экстремальную ситуацию. За два года, которые будет идти проект, должна быть создана модель оказания поддержки и обучения социальных работников, чтобы они могли справляться с повседневным стрессом и быть готовыми работать в экстремальных ситуациях и ситуациях повышенного давления» [6].

В ходе осуществления проекта был проведен ряд круглых столов. В Москве состоялся круглый стол на тему «Менеджмент в условиях чрезвычайной ситуации», на котором рассматривались вопросы по предупреждению ЧС и по ликвидации последствий ЧС; обсуждались доклады об обязанностях всех участников ликвидации последствий ЧС и о месте социальных работников в ликвидации последствий ЧС. Круглый стол был проведен экспертами-психологами проекта в РСО – Алания на тему «Процесс переживания горя и поддержка пострадавших», были рассмотрены материалы по основным методам работы с пострадавшими в ЧС, по оказанию психологической поддержки на месте ЧС, а также оказанию средне- и долгосрочной поддержки. Был сделан акцент на психологическую поддержку, которую могут оказать социальные работники в ЧС. В городе Кемерово был проведен круглый стол на тему «Синдром профессионального выгорания социальных работников: симптомы и профилактика», рассматривались причины профессионального выгорания, методы диагностики и профилактики профессионального выгорания, меры по усовершенствованию организационной и психологической поддержки социальных работников. Участники проекта столкнулись с рядом проблем, касающихся профессиональной деятельности социальных работников. Среди причин «эмоционального выгорания» были названы отсутствие признания значимости труда социального работника; отсутствие возможности развиваться и проходить обучение по профессии; столкновение по роду деятельности с ситуациями, в которых невозможно ничего сделать для людей, находящихся в беде и горе; внутриличностный конфликт, с которым сталкиваются специалисты. На круглом столе были предложены руководителями учреждений модели по поддержке сотрудников. Было обращено внимание на обеспечение безопасности специалистов социальной сферы и ее реализации по следующим направлениям: 1) поддержка во взаимодействии с клиентом, которая включает документацию, регламентирующую работу; права и обязанности социального работника; Кодекс этики социального работника; советы по общению

с клиентом; 2) поддержка в оптимизации рабочего процесса, которая строится на оценке комфортности рабочей среды, оценке сложности рабочего процесса, оценке климата в команде; 3) психологическая поддержка, включающая регулярные тренинги по профессиональному выгоранию; регулярную диагностику сотрудников; индивидуальные консультации психолога; деятельность клубов социальных работников; 4) информационная поддержка: листовки, обучающие семинары, плакаты, в которых сообщалось о том, как вести себя в чрезвычайной ситуации; как взаимодействовать с людьми, испытывающими горе; как бороться с синдромом «профессионального выгорания».

Одна из задач проекта была организация и проведение обучающих тренингов для психологов и социальных работников-тренеров проекта. Тренинги-мероприятия, проводимые в рамках проекта, были направлены на обучение специалистов методам поддержки социальных работников, самоподдержки, саморегуляции; подготовки специалистов, которые могут самостоятельно провести такие же тренинги. Были проведены по два тренинга в каждом из регионов для психологов и заведующих центрами социальной помощи. Первый тренинг был посвящен обучению психологов диагностике, профилактике и реабилитации социальных работников, подверженных синдрому «профессионального выгорания» и реабилитации людей, находящихся в сильном стрессе в период чрезвычайной ситуации. Второй тренинг был направлен на приобретение социальными работниками навыков самодиагностики и самовосстановления, на их обучение с людьми в состоянии стресса и горя. Участники тренингов получили разнообразные методики работы, познакомились с разработками ученых Ж.Г. Агеевой «Стадии переживания горя», «Супервизия. Спасение спасателей»; Н.Г. Обуховой «Банк способов саморегуляции», «Приемы самоподдержки», Е.Г. Сорокиной «Профилактика эмоционального выгорания». Специалисты работали по опроснику «Оценки факторов, влияющих на выгорание», проверяли себя по диагностике уровня эмоционального выгорания, которую можно использовать как для самодиагностики, так и при профессиональной работе с клиентами. Изучали шкалу оценки влияния травматических событий и диагностику посттравматических стрессовых расстройств. Определяли уровень дистресса и разрабатывали действия по принятию мер ликвидации первых признаков выгорания. Особое внимание уделялось конкретным приемам самоподдержки, изучению банка способов саморегуляции. Благодаря проведенной работе были вовлечены специалисты, которые могут практиковать и передавать знания и опыт другим социальным работникам.

Кроме проведения обучающих тренингов, проводилась работа по профилактике «профессионального выгорания» социальных работников. Представляет интерес опыт работы социальных работников Северного Кавказа, региональный координатор проекта Л.П. Макарова. В сентябре 2004 года Республика Северная Осетия – Алания пережила трагедию города Беслан, аналогов которой не было за всю ее предыдущую историю. Одними из первых, кто входил в дома пострадавших, были социальные работники. Выполняя свои служебные обязанности, пропуская через себя проблемы и беды клиентов, они

в результате накопления отрицательных эмоций профессионально выгорали. Решение проблемы нашлось в открытии обучающего клуба для социальных работников, который в последствие стал базой для открытия Центра социально-психологической помощи социальным работникам. Для работы центра были предоставлены специализированные оборудованные помещения: методический кабинет, сенсорная комната психологической нагрузки и релаксации, зал для занятий ЛФК, физиопроцедурный кабинет, массажный кабинет, кабинет ультразвуковой диагностики. Социальным работникам предоставляются услуги психолога, врачей отделения социально-медицинской реабилитации, юриста по информационной помощи. Оказывались услуги по организации отдыха и досуга, базирующиеся на организации и проведении праздничных мероприятий, встреч, выездов на природу, совместном посещении театров, выставок, концертов. Традиционными стали для социальных работников вечера с чаепитием в фитобаре и обсуждением прошедшего дня. Многопрофильная деятельность центра позволяет бороться с профессиональным выгоранием социальных работников и поддерживать их здоровье [5; с. 200–201].

В рамках проекта проводился сбор «кейсов». Цель данной работы заключалась в сборе «кейсов» – методик практической работы специалистов социальной сферы для создания общей информационной базы. В результате трудоемкой работы было собрано 200 «кейсов» с методиками и практикой работы специалистов социальной сферы обслуживания, которые участвовали в ликвидации последствий стихийных бедствий и ЧС. Собранный материал был опубликован в 2011 году в книге «Энциклопедия социальных практик» [5].

Важную роль в осуществление проекта сыграл обмен международным опытом. Участники проекта из трех пилотных регионов получили возможность посетить Великобританию и Данию, чтобы иметь представление о зарубежной практике управления в чрезвычайных ситуациях, о деятельности социальных работников в условиях ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; о поддержке специалистов по предотвращению у них синдрома «профессионального выгорания»; оказанию реабилитационных услуг. Поездка в Данию дала возможность ознакомиться с системой поддержки специалистов социальной сферы, изучить опыт деятельности научно-исследовательских центров и организаций, занимающихся предоставлением психологической поддержки населению.

В результате обмена международным опытом были выработаны рекомендации для российских социальных служб по использованию опыта социальных учреждений Великобритании и Дании по оказанию помощи социальным работникам в условиях ЧС. Эти мероприятия направлены были на: 1) усиление роли методических объединений психологов социальной защиты населения; 2) активизацию деятельности специалистов смежных профессий для обобщения практического опыта работы и выработки новых форм работы в условиях ЧС; 3) на обучение практическим действиям в условиях ЧС и методам предотвращения синдрома «профессионального выгорания»; 4) на осуществление контроля социального благополучия специалистов по социальной работе и пострадавших [3; с. 27–29].

Благодаря участию в международном проекте «Повышение эффективности деятельности женщин-социальных работников в регионах, пострадавших от стихийных бедствий и других чрезвычайных ситуаций» Союза социальных педагогов и социальных работников, научных работников и практиков, социальных работников сферы обслуживания и других участников проекта повысилась эффективность действий специалистов социальной сферы, работников социальных служб в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, удалось создать инновационную, многоаспектную модель безопасности и поддержки социальных работников сферы обслуживания в чрезвычайных ситуациях.

Список литературы

1. *Дашкина А.Н., Холостова Е.И.* Социальная работа в чрезвычайных ситуациях. Методическое пособие. [Текст] – М. 2010. с.14.
2. *Жуков В.И.* Теории социальной работы. Учебник. [Текст]. М.: Издательство РГСУ, 2011. 440 с.
3. Организация социальных служб в ЧС: Опыт Великобритании. Проект Европейской комиссии «Повышение эффективности работы женщин-социальных работников в регионах, пострадавших от сти-

хийных бедствий и других чрезвычайных ситуаций». Социальная работа. № 6, 2009. с. 27–29.

4. *Сорокина Е.Г.* Рабочая тетрадь по дисциплине «Профилактика эмоционального выгорания». [Текст] – М. 2009. 20 с.

5. *Холостова Е.И., Климантова Г.И.* Энциклопедия социальных практик. Текст. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2011. с. 200–201.

6. Электронный ресурс. Веб-сайт www.swdisaster.ru.

7. Электронный ресурс. Организационный комитет Проекта. www.rusunisw.ru; rusunisw@mail.ru.

8. Электронный ресурс. Консультант Плюс. Законодательная база по чрезвычайным ситуациям.

Сведения об авторах

Шамова Людмила Григорьевна – к.и.н., доцент кафедры социальной работы Кировская ГМА, e-mail: schamowaludmila@mail.ru.

Касаткин Евгений Николаевич – зав. кафедрой мобилизационной подготовки и медицинских катастроф, Кировская ГМА, к.м.н., доцент.

Царев Юрий Клавдиевич – к.м.н, доцент кафедры поликлинической терапии Кировской ГМА.

ОБЗОРЫ

УДК 618.15/16-002.992.282

А.Л. Попова¹, С.А. Дворянский², Н.В. Яговкина²

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

¹Кировский областной клинический
перинатальный центр

²Кировская государственная медицинская академия

A.L. Popova¹, S.A. Dvoryansky², N.V. Yagovkina²

MODERN ASPECTS OF TREATMENT AND PREVENTION OF VULVOVAGINAL CANDIDOSIS (REVIEW OF LITERATURE)

¹Kirov regional clinical perinatal centre

²Kirov state medical academy

В статье представлены вопросы этиологии, распространенности, истории изучения, клинического течения, факторов риска, диагностики, профилактики и современных аспектов лечения вульвовагинального кандидоза. Вульвовагинальный кандидоз одно из самых распространенных инфекционно-воспалительных заболеваний в практике акушера-гинеколога, снижающее качество жизни женщин и приводящее к таким тяжелым осложнениям беременности, как невынашивание, преждевременные роды, гнойно-септические послеродовые заболевания и инфицирование плода и новорожденного.

Ключевые слова: вульвовагинальный кандидоз, беременность, грибы рода *Candida*.

The article presents the etiology, incidence, the history of study, the clinical course, risk factors, diagnosis, prevention, and modern aspects of the treatment of vulvovaginal candidosis. Vulvovaginal candidosis is one of the most common infectious-inflammatory diseases in the practice of obstetrician-gynecologist, reducing the quality of life for women and is leading to serious pregnancy complications, as miscarriage, premature birth, septic puerperal diseases and infection of the fetus and newborn.

Key words: vulvovaginal candidosis, pregnancy, *Candida* species.

Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) занимает ведущее место среди инфекционно-воспалительных заболеваний в акушерско-гинекологической практике [4, 8, 9, 10, 20, 34, 41, 44]. В этиологии ВВК выступают грибы рода *Candida* [3, 8, 10, 13, 17, 22, 23, 24, 28, 29, 31]. Распространенность этого заболевания в развитых странах неуклонно растет [1, 5, 16, 20, 34, 41]. По данным ряда авторов, заболеваемость грибковым кольпитом выросла в 3–3,5 раза за последние 10 лет [2, 17, 18, 19, 23, 26, 50, 53]. Хотя бы один эпизод вульвовагинального кандидоза диагностировался у 2/3 женщин в течение жизни [11, 16, 17, 19, 20, 29, 32, 41, 44, 46]. Часто первый эпизод возникает во время беременности из-за формирования особого гормонального фона, благоприятного для роста и развития грибов рода *Candida* [8, 17, 25, 35, 36, 54, 57, 58].

История изучения кандидоза

Термин «кандидоз» был принят на Всероссийской конференции дерматологов в 1957 году, но это заболевание не является новым, упоминание о нем известно еще со времен Гиппократов. Н.М. Максимович-Амбодик уже в 1784 году высказал мнение, что «молочница» – это болезнь всего организма. Особенности грибов и вульвовагинальный кандидоз как заболевание были описаны в докторских диссертациях Франка (1830), Гиршфельда (1859), Сутугина (1869), Сочава (1870) и Лазаревича (1870), они указали наличие псевдомицелия, размеры гриба и описали кандидоз слизистой полости рта. Морфологию гриба впервые описал Roben (1853). В бывшем СССР И.М. Романенко (1984–1992) благодаря развитию электронной микроскопии исследовал ультраструктуру грибов рода *Candida* и действие на них антимикотиков.

Этиология и распространенность вульвовагинального кандидоза

Распространенность грибов рода *Candida* в природе весьма разнообразна [8, 16]. Их насчитывают более 180 видов [8, 16]. Основным этиологическим фактором в развитии заболевания выступает *Candida albicans*, но в последние десятилетия все чаще встречаются и non-*albicans* виды: *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. guilliermondi*, *C. krusei* и др. [3, 8, 10, 16, 17, 22, 26, 29, 34, 47]. Кандидоз, вызванный non-*albicans* видами, считается осложненным.

Таблица 1

Частота обнаружения дрожжеподобных грибов рода *Candida*
(Савичева А.М., Кисина В.И., Соколовский Е.В., 2009)

Наиболее часто	Редко	Единичные наблюдения	
<i>C. albicans</i>	<i>C. krusei</i>	<i>C. catanulata</i>	<i>C. ciferri</i>
<i>C. tropicalis</i>	<i>C. kefyr</i>	<i>C. famata</i>	<i>C. haemulonii</i>
<i>C. parapsilosis</i>	<i>C. guilliermondis</i>	<i>C. inconspicua</i>	<i>C. lambrica</i>
<i>C. glabrata</i>	<i>C. lusitana</i>	<i>C. lipolytica</i>	<i>C. norvegensis</i>
		<i>C. pelliculosa</i>	<i>C. rugosa</i>
		<i>C. utilis</i>	<i>C. viswanathii</i>
		<i>C. reylanoides</i>	

Грибы рода *Candida* относятся к сапрофитам, то есть при благоприятных условиях для их роста и размножения становятся патогенами, запуская инфекционный процесс [13, 22, 23, 26, 29, 34, 55]. *Candida albicans* имеет размеры от 1,5 до 10 мкм, может существовать в двух формах: в виде псевдомицелия (инфекционная форма) и бластоспор [10, 34, 49, 50, 60].

Candida spp. способны расти в аэробных условиях. На селективных средах (Сабуро, Эндо, кровяной агар) с добавлением углеводов (глюкозы, сахарозы, мальтозы) *Candida albicans* вырастает в течение трех дней с образованием молочно-белых колоний [11, 53]. Благоприятные температурные условия для роста – 21–37°C, pH 6,0–6,5 (оптимальная pH 5,1–6,9) [34].

Нормальная микрофлора женских половых путей

Микрофлора женщины постоянно изменяется в течение всей жизни, на нее влияют беременность, менструация, прием эстрогенгестагенных препаратов, использование антибиотиков и хирургические операции [34]. В целом видовой состав здоровой небеременной сексуально активной женщины репродуктивного возраста включает:

верно возрастает, в связи с увеличением концентрации молочной кислоты и гликогена [34]. При этом снижается количество аэробных грамположительных палочек и кокков (коринебактерий, стафилококков, стрептококков, энтерококков) и анаэробных грамположительных палочек и кокков (пропионибактерий, пептострептококков, бактероидов) от первого до третьего триместра [15, 34].

После родов частота выделения аэробных грамотрицательных палочек и анаэробов возрастает, а грибов и аэробных грамположительных палочек снижается [34].

Таким образом, во время беременности изменяется видовой состав микроорганизмов. Частота выделения грибов рода *Candida* увеличивается в 2 раза, доказывая широкую распространенность вульвовагинального кандидоза во время беременности.

Факторы риска

Факторы риска развития вульвовагинального кандидоза весьма разнообразны. Как правило, не удается выявить единственный фактор развития процесса [34]. Грибковый кольпит возникает вследствие снижения общего и местного иммунитета (ВИЧ-инфекция, сахарный диабет,

Таблица 2

Нормальная микрофлора здоровой небеременной женщины (M. Wilson, 2005)

Микроорганизмы	Частота обнаружения (%)	Микроорганизмы	Частота обнаружения (%)
Факультативные анаэробы		Грибы	13–16
<i>Lactobacillus</i> spp.		Строгие анаэробы	
<i>Staphylococcus</i> spp.	50–90	<i>Peptostreptococcus</i> spp.	14–28
<i>Corynebacterium</i> spp.	0–65	<i>Lactobacillus</i> spp.	29–69
<i>Streptococcus</i> spp.	0–60	<i>Eubacterium</i> spp.	0–36
<i>Enterococcus</i> spp.	10–59	<i>Bacteroides</i> spp.	4–80
<i>G. vaginalis</i>	0–27	<i>Fusobacterium</i> spp.	0–23
<i>Enterobacteriaceae</i>	17–43	<i>Veillonella</i> spp.	9–29
<i>Ureaplasma</i> spp.	6–15	<i>Propionibacterium</i> spp.	0–14
	0–54	<i>Bifidobacterium</i> spp.	5–15
		<i>Clostridium</i> spp.	5–18

Микрофлора влагалища во время беременности

Микробный пейзаж влагалища во время беременности имеет некие особенности [15]. Количество лакто- и бифидобактерий при беременности досто-

интоксикации, онкологические заболевания, операции, лучевая и химиотерапия), изменения гормонального фона женщины (беременность, прием гормональных препаратов), длительный прием антибиотиков, нарушение процессов гигиены (ис-

Таблица 3

Микробиота влагалища здоровых беременных женщин (M. Wilson, 2005)

Микроорганизмы	Частота выделения (%)	Микроорганизмы	Частота выделения (%)
<i>Lactobacilli</i>	96	<i>B. urealiticus</i>	36
Coagulase-negative staphylococci		<i>Anaerococcus prevotii</i>	32
<i>Schleiferella asaccharolytica</i>	89	<i>Candida albicans</i>	31
<i>U. urealiticum</i>	88	<i>Por. asaccharolytica</i>	31
Coryneforms	78	<i>P. acnes</i>	22
Anaerobic Gram-negative rods	72	<i>Anaerococcus tetradius</i>	21
<i>Prev. bivia/disiens</i>	91	<i>Peptococcus niger</i>	20
Viridans streptococci	61	<i>E. coli</i>	17
<i>Fingoldia magna</i>	55	<i>Strep. agalactiae</i>	15
<i>G. vaginalis</i>	53	<i>Veillonella</i> spp.	14
<i>Enterococcus</i> spp.	46		
	39		

пользование ежедневных гигиенических средств, частые спринцевания) [8, 16, 17, 18, 34, 37, 42, 49, 54, 55].

Беременность является одной из самых частых причин возникновения вульвовагинального кандидоза [17, 26, 54]. Чаше инфекционный процесс возникает у первобеременных во второй половине гестации, что увеличивает риск восходящей инфекции [21].

Клинические проявления ВВК

По данным ряда авторов, выделяют кандидоносительство, острый и хронический вульвовагинальный кандидоз. При носительстве инфекционный процесс не формируется, соответственно клинические проявления заболевания, как правило, отсутствуют [37]. Кандидоносительство выявляется совершенно случайно. При микроскопии абсолютно преобладают лактобактерии и споры гриба рода *Candida* в диагностически незначимом титре ($\leq 10^3$ КОЕ/мл) и выступающие в роли сапрофитов [23, 37, 54]. Рядом авторов дискутируется вопрос о целесообразности лечения кандидоносительства [29, 37, 47].

Острый вульвовагинальный кандидоз протекает с выраженными типичными симптомами: зуд, жжение в области наружных половых органов, творожистые выделения из половых путей, дизурия, диспареуния [10, 16, 25, 26, 28, 35, 41, 44, 45, 50, 54]. При осмотре можно увидеть классическое воспаление слизистой с отеком, трещинами и мацерацией [25, 27, 34]. При микроскопии мазков обнаруживаются споры и псевдомицелий гриба в диагностически значимом титре ($\geq 10^4$ КОЕ/мл) наряду с высоким содержанием лактобактерий ($\geq 10^6$ КОЕ/мл) [23, 37].

Хронический ВВК характеризуется стертой симптоматикой с рецидивированием процессов, возникающих более 4 раз в год [29, 37].

Диагностика вульвовагинального кандидоза

Критерии диагностики вульвовагинального кандидоза представляют собой обновленную версию рекомендаций, изданных IUSTI в 2001 г. (уровень доказательности – III, степень B) [60]. К ним относят pH влагалища 4,0–4,5, отсутствие запаха (в тесте с КОН) является косвенным признаком, наличие мицелия и спор грибов в анализе нативного мазка, наличие мицелия и спор грибов при окрашивании мазка по Граму, положительный результат культурального исследования [17, 60].

Существуют различные методы диагностики вульвовагинального кандидоза:

- микроскопия мазка окрашенного по Граму;
- микроскопия нативного мазка после обработки 10% раствором КОН;
- культуральный метод – посев содержимого влагалища на питательные среды;
- ПЦР-диагностика (молекулярно-генетический метод);
- идентификация грибов рода *Candida* с помощью экспресс тест-систем, таких как Fongiscreen, Auhacolor, API 20 C AUX, API Canada и пр.;
- серологическая диагностика с определением титра специфических противокандидозных антител;
- метод прямой иммунофлюоресценции (ПИФ);
- газожидкостная хроматография.

Самый доступный и простой метод, применяемый в практике врача акушера-гинеколога, – микроскопия мазка, окрашенного по Граму.

Современные методы лечения и профилактики ВВК

К мерам профилактики вульвовагинального кандидоза относят отмену антибиотиков, гормональ-

Таблица 4

Классификация вульвовагинального кандидоза (CDC 2006)

Осложненный ВВК	Неосложненный ВВК
Рецидивирующий ВВК	Спорадический ВВК
ВВК, вызванный <i>Candida non-albicans</i> видами	ВВК, вызванный <i>C. albicans</i>
ВВК тяжелой степени и на фоне тяжелых иммуносупрессивных состояний	ВВК у пациенток с нормальным иммунным ответом

Важно различать два вида воспаления: с инвазией и без нее. Инвазивный вульвовагинальный кандидоз характеризуется фибринозным воспалением с яркой клинической картиной, описанной выше [45]. При микроскопическом исследовании мазков будут получены споры и псевдомицелий грибов *Candida* [45]. При неинвазивном кандидозе клиника существенно может различаться [45]. Также различают вторичный вульвовагинальный кандидоз [45]. К нему относят проявления заболевания на фоне существующего ранее инфекционного поражения половых органов [45]. Согласно рекомендациям по ведению больных с патологическими выделениями из влагалища Международного союза по борьбе с инфекциями, передающимися половым путем (International Union against Sexually Transmitted Infections – IUSTI) [45], ВВК делится на осложненный и неосложненный [32, 57, 60].

