

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ
LXXVIII

6

1997

Казанский мед. ж., 1997, 78, 6, 401—480.

Редакционная коллегия:

Д.М. Зубаиров (главный редактор),
Д.К. Баширова, В.Ф. Богоявленский (зам. главного редактора), М.Х. Вахитов,
Х.З. Гафаров, М.М. Гимадеев (зам. главного редактора), Л.А. Козлов,
И.А. Латфуллин, Р.И. Литвинов (отв. секретарь), В.Н. Медведев, И.З. Мухут-
динов, И.Г. Низамов, О.И. Пикуза, Н.С. Садыков, И.А. Салихов,
Э.Н. Ситдыков, Л.А. Щербатенко

Редакционный совет:

Н.Х. Амиров (Казань), А.А. Визель (Казань), А.Н. Галиуллин (Казань),
В.И. Галочкин (Казань), В.А. Германов (Самара), З.Ш. Гилязутдинова (Казань),
Д.Ш. Еналеева (Казань), В.Ф. Жаворонков (Казань), Ш.З. Загидуллин (Уфа),
К.Ш. Зыятдинов (Казань), И.А. Ибатуллин (Казань), М.Ф. Исмагилов (Казань),
Ф.З. Камалов (Казань), Б.А. Королев (Нижний Новгород), А.Ф. Краснов (Самара),
В.А. Кузнецов (Казань), Л.А. Лещинский (Ижевск), М.З. Миргазизов (Казань),
М.К. Михайлов (Казань), А.П. Нестеров (Москва), Г.Г. Нуреев (Казань),
В.П. Рассанов (Йошкар-Ола), И.М. Рахматуллин (Казань), М.Р. Рокицкий (Казань),
И.Г. Салихов (Казань), Е.П. Сведенцов (Киров), Г.А. Смирнов (Казань),
В.В. Талантов (Казань), Ф.Х. Фаткуллин (Казань), Р.У. Хабриев (Москва),
Х.С. Хамитов (Казань), А.Д. Царегородцев (Москва), Х.М. Шульман (Казань)

Издается с 1901 года

Выходит 6 раз в год

Подписка принимается во всех почтовых отделениях СНГ.

Адрес редакции "Казанского медицинского журнала":
г. Казань, ул. Декабристов, 2. Тел. 43-70-74.

Корреспонденцию направлять по адресу:
420066, г. Казань, а/я 53.
E-mail: redacia @ kmj. kcn.ru

Литературный редактор А.Ш. Закирова
Технический редактор А.И. Никиткова

Подписано в печать 08.12.97 г. Формат издания 70×108 $\frac{1}{16}$. Бум. офс. № 1.
Гарнитура таймс. Объем 5 п.л. Уч. изд. 10,6. Зак. Н-662.

420066, Казань, Декабристов, 2, типография газетно-журнального издательства.



Павел Васильевич Маненков

1897—1974



КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НОЯБРЬ
ДЕКАБРЬ
1997

6

ТОМ
LXXVIII

ИЗДАНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАТАРСТАНА,
СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ ТАТАРСТАНА И
КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 061. 75 Маненков

ПАВЕЛ ВАСИЛЬЕВИЧ МАНЕНКОВ — ЯРКИЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

3 июля 1997 г. исполнилось 100 лет со дня рождения известного ученого проф. П.В. Маненкова. Выдающийся специалист в области акушерства и гинекологии, он оставил заметный след в истории развития данной отрасли медицины в нашей стране.

Формирование личности и направление деятельности ученого невозможно представить и понять вне связи с событиями того времени, состоянием науки вообще и развитием акушерства и гинекологии в частности. Высшее образование П.В. Маненков получил в трудные годы начала уходящего века. Революционная ломка общественного сознания в России, подъем политической и научной жизни, распространение материалистических идей, стремление изучать природу, развитие медицины в связи с прогрессом естественных наук — все это, безусловно, повлияло на формирование взглядов и представлений П.В. Маненкова.

К концу XIX века русские акушеры-гинекологи стали широко применять достижения физиологии, патологической анатомии, позднее бактериологии,

экспериментальный метод исследования. Клиницисты получили возможность более глубоко и правильно оценивать клинические явления и делать научные обобщения, а кроме того, разрабатывать интересные для клиники теоретические вопросы. Использование асептики и антисептиков в акушерско-гинекологической практике оказалось, по словам В.С. Груздева, величайшей реформой, которую когда-либо переживало акушерство на протяжении всей своей многовековой истории.

Многое станет понятным, если исходить из того, что на становление П.В. Маненкова как врача-акушера, ученого, педагога определяющее влияние оказал проф. В.С. Груздев — выдающийся акушер-гинеколог, внесший огромный вклад в развитие отечественной и мировой науки, основатель Казанской школы акушеров-гинекологов.

Кафедра акушерства и женских болезней Казанского университета в то время, когда ее занял В.С. Груздев, уже приближалась к 100-летию своего существования (основана в 1812 г.). Именно здесь, в Казани началась самая длитель-

ная и самая плодотворная часть деятельности проф. В.С. Груздева. Вступив на кафедру акушерства и гинекологии Казанского университета, В.С. Груздев полагал основой своей будущей деятельности содействовать развитию акушерства и гинекологии как практических отраслей медицины. Направление научной деятельности В.С. Груздева определялось теми изменениями в медицине, а также в акушерстве и гинекологии в частности, которые происходили в современную ему эпоху. Они побуждали к их глубокому изучению и научному обобщению с помощью достижений естественных наук. Именно это научное направление, разработанное В.С. Груздевым и признанное всеми акушерами-гинекологами страны, и положил в основу своей деятельности молодой ученый, один из самых достойных его учеников П.В. Маненков.

В 1915 г. П.В. Маненков по конкурсу аттестатов поступил на медицинский факультет Юрьевского университета, в 1918 г. продолжил образование в Воронежском университете, затем с 1919 г. — в Казанском. Первоначально, будучи студентом, П.В. Маненков хотел стать хирургом и тщательно к этому готовился, занимаясь в анатомическом театре. После окончания медицинского факультета в 1921 г. он работал прозектором на кафедре оперативной хирургии. Его обстоятельная, прекрасно аргументированная статья о диафрагмальных грыжах, опубликованная в «Казанском медицинском журнале», привлекла внимание проф. В.С. Груздева, который в те годы возглавлял журнал. Познакомившись с молодым автором статьи, проф. В.С. Груздев пригласил его работать на кафедру акушерства и гинекологии. Следует отметить, что ценным качеством В.С. Груздева как руководителя было умение выбрать сотрудника и заинтересовать его научной работой. Такого сотрудника он находил не сразу, а долго выбирал среди своих слушателей-студентов, сотрудников теоретических кафедр, желавших у него работать врачей. Он учитывал способности, трудолюбие,

скромность и интерес к изучению теоретических вопросов. Все эти качества, необходимые для работы ученого, он разглядел в способном молодом прозекторе Маненкове.

Научно-практическая школа В.С. Груздева, самая крупная ветвь Казанской акушерско-гинекологической школы, основанная в свое время К.Ф. Славянским, была создана Викторином Сергеевичем в начале XX века. Научный коллектив школы состоял в основном из молодых, образованных и энергичных сотрудников, подобных П.В. Маненкову, всецело разделявших взгляды и установки своего учителя. Как известно, создать школу удастся не всякому, хотя бы и очень видному, профессору-клиницисту. В.С. Груздев считается создателем школы не потому, что он 47 лет работал в области акушерства и гинекологии и 38 лет из них профессором. Школой можно назвать только ту клинику, руководитель которой в основу своей клинической деятельности положил определенное направление, основанное на строго научных началах, объединил вокруг него своих сотрудников и построил работу клиники так, чтобы это направление разделялось и проводилось в жизнь его сотрудниками. Таковой и явилась казанская клиника проф. В.С. Груздева.

Энергичный молодой П.В. Маненков, следуя примеру руководителя школы, сочетал в своей работе различные виды деятельности — научную, педагогическую, врачебную, общественную, среди которых главной, бесспорно, являлась научная, определяющая лицо школы. С того момента, как он был приглашен В.С. Груздевым на кафедру акушерства и гинекологии, вся его жизнь была отдана служению науке. Он прошел типичный для каждого клинициста путь восхождения — ординатор, ассистент, доцент и, наконец, профессор кафедры акушерства и гинекологии. Но в то же время его путь был самобытным и неповторимым, а научные труды, написанные им за столь многолетнюю деятельность, — достойным продолжением

того, что уже было достигнуто проф. В.С. Груздевым. П.В. Маненков заведовал кафедрой в течение продолжительного времени — с 1932 по 1963 г., и это время было весьма плодотворным для всего коллектива кафедры. До последнего дня своей жизни он оставался консультантом кафедры (умер 27 января 1974 г.).

Из обзора важнейших научных работ П.В. Маненкова можно видеть, насколько глубока и разнообразна была его научная деятельность, неразрывно связанная с практикой врачевания. Им опубликовано более 80 научных работ, среди которых 5 монографий. Фундаментальное исследование “Рагооргоп, его топография и судьба в различные возрасты внутри- и внеутробной жизни женщины” цитируется во многих руководствах. Эта работа была проведена с использованием современных методов эмбриологической техники, с применением пластической восковой и графической реконструкции. С несомненной точностью были установлены происхождение, строение, топография этого образования в процессе развития женских половых органов и персистенция его у взрослой женщины. Полученные данные позволили изучить значение пареофорона в происхождении новообразований широких связок матки.

Тематика научных исследований П.В. Маненкова весьма широка — это разработка эмбриологических, анатомических, гистологических и физиологических тем, важных для понимания различных вопросов акушерства и гинекологии, обобщенная в его докторской диссертации, способов обезболивания и септики при операциях на женских половых органах, в частности возможность применения местной инфильтрационной анестезии по А.В. Вишневскому при гинекологических операциях и акушерских манипуляциях. Итогом данной работы было внедрение этого вида обезболивания в повседневную практику и издание монографии совместно с доцентом Н.В. Андресеном. Кроме того, серьезное внимание П.В. Маненков уделял

диагностике редких форм внематочной беременности, использованию в практике операций вшивания тела матки во влагалище прямых мышц при выпадении матки и др.

Традиционным научным направлением кафедры являлось изучение вопросов, связанных со злокачественными опухолями различных органов женской половой сферы, начатая еще В.С. Груздевым. Среди работ, посвященных доброкачественным опухолям, особого внимания заслуживают исследования дермоидных кист, аденомиом, псевдомиксом и десмоидов. При изучении дермоидных кист, в частности их некоторых редких разновидностей, П.В. Маненковым и А.Е. Алеевым был описан редкий случай дермоидной кисты с жировыми шариками, оказавшийся единственным в мировой литературе.

Много труда и энергии Павел Васильевич вложил в составление библиографического указателя, собрав русскую литературу по гинекологии от ее возникновения до 1941 г. Он был непримиримым борцом за чистоту акушерско-гинекологической терминологии.

Под руководством П.В. Маненкова сотрудниками кафедры выполнено более 350 научных работ, в том числе 8 докторских и 27 кандидатских диссертаций по актуальным вопросам: трубному бесплодию женщины, онкогинекологии, местной инфильтрационной анестезии, оперативному акушерству и гинекологии и др. Он принимал участие в издании больших руководств, был членом редколлегии и соавтором по составлению многотомного руководства по акушерству и гинекологии, которое и в настоящее время является настольной книгой для врача.

25 лет П.В. Маненков руководил республиканским научным обществом акушеров-гинекологов, был членом ученого совета и комиссии по родовспоможению Министерства здравоохранения ТАССР, членом правления Всесоюзного и Всероссийского общества акушеров-гинекологов, комиссии Минздрава СССР, входил в состав редакци-

онного совета журнала “Акушерство и гинекология”, был соредактором Большой медицинской энциклопедии.

Следует отметить и его плодотворную деятельность как члена редколлегии “Казанского медицинского журнала”. Работавшие с ним в тот период в журнале, ныне известные ученые, помнят, как тщательно отбирал П.В. Маненков статьи для раздела акушерства и гинекологии, как обстоятельно, с большим упорством отстаивал на заседаниях редколлегии заслуживающие, с его точки зрения, материалы для публикации в журнале. Он и в этом оставался верен традициям, заложенным его учителем В.С. Груздевым, благодаря которому, как известно, “Казанский медицинский журнал” был не только возрожден, но и доведен до такого высокого уровня, что стал одним из популярных журналов среди ученых и практических врачей всей страны.

С научно-исследовательской и учебной деятельностью П.В. Маненкова неразрывно была связана и педагогическая работа. Его лекции были глубоко содержательными и включали интересные практические наблюдения и конкретные обобщения. Являясь высококвалифицированным специалистом, проф. П.В. Маненков постоянно делился с сотрудниками своим богатым опытом и знаниями и был весьма авторитетен среди врачей и больных. Клинические обходы профессора с последующим обсуждением вопросов диагностики и лечения больных служили для студентов и врачей прекрасной школой высокого профес-

сионального мастерства и большого человеколюбия. В одной из его работ, в частности в монографии “Итоги клинического опыта”, которую можно рассматривать как завешание врача-практика, красной нитью проходит мысль о необходимости бережного отношения к больным, внимания при диагностике и большой тщательности при проведении лечения.