Лечение вульвовагинального кандидоза представляет собой ограничение употребления сахара и других рафинированных углеводов, отказ от вредных привычек, использование нижнего белья из хлопчатобумажных тканей, своевременное выявление дисбиоза влагалища и принятие мер к нормализации микробного пейзажа [34]. Успешность лечения во многом зависит от комплаентности, то есть приверженности лечению, так как лечение пациенток происходит в амбулаторных условиях.

Существует классификация антимикотических средств. В последние годы для лечения вульвовагинального кандидоза используют 4 группы препаратов [16, 53, 60].

Лечение вульвовагинального кандидоза представляется весьма непростым. На современном фармакологическом рынке существует масса противогрибковых препаратов системного и местного действия [16, 25, 29, 39]. По данным исследования ряда

Препараты для лечения ВВК

Препараты полиенового ряда	Препараты имидазолового ряда	Препараты триазолового ряда	Прочие препараты
Леворин	Кетоконазол	Флуконазол	Гризеофульвин
Нистатин	Клотримазол	Итраконазол	Флуцитозин
Натамицин	Миконазол		Декамин
	Сертаконазол		Нитрофугин
	Бутоконазол		Калия йодид

авторов, при остром ВВК терапия антифунгальными средствами местного или системного действия достоверного различия не было получено [16, 25, 29, 39]. Интравагинальный путь введения препарата наиболее предпочтителен, так как действующее вещество работает непосредственно в месте колонизации грибов, что позволяет достигнуть высокой эффективности малых доз препарата [15, 29, 55, 59].

Лекарственные препараты, применяемые для лечения вульвовагинального кандидоза, должны обладать следующими требованиями: обладать широким спектром действия, обладать избирательным противогрибковым действием, длительно действовать, быть экономически доступными и выгодными, хорошо всасываться из желудочно-кишечного тракта, быть хорошо совместимыми с препаратами других фармакологических групп, быть нетоксичными [17, 20, 60]. Несмотря на огромный ассортимент антифунгальных препаратов, проблема разработки новых схем лечения и внедрения новых антимикотических препаратов наиболее актуальна в связи с растущим числом рецидивов вульвовагинального кандидоза [1, 60]. При развитии частых рецидивов стоит проводить культуральное исследование с определением чувствительности к антимикотикам для предотвращения возникновения впоследствии хронического вульвовагинального кандидоза с развитием резистентности [6].

Таким образом, не вызывает сомнения, что ВВК чреват серьезными осложнениями – от снижения качества жизни женщины вследствие упорного характера процесса и склонности к рецидивам и неблагоприятных исходов беременности до развития диссеминированных инфекционных процессов с поражением внутренних органов как у плода, так и новорожденного [55].

Список литературы

1. Абакарова П.Р. Опыт применения препарата «Полижинакс» при лечении неспецифических и смешанных вульвовагинитов//Гинекология. 2007. №3. С. 8–9.
2. Анкирская А.С., Муравьева В.В., Миронова Т.Г. Генитальный кандидоз в структуре оппортунистических инфекций влагалища. Принципы лабораторной диагностики и значение мониторинга чувствительности грибов к антимикотикам//Акушерство и гинекология. 2009. №5. С. 31–37.
3. Байрамова Г.Р. Хронический рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз: принципы диагностики и возможности терапии //Акушерство и гинекология. 2008. №6. С. 64–66.
4. Байрамова Г.Р., Костава М.Н. Оценка эффективности и приемлемости комбинированной терапии

неспецифического вагинита и цервицита//Гинекология. 2011. №1. С. 4–7.

5. Байрамова Г.Р., Муравьева В.В., Донников А.Е. Оценка эффективности комплексной терапии больных с хроническим рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом//Российский вестник акушера-гинеколога. 2011. №3. С. 86–89.

6. Баранов И.И. Экология влагалища и воспалительные заболевания половых органов//Гинекология. 2010. №3. С. 4–6.

7. Боровиков И.О. Предгравидарная подготовка женщин с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом с использованием топической иммуномодулирующей терапии // Российский вестник акушера-гинеколога. 2007. №6. С. 59–64.

8. Брага П.К. Тимол: антибактериальная, противогрибковая и антиоксидантная активность//Гинекология. 2009. №4. С. 61–66.

9. Буданов П.В. Современные подходы к лечению и профилактике генитального кандидоза//Гинекология. 2007. №2. С. 47–51.

10. Бурменская О.В., Байрамова Г.Р., Нетица О.С. Состояние локального иммунитета при хроническом рецидивирующем вульвовагинальном кандидозе//Акушерство и гинекология. 2011. №1. С. 52–56.

11. Герасимова Н.М., Воронова О.А., Жулимова Н.Л. Эффективность препарата Гинофорт в терапии вульвовагинитов кандидозной этиологии//Акушерство и гинекология. 2007. №3. С. 71–72.

12. Егорова А.Т., Базина М.И., Савицкая Е.А. Опыт лечения кандидозного вульвовагинита у беременных Залаином//Российский вестник акушера-гинеколога. 2010. №4. С. 35–38.

13. Кантин О.М., Корсунская И.М., Сюч Н.И. Принципы лечения вульвовагинального кандидоза во время беременности и профилактики инфицирования кандидами новорожденных//Акушерство и гинекология. 2007. №5. С. 93–95.

14. Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф., Савичева А.М. Эффективность и безопасность сертаконазола (Залаин) и натамицина (Пимафуцин) в лечении острого урогенитального кандидоза у женщин//Акушерство и гинекология. 2007. №6. С. 50–53.

15. Кира Е.Ф., Муслимова С.З. Современный взгляд на нетрансмиссионные инфекции влагалища и вульвы у женщин репродуктивного возраста//Акушерство и гинекология. 2008. №1. С. 3–6.

16. Кузьмин А.А., Болтоносова Ю.В. Алгоритм лечения вульвовагинального кандидоза у беременных//Гинекология. 2008. №3. С. 26–28.

17. Кузьмин В.Н. Вульвовагинальный кандидоз: от традиционных представлений к современным тенденциям//Гинекология. 2011. №3. С. 50–54.

18. Кузьмин В.Н. Новые подходы к лечению кандидозного вульвовагинита//Гинекология. 2008. №1. С. 8–14.
19. Кузьмин В.Н. Практические аспекты лечения неспецифических и кандидозных вульвовагинитов у женщин во время беременности//Гинекология. 2009. №2. С. 12–15.
20. Кузьмин В.Н. Современные подходы к лечению вульвовагинита кандидозной и смешанной этиологии у женщин во время беременности//Гинекология. 2008. №4. С. 13–20.
21. Липова Е.В. Урогенитальный кандидоз женщин: проблемы и пути решения//Гинекология. 2008. №5. С. 8.
22. Логутова Л.С., Гаспарян Н.Д., Горенкова О.С. Противорецидивный эффект различных антимикотических препаратов местного действия//Акушерство и гинекология. 2008. №3. С. 53–56.
23. Луцевич К.А., Решетько О.В., Рогожина И.Е. Клиническая эффективность сертаконазола (Залаина) при местном лечении вульвовагинального кандидоза во время беременности// Российский вестник акушера-гинеколога. 2008. №3. С. 77–80.
24. Мазуркевич М.В., Фирсова Т.А. Практические аспекты лечения вульвовагинального кандидоза//Гинекология. 2007. №6. С. 4.
25. Мальбахова Е.Т., Арзуманян В.Г., Комиссарова Л.М. Вульвовагинальный кандидоз: видовое разнообразие и чувствительность к противогрибковым препаратам//Акушерство и гинекология. 2009. №4. С. 44–46.
26. Немченко О.И., Терехова Ю.Б. Применение препарата Нео-Пенотран форте для лечения урогенитальных инфекций во время беременности//Гинекология. 2010. №3. С. 12–15.
27. Новиков Б.Н. Беременность. Вульвовагинальный кандидоз//Гинекология. 2008. №4. С. 17–20.
28. Новиков Б.Н. Клиническая эффективность препарата Гинофорт при вульвовагинальном кандидозе// Гинекология. 2009. №4. С. 4–6.
29. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Юрасов И.В. Локальная терапия кандидозного вульвовагинита, возникшего на фоне приема антимикробных препаратов//Гинекология. 2008. №2. С. 50–52.
30. Прилепская В.Н., Анкирская А.С., Байрамова Г.Р. Хронический рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз: возможности терапии//Гинекология. 2007. №3. С. 4–7.
31. Прилепская В.Н., Анкирская А.С., Байрамова Г.Р. Эффективность и приемлемость комбинированной терапии хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза//Акушерство и гинекология. 2007. №6. С. 53–55.
32. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Вульвовагинальный кандидоз: клинические и терапевтические аспекты//Гинекология. 2011. №4. С. 47–49.
33. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Грибковые инфекции в гинекологии. Принципы лечения//Гинекология. 2007. №6. С. 9.
34. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. М.: Гэотар-Медиа, 2009. 200 с.
35. Савичева А.М., Мартикайнен З.М., Абашова Е.И. Рецидивирующий урогенитальный кандидоз: лечение с использованием флюконазола// Журнал акушерства и женских болезней. 2008. №1. С. 41–46.
36. Савченко Т.Н., Точиева М.Х., Протопопова Л.О. Цитокиновый статус и активность нейтрофильной эластазы у женщин с невынашиванием беременности и генитальным кандидозом в ранние сроки гестации// Российский вестник акушера-гинеколога. 2007. №4. С. 4–6.
37. Семенов Н.С., Ищенко А.И., Чилова Р.А. Фармакотерапия кандидозного вульвовагинита//Акушерство и гинекология. 2008. №6. С. 11–13.
38. Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Меньшикова И.С. Возможности лечения хронического рецидивирующего кандидозного вульвовагинита//Российский вестник акушера-гинеколога. 2008. №6. С. 68–71.
39. Серова О.Ф., Туманова В.А., Зароченцева Н.В. Острый вульвовагинальный кандидоз. Современный взгляд на проблему, инновации в лечении// Российский вестник акушера-гинеколога. 2007. №1. С. 60–62.
40. Сидорова И.С., Шешукова Н.А. Воспалительные заболевания нижних отделов половой системы женщины вне и во время беременности// Российский вестник акушера-гинеколога. 2007. №4. С. 54–56.
41. Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Буров А.В. Профилактика вагинального кандидоза при лечении острого воспаления придатков матки//Гинекология. 2009. №1. С. 18–20.
42. Терехова Ю.Б., Миронов А.Ю. Специфика течения вульвовагинального кандидоза в весенне-летний период: возможности терапии//Гинекология. 2009. №2. С. 10–12.
43. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Флуконазол – адекватный подход к лечению кандидозного вульвовагинита//Гинекология. 2007. №6. С. 6–9.
44. Торчинов А.М., Мазуркевич М.В. Современные аспекты лечения вульвовагинального кандидоза//Гинекология. 2007. №2. С. 54–57.
45. Торчинов А.М., Мазуркевич М.В., Мурачева Л.Х. Особенности терапии хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза//Акушерство и гинекология. 2010. №1. С. 60–62.
46. Хамадьянов У.Р., Низаева А.Р. Опыт применения иммунокорректирующей и сорбционной терапии в лечении больных с хроническим рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом//Российский вестник акушера-гинеколога. 2007. №3. С. 34–37.
47. Цветкова Т.П. Рациональная терапия кандидозного вульвовагинита у беременных//Акушерство и гинекология. 2011. №4. С. 130–133.
48. Чижова Г.В., Чурина А.В., Горшкова О.В. Оптимизация местного лечения острого кандидозного вульвовагинита у женщин репродуктивного возраста с учетом микрофлоры влагалища// Российский вестник акушера-гинеколога. 2008. №4. С. 94–97.
49. Achkar J.M., Fries B.C. Candida infections of the genitourinary tract//Clin Microbiol Rev. 2010. Vol. 2, №23. P. 253–272.
50. Bodey G. Candidiasis: Pathogenesis, diagnosis, and treatment. New York//Raven Press. 2003. P. 420.
51. Cases of chronic vaginitis: analysis of a prospective database of affected women//Obstet Gynecol. 2006. Vol.108, №5. P. 1185–1191.
52. Cassone A., Bernardis F., Santoni G. Anticandidal immunity and vaginitis: novel opportunities for immune intervention// Infect. And Immun. 2007. Vol. 75, №10. P. 4675–4686.