Много времени в связи с этим проф. П.В. Маненков уделял воспитанию студентов, предъявляя к ним высокие требования в части усвоения знаний, выполнения учебных обязанностей и дисциплины. Около П.В. Маненкова всегда находились талантливые люди, ныне известные ученые и врачи. Многие из них в дальнейшем стали профессорами и заведующими кафедр — это М.Я. Романов (Астрахань), Х.Х. Мещеров, И.В. Данилов, З.М. Якубова, Р.Г. Бакиева, (Казань), К.Н. Сызганова (Симферополь); Н.И. Фролова (Челябинск), С.И. Кошкина (Ярославль), К.В. Воронин (Днепропетровск), М.М. Мельникова (Ставрополь), а также доценты Н.В. Андреzen, В.С. Кондаратский, И.Ф. Поляков, В.С. Добронеецкий, О.А. Королькова, М.В. Монасыпова и др. Авторы этой статьи также по праву считают себя учениками Петра Васильевича и бережно хранят в памяти воспоминания о своем учителе.

Имя П.В. Маненкова не может быть забыто его учениками и последователями. Оно всегда будет жить в их памяти.

**Проф. Л.А. Козлов,
проф. Б.Г. Садыков (Казань)**

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОЗДНИМ ГЕСТОЗОМ

М.В. Ситарская

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — доц. Ю.И. Бородин), кафедра
невропатологии, нейрохирургии и медицинской генетики (зав. — проф. М.Ф. Исмагилов)
Казанского государственного медицинского университета*

Поздний гестоз (ПГ) остается одной из ведущих причин материнской смертности и перинатальной заболеваемости, что связано с частым развитием его атипичных форм [1, 15, 19], сложностью патогенеза и недостаточной эффективностью лечебно-профилактических мероприятий. Частота этой патологии, по данным литературы, колеблется от 7 до 17,6% и не имеет тенденции к снижению.

Учитывая полиэтиологичность ПГ, многие исследователи рассматривают это заболевание как проявление синдрома дезадаптации [11, 14], который развивается в результате несоответствия между эффективностью компенсаторно-защитных реакций и степенью угнетения функций поврежденных систем [6]. Несомненно участие в патогенезе ПГ вегетативной нервной системы как одной из систем адаптации. Она обеспечивает формирование гестационного гомеостаза [2, 17], который способствует нормальному течению беременности и вынашиванию плода [16]. В тесной связи с вегетативной нервной системой функционирует эмоционально-мотивационная, так как существует единая церебральная их организация. У здорового человека в основе различных форм адаптации лежат определенные психовегетативные отношения. При дезадаптации теряется психовегетативная организация и формируется психовегетативный синдром [10]. Показана роль особенностей личности и психотравмирующих факторов в формировании ПГ [8, 13].

Изучив доступную литературу, мы не обнаружили исследований состояния вегетативной нервной системы при ПГ в свете современной вегетологии, что позволило бы определить характер учас-

тия вегетативной нервной системы в формировании и реализации ПГ. В литературе мы встретили лишь одну близкую по тематике работу [18].

Обследованы 84 женщины: у 60 из них был гестоз различной формы и у 24 — наблюдалось физиологическое течение беременности на сроках 36—40 нед. Гестоз легкой степени определен у 45 (75%) беременных, средней тяжести — у 9 (15%), тяжелой формы — у 6 (10%).

Вегетативный гомеостаз (тип вегетативного реагирования) оценивали по показателям исходного вегетативного тонуса (ИВТ), вегетативной реактивности (ВР) и вегетативного обеспечения деятельности (ВОД) [7, 9]. Среди многочисленных способов их оценки в настоящее время наиболее простым и точным является математический анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) в покое и при активном ортостазе. Регистрировали не менее 150 R—R интервалов, за исключением эктопических [12]. Полученные данные обрабатывали с помощью специальной компьютерной программы, созданной с использованием алгоритмов, описанных Р.М. Баевским и соавт. [3]. Исходный вегетативный тонус оценивается как эйтонический, симпатикотонический и ваготонический [7]. Об исходном вегетативном тоне судили по полученным показателям математического анализа ритма сердца в горизонтальном положении.

Вегетативная реактивность характеризуется реакциями в ответ на внешние и внутренние раздражения и зависит от исходного уровня напряжения вегетативных структур [9]. Ее мы рассчитывали по отношению индекса напряжения в положении стоя сразу после вставания (ИН₂) к индексу напряжения, вы-

явленному в горизонтальном положении (ИН₁). Выделены три варианта вегетативной реактивности [4]: нормотонический (симпатикотонический), гиперсимпатикотонический, асимпатикотонический.

Вегетативное обеспечение деятельности оценивали по вегетативным реакциям в ответ на различный вид деятельности. Оно может быть нормальным (сдвиги такие же, как в контрольной группе), избыточным (сдвиги интенсивнее, чем в контрольной группе), недостаточным (сдвиги менее выражены, чем в контрольной группе) [9].

Наиболее полно о характере вегетативной регуляции сердечной деятельности можно судить по показателям спектрального анализа. Уровень мощности среднечастотного диапазона спектра отражает состояние напряженности вегетативных систем через превалирование симпатического отдела вегетативной нервной системы. Мощность волн высокочастотного диапазона указывает на вклад парасимпатических структур. Для оценки баланса симпатических и парасимпатических влияний на регуляцию ритма сердца и влияния подкорковых структур вычисляли индекс централизации (ИЦ) и индекс активности подкорковых нервных центров (ИАП) [3].

Психологические особенности личностей беременных определяли методом опроса по тестам СМИЛ, Г.Ю. Айзенка, И.Д. Спилбергера — Ю.Л. Ханина. Статистический анализ данных проводили на IBM PC с использованием пакета *MICROSOFT OFFICE*. Вычисляли среднюю стандартную ошибку, стандартное отклонение, дисперсию выборки, доверительный интервал, коэффициенты корреляции. Оценивали достоверность различий по t-критерию Стьюдента и достоверность коэффициента корреляции.

У 60% беременных с ПГ в анамнезе были детские и актуальные психогении (развод родителей, смерть близких родственников, рождение в семье младших сестер и братьев, психотравмирующие ситуации в школе и на работе, гражданский брак и нежелательная беременность). Клинико-неврологическое об-

следование у 62% беременных с ПГ выявило наличие признаков повышенной нервно-мышечной возбудимости. При исследовании глазного дна обнаружены сужение артерий (75%) и расширение вен (61%), то есть ангиодистонические явления как проявления системной сосудистой дистонии.

Изучение субъективных и объективных клинических признаков вегетативных нарушений с помощью опросника и схемы, предложенной Центром патологии ВНС, показало, что вегетативные расстройства при ПГ носят полисистемный характер и представлены в большинстве случаев такими симптомами, как непереносимость душных помещений (73,3%), эмоциональные нарушения в виде раздражительности, резкой смены настроения (73,3%), чувства беспокойства, страха (66,6%), нарушение сна и бодрствования (65%), метеотропная лабильность (61,6%), гипергидроз (61,6%), а также другими нарушениями вегетативных функций. Средний балл выраженности вегетативной дисфункции в основной группе составил $39,1 \pm 3,2$ балла, что выше ($P < 0,05$), чем в контрольной группе ($30,8 \pm 5,9$ балла). В группе беременных с ПГ вегетативная лабильность выявлена у 10% (6) беременных, а вегетативная дисфункция — у 90% (54), тогда как в контрольной группе — соответственно у 58% (14) и 42% (10).

При изучении исходного вегетативного тонуса обнаружены значительные колебания параметров и отсутствие достоверных различий между группами. Однако при оценке различных его типов выявлено следующее. Среди беременных с ПГ было 60% симпатикотоников, 18,3% ваготоников и 21,7% эйтоников. Беременные контрольной группы распределились по двум подгруппам: симпатикотоники — 41,7% (10) и эйтоники — 58,3% (14). Ваготоников в этой группе не было. Корреляционный анализ выраженности признаков вегетативной дисфункции в зависимости от типа исходного вегетативного тонуса подтвердил наличие различного функционирования вегетативной нервной системы (ВНС). В контрольной

группе выраженность вегетативной дисфункции находилась в обратной связи с типом исходного вегетативного тонуса ($r = -0,4$). Чем выше $ИН_1$, тем ниже балльная оценка выраженности вегетативной дисфункции. Беременные с эйтоническим вегетативным тонусом характеризуются наличием выраженной вегетативной дисфункции ($37,3 \pm 6,3$ балла). У беременных с симпатикотонией ВД составляет $19,3 \pm 3,7$ балла ($P < 0,01$), что свидетельствует о вегетативной лабильности. В группе беременных с ПГ данной зависимости не наблюдалось. Средние баллы по этому показателю у эйтоников составили $46,0 \pm 9,2$ балла, у ваготоников — $42,4 \pm 7,2$ балла, у симпатикотоников — $37,0 \pm 3,7$ балла ($P > 0,05$).

При исследовании вегетативной реактивности в пробе с активным ортостазом у 45% (27) беременных с ПГ был выявлен симпатикотонический тип вегетативной реактивности, у 31,6% (19) — асимпатикотонический и у 23,4% (14) — гиперсимпатикотонический тип. В контрольной группе у большинства беременных (у 83,2%) определен симпатикотонический тип вегетативной реактивности, а у 16,8% — асимпатикотонический. Гиперсимпатикотонического типа не наблюдалось.

Таким образом, у беременных с ПГ и у здоровых беременных вегетативная

реактивность различалась, хотя в обеих группах действовал закон "начального уровня" (Wilder, 1960). Согласно этому закону, чем выше исходный уровень функционирования системы, тем меньший ответ возможен при действии возмущающих стимулов [7]. Это положение подтверждается данными, полученными при проведении корреляционного анализа между типом вегетативной реактивности и исходным вегетативным тонусом в обеих группах (в основной и контрольной группах $r = -0,3$ и $r = -0,5$).

Вегетативное обеспечение деятельности в контрольной группе было достаточным у большинства женщин (62,5%) и избыточным у остальных 37,5% беременных. В группе беременных с ПГ оно было достаточным лишь у 36,7% (22) женщин, избыточным — у 48,3% (29) и недостаточным у 15% (9). Корреляционный анализ показал, что тип вегетативного обеспечения деятельности в основной группе взаимосвязан с типом исходного вегетативного тонуса ($r = 0,63$). В контрольной группе данная корреляция отсутствовала, что совпадает с данными А.М. Вейна [7], полученными при обследовании здоровых лиц.

Таким образом, у беременных с ПГ отмечается своеобразный тип вегетативного реагирования, отличающийся от

Таблица 1

Психологические особенности личности беременных с ПГ и здоровых беременных

	Реактивная тревожность						Личностная тревожность					
	низкая		умеренная		высокая		низкая		умеренная		высокая	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Беременные с ПГ	—	—	13	21,6	47	78,4	—	—	7	11,6	53	88,4
Здоровые беременные	—	—	5	20,9	19	79,1	—	—	15	62,5	9	37,5

	Экстра-интраверсия						Нейротизм					
	экстраверсия		амбиверсия		интраверсия		низкий		средний		высокий	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Беременные с ПГ	8	13,4	14	23,3	38	63,3	9	15	15	25	36	60
Здоровые беременные	4	16,7	17	70,8	3	12,5	15	62,5	6	25	3	12,5

такового у здоровых беременных, особенно по формированию вегетативного обеспечения деятельности, что может быть связано с дисфункцией надсегментарного отдела вегетативной нервной системы, в частности его эрготропного отдела.

По тесту Ч.Д. Спилбергера — Ю.Л. Ханина оценивали уровни реактивной (ситуационной) и личностной тревожности (табл. 1). В группе беременных с ПГ высокая реактивная тревожность (РТ) имела место у 78,4% (47) беременных, умеренная — у 21,6% (13). Аналогичные данные получены и в контрольной группе: высокая реактивная тревожность была выявлена у 79,1% (19), умеренная — у 20,9% (5). В целом реактивная тревожность в основной группе составила $51,2 \pm 2,3$ балла, что оценивается как высокая (в контрольной группе — $47,2 \pm 1,8$ балла, что тоже является высокой, но достоверно ниже, чем в основной группе; $P < 0,05$).

Личностная тревожность (ЛТ) в основной группе была высокой у 88,4% (53) беременных, умеренной — у 11,6% (7). В контрольной группе высокая личностная тревожность была отмечена лишь у 37,5% (9), умеренная — у 62,5% (15). Низких показателей реактивной и личностной тревожности в обеих группах не наблюдалось (табл. 1). В целом личностная тревожность в основной группе составила $51,8 \pm 1,8$ балла, что является высокой и достоверно выше ($P < 0,05$), чем в контрольной группе ($43,4 \pm 2,1$ балла, что оценивается как умеренная).

Следует отметить, что личностная тревожность у беременных с ПГ превышает реактивную или равна ей, тогда как в контрольной группе она была реактивной.

Интерпретируя полученные данные, мы можем предположить, что у беременных с ПГ имеется эмоционально-негативный опыт общения при наличии высокой личностной тревожности. Высокая реактивная тревожность отражает повышенную тревожность за состояние физического здоровья, связанную, возможно, с беременностью.

По тесту Г.Ю. Айзенка оценивали экстра-интраверсию (Э) личности и уровень нейротизма (Н). 63,3% (38) бере-

менных с ПГ были отнесены к психологическому типу интравертов, 13,4% (8) — экстравертов, 23,3% (14) — амбивертов. В контрольной же группе 70,8% (17) беременных были амбивертами, 16,7% (4) — экстравертами, 12,5% (3) — интравертами. В целом показатель экстра-интраверсии в группе беременных с ПГ составляет $9,5 \pm 0,5$ балла, что достоверно ($P < 0,01$) отличается от такового у здоровых беременных ($11,4 \pm 0,4$ балла). Группы различались и по нейротизму. У 60% (36) беременных с ПГ был высокий уровень нейротизма, у 25% (15) — средний и у 15% (9) — низкий. В контрольной же группе — наоборот: у 62,5% (15) беременных был низкий уровень нейротизма, у 25% (6) — средний и только у 12,5% (3) — высокий. В целом уровень нейротизма в основной группе составил $14,3 \pm 0,7$ балла, что достоверно выше ($P < 0,05$), чем в контрольной группе ($11,3 \pm 1,4$ балла).

Таким образом, беременные с ПГ характеризуются высокой как реактивной, так и личностной тревожностью, высоким уровнем нейротизма, а также склонностью к интраверсии, что обуславливает своеобразные особенности их эмоционально-личностной сферы, отличные от таковых у женщин с физиологическим течением беременности.

Более глубокое представление о психологических особенностях личности дает тест СМЛЛ. Профили беременных имели достоверные различия ($P < 0,05$) по 4, 8, 0-й шкалам, а форма профилей была однотипной, с пиком на “психотической триаде” и низкими значениями 5-й шкалы. Однако при детальном анализе обнаружилось, что у 70,9% (17) здоровых беременных значения шкал находились в пределах условной нормы, то есть от 40 до 70 Т-баллов. Усредненный профиль, составленный по этим данным, имел два пика — на 2 и 7-й шкалах с относительно средним значением 5-й шкалы.

Профиль такой конфигурации характерен для лиц с высокой тревожностью в отношении своего физического здоровья (пики на 1 и 7-й шкалах), сочетающейся со склонностью к соматическим жалобам и пессимистической оценке их перспектив. Низкие значения 3 и 0-й шкал свидетельствуют об отсутст-

вии спонтанности в социальных контактах, затруднениях в межличностных отношениях, критическом отношении к окружающим. Кроме того, эти беременные отличаются мягкостью, сердечностью, стремлением к защищенности (невысокие значения 5-й шкалы). Такую конфигурацию профиля мы рассматриваем как результат нормальной личностной реакции на беременность.

У 29,1% беременных контрольной группы показатели по тесту СМЛ несколько выходили за границы условной нормы, но выявленные варианты носили разноплановый характер, не укладывались в определенные группы и тенденции. По нашему мнению, это отражает индивидуальные различия психоэмоционального реагирования, связанные с беременностью.

Усредненный профиль личности беременных с ПГ имеет выраженный пик на 8-й шкале (74,9 Т-балла), незначительное повышение значений 4-й шкалы с низкими показателями (42 Т-балла) 5-й шкалы. Данный профиль в интерпретации Ф.Б. Березина и др. [5] характерен для изменений личности по пидзоидному типу совокупности симптомов, которая включает в себя эмоциональную холодность и неадекватность эмоций, своеобразие восприятия и суждений. Данная шкала отражает такие особенности, как изоляция в результате нарушения социальных контактов, отсутствие глубоких интересов. Так, для беременных с ПГ характерен ответ "Верно" на следующие утверждения: "Вы не любите находиться среди людей"; "У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает"; "Даже находясь в обществе, Вы обычно чувствуете себя одиноко"; "С Вами происходили (или происходят) странные вещи"; "Часто Вы чувствуете будто все вокруг нереально". Вследствие этого можно утверждать, что беременные данной группы ориентируются главным образом на внутренние критерии. У них утрачена способность к интуитивному пониманию окружающих и в связи с этим нарушено адекватное эмоциональное реагирование. Средний балл по 8-й шкале в группе беременных с ПГ достоверно отличается от такового в контрольной группе ($P < 0,01$), что дает основание считать наличие пика профиля на 8-й шкале характерным для ПГ.

Для определения особенностей психоэмоциональных соотношений при ПГ проведен анализ эмоционально-личностных характеристик беременных в зависимости от типа вегетативного реагирования (табл. 2). Уровень РТ оказался зависимым от типа исходного вегетативного тонуса в основной группе и имел положительную направленность. Чем выше реактивная тревожность, тем выше $ИН_1$ ($r=0,4$), то есть у беременных с симпатикотонией в исходном вегетативном тонусе были более высокие значения реактивной тревожности ($54,2 \pm 2,8$ ед.). Беременным с эйтонией и ваготонией соответствовали более низкие значения реактивной тревожности (соответственно $48,5 \pm 3,3$ ед., $44,5 \pm 5,7$ ед.), которые отличались ($P < 0,05$) от таковых в подгруппе с симпатикотонией (табл. 3). В контрольной группе подобной зависимости не наблюдалось ($r=0,07$), однако уровень реактивной тревожности соотносился с выраженностью вегетативной дисфункции (соответственно $r=0,44$ и $r=0,15$) таким образом, что высокая реактивная тревожность отмечалась у лиц с выраженной вегетативной дисфункцией (табл. 2).

Интравертированность в контрольной группе была прямо пропорциональной типу вегетативной реактивности ($r=0,41$) в отличие от основной группы, в которой зависимости не наблюдалось (табл. 2), а нейротизм был обратно пропорционален типу исходного вегетативного тонуса ($r=-0,6$), то есть низкие значения по шкале нейротизма обнаружались у лиц с эйтонией в исходном вегетативном тонусе, высокие — у симпатикотоников, а также он был обратно пропорционален индексу централизации в вегетативном обеспечении деятельности. В группе беременных с ПГ существовала лишь обратная зависимость нейротизма от индекса централизации в исходном вегетативном тонусе, то есть низкий уровень нейротизма был характерен для высокой степени централизации управления сердечным ритмом (табл. 3).

Представляют интерес сравнительные данные, полученные при проведении корреляционного анализа между дифференцированным паттерном вегетативного реагирования и эмоциональ-

Корреляция между психологическими особенностями личности и типом вегетативного реагирования у беременных с ПГ (о) в сравнении с таковой в контроле (к)

Показатели	ВД		ИВТ				ВР				ВОД			
			ИН ₁		ИЦ ₁		ИН ₂		ИЦ ₂		ИН ₃		ИЦ ₃	
	о	к	о	к	о	к	о	к	о	к	о	к	о	к
РТ	0,15	0,44	0,40	0,07	0,03	-0,3	0,18	-0,3	-0,1	0,21	0,13	0,07	-0,1	0,02
ЛТ	0,52	0,24	-0,2	-0,6	-0,2	-0,2	-0,1	0,3	0,22	0,25	-0,1	0,07	-0,2	-0,2
Э	-0,10	0,09	0,03	-0,1	0,08	-0,2	0,21	0,41	-0,1	0,10	0,02	0,03	-0,1	0,14
Н	0,18	0,14	-0,1	-0,6	-0,4	-0,3	0,11	-0,1	-0,1	-0,1	0,01	0,11	0,06	-0,4

Таблица 3

Показатели реактивной и личностной тревожности, а также нейротизма у беременных в зависимости от ИВТ

Группы обследованных	ИВТ	Показатели		
		РТ	ЛТ	нейротизм
Основная	ваготония	44,5 ± 5,7*	53,0 ± 3,5	15,0 ± 1,2
	эйтония	48,5 ± 3,3	54,9 ± 3,7	14,7 ± 1,8
	симпатикотония	54,2 ± 2,8	50,3 ± 1,7	13,6 ± 1,0
Контроль	эйтония	46,2 ± 2,1*	46,3 ± 2,5*	13,0 ± 1,7*
	симпатикотония	48,1 ± 2,5	39,3 ± 2,3	8,9 ± 1,5

* Р < 0,05 по сравнению с показателями, полученными у симпатикотоников той же группы.

Таблица

Корреляция между типом вегетативного реагирования и психологическими особенностями по тесту СМЛ у беременных основной (о) и контрольной (к) групп

Шкалы СМИЛ	Группы	Тип вегетативного реагирования									
		ВД	ИВТ			ВР			ВОД		
			ИН ₁	ИЦ ₁	ИАП ₁	ИН ₂	ИЦ ₂	ИАП ₂	ИН ₃	ИЦ ₃	ИАП ₃
1	о	0,73		0,02		-0,20					
	к	0,10		-0,50		-0,50			-0,40		
2	о	0,04	-0,60				-0,51	0,41	0,21		
	к	-0,40	0,64				-0,02	0,03			
3	о	0,44	-0,30			0,05					
	к	-0,01	-0,04			0,42					
4	о	0,31								-0,30	
	к	0,02								0,22	
5	о		0,47			0,01	0,31		0,41		
	к		0,12			0,42	0,12				
6	о	0,33	0,35								
	к	-0,01	0,49								
7	о	0,70									
	к	0,14									
8	о	0,34	0,07	0,18						-0,30	
	к	-0,4	0,68	0,53						-0,08	
9	о	-0,06	0,50	-0,20					0,14		
	к	-0,6	0,78	0,39					0,46		
0	о		0,03				0,30	0,09			
	к		0,38				0,25	-0,4			

Личностные особенности беременных по тесту СМИЛ в зависимости от ИВТ

Шкалы СМИЛ	Группы				
	основная			контрольная	
	эйтоники (n = 13)	симпатикотоники (n = 36)	ваготоники (n = 11)	эйтоники (n = 14)	симпатикотоники (n = 10)
1	62,8 ± 4,2	58,1 ± 2,3	61,6 ± 5,8	60,4 ± 3,03	57,6 ± 2,9
2	58,9 ± 8,1**	52,7 ± 2,1	74,5 ± 6,07*	53,7 ± 4,8*	69,2 ± 7,6***
3	50,4 ± 6,3	47,2 ± 2,4	54,5 ± 4,4*	47,7 ± 3,12	48,4 ± 6,7
4	60,8 ± 4,2 ***	60,5 ± 3,3	55,9 ± 6,4	50,0 ± 3,06	57,9 ± 5,7
5	43,7 ± 3,17**	44,5 ± 2,03	35,8 ± 4,9*	46,9 ± 4,9	45,2 ± 5,5
6	58,8 ± 5,6	60,4 ± 4,1	54,6 ± 6,1	53,8 ± 4,2	61,3 ± 5,5
7	73,7 ± 6,3***	68,1 ± 3,4	68,0 ± 5,9	65,1 ± 2,8	66,1 ± 6,8
8	81,4 ± 9,06***	74,0 ± 4,04	71,3 ± 5,5	56,7 ± 4,06*	72,4 ± 6,8
9	58,9 ± 8,3**	60,5 ± 2,4	40,3 ± 5,08	53,9 ± 4,7*	68,5 ± 4,01***
0	55,9 ± 6,4***	51,0 ± 2,1	53,5 ± 4,4*	45,0 ± 3,6	49,1 ± 4,2

* по сравнению с данными симпатикотоников той же группы ($P < 0,05$), ** ваготоников ($P < 0,05$), *** одноименной подгруппы сравниваемой группы ($P < 0,05$).

но-личностными особенностями по тесту СМИЛ у беременных с ПГ и здоровых беременных (табл. 4). Из табл. 4 видно, что 2, 3, 5, 6, 8, 9, 0-е шкалы теста СМИЛ каким-либо образом коррелируют с ИВТ. В связи с этим были составлены усредненные профили в подгруппах по ИВТ, то есть для эйтоников, симпатикотоников и ваготоников (как в основной, так и в контрольной группах). Полученные данные приведены в табл. 5. Профили эйтоников и симпатикотоников контрольной группы достоверно различались между собой по 2, 8 и 9-й шкалам ($P < 0,01$) и имели различную конфигурацию. Так, профиль эйтоников был повышен на 1 и 7-й шкалах и свидетельствовал о высокой тревожности за состояние физического здоровья. В сочетании с выраженностью вегетативных компонентов тревожных реакций (ВД = 35,3±6,7 баллов) такой профиль может наблюдаться у лиц с высокой конституциональной тревожностью или у ригидных личностей.

Профили симпатикотоников контрольной группы имели пики на 2 и 8-й шкалах, то есть аутизация сочеталась с высокой тревожностью (при сравнительно значительном повышении показателей 9-й шкалы).