53. Fan S.R., Liu X.P., Li J.W. et al. Study on classification and treatment of vulvovaginal candidiasis// Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2005. Vol. 40, № 8. P. 532–535.

54. Fidel P.L.Jr. History and update on host defense against vaginal candidiasis// Am. J. Reprod. Immunol. 2007. Vol. 57, №1. P. 2–12.

55. LeBlanc D.M., Barousse M.M., Fidel P.L.Jr. Role for dendritic cells in immunoregulation during experimental vaginal candidiasis// Infect. and Immun. 2006. Vol. 74, №6. P. 3213–3221.

56. Mendling W. Vaginoze, vaginitis, zervizitis and salpingitis// Springer. 2006; 252 p.

57. Monif G.R.G. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology/ Monif G.R.G., Baker D.A. 5th ed. London: Parthenon Publishing Group, 2004. 723 p.

58. Nneka C., Nwokolo M. et al.// Drugs and Ageing. – 2000. – Vol. 16, №5. – P. 335–339.

59. Nyirjesy P. Chronic Vulvovaginal Candidiasis// Am Family Physician. 2001. Vol. 4, №63.

Сведения об авторах

Попова Алена Леонидовна – заочный аспирант кафедры акушерства и гинекологии Кировской ГМА, врач акушер-гинеколог КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр». E-mail: asperin-86@mail.ru.

Дворянский Сергей Афанасьевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Кировской ГМА. E-mail: dvorsa@mail.ru.

Яговкина Надежда Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии Кировской ГМА. E-mail: nad0511ya@rambler.ru.

УДК 101.14+159.9+17

Л.Г. Сахарова, В.Е. Слотин

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИХ ПРОБЛЕМ БИОЭТИКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кировская государственная медицинская академия

L.G. Sakharova, V. E. Slotin

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF SOCIAL AND PHILOSOPHICAL PROBLEMS OF BIOETHICS (LITERATURE REVIEW)

Kirov state medical academy

Биоэтика – наука интегративного плана, объединяющая в своем содержании знания о человеческом существовании, представленные целым комплексом наук, таких как медицинские науки, биология, психология, социология, антропология, этика и философия, религиоведение. Среди главных задач биоэтики можно выделить разработку двух важнейших

социально-философских проблем развития общества и медицины, а именно: формирование здорового образа жизни у населения и развитие идеи социальной справедливости в медицине.

Ключевые слова: биоэтика, здоровый образ жизни, социальная справедливость, общество, медицина, философия, социология, ретроспективный анализ.

Bioethics is the integrative science uniting in its content positive knowledge of the human existence which is developed by the complex of sciences such as biology, medical science, sociology, psychology, anthropology, ethics and philosophy. Among the main tasks of bioethics it is possible to allocate the development of two major social-philosophical problems of the development of society and medicine. These are formation of a healthy lifestyle among the population and development of the idea of social justice in medicine.

Key words: bioethics, healthy way of life, social justice, society, medicine, philosophy, sociology, retrospective analysis.

Введение

Одним из новых научных направлений конца XX–начала XXI вв. является биоэтика. Главная задача биоэтики как науки о нравственном отношении к живому состоит в изучении человека в единстве морально-этических и медико-биологических аспектов.

Биоэтика ориентируется не только на комплексное изучение человека и перспектив развития наук о человеке на основе сочетания различных подходов, но и пытается применить нравственные оценки к анализу жизненных проблем с позиций гуманизма. Биоэтика призвана решать сложные ситуации, возникающие в современной науке [1]. Новое научное направление ориентирует на философское осмысление деятельности людей в направлении развития здорового образа жизни и социальной справедливости.

Решению данной задачи будет способствовать ретроспективный анализ двух важнейших социально-философских проблем биоэтики – формирование здорового образа жизни у населения и развитие идеи социальной справедливости в медицине на основе преемственности подходов в решении этих сложных биоэтических проблем.

Методы исследования

Раскрытие сущности социально-философских проблем биоэтики позволяет использование комплекса методов. В качестве основного выступает метод ретроспективного анализа, позволяющий проследить историю развития социально-философских трактовок формирования здорового образа жизни и идеи социальной справедливости в медицине, а также их изменение в ходе поступательного развития общества и науки.

К вопросу истории развития биоэтики

Биоэтика возникла в 1960-е гг. XX в. в США как форма морализации науки, и особенно биомедицины. Данный период развития постиндустриального общества связан с необходимостью духовно-нравственной оценки многих научных и социальных явлений.

Главное предназначение биоэтики как интегративного естественно-научного и философско-этического направления рассматривалось в глубоком систематическом анализе всех исследовательских и практических действий ученых и медицинских работников, религиоведов и политиков, социологов и психологов, политиков и юристов в модернизации устоев человеческого общежития, совершенствовании образа и стиля жизни людей [8].

Д. Каллахан, один из основоположников биоэтического знания, так оценил важность развития философского осмысления творческо-созидательной деятельности людей: «Понимание появления биоэтики поможет охватить панораму и сложность в этой области. 60-е годы XX века – подходящая точка отсчета даже при том, что имелись данные о новой области и в более ранние десятилетия [2]. В биомедицине 60-е годы XX века были эпохой технологического прогресса. Это были почечный диализ, трансплантация органов, медицинские безопасные аборт, противозачаточные пилули, пренатальный диагноз, широкое использование средств интенсивной терапии и искусственной вентиляции легких, драматическое смещение смерти дома к смерти в больнице или других учреждениях и в первых проблемах генетических разработок. Имелось много технологических достижений, давших в основном осязаемый результат в биомедицинских исследованиях и их применении во время Второй мировой войны. Эти факты вместе открыли широкий диапазон трудных, по-видимому, новых моральных проблем» [2].

Однако биоэтическая проблематика имеет глубокие научно-теоретические предпосылки и давние исторические традиции в западноевропейской философии, восходящие к работам И. Бенгтама, И. Канта, Дж. Миля, Д. Мура и др. [8].

Исторический генезис биоэтики можно проследить в рамках философии и этики (Г. Спенсер, П. Кропоткин, В. Эфроимсон, В. Соловьев, Н. Лосский, Н. Бердяев, Л. Толстой, В. Вересаев, И. Мечников, В. Вернадский), «этики благоговения перед жизнью» А. Швейцера, мыслителей XVIII–XX вв. Среди неизменных важнейших социально-философских проблем развития общества и медицины они выделяли *проблему социальной справедливости в медицине, формирование философии здорового образа жизни и человека, гуманные подходы к организации экспериментальной деятельности на человеке*.

Генезис идеи социальной справедливости и здорового образа жизни в социально-философской мысли России XIX–начала XX вв.

Проблема реализации принципа социальной справедливости одна из центральных проблем в биоэтике. Классическая формулировка принципа *справедливости представлена в трудах Аристотеля, Гипократа, И. Канта* [3]. И. Кант ставит добродетель справедливости выше всех других добродетелей всюду, где возникает ситуация неравных отношений между людьми. Проблема социальной справедливости в медицине представлена в трудах известного врача, философа и педагога второй половины XIX в. Н.И. Пирогова. Он дал философское обоснование таким аспектам справедливости в медицине, как справедливое отношение к больному, социальная роль государства в организации здравоохранения,

развитие общественного милосердия. Н.И. Пирогов затрагивал ее не только как теоретическую проблему медицины, но наполнял ее социальным смыслом, связывая с «общественным милосердием», которое «принадлежит к убеждениям новейшего времени, еще совсем не укоренившимся» [4]. Он придает этой проблеме практическое значение:

- какое значение имеет гигиена в лечении и жизни людей;
- как должна быть организована профилактика заболеваний;
- как решать вопросы организации лечения человека, соотносясь с телесностью человека;
- какие типы госпитальных сооружений наиболее оптимальны для массового лечения людей.

Врач-философ предложил план совершенствования системы постройки госпиталей, считал необходимым увеличить расходы на административно-гигиенические меры для предотвращения болезней в массах, «скученных» в столицах и больших городах. Прогресс медицины Н.И. Пирогов видел в гигиене, в медицине предохранительной. Под широко проводимыми гигиеническими мероприятиями он имел в виду и улучшение быта рабочего люда [5]. Развитие профилактической работы и деятельности медицинского сообщества по формированию здорового образа жизни получило продолжение в трудах его учеников и деятельности Пироговского общества в конце XIX–начале XX вв. Узловой темой практики на всех съездах была проблема создания государственной системы здравоохранения с высшим врачебным представительством в виде самостоятельного Министерства здравоохранения. Врачебный закон появился в России лишь в 1857 году и с незначительными частными дополнениями просуществовал вплоть до октября 1917 года.

Либерально-революционные идеи справедливости в медицине представлены в трудах И.М. Сеченова и В.В. Вересаева. В.В. Вересаев отмечал: «И в Западной Европе массы врачей не находят себе дела, разумеется, вовсе не потому, что потребность общества во врачебной помощи вполне насыщена: и там, как у нас, для громадных слоев населения врачебная помощь представляет недоступную роскошь. Это просто частичное проявление тех поражающих противоречий, которые, как корни дуба в почву, прочно и глубоко проникают в самые основания нынешней жизни. Тысячи пудов хлеба и мяса гниют, не находя сбыта, а рядом тысячи людей умирают с голоду» [5]. В.В. Вересаев поддерживал идеи социал-демократов (В.И. Ленин) о государственном характере организации здравоохранения и внедрении принципа равного доступа к нему [5].

Идеи развития здорового образа жизни и справедливости в медицине, а также позиция медицинского сообщества легли в основу государственной политики в области медицины в рамках либеральных реформ второй половины XIX в. Именно в этот период в России принят Врачебный Устав – первый систематизированный документ, определявший правовое обеспечение здравоохранения в России. Существовали три редакции Врачебного Устава, датированные 1857, 1892 и 1905 гг. Вторая половина XIX века в России характеризуется развитием ряда социальных программ, направленных на поддержание и помощь бедным и нуждающимся. Таким образом, в XIX в. социально-философские идеи формирования здорового

го общества и справедливости в медицине находили поддержку в российском обществе, в медицинском сообществе и государственной политике в области здравоохранения. Объективные и субъективные причины (большие масштабы территории, недостаточно развитая подготовка врачей, недостаточное финансирование медицины и др.) ориентировали на поиск новых теоретических и практических подходов к развитию здравоохранения в России.