Усредненные профили беременных основной группы с различным исход-

ным вегетативным тонусом также имели некоторые различия. У симпатикотоников и нормотоников были схожие профили с изолированным пиком на 8-й шкале (шкала аутизации) и незначительным повышением на 4-й шкале (реализация эмоционального напряжения в непосредственном поведении). Ваготоников достоверно отличал пик профиля на 2-й шкале ($P < 0,01$) и резкий спад на 5 и 9-й шкалах ($P < 0,01$), что свидетельствует о наличии не только аутизации, но и о тревожно-депрессивных тенденциях (при высоких показателях 2-й шкалы наблюдались низкие значения 9-й шкалы) в сочетании с необоснованным самоупреком (низкие показатели 5-й шкалы).

Из табл. 4 видно, что только в контрольной группе существовала корреляция между индексом централизации и психологическими особенностями личности. Так, тревога за состояние физического здоровья (1-я шкала) коррелировала с индексом централизации отрицательно ($r = -0,5$), а аутизация и депрессивные тенденции — положительно (соответственно $r = 0,53$ и $r = 0,39$). Индекс активности подкорковых нервных центров положительно коррелировал с тенденцией к вытеснению факторов, вызывающих тревогу (3-я шкала), и

выраженностью женских черт характера (5-я шкала).

В пробе с активным ортостазом корреляции приобретали иной характер. В контрольной группе характер вегетативной реактивности был обратно взаимосвязан с тревогой за состояние физического здоровья (1-я шкала), а общая тревожность (2-я шкала) и социальные контакты (0-я шкала) обратно коррелировали с индексом централизации и положительно — с индексом активности подкорковых нервных центров. В основной группе с вегетативной реактивностью прямо связана выраженность женских черт характера (5-я шкала) и обратно — социальные контакты (0-я шкала). Корреляции с индексом централизации и индексом активности подкорковых нервных центров в пробе с активным ортостазом в основной группе отсутствовали. В вегетативном обеспечении деятельности корреляции присутствовали только в основной группе, причем его тип обратно коррелировал со 2-й шкалой (тревога и депрессивные тенденции) и положительно с 5-й шкалой (выраженность женских черт). Индекс централизации был отрицательно взаимосвязан с социальным поведением (4-я шкала) и аутизацией (8-я шкала).

Полученные результаты свидетельствуют о формировании у беременных с ПГ психовегетативного синдрома, что связано с внутрисистемной дезинтеграцией головного мозга. Следовательно, ПГ является болезнью несовершенной адаптации, немаловажным звеном которой выступает дисфункция надсегментарного отдела вегетативной нервной системы. Последняя проявляется синдромом вегетативной дистонии и психовегетативным синдромом, которые представлены полисистемными и эмоционально-личностными расстройствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Хугаева Ю.П. Поздний токсикоз беременных. — Владикавказ, 1992.
2. Ажипа Я.И. Трофическая функция нервной системы. — М., 1990.
3. Баяевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.В. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. — М., 1984.

4. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. — М., 1987.

5. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. — М., 1976.

6. Ващилко С.Л. Поздний токсикоз беременных, нарушения адаптационных механизмов, пути их коррекции и профилактики: Автореф. дисс. ... докт мед. наук. — Киев, 1981.

7. Вейн А.М., Соловьева А.Д. Вегето-сосудистая дистония. — М., 1981.

8. Воронин К.В., Полтавец В.И., Акумова К.Б. Акуш. и гин. — 1989. — № 12. — С. 26—28.

9. Заболевания вегетативной нервной системы: Руководство для врачей. / Под ред. А.М. Вейна. — М., 1991.

10. Колосова О.А. Заболевания вегетативной нервной системы: Руководство для врачей. — М., 1991.

11. Кулаков В.И., Прошин И.В. Экстренное родоразрешение. — М., 1994.

12. Нидеккер И.Г. // Космич. биол. и мед. — 1981. — № 3. — С. 78—82.

13. Рымашевский Н.В., Волков А.Е. // Акуш. и гин. — 1992. — № 8—12. — С. 15.

14. Серов В.Н., Стрижаков В.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. — М., 1989.

15. Сидорова И.С. Проблемы ОПГ-гестозов. — Тез. докл. — Чебоксары, 1996.

16. Скрыбина В.В. Состояние вегетативной нервной системы у больных с угрожающим выкидышем в первом триместре беременности: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Пермь, 1994.

17. Шутков А.А., Скрыбина В.В. Болезни и дисфункции нервной системы при беременности и в послеродовом периоде. — Рязань, 1994.

18. Eneroth G.E., Westgren M., Ericson M. et al. // Acta. Obstet. Gynecol. Scand. — 1994. Vol. 73. — P. 680—684.

19. Redman C. // Prof. Care Mother Child. — 1994. — Vol. 4. — P. 7—9.

Поступила 19.09.97.

VEGETATIVE NERVOUS SYSTEM STATE IN PREGNANTS WITH LATE HESTOSIS

M.V. Sitarskaya

S u m m a r y

The vegetative nervous system state in 60 pregnant women with late hestosis (with terms of 36—40 weeks) is studied. The vegetative response types using mathematical analysis of cardiac rhythm variability in rest and in test with active orthostasis and psychologic peculiarities of a person are determined. The peculiar type of vegetative response especially in vegetative provision of activity as well as revealed psychovegetative syndrome can be connected with suprasegmental part disfunction of vegetative nervous system, in particular, its ergothropic part and with intrasystemic disintegration of the brain.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ

Э.В. Макаричева, В.Д. Менделевич, Ф.М. Сабирова

*Кафедра психиатрии (зав. — проф. К.К. Яхин) Казанского государственного
медицинского университета, отделение планирования семьи и репродукции
Республиканской клинической больницы МЗ РТ*

В современной литературе приводятся многочисленные данные о наличии психической симптоматики у бесплодных пациенток [8, 9], но взгляды на ее происхождение и особенности формирования остаются достаточно противоречивыми. С целью изучения особенностей невротической симптоматики нами были обследованы 46 пациенток, страдающих бесплодием, у которых были выявлены невротические расстройства.

В основу диагностики были положены общеизвестные критерии невротических состояний, разработанные рядом отечественных авторов [1, 4, 5, 7]: преобладающий характер психопатологических проявлений, их склонность к самопроизвольной редукции, отсутствие глубоких личностных изменений, психогенный механизм возникновения, хотя еще П.Б. Ганнушкин [3] указывал на отсутствие резкой границы между психо- и соматогенными реакциями, наличие качественной зависимости клинической феноменологии от личностного преморбида, на критическое отношение пациенток к собственному состоянию.

Оказалось, что для подавляющего большинства обследованных женщин рождение ребенка было высокозначимым событием, отражавшим основную социальную и биологическую их потребность в материнстве. Для многих пациенток будущий ребенок становился “смыслом жизни”, “главной жизненной целью”. Поэтому именно бесплодие являлось для пациенток психогенией и причиной появления невротических расстройств.

В результате исследования нами были выделены 26 (56,5%) случаев невротических состояний, в развитии которых бесплодие играло роль основного этиологического фактора в отличие

от других пограничных психических расстройств, при которых оно являлось фоном, ослабляющим механизмы психической адаптации.

Формирование невротической симптоматики у больных с бесплодием происходило в четыре этапа. Как правило, они совпадали с течением гинекологического заболевания и с этапами гинекологического и эндокринологического обследования и лечения больных. Вследствие этого они были названы нами додиагностическим, диагностическим, терапевтическим и посттерапевтическим этапами, что отражало взаимовлияния гинекологической и психопатологической симптоматики. Выбор подобной терминологии при обозначении наблюдавшихся у пациенток этапов динамики пограничных психических расстройств основан на традиции, заложенной в работах отечественных психиатров, изучавших психосоматические и соматопсихические взаимоотношения [2, 6].

Первый этап (додиагностический) начинался обычно через 3 — 12 месяцев после замужества и длился до первичного обращения к врачу. Данный этап характеризовался появлением психологических феноменов. Типичной первоначальной реакцией пациенток было недоумение в связи с отсутствием беременности, так как большинство из них считали, что при регулярной половой жизни через несколько месяцев должна наступить беременность. Лишь 6 пациенток сообщили, что еще до замужества задумывались о возможности бесплодия. Реакция недоумения переходила в постоянные сомнения по поводу своей “полноценности”. Имено по этой причине большинство пациенток обращались за помощью к врачу.

Второй (диагностический) этап длился весь период обследования и ха-

рактизовался наряду с психологическими феноменами появлением начальных проявлений психопатологической симптоматики. Для большинства пациенток этой группы диагноз бесплодия оказался неожиданностью, так как они считали себя здоровыми и до замужества никогда не задумывались о возможности бесплодия. Возникавшая реакция удивления перерастала у них в чувство обиды "на судьбу", "божью несправедливость", которое усугублялось такими вопросами, как "Почему я?", "За что мне такое наказание?" и т.д. Данные психологические реакции часто служили базой для возникновения психопатологических феноменов (чаще депрессивного синдрома) на последующих этапах.

Становление третьего этапа происходило после окончательного установления диагноза бесплодия и назначения соответствующего лечения. Особенностью данного этапа было ундулирование психопатологической симптоматики, связанное с надеждами на наступление беременности и разочарованиями после очередной неудавшейся попытки изменения вида лечения: гормонального, антибактериального, попыток инсеминации и др. Перед началом лечения подавляющее большинство пациенток были полностью уверены в благоприятном исходе, но в связи с фактом невозникновения беременности после терапии их психическое состояние постепенно изменялось, достигая выраженных психопатологических сдвигов. Психический статус пациенток в рамках данного этапа можно было характеризовать как депрессивный (у 19,6%), тревожно-депрессивный (41,3%), астенодепрессивный (21,7%), обсессивно-фобический (10,9%), истероформный (6,5%).

Основным проявлением депрессивного, астенодепрессивного и тревожно-депрессивного синдромов было подавленное настроение. У пациенток с астенодепрессивным синдромом обнаруживались эмоциональная лабильность, раздражительность, выраженная плаксивость, непереносимость громких звуков, шума, диссомнические расстройства. Как и пациентки с депрессивным синдромом, они отмечали "отсутствие смысла жизни", "ощущение пустоты" в

связи с невозможностью иметь ребенка, считали, что без ребенка они не смогут иметь "по-настоящему счастливую семью". У пациенток с тревожно-депрессивным синдромом подавленное настроение усугублялось чувством собственной неполноценности, ощущением вины перед мужем, тревогой за свое будущее.

Обсессивно-фобический синдром проявлялся различными нозофобиями, связанными с гинекологическими заболеваниями. Пациентки жаловались на навязчивые страхи по поводу наличия себя какого-либо серьезного заболевания, которое, по их мнению, могло привести к бесплодию. Подобные страхи сопровождались критикой своего состояния.

Как уже указывалось выше, истероформный синдром встречался редко (в 6,5% случаев) и проявлялся плаксивостью, раздражительностью, капризностью. Особенностью данного этапа формирования психических расстройств у больных с бесплодием можно было считать появление доминирующих идей, самыми частыми из которых были идеи отношения к собственной неполноценности, возникавшие раньше другой психопатологической симптоматики. Пациентки считали себя "ущербными", отличающимися от других женщин, и очень тяготились своим статусом "бесплодной женщины". Они были убеждены в том, что каждая женщина может и должна иметь ребенка и поэтому чувствовали себя "не такими, как все". Появлявшееся чувство вины и стыда часто влекло за собой желание изолироваться от общества, чтобы "не обращать на себя внимание своей неполноценностью". Пациентки считали, что в связи с бесплодием являются "объектами" осуждения или непонимания со стороны окружающих. Они отмечали у себя чувства "несоответствия", "незавершенности" своей личности и характеризовали ситуацию как "тупиковую". Достаточно специфичным феноменом, как показали клинические наблюдения, являются эмоционально окрашенные и определявшие поведение женщин катимные идеи зависти, появлявшиеся у некоторых пациенток при сравнении

себя с другими женщинами, имевшими детей. Эти непсихотические расстройства являются крайне трудными для классификации. Они могут трактоваться как навязчивые опасения, что окружающие испытывают в связи с их бесплодием чувство превосходства, постоянно демонстрируя его. Однако идеи зависти в некоторых случаях допустимо обозначать как сверхценные идеи, когда они становятся доминирующими, овладевают всеми помыслами и поступками больных. Тягостное ощущение невозможности иметь то, что имеют все" особенно усиливалось при вопросах окружающих о причинах отсутствия ребенка, в компаниях друзей, знакомых и родственников, у которых были дети. Пациентки считали оскорбительными для себя многие вопросы окружающих о ребенке, так как были убеждены в том, что люди задают их "нарочно", чтобы вызвать зависть.

19 пациенток были обследованы нами на четвертом этапе, который формировался либо после многократных безуспешных попыток лечения, либо после принятия женщиной самостоятельного решения об отказе от лечения. У некоторых из них нами было диагностировано невротическое развитие личности с преобладанием астенодепрессивной симптоматики, проявлявшейся в стойком снижении настроения с компонентами тоски, адинамии, вялости. Присоединение астенических проявлений было связано, по-видимому, с истощением организма в связи с многочисленными исследованиями и процедурами, многие из которых являлись болезненными. По этим причинам некоторые пациентки "теряли надежду", преставали выполнять предписания врачей и в итоге окончательно отказывались от лечения. У части пациенток отмечались редукция невротической симптоматики и адаптация к бесплодию. Некоторые из них принимали решение о том, чтобы взять ребенка из детского дома. 5 пациенток вместе с мужьями решили остаться бездетными и окончательно отказались от лечения. После принятого решения симптоматика постепенно редуцировалась в течение нескольких месяцев. Пациентки начина-

ли вести более активный образ жизни, становились общительнее, часто на этом фоне улучшались семейные отношения. В некоторых случаях процесс принятия случившегося занимал достаточно длительное время — до 2—3 лет. Постепенно пациентки начинали осознавать, что в мире "есть и другие ценности", "следует смириться с судьбой" и "наслаждаться жизнью такой, какая она есть". Во многом принятию подобного решения способствовали существующие в обществе религиозные и бытовые воззрения, выражающиеся в высказываниях: "не судьба", "Бог этого не хочет", "на все воля божья" и т.д.

Таким образом, выявление описанных выше этапов формирования невротических расстройств позволяет проводить уже на ранних сроках обращения пациенток по поводу бесплодия соответствующие психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. // Клин. мед. — 1988. — № 9. — С. 58 — 64.
2. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1980. — № 8. — С. 1198 — 1204.
3. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. — М., 1964.
4. Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. — М., 1970.
5. Лингарт Н.К. Современные методы лечения больных неврозами. — Харьков, 1974.
6. Ромасенко В.А., Скворцов К.А. Нервно-психические нарушения при раке. — М., 1961.
7. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. — М., 1978.
8. Федорова Т.А., Пишеничникова Т.Я., Лисица О.Н. // Андрол., репрод. и секс. расстройства. — 1993. — № 4. — С. 40 — 43.
9. Knorre P. // Zbl. Gynak. — 1981. — Bd. 103. — S. 641 — 649.

Поступила 19.03.97.

PECULIARITIES OF THE FORMATION OF NEUROTIC DISORDERS IN PATIENTS SUFFERED FROM STERILITY

E.V. Makaricheva, V.D. Mendelevich, F.M. Sabirova

Summary

The peculiarities of neurotic symptomatology in sterile patients are studied. In the development of neurotic disorders sterility is the basic etiologic factor. Revealing the described four stages of the formation of neurotic disorders allows to perform corresponding psychocorrectional and psychotherapeutic measures early in the seeking of patients as to sterility.

СОСТОЯНИЕ ПЛАЦЕНТЫ, ПЛОДОВО-МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ МИКОПЛАЗМЕННОМ И СМЕШАННОМ ИНФИЦИРОВАНИИ У ЖЕНЩИН

Л.И. Мальцева, И.А. Бахтияров, В.П. Нефедов

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — доктор мед. наук Л.И. Мальцева),
кафедра клинической лабораторной диагностики (зав. — проф. А.П. Цибульский)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Инфекционная патология плода и новорожденного является наиболее актуальной проблемой современного акушерства и перинатологии. Как показали ранее проведенные нами исследования [1], микоплазменное и смешанное инфицирование приводит к значительным нарушениям гемореологических параметров беременных. Настоящая работа посвящена комплексному изучению влияния микоплазменного и смешанного инфицирования на фетоплацентарную систему, проведенному в группе женщин с доказанной микоплазменной, микоплазменно-хламидийной или микоплазменно-герпетической инфекцией. Всего обследованы 143 инфицированные и 15 здоровых беременных.

Для оценки влияния инфекции на состояние плаценты и кровотока в системе *мать-плацента-плод* были использованы ультразвуковое сканирование и доплерометрический метод как достоверные, неинвазивные и безопасные во время беременности. Допплерометрию осуществляли на аппарате "Toshiba-140A" в динамике с 15—16-й недели беременности с частотой не менее 3, а при необходимости до 5 раз за период гестации. Полученные данные ультразвукового исследования состояния плаценты сравнивали с результатами морфологического исследования.

При ультразвуковом сканировании оценивали место прикрепления плаценты, его характер (низкое или нормальное), толщину плаценты и ее равномерность, степень зрелости (по Р. Grannum et al., 1979), однородность плотности, а также появление расширенных сосудистых лакун в виде анэхогенных зон различной величины, всевозможных эхо-

генных включений. При поперечном сканировании плода была обнаружена характерная картина в виде водянок яичек плодов мужского пола, скопления свободной жидкости в брюшной полости, визуализировавшегося как эхогенная зона между печенью и передней брюшной стенкой, а также отек оболочек. Состояние амниона характеризовало количество околоплодных вод (многоводие или маловодие), наличие перетяжек в амниотической полости. Амниотический эпителий очень чувствителен к инфекции [5], отсюда разнообразие симптомов инфицирования.

Аntenатально исследованы основные фетометрические показатели, характеризующие нормальное развитие плода: бипариетальный размер головки, средний диаметр грудной клетки, средний диаметр живота, окружность головки и живота, длина бедра и соотношение окружности головки и окружности живота, а также длины бедра и окружности живота, позволяющие выявить асимметричную форму задержки развития плода.

Гемодинамические нарушения в системе *мать-плацента-плод* оценивали по кривым скорости кровотока в маточной артерии, состоянию артерии пуповины, вены пуповины и аорты плода. В ходе анализа доплерограмм вычисляли систоло-диастолическое отношение (СДО), непосредственно отражающее периферическую сосудистую резистентность.

В табл. 1 приведена частота патологических признаков, характеризующих состояние плаценты, амниотических оболочек и околоплодных вод при различных вариантах микоплазменного инфицирования. Как следует из данных

Характер и частота патологических признаков плаценты, околоплодных вод и амниотических оболочек при микоплазменной и смешанной инфекции

Признаки	Характер инфицирования, %		
	мономико- плазменное (n = 24)	микоплазменно- герпетическое (n = 50)	микоплазменно- хламидийное (n = 52)
Место прикрепления плаценты			
передняя стенка матки	88	29	34
задняя стенка матки	11	71	66
Низкое ее прикрепление	22,2	14,2	66
Степень созревания плаценты			
опережение	98,6	71	92
отставание	1,4	19	8
Патологические изменения самой плаценты			
утолщение	71,6	71	66,7
истончение	11,1	11,2	9,8
неравномерность толщины	22,2	22,2	50,2
неоднородная акустическая плотность	56,5	57,2	50
появление в ней расширенных сосудистых лакун	0	42,8	16,6
расширение сосудов створчатых ворсин	11,1	28,2	14
Отек оболочек	28,3	22,3	16
Перетяжки в амниотической полости	0	42,8	33,3
Многоводие	11,1	33	16
Маловодие	11,1	0	13,6

табл. 1, самым частым признаком изменения плаценты при всех вариантах инфицирования являлось ее утолщение с опережением созревания. При мономикоплазменном инфицировании у 88% беременных плацента располагалась на передней стенке матки, тогда как при других вариантах инфицирования локализация была совершенно иной. Топологический анализ плаценты очень важен для суждения о нормальной или патологической беременности.

Утолщение плаценты наблюдалось у 77,7% больных, причем у 50% женщин — уже через 16—17 недель беременности, у остальных — через 19—20 недель. Толщина плаценты превышала нормальные значения для данного срока на 0,5—0,8 см. У 98,6% женщин утолщение плаценты сочеталось с преждевременным ее “созреванием”. При наблюдении в течение всего срока беременности превышение толщины плаценты сохранялось у всех женщин до родоразрешения, в то же время разница в толщине плаценты на сроках 37—38 недель по сравнению с нормальными значениями не превышала

0,5 см, то есть более значительное утолщение наблюдалось в I и II триместрах беременности. Опережение созревания как бы нарастало в течение беременности и в 36 — 37 недель беременности у большинства женщин соответствовало III стадии, что практически не встречается при нормальной гестации.

Истончение плаценты при мономикоплазменном инфицировании наблюдалось у 11% женщин и сопровождалось, как правило, маловодием и задержкой внутриутробного развития плода. У 11% женщин толщина плаценты соответствовала сроку беременности, но все-таки имела опережение в созревании. Характерно, что при мономикоплазменной инфекции у 28,3% и у 22,3% женщин с микоплазменно-герпетическим инфицированием был выявлен такой симптом, как анэхогенная зона под хориальной пластинкой, распространявшаяся по ходу оболочек, что, по данным морфологического исследования, оказалось отеком оболочек.

В группе женщин с микоплазменно-хламидийной инфекцией привлекали

внимание частота низкого прикрепления плаценты (у 66,7%), наличие отека оболочек, опережение в сроках созревания плаценты (у 92%). Утолщение последней наблюдалось у 66,7% женщин, ее истончение — у 9,8%, что меньше, чем при других вариантах инфицирования. Таким образом, у 22,1% женщин плацента соответствовала норме, но у них при ультразвуковом сканировании были выявлены опережение в созревании и неоднородная акустическая ее плотность. Отличительной особенностью микоплазменно-хламидийного инфицирования являлась высокая частота перетяжек в амниотонической полости (у 33,3%).

Морфологическое исследование плацент при различных вариантах инфицирования позволило обнаружить повреждающие и компенсаторные изменения в виде дистрофических, склеротических и пролиферативных процессов на фоне выраженного нарушения кровообращения. Именно сочетание повреждения и компенсации придает плаценте характерный вид при ультразвуковом исследовании.

При анализе результатов доплерометрии сосудов маточно-плацентарно-плодового комплекса мы руководствовались классификацией А.Н. Стрижакова и соавт. [3], которая предусматривает 3 степени нарушения гемодинамики в системе *мать-плацента-плод*: I — изолированное изменение кровообращения только в маточных сосудах или только в артерии пуповины, II — нарушение кровотока как в маточных артериях, так и в артериях пуповины, III — критические нарушения в артерии пуповины, выражающиеся в наличии нулевых или отрицательных значений диастолического компонента кровотока. Для характеристики кровотока подсчитывали также плацентарный коэффициент (ПК).

При мономикоплазменном инфицировании первое доплерометрическое исследование, которое проводилось через 16—29 недель, выявило нарушение кровотока только в маточной артерии

(у 11%), только в артерии пуповины (у 22%). Таким образом, у 33% женщин имела место I степень нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока. Нормализация кровообращения происходила у них самостоятельно и при повторном исследовании, как правило, оно соответствовало норме. У остальных 67% женщин были отмечены высокие значения систоло-диастолического отношения (СДО) и в маточных артериях в 19 недель (СДО МА — $12,6 \pm 0,03$, ПК = $0,09 \pm 0,002$ при норме до 0,120), и в артериях пуповины (СДО АП — $4,89 \pm 0,05$), то есть наблюдалась II степень нарушения. Этим женщинам сразу назначали симптоматическую терапию для улучшения гемодинамики в маточно-плацентарно-плодовом кровообращении, и через 2—3 недели показатели соответствовали сроку беременности.

Прослеживалась явная зависимость улучшения кровотока от увеличения толщины плаценты. Очевидно, именно этот компенсаторный механизм способствовал улучшению фетоплацентарного кровообращения.

У 3 женщин с мономикоплазменным инфицированием плацента соответствовала нормальным значениям по толщине, при этом СДО МА в 19 недель равнялся 2,4—2,8 (при норме до $2,04 \pm 0,03$), но в дальнейшем у них наблюдалось отставание толщины плаценты от срока беременности с попеременным нарушением кровотока то в маточной артерии, то в артерии пуповины, несмотря на проводимое лечение. У всех роды произошли преждевременно; у одной женщины была диагностирована задержка внутриутробного развития (ЗВУР) плода.

При подсчете СДО в аорте плода (СДО Ао) отклонений от нормы не было выявлено у большинства женщин. Лишь у 3 беременных с преждевременными родами на 30—32-й неделе беременности СДО Ао равнялось 6,2—6,6 (при норме от 4,5 до 5) и объемный кровоток в вене пуповины увеличился до 306—330 мл/мин (норма — $270,6 \pm 8,6$ мл/мин). Это свидетельствовало о тяжелом нарушении плацентарной перфузии.

При микоплазменно-герпетическом инфицировании на сроках 16—19 недель нарушение кровотока в маточной артерии констатировано у 42% женщин, в артерии пуповины — у 38%. У 12% пациенток наблюдалась высокая резистентность в обоих сосудах. У 8% женщин СДО АП и СДО МА не отличались от нормы. У 92% беременных значения ПК были ниже нормы на 15—40% соответственно каждому сроку беременности, однако при данном варианте инфицирования изменения были достаточно стойкими даже при I степени нарушения. У 29% женщин прослеживалась отрицательная динамика по мере прогрессирования беременности — I степень нарушения кровообращения трансформировалась во II с появлением отрицательного значения диастолического кровотока. У 2 беременных при этом развилась картина тяжелого гестоза на сроках 30—32 недели с отслойкой плаценты и гибелью плодов, у 2 — наступила антенатальная смерть плода, у 1 — беременность закончилась преждевременными родами. Таким образом, при микоплазменно-герпетическом инфицировании, несмотря на компенсаторные изменения в плаценте, у подавляющего большинства женщин не наступало стойкой стабилизации кровообращения в системе *мать-плацента-плод*.