Проблема формирования здорового образа жизни и социальной справедливости во взглядах современных российских специалистов в области биоэтики

В Российской Федерации отмечается преемственность в развитии идей социальной справедливости в медицине и формирования здорового образа жизни у населения либерального плана. Проблема формирования здоровья человека и здорового образа жизни становится образовательной и воспитательной задачей [6].

Данная проблема рассматривается в рамках нового этико-философского направления – биоэтики. Биоэтика активно изучается современными студентами. В первую очередь она ориентирует студенчество на укрепление здоровья и здоровый образ жизни.

Одним из факторов, формирующих здоровый образ жизни, является нравственное состояние человека, его нравственное поведение, основы которого закладываются в том числе и в вузе, посредством восприятия студентами как естественно-научных, так и социально-значимых дисциплин, в том числе и «Биоэтики». Биоэтическая парадигма стала особенно актуальна в настоящее время. В странах мира, в том числе и в России, людей сегодня особенно пугает возрастание аномальных явлений, которые влияют на их образ жизни. Они вызывают страх за безопасность своей жизни и жизни близких людей, усугубляя стрессовые состояния и тем самым угнетая психику человека, что ослабляет его физическое и ментальное здоровье. Эти негативные условия в жизни людей, а также различные способы и формы снижения нравственного начала в деятельности человека в совокупности формируют конкретный образ жизни отрицательного свойства.

Нередко люди поступают безнравственно, вредя себе и другим людям не по злему умыслу, а из-за своего недомыслия, в частности, из-за неумения мысленно ставить себя на место других в конкретной ситуации. Так, например, на образе жизни сказываются зловерные привычки, такие, как алкоголизм или курение. Курящий просто неспособен ставить себя на место некурящих, иначе бы он испытывал угрызения совести. Но когда человек пренебрегает интересами не знакомых ему людей, проявляет неуважение к ним, то он не вправе и сам ожидать от них уважительного отношения к себе. Этот пример свидетельствует о том, что образ жизни отдельного человека всегда сопрягается с образом жизни многих других людей, вызывая у них или доброе, или негативное настроение [7].

В наше время не подвергается сомнению тот факт, что для развития здорового образа жизни человека огромную роль играет его информационное обеспечение. А информацию человек получает из разных источников, прежде всего, непосредственно

из личного опыта, общения и информационной сферы общества. Конкретный образ жизни человека все больше зависит от массовой коммуникации, которая становится как бы его второй реальностью и жизни и деятельности. Влияние ее на образ жизни людей не менее значим, чем собственный фактор, о чем свидетельствует объективное состояние СМИ, интернета. Это та часть информационной среды общества, которая не всегда правдиво отражает окружающий мир. В ней в причудливых формах и видах переплетаются и адекватная, и нередко иллюзорная субъективная реальность.

Одна из серьезных проблем, с которыми сталкивается сегодня каждый человек, это информационное перенасыщение нейронных путей его мозга вследствие бурного увеличения объема научной, культурной и политической информации, но особенно постоянной, навязчивой рекламы. Таким образом, головы людей заполняются нередко так называемым информационным мусором, то есть той неосознаваемой информацией, которая бесполезно скапливается в его бессознательной психической сфере. Тем самым она наносит заметный ущерб сознательному фактору психики и ослабляет его, что дезориентирует человека и приводит к психологическим конфликтам. Обычный человек, как правило, вынужден бездумно подчиняться «приказам информации». Человек тем самым теряет в этой ситуации как бы самого себя. В его психике остаются лишь желания, заложенные некой информационной программой. И чем больше информации вынуждено поглощать человеческое сознание, тем сильнее его зависимость от жестких установок, задаваемых информацией, и тем меньше возможностей для того, чтобы поведение человека было нравственным. Если человек хочет остаться полноценной и свободной личностью, то ему приходится постоянно анализировать поступающую информацию с морально-правовой точки зрения. Но для этого необходимо развивать защитный информационный иммунитет за счет увеличения мощности своего нравственного сознания.

Социально-исторический и культурный процесс формирования здорового образа жизни граждан и их творческой жизнедеятельности, касающейся не только индивидов, но и общества в целом включает в себя профессиональные, культурно-этические, образовательные, мировоззренческие и многие различия у людей, которые заметно влияют на их собственное отношение к жизнедеятельности, здоровью и его сохранению. При всем этом только моральные и правовые установки в обществе способны раскрыть и развить в людях личную ответственность за свое здоровье как общественное достояние. Именно мораль выступает особо сильным духовным началом в формировании здорового образа жизни людей и их творческо-созидательной деятельности. Но при этом исключительную роль в становлении и совершенствовании индивидуального образа жизни людей играет осмысленный характер жизни каждой конкретной личности. То есть речь идет о сознательном посвящении своей жизни и деятельности каким-либо интересам, нужным или отдельным людям, или обществу в целом – семье, науке, медицине, искусству и т.д.

Внедрение здорового образа жизни в быденную практику повседневного поведения людей зависит не только от морали. В силу многосторонности

и многомерности социально-культурной жизнедеятельности людей и их сугубо индивидуального поведения в каждом конкретно-историческом обществе моральные требования к отдельным лицам предъявляются и воспринимаются ими избирательно, что зависит от интеллектуально-нравственного воспитания личности и восприятия ею общественных обязанностей и понимания личной ответственности. В связи с этим моральные требования к людям, озабоченным состоянием своего образа жизни, нуждаются в подкреплении со стороны правовых норм. Такое сопряжение морали и права в формировании здорового образа жизни сегодня и получает отображение в биоэтике – качественно новом морально-правовом самосознании людей, но особенно специалистов, имеющих отношение к проблемам сохранения жизни на Земле и сбережению здоровья людей.

В наше время никто не спорит, что необходимо scrupulously соблюдать общечеловеческие нормы, принципы и правила морали в общественной жизни и деятельности людей, обеспечивающие укрепление их духовного здоровья. Если даже кем-либо пусть нечаянно кому-либо причиняется физическая боль, то этим самым наносится душевный вред и тому, кто ее спровоцировал. Поэтому всем людям должно быть ясно: сохранение здоровья человека – это проблема гуманная. Она указывает на необходимость всем и всегда помнить о личной ответственности за свое здоровье и здоровье других. Это проблема всеобщая, так как человек должен всегда сострадать, соучаствовать и помогать заболевшему другу, ближнему. Это гуманная сторона межличностных связей и отношений. Но есть и другая, гуманитарная сторона субъективных связей и отношений, которые складываются между людьми в их совместной жизни и деятельности. Именно от них зависят раскрытие, развитие и совершенствование уникальных человеческих способностей. Эта сторона в межличностных отношениях делает человека духовно более сильной, творчески активной личностью, что свидетельствует о специфической форме поддержания человеческого здоровья [8].

Для каждого отдельного человека (индивида) должно быть абсолютно ясно, что свое личное здоровье ценится им значительно выше, а значит – беречь и укреплять его надо прежде всего самому. Сохранение и особенно возвращение утраченного здоровья людям – это фундаментальная комплексная гуманная и гуманитарная задача. Ее невозможно решить в рамках только системы здравоохранения: большая роль должна принадлежать системе общественно-исторической культуры народа: образования и воспитания, средствам массовой информации. Уже сегодня они вносят неоценимый вклад в развитие культуры образа и стиля жизни, физической культуры. Повышается в этом отношении роль культурологи, психологии, социологии и биоэтики. Особенно велика и значима терапевтическая функция биоэтики. Она состоит в том, чтобы помогать людям в поиске и концептуальном обосновании смысла своей жизни и жизни других людей, учиться самому и учить других, лично оценивать роль и ответственность своей жизнедеятельности.

Проблема формирования индивидуальной модели образа и стиля жизни, смысла общественной деятельности – одна из ключевых мировоззренческих задач биоэтики, требующих решения в контексте це-

лостного отношения каждой личности к смыслу своей жизни и здоровью. Философское обобщение исторически сложившихся точек зрения на проблемы поиска смысла жизни и поддержания здоровья сводится к двум направлениям: обретение гуманного смысла жизни как бы внутри самого человека, его собственной деятельности во имя удовлетворения своих и общественных интересов и смысложизненных исканий самого себя как уникального человеческого феномена. Это все проявляется как во внутреннем (духовном) переживании, так и во внешнем поведении, в осознанных целенаправленных действиях и поступках. К стати, между смыслом жизни и здоровьем человека существует опосредующее звено – личностная индивидуальность, которая вбирает в себя особое состояние его морально-нравственного кредо [8].

Идеи развития здорового образа жизни и справедливости в медицине развивается в трудах отечественных философов и биоэтиков М.Н. Жаровой, И.В. Силуяновой, П.Д. Тищенко, Б.Г. Юдиной, а также в социально-политических трудах Т.А. Голиковой, В.В. Путиной, Л.М. Рошала и др.

И.В. Силуянова суть современной проблемы справедливости определяет следующим образом: «Преодоление неравенства сложный и длительный процесс. В настоящее время нет страны, которая была бы окончательно удовлетворена состоянием своей системы здравоохранения. Практически в каждой стране осуществляется ее коррекция, ведутся преобразования, а порой и реформы. Не вызывает сомнений одна из основных задач этих преобразований – справедливость, то есть равенство всех граждан в доступе к медицинской помощи высокого качества [9].

В трудах М.Н. Жаровой рассматривается справедливость с медицине с общеполитических и правовых позиций справедливости, основанных на равенстве права на жизнь всех людей, независимо от их национальности, социального положения и прочих факторов [10, с. 16, 19].

Особое значение имеет точка зрения российско-го медицинского сообщества, выраженная в документах философско-этического плана. В 1994 г. Ассамблеей врачей России был принят «Этический кодекс российского врача». В документе констатируется, что основной обязанностью врача является справедливое отношение к пациенту.

Проблема справедливости в медицине становится одной из ключевых на современных российских медицинских форумах. В Московском гуманитарном университете по инициативе Отдела этики науки и технологии Сектора социальных и гуманитарных наук ЮНЕСКО 7–8 декабря 2005 г. была проведена конференция «Социальная справедливость в здравоохранении: биоэтика и права человека».

В итоговом документе и рекомендации конференции провозглашаются основные принципы деятельности государственных, международных, медицинских, общественных и иных учреждений в сфере медицины и здравоохранения:

1. Социальная справедливость в здравоохранении находит выражение в следующем:

- обеспечение профилактических мер, направленных на предотвращение заболеваний, препятствующих реализации человеком своего потенциала;
- укрепление и охрана здоровья людей без ограничений по каким бы то ни было признакам или индивидуальным характеристикам;

– обеспечение универсального доступа к качественной медицинской помощи;

– обеспечение справедливого доступа к медицинским, научным и техническим достижениям.

Вопросы социальной справедливости должны найти свое место в национальных планах развития здравоохранения; их следует определять в связи с общими целями политики здравоохранения и политики социально-экономического и культурного развития.

2. Социальная справедливость в здравоохранении должна реализовываться исходя из следующих принципов:

– она должна основываться на потребности каждого человека иметь хорошее здоровье;

– она должна обеспечивать возможности для каждого члена общества реализовать свой потенциал в тех областях, которые представляются данному индивиду наиболее важными и ценными для него;

– первоочередное внимание должно быть уделено группам, находящимся в менее благоприятном положении с точки зрения обеспечения медицинской помощи;

– она должна полагаться на возможности и стремление всех людей к укреплению своего физического и духовного здоровья.