При микоплазменно-хламидийном инфицировании при первом исследовании на сроках 16—30 недель у 80% женщин регистрировалась II степень нарушения кровообращения, то есть в ма-

точной артерии и артерии пуповины. У 12% женщин кровоток был изменен только в артерии пуповины, у 8% — соответствовал норме, но и у них при последующем наблюдении отмечались гемодинамические нарушения в маточно-плацентарных сосудах и сосудах плода. Наиболее выраженные изменения установлены у 32,3% женщин (16 беременных) с тонкой плацентой или с толстой, соответствующей сроку беременности, но с опережением созревания, неоднородной акустической плотностью, многоводием и перетяжками в амниотической полости. У 3 из 16 женщин установлена асимметричная форма ЗВУР плода, у 13 — произошли преждевременные роды на сроках 29—32 недели также с признаками ЗВУР плода.

При сопоставлении данных СДО МА, СДО АП и ПК с параметрами микроциркуляции, гемостаза, вязкостью крови и плазмы были установлены прямые корреляции между этими показателями и инфицированием микоплазмами.

Ультразвуковая фетометрия плода показала, что характерной особенностью микоплазменного инфицирования является обнаружение «отечного синдрома». Как уже указывалось, отек амниотических оболочек был выявлен в 22,2% случаев при мономикоплазменном и в 16% — при микоплазменно-хламидийном инфицировании. В табл. 2 отражена частота проявлений так называемого отечного синдрома, обнаруживаемого при ультразвуковом сканировании плода. Как следует из табл. 2, наиболее часто

Таблица 2

Частота отечного синдрома, по данным ультразвукового сканирования плода, при микоплазменной и смешанной инфекции (в %)

Признаки	Характер инфицирования		
	мономикоплазменное	микоплазменно-герпетическое	микоплазменно-хламидийное
Отек амниотических оболочек	22,3	12,3	16
Водянка яичка плода мужского пола	29,2	10,8	16,6
Скопление свободной жидкости в брюшной полости	29,2	14,2	17,2

отечные проявления встречались при мономикоплазменном инфицировании, причем водянка яичка плода и эконега- тивная зона между печенью и передней брюшной стенкой плода, расцениваемая как скопление жидкости под капсулой печени, наблюдались с одинаковой час- тотой. В среднем в 2 раза реже эти из- менения определялись при микоплаз- менно-хламидийном инфицировании и микоплазменно-герпетической инфек- ции.

Все варианты микоплазменного ин- фицирования характеризовались откло- нениями от нормы основных данных плода. Поскольку изменения фетомет- рических показателей при нормальном развитии беременности происходят еже- недельно, отразить абсолютные их зна- чения для каждой недели беременности невозможно. В табл. 3 приведена часто- та отклонений от нормы основных фо- тометрических параметров развития в динамике в I — II и в III триместрах беременности.

Результаты сравнения фетометриче- ских показателей в начальные сроки бе- ременности и перед ее завершением по- казали, что при мономикоплазменном инфицировании процент отклонений от нормы довольно значителен. Это сви- детельствует о нарушении маточно-пла- центарно-плодового кровотока, но к

концу беременности процент отклоне- ний был минимален, то есть кровоток практически восстановился.

При микоплазменно-герпетическом и микоплазменно-хламидийном инфи- цировании отношения были обратны- ми. Умеренно сниженные показатели возросли к концу беременности в 2 раза, свидетельствуя о нарастании плацентар- ной недостаточности.

Характерны изменения индекса от- ношения длины бедра к окружности живота [3]: после 24 недель беременно- сти он был стабильно равен $21,8 \pm 2,3$ при нормально протекавшей беременности и изменялся при асимметричной фор- ме ЗВУР плода. Тенденция к повыше- нию индекса выявлена при микоплаз- менно-хламидийном инфицировании. Как показали результаты динамических наблюдений, асимметричная форма ЗВУР плода чаще всего встречалась именно при микоплазменно-хламидий- ной форме инфицирования.

По данным кардиомониторного на- блюдения за плодом, хроническая вну- триутробная гипоксия имела место в 40,6% случаев при мономикоплазмен- ном инфицировании, в 52% и 56% — при микоплазменно-герпетическом и микоплазменно-хламидийном инфи- цировании. При сопоставлении этих ре- зультатов с данными фетометрии, ультра-

Таблица 3

Частота (в %) отклонений от нормы основных фетометрических параметров развития плода в динамике беременности (I—II III триместры)

Показатели	Характер инфицирования					
	мономикоплазменное (n = 24)		микоплазменно-герпетическое (n = 54)		микоплазменно-хламидийное (n = 52)	
	I — II	III	I — II	III	I — II	III
Бипариетальный размер						
головки	$15,0 \pm 1,2$	$2,0 \pm 0,01$	$8,5 \pm 0,6$	$15,1 \pm 1,2$	$7,2 \pm 1,2$	$14,0 \pm 1,2$
Средний диаметр живота	$14,5 \pm 0,9$	$4,0 \pm 0,04$	$7,3 \pm 0,2$	$14,3 \pm 0,9$	$6,4 \pm 0,6$	$13,2 \pm 0,9$
Длина бедра	$13,2 \pm 1,0$	$2,1 \pm 0,02$	$6,2 \pm 0,1$	$8,6 \pm 0,1$	$13,2 \pm 0,9$	$22,0 \pm 1,2$
Отношение окружности						
головки к окружности						
живота	$5,5 \pm 0,05$	$1,5 \pm 0,1$	$3,2 \pm 0,16$	$1,2 \pm 0,1$	$2,1 \pm 0,2$	$0,9 \pm 0,01$
Отношение длины бедра						
к окружности живота		$21,2 \pm 0,2$		$22,2 \pm 1,2$		$23,8 \pm 1,3$

**Осложнения беременности
при микоплазменном и смешанном инфицировании (в %)**

Характер осложнений	Контрольная группа (n = 42)	Характер инфицирования		
		мономикоплазменное (n = 24)	микоплазменно-герпетическое (n = 54)	микоплазменно-хламидийное (n = 52)
Гестоз	—	8,3	15	4,7
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	—	8,3	16,3	10,4
Угроза прерывания беременности	2,8	80	80,7	85,3
Преждевременные роды	—	38	40,5	44,2
Хроническая внутриутробная гипоксия плода, по данным кардиомониторного наблюдения	2,8	40,6	52	56
ЗВУР плода				
симметричная форма	—	—	17	—
асимметричная форма	—	21,1	24,5	32,3
Аntenатальная гибель плода	—	4,1	8	5,7

звукового и морфологического исследований плацент было видно, что эти цифры недостаточно объективны, так как они отражают лишь тяжелую степень гипоксии. Характерно, что признаки хронической гипоксии плода наиболее часто регистрировались у женщин с нормальной толщиной плаценты или ее истончением. Это только подтверждает вывод о значении компенсаторного утолщения плаценты для поддержания кровотока в системе *мать-плацента-плод* и нормальная плацента в таких условиях является такой же патологией, как и тонкая плацента.

В табл. 4 показаны основные осложнения беременности у инфицированных женщин. Гестоз встречается наиболее часто при микоплазменно-герпетическом инфицировании, угроза прерывания беременности — одинаково часто (80 — 85%) при всех вариантах инфицирования. Максимально высока частота преждевременных родов при микоплазменно-хламидийной инфекции. Операцией кесарева сечения закончились 26,8% родов. Основными показаниями к ней были тяжелые формы гестоза, отслойка плаценты и гипоксия плода.

Масса тела детей, родившихся при мономикоплазменном инфицировании матери, составляла в среднем $3250,0 \pm 53,2$ г,

длина — $48,6 \pm 0,46$ см, оценка по шкале Апгар — $6,2 \pm 0,6$ балла, при микоплазменно-герпетическом инфицировании — соответственно $2950,0 \pm 48,6$ г, $48,6 \pm 1,8$ см, $5,8 \pm 0,5$, при микоплазменно-хламидийном инфицировании — $2980,0 \pm 56,4$ г, $51,0 \pm 0,5$ см, $6,2 \pm 0,6$.

В группе неинфицированных женщин масса тела детей была равна в среднем $3550,0 \pm 62,8$ г, длина — $51,2 \pm 0,46$ см, оценка по шкале Апгар при рождении — $8,5 \pm 0,8$ балла. При всех вариантах микоплазменного инфицирования масса тела и оценка по шкале Апгар были достоверно выше ($P=0,02$).

При анализе особенностей течения раннего неонатального периода детей, рожденных женщинами с микоплазменным инфицированием, был выявлен ряд осложнений, характерных как для доношенных, так и недоношенных детей (значительная первоначальная потеря массы тела, преходящая гипербилирубинемия, проявлявшаяся желтухой различной степени, токсическая эритема, высокая частота перинатальных повреждений нервной системы).

Таким образом, микоплазменное и смешанное инфицирование беременных приводит к нарушению плацентации: расположению плаценты преимущественно на передней стенке при мономи-

коплазменной инфекции и низкому ее прикреплению при микоплазменно-хламидийном инфицировании. Вместе с тем любой вариант микоплазменного инфицирования сопровождается изменением кровотока в системе *мать-плацента-плод*, особенности и степень которого зависят от характера инфекции, гемореологических нарушений у беременной и степени компенсаторных изменений в плаценте, регистрируемых при ультразвуковом сканировании как утолщение плаценты. Наличие тонкой или нормальной плаценты в таких условиях служит признаком декомпенсации и ведет к тяжелым нарушениям кровообращения в фетоплацентарной системе. В целом микоплазменная инфекция и ее любые сочетания всегда сопровождаются хронической фетоплацентарной недостаточностью (компенсированной или декомпенсированной), вызывающей развитие ЗВУР плода, отслойку плаценты и гестоз у матери. Ультразвуковые симптомы инфицирования плаценты являются достаточно достоверными и подтверждаются результатами морфологического исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мальцева Л.И., Андрушко И.А., Ибрагимов О.Б.// Казанский мед. ж. — 1996. — № 2. — С. 118—123.
2. Стрижаков А.Н., Бунин А.Т., Медведев М.В.// Акуш. и гин. — 1990. — № 3. — С. 3 — 6.
3. Стрижаков А.Н., Бунин А.Т., Медведев М.В.// Акуш. и гин. — 1991. — № 3. — С. 24 — 29.
4. Kosanke G., Castelucci M.// Placenta. — 1993. — Vol. 14. — P. 591 — 604.
5. Neepor I.D., Patton D.L., Kuo C.C.// Infect. Immunol. — 1990. — Vol. 58. — P. 2042 — 2047.

Поступила 19.09.97.

STATE OF PLACENTA, FETALUTEROPLACENTAL BLOOD FLOW AND PREGNANCY RESULT IN MYCOPLASMA AND MIXED INFECTION IN WOMEN

L.I. Maltseva, I.A. Bakhtiyarov, V.P. Nefedov

S u m m a r y

The influence of mycoplasma and mixed infection on fetoplacental system using ultrasonic scanning and dopplerometric method as reliable noninvasive and safe methods during pregnancy is studied. Mycoplasma infection and its combinations are always accompanied by chronic fetoplacental insufficiency (compensated or decompensated) causing small-for-date intrauterine fetus, placental detachment and hesthosis in a mother. Ultrasonic symptoms of placenta infection are sufficiently reliable and confirmed by morphologic studies.

РОЛЬ ОКИСЛИТЕЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ФОРМИРОВАНИИ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В ЗОНАХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

С.В. Цуркан, О.И. Линева, Ф.Н. Гильмиярова, М.Ю. Засыпкин

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. О.И. Линева) факультета
последипломного образования, кафедра биологической химии (зав. — проф. Ф.Н. Гильмиярова)
Самарского государственного медицинского университета*

В эпоху эколого-генеративного диссонанса человек находится под действием многофакторной и многокомпонентной системы агрессии со стороны окружающей среды. Вследствие высокой чувствительности к любым неблагоприятным факторам биологической системы *мать-плацента-плод*, адаптированное состояние организма беременной женщины трансформируется в неадаптированное с развитием хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН) и формированием синдрома задержки развития плода (СЗРП) [3—7]. В последнее время многие исследователи рассматривают нарушения в системе окислительно-восстановительных коллекторов и антиоксидантную недостаточность в качестве пускового механизма для целого ряда заболеваний [1]. Известно, что в основе патогенеза развития ХФПН и формирования СЗРП наряду с нарушениями маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения, метаболизма и синтетической функции лежат также нарушения проницаемости клеточных мембран [2, 8], однако изучению метаболических сдвигов в последних посвящено единичное число работ. Не нашло своего отражения в них и состояние антиоксидантной системы жителей экологически неблагоприятных регионов как вне, так и в периоде гестации.

Цель настоящего исследования — выявление факторов риска, ведущих к развитию СЗРП, в регионах с различной техногенной нагрузкой, особенностей его клинического течения, а также уточнение роли и места процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты в патогенезе данной патологии.

Основные исследования проводились в г. Чапаевске (125 беременных женщин) Самарской области (зона экологического бедствия), а в качестве контроля был выбран Кинельский район (130 беременных), который близок к изучаемому объекту по климатическим и социальным факторам, уровню медицинского обслуживания населения, но отличается по профилю промышленности и в связи с этим по уровню загрязнения окружающей среды. У всех 255 женщин на протяжении всего периода гестации осуществлялись диагностика и лечебная коррекция экстрагенитальной и акушерской патологии, анализировалось течение родов и послеродового периода.