3. Органам государственной власти следует:

– признать требования социальной справедливости необходимым и специфическим компонентом всей системы здравоохранения;

– обеспечивать равноправный доступ к квалифицированной медицинской помощи;

– принимать меры в целях содействия тому, чтобы программы здравоохранения были направлены на улучшение социального положения наиболее уязвимых групп;

– разработать и принять закон о биомедицинских исследованиях;

– создавать структуры, разрабатывать и осуществлять программы, отвечающие потребностям всех категорий населения, нуждающихся в медицинской помощи;

– обеспечить правовые, экономические, организационные и информационные условия вовлечения институтов гражданского общества в выработку и реализацию политики в области здравоохранения.

4. Социальная справедливость в здравоохранении предполагает не только осуществление аффирмативных (поддерживающих) мер со стороны людей, принимающих решения, но и разнообразные формы активного участия людей, нуждающихся в медицинской помощи. Наличие основных прав, в том числе основополагающего права на достижение наивысших возможных стандартов здоровья, предполагает деятельность по реализации этих прав, в том числе направленную на их защиту путем создания добровольных объединений (ассоциаций) граждан [8].

Социально-философские идеи справедливости в медицине отражены в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья и прав граждан» (2011): «Охрана здоровья граждан (далее охрана здоровья) – система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации,

органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи [2,11].

Таким образом, современные подходы к справедливости в медицине ориентируются на либеральные идеи справедливости, основанные на соблюдении основных прав и свобод человека, преимущественном обеспечении принципа равенства, сохранении государственной роли в регулировании и поддержке здравоохранения.

Политико-правовые основы формирования здорового образа жизни и развития идеи социальной справедливости в современной России

С 2011 году была создана принципиально новая правовая база развития российского здравоохранения. Особое внимание в процессе модернизации здравоохранения уделяется вопросам профилактики заболеваний, формированию здорового образа жизни и развитию идеи социальной справедливости. Модернизация здравоохранения предполагает преемственность в реализации либеральных идей справедливости в медицине. В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья и прав граждан» (2011) отражены современные подходы к решению данной проблемы: «<...> профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания <...>», «<...> государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств<...>» [11].

Президент Российской Федерации В.В. Путин [12] акцентирует внимание на развитии «философии здорового образа жизни» у граждан Российской Федерации: «Необходимо повысить ответственность каждого человека за состояние своего здоровья. Иначе никаких денег не хватит. Сегодня в России 80% людей не занимаются физкультурой или спортом, 65% регулярно употребляют крепкие спиртные напитки или курят, 60% проходят медобследования только в случае болезни. При этом большинство опрошенных уверено, что следят за своим здоровьем! Охрана здоровья – это прежде всего предотвращение заболеваний, и ключевую роль здесь имеет формирование здорового образа жизни. Мы будем создавать условия для бесплатных занятий физкультурой по месту жительства и на работе, настойчиво и жестко бороться с распространением наркотиков, принимать меры, нацеленные на снижение потребления алкоголя и табака [7].

Одной из важнейших проблем, возникающих в медицине и здравоохранении на всем протяжении существования человечества и в настоящее время, является проблема справедливости.

Вопросы справедливости касаются не только медиков, но и каждого человека, поэтому их обсуждение является необходимым для каждого из нас.

В настоящее время сформированы общие философские подходы к понятию справедливость, однако продолжается дискуссия по уточнению этого понятия в связи с инновационными процессами в различных сферах жизни общества. Философские идеи справедливости в медицине закрепились в международном законодательстве и законах различных стран. Прежде всего прослеживается связь с необходимостью реализации основных прав и свобод человека при оказании медицинской помощи.

Сложно определить эффективность новых подходов к реализации в современной России принципа справедливости в медицине (реализация принципа равенства в доступности медицинской помощи, доступности качественной медицинской помощи и др.) в силу социально-демографических причин (обширность территории, недостаточная обеспеченность квалифицированным медицинским персоналом медицинских учреждений, проблема обеспечения современным медицинским оборудованием, нехватка финансовых ресурсов и др.).

Таким образом, идея социальной справедливости в медицине является ведущей в процессе современной модернизации здравоохранения в Российской Федерации. По мнению российских политиков (Т.А. Голикова, Д.А. Медведев, В.В. Путин и др.), потребуется несколько лет для реализации поставленных задач на основе новых подходов к принятию управленческих решений в процессе модернизации российской медицины.

Биоэтическое осмысление затронутых в этой статье вопросов должно способствовать стимуляции становления закрепления гуманитарного начала в медицине, в других сферах духовно-культурной жизни всех людей в целях улучшения физического и укрепления духовного здоровья людей. Сделанный в этой главе акцент на здоровье человека как целостной научно-естественной и гуманитарной ценности позволяет привлечь внимание общества к тому, чтобы относиться к своему здоровью и здоровью других людей не просто как к некоему нормальному биофизиологическому состоянию, но и как к высокой духовной силе.

Заключение

Философия здорового образа жизни – это важная составляющая жизни современного человека. Человек не был столь близок к тому, чтобы стать хозяином своего здоровья. Современный человек в состоянии контролировать свое здоровье, тем более он может воспринимать себя как существо автономное, свободное и самобытное. Обязывая сам себя вести здоровый образ жизни, то есть контролировать свое здоровье, человек возлагает на себя и соответствующую нравственную ответственность за свой выбор. Государство помогает современному человеку сохранять и укреплять свое здоровье через реализацию принципа социальной справедливости, включающего в себя равный для всех граждан доступ к достижениям современной медицины.

Список литературы

1. *Исланова Н.Н.* Формирование биоэтического мировоззрения: аспекты методологии // Автореферат диссертации канд. филос. наук. – Казань, 2000. С. 3.
2. *Daniel Callahan.* Bioethics / Encyclopedia of bioethics. Reich W.Th. Editor-in-chief. N.Y., 1995, V1. P.248.
3. Аристотель Никомахова этика / Аристотель. – М.: Эксмо-Пресс, 1997. 452 с.; Гиппократ/Гиппократ/ <http://nevrolog.narod.ru/gip.html> (дата просмотра 12.05.2012); Семашко, Н.А. Очерки по теории организации советского здравоохранения: принципиальные основы советского здравоохранения. – М.: Изд-во Академии наук РСФСР, 1947. С. 102; Шамилева, Р.Э. Проблема справедливости в философии Дж. Роулса / Философия и общество. 2008. №2 (5).
4. *Пирогов, Н. И.* Собр. соч.: в 8 т. М., 1962. Т. 8. 394 с.
5. *Вересаев, В.В.* Записки врача. – М.: Медис, 2010. 362 с.
6. *Виленский М.Я.* Физическая культура и здоровый образ жизни студента: учебное пособие / М.Я. Виленский, А.Г. Горшков. – М.: КНОРУС, 2012. 240 с. С. 112.
7. *Хрусталева Ю.М.* От этики до биоэтики: учебник для вузов / Ю.М. Хрусталева. Ростов н/Д: Феникс, 2010. 446 с. С. 58–68.
8. *Сахарова Л.Г., Гвоздецкий О.Е., Слотин В.Е.* Развитие идеи социальной справедливости в российской медицине: история и современность // Вятский медицинский вестник. 2012. №3. С. 75–76.
9. *Силуянова И.В.* Этика врачевания. Современная медицина и Православие / И.В. Силуянова. – М.: Московское подворье Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 2001. 450 с.
10. *Жарова М.Н.* Принципы биоэтики и модели взаимодействия медицинских работников с пациентами / М.Н. Жарова // Релга. 2012. №6. С. 16, 19; Степанов, К.С., Сахарова, Л.Г. Клубные объединения молодежи как инновационная форма студенческого самоуправления // Среднее профессиональное образование. 2012. №4. С. 51, 52.
11. Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья и прав граждан» // <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html> (дата просмотра 12.12.2013).
12. *Путин В.В.* Строительство справедливости. Социальная справедливость для России (статья В. Путина «Комсомольской правде») / В.В. Путин / Комсомольская правда. 2012. 13 февраля // <http://kp.ru/daily/3759/280779/>.

Сведения об авторах

Сахарова Людмила Геннадьевна – кандидат исторических наук, доцент, заведующая кафедрой социальных наук Кировской ГМА.

E-mail: slg75@rambler.ru.

Слотин Владимир Евгеньевич – кандидат исторических наук, старший преподаватель кафедры социальных наук Кировской ГМА.

E-mail: ksoz11@rambler.ru.

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УДК 378.14

Е.В. Кузнецова

ПРОЦЕСС ЛИЧНОСТНО- ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Кировская государственная медицинская академия

E. V. Kuznetsova

THE PROCESS OF PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF STUDENTS ENROLLED IN THE SPECIALTY «CLINICAL PSYCHOLOGY»

Kirov state medical academy

«Человек, который называл себя «клиническим психологом», должен был быть одной из знаменитостей, очень высококвалифицированным выпускником университета с 20 или 30 годами практического опыта в сфере диагностического тестирования, исследования и терапии, или зеленым выпускником университета, без какого-либо опыта, способным измерять уровень интеллекта с помощью тестов Бине, без должного понимания их значения относительно клинических проблем».

Г.Ю. Айзенк

Появление специальности «Клиническая психология» несколько лет назад в РФ отражает насущную необходимость современной медицины в изменении качества взаимоотношений врачей и пациентов и более глубоком понимании психологии здорового и больного человека.

В современных условиях значительно возрастает необходимость подготовки клинических психологов, так как именно клиническая психология может помочь современной медицине понять личность больного, сформировать необходимый комплаенс в процессе лечения и развить ресурсы для сохранения здоровья и предупреждения заболеваний. В данной статье рассматривается процесс личностно-профессионального развития студентов, будущих клинических психологов, в процессе обучения в вузе.

Ключевые слова: клиническая психология, личностно-ориентированная система подготовки клинических психологов, личностные и профессионально важные качества клинического психолога, рациональный, эмоциональный и интуитивный каналы эмпатии.

The appearance of specialty «Clinical Psychology» in Russia some years ago reflects the urgent need for modern medicine to change the quality of inter-

relationships of physicians and patients, and a deeper understanding of the psychology of healthy and sick people.

In modern conditions the need for clinical psychologists greatly increased, as clinical psychology can help modern medicine to understand the patient's personality, develop the necessary compliance in the treatment process and develop the resources to maintain health and prevent disease. This article discusses the process of personal-professional development of students, future clinical psychologists in the learning process at the university.

Key words: clinical psychology, personality-oriented system of training of clinical psychologists, personal and professional-quality important clinical psychologist; rational, emotional and intuitive empathy channels.

Современная жизнь актуализировала потребность в организации активной психологической помощи всем слоям населения. С каждым годом растет количество людей, нуждающихся в психологической помощи по причине своей социальной, профессиональной неустроенности, а также лиц, страдающих различными психическими недугами. Клиническая психология – достаточно молодая специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплексных задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению, то есть направленная на оказание качественной и своевременной психологической помощи.