Состояние внутриутробного развития плода оценивалось с помощью общеклинических методов и инструментальных исследований (347 УЗИ, 272 кардиотокографии с проведением нестрессового теста, 198 доплерографий для изучения кровотока в артерии пуповины и маточных артериях). Для верификации диагноза СЗРП производилась оценка состояния 255 новорожденных, матери которых находились под нашим динамическим наблюдением: по шкале Апгар, параметрам их физического состояния с использованием перцентильных таблиц, адаптированных к региону.

Для изучения процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты нами наряду с традиционными биохимическими показателями спектрофотометрическим методом определялась активность каталазы крови (по R. Holsten, C. Masters), глутатионредуктазы (по В.Б. Колину), содержание ионизированного железа (биотестом

“Lachema”) и мочевой кислоты (по Эйхгорну). Всего было выполнено 528 исследований. В последующем весь объем данных был подвергнут компьютерной обработке, и полученная программная база позволила вычислить показатели относительного риска, границы его интервала, тест χ^2 и показатели зависимой пропорции. При изучении достоверности различий между параметрическими значениями нами использовался расчет стандартного коэффициента Стьюдента.

Для определения патогенетической значимости факторов риска возникновения СЗРП нами были рассчитаны показатель относительного риска (ОР) и границы его возможных колебаний, который определяет силу связи между воздействием и ответной реакцией (заболеванием). Наиболее значимыми факторами риска развития СЗРП в регионе с неблагоприятной экологической обстановкой явились длительность проживания более 20 лет (ОР возрастал от 2 до 13 раз, влияние фактора в популяции отмечено в 52% случаях), нерегулярный менструальный цикл (ОР — от 2 до 13 раз, влияние — в 30 %), анемия беременных (ОР — от 5 до 14 раз, влияние — в 84%) и хронические заболевания верхних дыхательных путей (от 4 до 18 раз, влияние — в 19%).

СЗРП в основной группе был выявлен у большей части женщин уже во II триместре беременности ($59,2 \pm 4,4$ и $46,2 \pm 4,4$; $P < 0,05$), в то время как в контроле его развитие было диагностировано преимущественно в III триместре ($53,0 \pm 4,4$ и $39,2 \pm 4,4$; $P < 0,05$). Были установлены различия и в преобладании клинических форм синдрома — в основной группе это была симметричная форма ($76,8 \pm 3,8$ и $46,9 \pm 4,4$; $P < 0,01$), в контрольной — асимметричная ($53,1 \pm 4,4$ и $23,2 \pm 3,8$; $P < 0,01$), что согласуется с данными о раннем возникновении СЗРП в основной группе и более позднем — в контроле.

При оценке физического развития новорожденных в основной группе достоверно чаще обнаруживалась гипотрофия второй степени тяжести ($59,2 \pm 4,4$ и $46,1 \pm 4,4$; $P < 0,05$), а в контрольной группе — первая степень

($50,8 \pm 4,4$ и $36,8 \pm 4,4$; $P < 0,05$). По-видимому, с этим связана более высокая частота осложнений (синдрома дыхательных расстройств и родового травматизма) у новорожденных основной группы ($45,6 \pm 4,5$ и $30,0 \pm 4,1$; $30,4 \pm 4,1$ и $16,2 \pm 3,2$; $P < 0,05$). В дальнейшем были получены результаты, свидетельствовавшие о более медленном приросте массы тела ($59,2 \pm 4,4$ и $46,2 \pm 4,4$; $P < 0,05$) и более частых нарушениях в неврологическом статусе у новорожденных основной группы ($45,3 \pm 4,5$ и $29,2 \pm 4,0$; $P < 0,05$).

При исследовании биохимических показателей крови (общий белок, мочевина, креатинин, билирубин и т.д.) нами было выявлено достоверное снижение в основной группе показателя индекса пластических процессов (ИПП). Этот показатель предлагается нами впервые и представляет собой соотношение цифровых величин общего белка крови к уровню мочевины в крови, выраженных в единицах СИ. Он характеризует соотношение в организме пластических и каталитических процессов, высокоинформативен, прост в лабораторной диагностике, и его снижение характеризует метаболическую дизадаптацию организма. Предлагаемый индекс достоверно ниже у женщин, проживающих в экологически неблагоприятном регионе, и это снижение особенно явно прослеживается при СЗРП (табл. 1).

С учетом того факта, что во время физиологически протекающей беременности активность процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты нарастает соответственно сроку гестации [1, 5], несомненный интерес представляет изменение активности и концентрации исследуемых веществ в различные триместры беременности у женщин, проживающих в регионах с различной техногенной нагрузкой и в зависимости от наличия или отсутствия СЗРП.

Следует отметить и активизацию каталазы во время беременности, которая усиливается на фоне развития синдрома, что согласуется с данными других исследователей [2]. Однако в условиях неблагоприятной экологической обстановки это усиление достаточно

Таблица 1

Средние показатели ИПП у женщин основной и сравниваемой групп по триместрам беременности в зависимости от наличия синдрома задержки развития плода (на 100 случаев)

Триместры беременности	Наличие СЗРП		Триместры беременности	
	основная	сравниваемая	основная	сравниваемая
I	14,1±1,62	15,1±1,33	14,6±1,37	15,0±1,26
II	10,6±1,03*	14,8±1,36	13,2±1,21	15,3±1,41
III	9,4±1,26*	14,0±1,14	11,6±1,14*	15,6±1,04

* $P < 0,05$.

Таблица 2

Средние показатели содержания ионизированного железа в крови (мкмоль/л) у женщин основной и сравниваемой групп по триместрам беременности в зависимости от наличия синдрома задержки развития плода (на 100 случаев)

Триместры беременности	Наличие СЗРП		Триместры беременности	
	основная	сравниваемая	основная	сравниваемая
I	16,01±1,32	18,56±1,68	17,56±1,44	21,21±1,34
II	11,63±1,57	17,34±1,35*	14,94±1,27	19,31±1,88
III	8,13±1,32	12,98±1,12*	10,71±1,98	13,58±1,14

* $P < 0,05$.

быстро ослабевает и в III триместре беременности отмечается снижение активности фермента, что ещё более усугубляет течение синдрома (рис. 1).

Глутатионредуктаза (рис. 2), по данным нашего исследования, является более чувствительным показателем состояния антиоксидантной системы по сравнению с активностью каталазы. Находясь в состоянии нормальной или повышенной активности в I и II триместрах беременности, протекавших на фоне неблагоприятной экологической обстановки, она резко снижалась в III триместре, поскольку резервные адаптационные возможности организма беременной женщины были исчерпаны. Возникновение же на этом фоне СЗРП приводило к ещё более раннему срыву регуляции активности глутатионредуктазы: ее резкое снижение происходило уже во II триместре беременности.

Содержание ионизированного железа как показатель активности процессов перекисного окисления липидов, отчетливо коррелировало с СЗРП и наличием экологически неблагоприятной обстановки: чем больше срок течения беременности с СЗРП и чем выраженнее влияние внешних неблагоприятных

факторов, тем ниже содержание ионизированного железа (табл. 2).

Анализ содержания мочевой кислоты показал его снижение в III триместре беременности при наличии СЗРП, что также отражает активизацию механизмов антиоксидантной защиты, однако ценность данного показателя невысока.

Как следует из полученных данных, достаточно высокой чувствительностью и специфичностью обладают тесты, позволяющие определять активность глутатионредуктазы (77% и 88%) и содержание ионизированного железа (68% и 84%) в крови. Тесты для выявления активности каталазы и содержания мочевой кислоты менее чувствительны и специфичны (52% и 75%, 27% и 63%). Для коррекции нарушений апробирован комплекс метаболической терапии, включающий энтеросорбенты, антиоксиданты, незаменимые аминокислоты и т.д.

ВЫВОДЫ

1. В регионах с неблагоприятной экологической обстановкой клиника СЗРП характеризуется ранним возник-



Рис. 1. Изменение активности каталазы в различные сроки беременности в зависимости от наличия и отсутствия СЗРП.

По оси абсцисс — триместры беременности.

По оси ординат — активность каталазы (DE/мин · мг).



Рис. 2. Изменение активности глутатионредуктазы в различные сроки беременности в зависимости от наличия и отсутствия СЗРП.

По оси абсцисс — триместры беременности.

По оси ординат — активность глутатионредуктазы (мкмоль/ч).

новением, симметричной формой и явлениями выраженной анемии.

2. Развивающаяся антиоксидантная недостаточность в сочетании с нарушениями в системе окислительно-восстановительных коллекторов является одним из пусковых механизмов развития СЗРП.

3. Выявленные сдвиги метаболизма позволяют диагностировать развитие СЗРП и начинать профилактическое лечение данной патологии на ранних этапах развития болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Перинатальная медицина. — СПб., 1994. — С. 464.

2. Горячев В.В. Хроническая плацентарная недостаточность и гипотрофия плода. — Саратов, 1990. — С. 120.

3. Засыпкин М.Ю. Современные подходы к решению проблемы бесплодия среди населения городов с развитой химической промышленностью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Самара, 1995. — С. 16.

4. Линева О.И. Прогнозирование и профилактика нарушений репродуктивной системы у работниц конвейерного производства в автомобилестроении: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Киев, 1990. — С. 29.

5. Савельева Г.М., Федорова М.В., Климен-

ко П.А., Сичинава О.В./ Плацентарная недостаточность. — М., 1991.

6. Серов В.Н., Сивочалова О.В., Кожин А.А./ Акуш. и гин. — 1990. — № 3. — С. 6—9.

7. Стрижаков А.Н., Михайленко Е.Т., Бунин А.Т., Медведев М.В./Задержка развития плода. — Киев, 1998. — С. 183.

8. Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М., Бурлев В.А. и др. //Акуш. и гин. — 1986. — № 6 — С. 31—32.

Поступила 26.09.97.

ROLE OF REDOX PROCESSES IN THE FORMATION OF SMALL-FOR-DATE FETUS SYNDROME IN UNFAVOURABLE ECOLOGICAL ZONES

S.V. Tsurkan, O.I. Lineva, F.N. Gilmiyarova,
M.Yu. Zasyepkin

S u m m a r y

The combined examination of 255 pregnant women living in various ecological zones of Samarskaya region is performed with an emphasis on the intra-uterine fetus state estimation. The considerable changes are revealed in unfavourable ecological zones: the high rate of symmetric forms of small-for-date fetus syndrome, disorders in antioxidant defense system expressed in the enzymatic activity depression (catalase and glutation reductase), decrease of the content of ionized iron and uric acid as an activity index of peroxide oxidation of lipoids and hydrogen deficiency, as well as reduction of organism plastic reserves.

ДОРОДОВАЯ ДИАГНОСТИКА АВО-КОНФЛИКТА

Б.Г. Садыков, Л.Р. Абдрахманова

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доктор мед. наук И.Ф. Фаткуллин)
Казанского государственного медицинского университета

Дородовая диагностика АВО-конфликта чрезвычайно затруднена в связи с тем, что анамнез, иммунологические и серологические данные трудно интерпретировать с позиций наличия или отсутствия изосенсибилизации. Поэтому крайне необходимо накопление опыта и результатов различных методов исследования беременных в целях своевременного выявления сенсибилизации.

Несомненный интерес представляет анамнез, позволяющий выявить следующие особенности при АВО-конфликтной беременности:

- перенесенные воспалительные заболевания половой сферы и общего характера;

- первую беременность и соотношение групп крови беременной и ее мужа О (I)—А(II); О(I)—В(III);

- отягощенный репродуктивный анамнез женщин (искусственные и самопроизвольные аборты при неразвивающихся беременностях);

- перенесенные в прошлом беременности с рождением детей с ГБН по АВО-системе.

С меньшей вероятностью как показатель привлекает внимание Rh(—)принадлежность крови беременных, которые более подвержены АВО-сенсибилизации при групповой несовместимости. АВО-конфликт чаще развивается на фоне имеющихся экстрагенитальных заболеваний (сахарный диабет, пиелонефрит, миокардиодистрофия и др.). Можно предположить, что в возникновении сенсибилизации имеют значение и перенесенные различные виды гемотрансфузий.

Среди других способов диагностики АВО-конфликта заслуживают внимания исследование величины и динамики титра групповых антител, изучение содержания билирубина, электролитов (калия и натрия) в сыворотке крови и показателей красной крови (гемоглобина, эритроцитов, цветного показателя) у

АВО-сенсибилизированных женщин на протяжении беременности.