В развитых странах мира клинические психологи составляют основную часть всех психологов. Например, в США 60% членов Национальной ассоциации психологов – это клинические психологи, их около 100 000 специалистов. На сегодняшний день в Российской Федерации около 3000 специалистов, а по подсчетам Министерства здравоохранения требуется 40–50 тыс. клинических психологов. Клинические психологи работают во всех типах лечебно-профилактических учреждений, где требуется помощь психолога. Всё чаще клинические психологи привлекаются для работы в службах социальной защиты населения. Сегодня они успешно работают в учреждениях социальной помощи населению, отделах по подбору кадров, центрах психологической помощи жертвам насилия, службах занятости населения, центрах планирования семьи и многих других. Поэтому очень актуален вопрос подготовки специалистов в области клинической психологии. В подготовке клинических психологов в России отмечается акцент на 3 основные составляющие:

– на теоретическую подготовку, так как недостаточно пока клинических баз и квалифицированных клинических психологов;

– на дидактическую, то есть подготовку по многим разделам психологического знания;

– на приоритете подготовки в области психодиагностики.

Личностно-ориентированная система подготовки клинических психологов в вузах РФ находится на стадии становления.

В современный период развития психологической науки и практики учитываются как профессионально важные, так и личностные качества будущих специалистов – клинических психологов.

Область профессиональной деятельности клинических психологов относится к системе общественных отношений «человек – человек». Важно отметить, что в процессе обучения в высшем учебном заведении необходимо системно развивать те личностные и профессиональные качества студентов, которые непосредственно влияют на их общение и взаимодействие с другими людьми, на их отношение к самим себе. Необходимо понять, какими же личностными характеристиками должен обладать человек, который решил посвятить себя профессии «Клинический психолог»? Процесс личностного и профессионального развития клинического психолога в системе высшего образования рассматривается в качестве изменения системного единства его деятельности и личности.

Формирование и развитие личностных и профессиональных качеств клинического психолога – это результат осуществления комплексного образовательного процесса в высшей школе, где успешно реализуются стратегии, модели и технологии совершенствования профессионально важных качеств личности будущего клинического психолога. Разрешение противоречий (внутренних и внешних) обеспечивает достижение соответствия интеллектуальных, эмоционально-волевых и других профессионально значимых качеств, функционального состояния будущего клинического психолога целям, требованиям и условиям социальной и культурной среды. Выявленные противоречия проявляются через несоответствие этим требованиям основных компонентов личностного потенциала студентов и образовательной среды [1, 4].

Среди общих личностных и профессионально-важных качеств клинического психолога выделим следующие уровни:

- *интеллектуальный уровень* – логичность мышления, проницательность, способность к анализу и прогнозированию, четкое представление о сложности и противоречивости природы психики и поведения человека;

- *психофизиологический уровень* – эмоциональная устойчивость, сильный тип нервной системы, выдержка, спокойствие, устойчивость к стрессам, способность реально взвешивать ситуацию;

- направленность на другого человека, коммуникативность и великодушие к людям, активность, корректность и дипломатичность в общении, подчинение своих интересов интересам другого человека, нравственность, добросовестность и ответственность [2].

Содержание труда клинического психолога актуализирует две его личностные стороны: *нравственно-психологическую* и *психотехническую*. Психолог должен уметь понимать причины и следствия самопроявлений другого человека, прогнозировать поведение клиента, адекватными методами воздействовать на других людей. Здесь необходимо наличие эмпатии. Рассмотрим основные каналы эмпатии.

«Рациональный канал» эмпатии характеризует направленность внимания, восприятия и мышления на другого человека.

«Эмоциональный канал» эмпатии – способность сопереживать, соучаствовать (энергетическая подстройка к эмпатируемому).

«Интуитивный канал» эмпатии – способность видеть поведение клиента, действовать в условиях дефицита информации о нем, опираясь на опыт, «хранящийся» в подсознании.

Личностное и профессиональное развитие клинического психолога в высшем учебном заведении обозначает путь к осознанию призвания быть клиническим психологом. Исходя из того, что личностное и профессиональное развитие понимается как непрерывный процесс личностных, деятельностных и социокультурных изменений, происходящих во времени и под влиянием соответствующего обучения, воспитания и самосовершенствования, включающего формирование не только теоретических, методических знаний, но и овладение специальными технологиями. Очень важно всесторонне оценить и проследить изменение и динамику уровня личностного и профессионального развития клинического психолога.

Основное заключается в том, чтобы, активизируя у студентов-будущих клинических психологов основные мотивационные противоречия личностного и профессионального развития, то есть противоречия между наличным и желаемым, создать оптимальные условия для их разрешения в познавательной деятельности, придать личностный смысл собственному профессиональному развитию. Это предполагает изменение структуры мотивации студентов через активизацию сознательно-волевой работы личности по усвоению смыслового содержания «знаемых» мотивов, избирательную актуализацию побуждений, опредмечивание значимых для личности потребностей.

Формирование мотивации личностно-профессионального развития клинического психолога осуществляется через повышение привлекательности, престижа и раскрытие гуманистической сущности профессии; актуализацию эталона специалиста данной профессии; создание и реализацию личностно и общественно значимых перспектив в учебной и профессиональной деятельности клинического психолога, улучшение стимулирования процесса самосовершенствования студентов.

М. Вернон выделяет следующие группы мотивов выбора и пребывания в профессии:

- безопасность, то есть стремление к физическому самосохранению и экономической безопасности;

- удовольствие, отражающее стремление к возможности отдыхать, расслабляться, развлекаться;

- активность, определяющая стремление наиболее полно раскрыться в профессиональной деятельности, реализовать свои физические и интеллектуальные способности и возможности;

- уверенность в себе и независимость, дающие реализацию этих потребностей в деятельности;

- превосходство, то есть стремление к превосходству над другими с помощью своих собственных достижений;

- господство, или доминирование, дающее стремление приобрести авторитет, возможность управлять другими людьми;

- «выставление напоказ, хвастовство», показывающее стремление выделиться из группы, вызвать восхищение;

- социальная конформность (стремление быть в согласии с группой, коллективом, обществом);

- гуманизм, раскрывающий стремление к оказанию помощи другим, демонстрации им своего расположения и симпатии.

Также М. Вернон выделяет профессионально значимые мотивы типов карьер представителей различных специальностей и выделяет 4 типа личностей:

- целостные, с доминированием одного или двух сильных мотивов;
- конфликтные, у которых мотивы находятся в «конфликте», как бы разнонаправлены;
- сложные личности, у которых равно выражены несколько мотивов, образующих комплекс;
- интегративные личности, у которых конфликтные мотивы существуют в гармонии друг с другом.

В рамках преподавания дисциплины «Профессиональная этика» нами было проведено анкетирование среди студентов 1-го курса, которые обучаются по специальности «Клиническая психология» в количестве 13 человек. Анкетирование показало, что у студентов присутствует внутренняя мотивация обучения в вузе – 83%, у данных студентов отмечены творчески адаптационный уровень обучения и интерес к будущей профессии. Большинство будущих клинических психологов (75%) являются общительными или очень общительными людьми, однако высокий уровень коммуникабельности не является достаточным основанием для эффективного общения; 26% студентов имеет уровень эмпатии «выше среднего», 19% – высокий уровень. 36% будущих клинических психологов можно назвать эмоционально отзывчивыми, особо чувствительными к нуждам и проблемам окружающих. Уровень коммуникативных умений будущих клинических психологов в целом ниже, чем уровень коммуникабельности, 32% испытуемых имеют уровень коммуникативных умений выше среднего. Уровень коммуникативных склонностей студентов выше, чем уровень организаторских способностей. Наиболее выраженной эмоциональной помехой у студентов будущих клинических психологов является неадекватное проявление эмоций, наименее выраженной эмоциональной помехой в общении является доминирование негативных эмоций.

В сфере представлений о выраженности собственных качеств было выявлено 2 типа: для первого типа характерна адекватная самооценка, проявляющаяся в принятии и демонстрации качеств (33%); второй тип предполагает отсутствие обособления от социально нежелательных качеств, что является основой для толерантности среди клинических психологов (31%).

В социально-психологические характеристики личности входят и профессиональные предпочтения, поэтому нужно рассматривать их «совместно» с социально-психологическими особенностями студентов – будущих клинических психологов. Восхождение человека к профессионализму – это целостный непрерывный процесс становления личности специалиста и профессионала, который начинается с этапа выбора профессии [5].

Профессиональное самоопределение – это многомерный и многоступенчатый процесс, в котором происходит формирование индивидуального стиля жизни и деятельности, частью которых является профессиональная деятельность. В процессе профессионального самоопределения устанавливается баланс личных предпочтений и склонностей с существующей системой разделения труда [3].

Кеттеллом Р.Б. был выведен «средний» типовой личностный профиль психолога, которого отличают

высокие интеллектуальные способности, эмоциональная устойчивость, независимость, настойчивость, уверенность в себе, неприверженность стандартам, общительность, высокое противодействие усталости при работе с людьми, предприимчивость, высокий уровень «восприимчивости» [6]. Психологи живо откликаются на все происходящие события, находят интерес и новизну даже в повседневных делах, не доверяют авторитетам, стараются всё проанализировать и понять сами, отличаются критичностью мышления, терпимостью к противоречиям и неясностям.

Профессиональное самосознание клинического психолога рассматривается учёными как процесс и результат осознания себя в профессиональной сфере, целенаправленного регулирования своего поведения, деятельности и отношений. Профессиональная готовность выступает как исходная мера развития, направленность на профессиональную деятельность, интегральное проявление свойств личности клинического психолога. Профессиональная готовность включает в себя определенный уровень индивидуального развития и овладения специальными знаниями, умениями, навыками, профессиональными позициями, а также как уровень саморазвития тех способностей, которые позволяют эффективно осуществлять профессиональные функции.

Любая профессия предъявляет определенные требования к личности профессионала, в психологии эти требования особенно высоки, а роль личностных свойств и качеств клинического психолога в успешной деятельности, выше, чем в большинстве других профессий сферы «человек-человек». Для клинического психолога собственная личность – важный «инструмент» и исследовательской, и практической работы. Идет ли речь о психотерапии гуманистического толка или об экспериментальном изучении мотивации социального поведения, личностные характеристики психолога, как нам представляется, обязательно сказываются на результатах и самом способе его профессиональной деятельности.

По данным анкетирования студентов 1 курса, основными причинами, повлиявшими на выбор профессии клинического психолога и на осуществление поступления на специальность «Клиническая психология», являются:

- надежда обрести оптимальные условия для саморазвития, личностного роста – 35%;
- желание помочь людям справиться с психологическими тяготами жизни, сделать их счастливее – 65%.

Наибольшую привлекательность профессии «Клинический психолог» студенты 1 курса видят в возможности общения с другими людьми (30%), в помощи людям (50%) и познании себя (20%).

Для эффективного овладения профессией «Клинический психолог», необходимо иметь хорошую базовую подготовку (29%), волевые качества (21%), наличие интереса к профессии (42%). Среди наименее распространенных аспектов оказались постоянный личностный рост (5%) и наличие профессиональных способностей (3%).

Таким образом, можно судить о том, что будущие клинические психологи, в большинстве своем отличаются потребностью в развитии своих способностей и профессионально-важных качеств, реализации своего потенциала на основе самопознания.

Нами выявлены основные компоненты готовности будущих клинических психологов к профессиональной деятельности. К ним относятся такие компоненты как:

– *ценностно-мотивационный* – устойчивость позитивных профессиональных мотивов, ведущих профессиональных ценностей и интересов, направленных на освоение сущности и специфики профессиональной деятельности, стремление к профессиональному мастерству и саморазвитию в условиях избранной деятельности и выраженных гуманистических профессиональных установок;

– *когнитивно-гностический* – объем профессиональных знаний, направленность на овладение спецификой деятельности клинического психолога, познавательная активность и высокая обучаемость;

– *эмоционально-волевой* – уровень знания профессиональных норм и правил деятельности психолога, стремление им следовать, развитие навыков эмоционально-волевой саморегуляции, направленность на соответствие требованиям профессиональной деятельности психолога;

– *функционально-деятельностный* – степень сформированности коммуникативных, организационных, диагностических, проектировочных и др. умений и навыков, алгоритмов, приемов и способов деятельности психолога; выраженная направленность на определение своей «профессиональной роли»; степень сформированности профессионально-важных качеств;

– *креативный* – направленность на реализацию творческой активности в профессиональной деятельности клинического психолога, стремление к самостоятельности и самоопределению в профессии,

наличие и степень сформированности творческих умений, направленность на поиск и создание эффективных способов, приемов и алгоритмов психологической практики.

Список литературы

1. *Абрамова Г.С.* Практическая психология Учебник для студентов вузов. Изд 6-е., переработанное. и доп. М.: Академический Проект, 2010. 480 с.
2. *Бодров В. А.* Психология профессиональной пригодности: Учебное пособие для вузов. М.: ПЕР СЭ, 2011. 111 с.
3. *Берулава Г. А.* Методологические основы деятельности практического психолога: Учебное пособие / Г. А. Берулава. М.: Высшая школа. 2009. 64 с.
4. *Божович Л. И.* Проблемы формирования личности / Л.И. Божович. М.: «Институт практической психологии». Воронеж: НПО «МОДЭК» 2008. 352 с.
5. *Дружилов С. А.* Индивидуальный ресурс человека как основа становления профессионализма: монография. Воронеж: Научная книга. 2010. 260 с.
6. *Старовойтенко Е. Б.* Психология личности в парадигме жизненных отношений: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Е. Б. Старовойтенко. М.: Академический Проект; Трикста. 2009. 256 с.

Сведения об авторе

Кузнецова Елена Владиславовна – зам. декана социально-экономического факультета, старший преподаватель кафедры социальной работы Кировской ГМА. E-mail: kusnesovaev@mail.ru.

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «ВЯТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК»

Учредителем научно-практического журнала «Вятский медицинский вестник» является ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России. Журнал издаётся с 1998 года и зарегистрирован в Министерстве РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций под № ПИ 77-12-440 от 19.04.2002 г. «Вятский медицинский вестник» распространяется по медицинским библиотекам и библиотекам высших медицинских учебных заведений и научно-исследовательских институтов РФ, по лечебно-профилактическим учреждениям Волго-Вятского региона. Периодичность журнала составляет четыре раза в год, объем 70 стр.

Журнал предназначен как для научно-медицинской общественности, так и для широкого круга читателей: преподавателей медицинских учебных заведений, научных работников медико-биологического профиля, практикующих врачей, руководителей и организаторов здравоохранения.

«Вятский медицинский вестник» адресован не только профессионалам, но будет интересен и молодым специалистам, только начинающим свой путь в практической или научной медицине. В журнале много места отводится материалам обучающего и справочного характера, публикуются лекции и теоретические обзоры по актуальным проблемам клинической медицины ведущих ученых-специалистов Кировской государственной медицинской академии и других вузов России. На его страницах рассматриваются новые направления развития медицины, эффективные методы диагностики и лечения широкого круга заболеваний у детей и взрослых. Помимо этого журнал регулярно печатает материалы по правовым аспектам медицинской помощи населению, организации здравоохранения, медицинской психологии, социологии, по гигиене, по вопросам этики, духовности, а также по истории медицины Волго-Вятского региона.

Авторам, желающим опубликовать свои материалы в нашем журнале, рекомендуем принять во внимание следующие сведения.

1. Редакция ставит в известность своих авторов, что статьи, представляемые в «Вятский медицинский вестник», должны соответствовать «Единым требованиям к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы»*. Статьи, не отвечающие «Единым требованиям...», по правилам нашего журнала не принимаются к печати.

2. Журнал «Вятский медицинский вестник» является рецензируемым. Представление ранее опубликованных и посланных в другие издания работ не допускается.

3. К печати принимаются рукописи в виде компьютерной версии на дискете или CD-диске с распечаткой на бумажном носителе в одном экземпляре, оформленной согласно п. 2, 4 и 6–8.

4. Рукопись, поступающая в журнал, должна иметь направление, заверенное печатью учреждения, в котором выполнена работа (с визой руково-

дителя или уполномоченного лица с экспертным заключением о возможности опубликования). В случае если статья написана единственным автором и он является соискателем, аспирантом или сотрудником без ученой степени, то необходима виза от научного руководителя или заведующего кафедрой. Всем авторам надлежит подписать экземпляр статьи, расшифровав ФИО. Ставя свои подписи под статьей, авторы передают права на издание рукописи редакции журнала.

5. Принятые к рассмотрению рукописи по решению редакции направляются на рецензирование членам редакционной коллегии, либо внешним рецензентам. Окончательное решение о публикации статьи принимается редакционной коллегией на основании мнения рецензентов, авторы извещаются об этом заранее. Рукописи не возвращаются.

6. Авторам просим придерживаться следующих правил:

а) рукопись печатайте через один интервал во всем тексте, включая титульную страницу, резюме, текст, список литературы, таблицы и подписи к рисункам. Нумерация страниц последовательная, начиная с титульной, в верхнем правом углу каждой страницы. Для печати используйте текстовый редактор Microsoft Word 97, 2000 или XP, шрифт Times New Roman, размер 14, стиль «обычный», подзаголовки выделяйте жирным шрифтом, ключевые слова в тексте – курсивом.

б) заголовок статьи оформляйте следующим образом в строгом порядке:

– УДК (выравнивание к правому краю);

– инициалы и фамилии авторов (выравнивание по центру);

– название статьи (целиком заглавными буквами, без точек, выравнивание по центру);

– сокращенное название учреждения, где выполнялась работа (курсивом, выравнивание по центру) – пример: Кировская государственная медицинская академия;

в) текст статьи должен содержать объективную, достоверную, актуальную информацию и завершаться заключением. Рекомендуемый размер обзорных статей или лекций до 15 страниц, оригинальных – до 10 страниц. Публикации оригинальных исследований должны быть разбиты на рубрики: введение, материалы и методы исследования, результаты и их обсуждение, выводы;

г) список литературы оформляйте в соответствии с требованиями п. 8;

д) после списка литературы обязательны (на русском и английском языке): инициалы и фамилии авторов, полное название статьи, название организации, резюме статьи размером 150–200 слов и ключевые слова;

е) на последней странице файла необходимо представить сведения об авторах (ФИО полностью, ученая степень, ученое звание, место работы, должность, почтовый адрес, номер телефона и e-mail);

ж) все разделы статьи тщательно выверите, на дискете или CD-диске запишите только конечную версию рукописи;

з) дайте файлу понятное название (по фамилии первого автора), укажите на наклейке дискеты или упаковке CD-диска название файла.

7. Библиографическое описание литературных источников в списке литературы приводится в соответствии с ГОСТ Р 7.0.5-2008 «Библиографическая ссылка». В тексте статьи цифровые ссылки на литературные источники даются в строгом соответствии со списком литературы (в алфавитном порядке) и заключаются в квадратные скобки. В оригинальных статьях цитируется не более 15, в обзорах – не более 60 источников. Выполнение перечисленных требований и следование приведенным ниже примерам оформления пристрастной списка исключит вмешательства редакции журнала в авторский оригинал и сократит срок опубликования рукописи.

Примеры библиографического описания источников в списке литературы:

а) книга одного автора:

1. Гончарова Т.А. Энциклопедия лекарственных растений. М.: Изд-во Дом МСП, 2001. 1120 с.;

2. Скулачев В.П. Кислород и явления запрограммированной смерти. М., 2000. 48 с.;

б) книга двух, трех авторов:

1. Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. М., 1972. 252 с.;

2. Хафизьянова Р.Х., Бурыкин И.М., Алеева Г.Н. Математическая статистика в экспериментальной и клинической фармакологии. Казань: Медицина, 2006. 374 с.;

в) книга четырех и более авторов:

1. Основы научных исследований: Учебник для вузов / В.И. Крутов [и др.]. – М.: Высшая школа, 1989. 400 с.;

2. Экспериментальное моделирование и лабораторная оценка адаптивных реакций организма / И.А. Волчегорский [и др.]. Челябинск, 2000. 167 с.;

г) статьи из книг, журналов, сборников:

1. Лаптева Е.Н., Рошин В.И., Султанов В.С. Специфическая активность полипренольного препарата «Ропрен» при токсическом поражении печени в эксперименте // Клиническое питание. 2007. № 3. С. 28–32;

2. Петричук С.В., Шищенко В.М., Духова З.Н. Цитоморфометрический метод в оценке функциональной активности митохондрий лимфоцитов в норме и при патологии // Митохондрии в патологии. Материалы всероссийского совещания. Пущино, 2001. С. 19–20;

3. Трифонова О.Ю., Хазанов В.А. Регулятор энергетического обмена «КардиоХит» в комплексной терапии больных ишемической болезнью сердца // Регуляторы энергетического обмена. Клинико-фармакологические аспекты / Под ред. В.А. Хазанова. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2006. С. 114–119;

д) иностранные издания:

1. Lin M.T., Beal M.F. Mitochondrial dysfunction and oxidative stress in neurodegenerative diseases // Nature. 2006. Vol. 443. P. 787–795;

2. Pengelly A., Bone K. The constituents of medicinal plants: an introduction to the chemistry and therapeutics of herbal medicine. Wallingford: Allen & Unwin, 2004. 184 p.

е) диссертации, авторефераты:

1. Мазина Н.К. Системный подход к обоснованию применения регуляторов энергетического обмена в схемах фармакотерапии и оздоровления: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2007. 46 с.;

ж) ссылки на электронные ресурсы:

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf (Дата обращения: 15.05.2009);

2. Иванова А.Е. Проблемы смертности в регионах Центрального федерального округа // Социальные аспекты здоровья населения. 2008. [Электронный ресурс]. №2. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/54/30/> (Дата обращения: 19.09.2009).

8. В качестве иллюстраций к статье принимаются черно-белые фотографии (в исключительных случаях – цветные) в электронном виде (формат tiff или jpeg с разрешением до 600 dpi), включенные в файл статьи как целый внедренный объект. Графический материал в виде диаграмм и графиков должен быть подготовлен для черно-белой печати, серые и черные заливки следует заменить на косую, перекрестную или иную штриховку. Все буквы, цифры и символы на рисунках должны быть четкими. Нумерация рисунков последовательная в соответствии с порядком упоминания в тексте. Крупные таблицы, графики и рисунки должны быть оформлены в виде приложения к основному тексту.

9. В конце рукописи должны присутствовать следующие пункты:

Ваша подпись и текст: Этой подписью я даю согласие на обработку редакцией журнала «Вятский медицинский вестник» своих персональных данных, то есть совершение в том числе следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в ФЗ №152 от 27.07.2006 г., а также на распространение персональных данных третьим лицам, использование персональных данных в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством.

Ваша подпись и текст: Этой подписью я даю свое согласие на внесение стилистических правок в мою рукопись редакцией журнала «Вятский медицинский вестник».

10. Журнал выдается бесплатно первым трем авторам, если таковые указаны.

Рукописи направляйте по адресу: 610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112, Кировская государственная медицинская академия, редакция журнала «Вятский медицинский вестник», заведующему редакцией.

Формат 60x84¹/₈. Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman.
Печать офсетная. Усл.п.л. 5,58. Тираж 180. Заказ 1448.
Отпечатано в ООО «Кировская областная типография».
610004, г. Киров, ул. Ленина, 2.
www.printkirov.ru