При анализе титра групповых антител (анти-А-агглютининов, анти-В-агглютининов) у 150 АВО-сенсибилизированных женщин нами выявлены следующие варианты колебания титра групповых антител:

- нормальный титр групповых антител $\left(\frac{1:16; 1:16; 1:32}{1:2 \quad 1:4 \quad 1:8} \right)$;

- одинаковый титр групповых антител, когда уровень солевых и сывороточных антител одинаков

$$\left(\frac{1:64; 1:16; 1:32}{1:64 \quad 1:16 \quad 1:32} \right);$$

- знаменательный титр групповых антител, когда уровень сывороточных антител превышает таковой солевых

$$\left(\frac{1:8 \quad 1:16}{1:16 \quad 1:32} \right);$$

- высокий титр групповых антител, когда уровень солевых и сывороточных антител выше нормы

$$\left(\frac{1:128 \quad 1:64}{1:64 \quad 1:32} \right).$$

У АВО-сенсибилизированных женщин рождение детей с АВО-конфликтом при одинаковом титре анти-А-агглютининов наблюдалось в 44,6% случаев, анти-В-агглютининов — в 48,6%, при высоком титре, особенно анти-А-агглютининов, — в 28,4%. При знаменательном титре (анти-А-агглютининов и анти-В-агглютининов) рождаются дети (соответственно в 12,2% и 19,7% случаев), у которых в дальнейшем развивается ГБН по АВО-системе, но чаще в среднетяжелой форме. При нормальном титре (анти-А-агглютининов и анти-В-агглютининов) также имеет место ГБН, но в основном в легкой форме (соответственно в 14,9% и 18,4% случаев).

При изучении динамики изменения титра групповых антител нами выявлены следующие тенденции:

1) у АВО-сенсибилизированных женщин, родивших детей с ГБН по АВО-конфликту, во время беременности титр солевых и сывороточных групп-

повых антител довольно изменчив, то есть переходит из одного варианта в другой, например одинаковый титр становится высоким (такой "скачущий" титр характерен для родивших детей с ГБН средней тяжести);

2) при рождении детей, совместимых по группе крови с матерью и не совместимых по крови, но здоровых, и даже у женщин, имевших ГБН в анамнезе, но родивших здоровых детей, уровень групповых антител во время беременности, хотя и изменен, но стабилен (стабильный титр) или изменяется равномерно (равномерный титр).

Гемолитическая болезнь, развивающаяся внутриутробно, предположительно должна быть манифестирована повышением уровня билирубина в сыворотке крови беременной с его колебаниями в зависимости от степени повреждения плода, поэтому правомерно изучение этого показателя. Известно, что АВО-конфликт проявляется в виде послеродовой желтушной и анемической форм в отличие от иммуноконфликтной беременности при резус-сенсibilизации.

Мы изучили содержание билирубина у 46 женщин, родивших новорожденных с послеродовой желтушной формой легкой степени, и у 16, родивших детей с ГБН средней тяжести. Содержание билирубина в течение последней недели перед родами у женщин, родивших детей с ГБН легкой степени, колебалось от $3,0$ до $22,1$ мкм/л (в среднем $9,4 \pm 1,0$ мкм/л), а у родивших детей с ГБН средней тяжести, — от $3,0$ до $28,0$ мкм/л, в среднем $9,9 \pm 1,7$ мкм/л). При статистической обработке эти показатели достоверно не отличались от показателей билирубина в контрольной группе ($8,4 \pm 1,2$ мкм/л). Следовательно, процесс разрушения эритроцитов плода вследствие возникновения реакции антиген-антитело при АВО-конфликте при беременности не возникает, а если и имеет место, то редко, поэтому проследить колебания содержания общего билирубина и его фракций на протяжении беременности не удастся. В силу этого указанный показатель при данном виде неинформативен и еще раз подтверждает отсутствие внутриутробного поражения плода при АВО-конфликте.

Нами изучены показатели красной крови у 82 АВО-сенсibilизированных женщин, страдавших анемией различной степени. У 26,8% женщин содержание эритроцитов составляло $3,03 \pm 0,07 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобина — $9,61 \pm 0,28$ г%, цв. показателя — $0,95 \pm 0,02$. Получен-

ные данные свидетельствуют о том, что анемия, сопровождающая АВО-конфликтную беременность, является в ряде случаев нормохромной, а не гипохромной, характерной для железодефицитной анемии. Это указывает, вероятно, на гемолитический характер анемизации АВО-сенсibilизированных женщин и требует соответствующей интерпретации и лечения.

При изучении уровня K^+ и Na^+ в сыворотке крови беременной при АВО-конфликте были получены следующие результаты. В контрольной группе у 10 беременных, родивших здоровых новорожденных, содержание K^+ в сыворотке крови составляло $4,37 \pm 0,2$ ммоль/л, а Na^+ — $142,67 \pm 0,5$ ммоль/л, в группе же беременных, родивших детей с ГБН по АВО-системе, — соответственно $2,74 \pm 0,25$ ммоль/л и $140,59 \pm 0,58$ ммоль/л. При статистической обработке эти показатели достоверно отличались от таковых в контрольной группе, что свидетельствует об уменьшении уровня K^+ и Na^+ в плазме крови беременных с АВО-конфликтом. По изменению содержания K^+ и Na^+ в сыворотке крови АВО-сенсibilизированных женщин можно судить о том, что в организме беременной при АВО-конфликте образующиеся иммунные групповые антитела противостоят эритроцитам периферической крови, вызывая дефект структуры мембраны эритроцитов. Кроме того, они повышают проницаемость и содействуют проникновению внутрь эритроцита ионов Na^+ и воды, что вызывает гемолиз эритроцитов, в результате которого изменяется содержание K^+ и Na^+ .

Таким образом, диагностика во время беременности нередко встречающейся АВО-сенсibilизации крайне затруднена. Не все тесты, используемые при резус-сенсibilизации, приемлемы. При АВО-конфликте наряду с анамнезом информативны высота и динамика титра групповых антител, изменение красной крови, содержание K^+ и Na^+ в сыворотке АВО-сенсibilизированных беременных.

Поступила 19.09.97.

ANTENATAL DIAGNOSIS OF ABO-CONFLICT

B.G. Sadykov, L.R. Abdrakhmanova

Summary

The possibilities of antenatal diagnosis of ABO-conflict, extremely difficult during pregnancy are studied. The proposed tactics of observation of pregnant allows to interpret properly the results of different investigation methods and to perform the appropriate treatment.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕЛАТОНИНА В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛЯЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Ф.А. Фаттахова, З.Ш. Гилязутдинова, М.К. Михайлов

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — доктор мед. наук Л.И. Мальцева),
кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доц. Л.М. Тухватуллина),
кафедра лучевой диагностики (зав. — проф. М.К. Михайлов)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

По данным ВОЗ, бесплодный брак оказывает на демографические показатели более значительное влияние, чем невынашивание беременности и перинатальная патология вместе взятые. В структуре нарушений репродуктивной функции доля бесплодия эндокринного генеза составляет 35—40%. Изучение расстройств центральных механизмов регуляции репродуктивной функции и разработка методов патогенетической терапии являются одним из наиболее важных направлений научных исследований [3]. В этом аспекте недостаточно изучена роль шишковидной железы, состояние которой оказывает влияние на центральные регуляторные механизмы репродуктивной системы.

Некоторыми исследователями [4, 8] выявлено снижение секреции пролактина после удаления эпифиза, что, по предположению авторов, происходит за счет усиления продукции гипоталамусом пролактин-ингибирующего гормона (ПИГ). Эти исследования подтверждают взаимосвязь между гипоталамическим дофамином (ДА), ПИГ и мелатонином, то есть при повышенной продукции мелатонина происходят подавление ДА и уменьшение ПИГ, вследствие которого увеличивается уровень пролактина. В дальнейшем этот механизм был подтвержден N. Zisapel и et. al. [10], причем данное действие зависело от уровня гормонов яичников: наибольшим оно было в эструсе, наименьшим — в диэструсе. Противоположные результаты были получены С.А. Leaden, D.E. Blask [7], показавшими усиление подавляющего действия мелатонина на пролактотрофы при удалении яичников.

Обнаружено существование оппозиционной функции эпифиза в отношении уровня пролактина в различные периоды репродуктивного цикла [8, 9]. Шишковидная железа оказывает регулирующее действие на секрецию пролактина в зависимости от соотношения эстрогенов и прогестерона.

При изучении состояния симпатико-адреналовой системы было установлено, что самое низкое содержание норадреналина в плазме определяется во время менструации. За 2 дня до овуляции его уровень начинает возрастать и достигает максимума в лютеиновой фазе цикла. Кроме того, в настоящее время доказаны неоспоримая роль серотонина в регуляции гонадотропных гормонов гипофиза [1, 2] и стимулирующее его влияние на выделение пролактина и секрецию пролактин-рилизинг-гормона.

Следовательно, в общем гомеостазе организма шишковидная железа занимает определенное место и оказывает существенное влияние на репродуктивную функцию.

О функции шишковидной железы можно судить по концентрации мелатонина в моче, что установить достаточно просто. Экскрецию мелатонина мы изучали методом Друэкс в модификации Т.В. Зубкова и соавт. (1974). Содержание серотонина в крови исследовали методом Ц.И. Герасимовой (1977), экскрецию катехоламинов в суточной моче — методом Э.Ш. Матлиной (1955), а уровень пролактина в сыворотке крови — радиоиммунологическим методом.

Всего обследовано 98 больных и 16 здоровых женщин. В зависимости от диагноза больные были разделены на 3 груп-

пы: в 1-ю вошли 32 пациента с синдромом галактореи-аменореи, во 2-ю — с синдромом склерополикистоза яичников (СПКЯ) центрального генеза (37 чел.), в 3-ю — с синдромом СПКЯ после хирургического лечения с неполным эффектом (29).

У здоровых женщин и больных нейроэндокринным синдромом были проведены рентгеновские исследования черепа. Обызвествление шишковидной железы выявлено у здоровых в 47,6% случаев, у больных 1-й группы — в 10%, 2-й — в 28,6%, 3-й — в 25,9%. Наряду с обызвествлением шишковидной железы на краниограммах в значительной части случаев мы наблюдали признаки эндокраниоза, интракраниальной гипертензии и эндокринопатии. При исследовании функционального состояния шишковидной железы выявлено достоверное снижение экскреции мелатонина у здоровых женщин и больных 2-й группы при наличии обызвествления

А. Klibanski и S.L. Green [6], при гиперпролактинемии уменьшается минеральный состав костной ткани. Кроме того, M.J. Gorrill и J.R. Marshall [5] было показано, что эстрогены как антагонисты паратиреоидного гормона препятствуют потере костного вещества. При гипоестрогении, которая характерна для обследованных нами больных, эта оппозиционная сила была снижена, что, по-видимому, может объяснить меньшую частоту кальцификации эпифиза, особенно при синдроме галактореи-аменореи. И, наконец, закономерность уменьшения частоты обызвествления шишковидной железы была подтверждена полученными нами данными, свидетельствовавшими о подавляющем влиянии обызвествления на функциональную активность эпифиза.

Таким образом, при нейроэндокринной патологии наблюдаются, с одной стороны, меньшая частота кальцификации эпифиза мозга по сравнению с таковой у здоровых, а с другой — проявления эндокраниоза. Мы считаем, что уменьшение частоты кальцификации при наличии эндокраниоза свидетельствует о разном генезе отложения кальциевых солей в железе и соединительнотканых образованиях черепа. Следовательно, обызвествление шишковидной железы является физиологическим процессом, а торможение процесса ее обызвествления служит проявлением нарушения гормонального гомеостаза, происходящего у больных с нейроэндокринной патологией.

Механизмы взаимодействия шишковидной железы и известных биогенных аминов — серотонина, дофамина, норадреналина и пролактина были изучены у больных 3-й группы. У больных 1-й группы выявлено значительное повышение экскреции мелатонина, содержания пролактина и снижение норадреналина и дофамина по сравнению с этими показателями у здоровых женщин (табл. 2).

Корреляционный анализ уровня гормонов и нейротрансмиттеров показал, что у больных этой группы существует

Таблица 1

Функциональная активность эпифиза в зависимости от наличия или отсутствия обызвествления ($M \pm m$)

Группы обследованных	Экскреция мелатонина, нмоль/сут		Р
	при обызвествлении шишковидной железы	без обызвествления	
Здоровые	$8,5 \pm 1,4$ (n = 7)	$11,9 \pm 0,9$ (n = 9)	$< 0,05^*$
1-я	$277,2 \pm 116,9$ (n = 3)	$167,6 \pm 28,4$ (n = 37)	$> 0,05$
2-я	$41,9 \pm 7,9$ (n = 7)	$70,6 \pm 8,6$ (n = 33)	$< 0,01$
3-я	$91,1 \pm 13,7$ (n = 8)	$236,7 \pm 44,6$ (n = 28)	$< 0,01$

* Результаты подвергнуты статистической обработке непараметрическим методом Вилкоксона—Манна—Уитни.

железы. В 1-й группе достоверных изменений функционального состояния шишковидной железы в зависимости от ее кальцификации не наблюдалось (табл. 1).

Уменьшение частоты кальцификации эпифиза при изучаемой нейроэндокринной патологии можно объяснить с нескольких позиций. Так, по данным

Показатели обмена мелатонина, биогенных аминов и пролактина

Показатели	Здоровые	Больные с		
		синдромом галактореи-аменореи	СПКЯ	СПКЯ с неполным эффектом хирургического лечения
Мелатонин, нмоль/сут	10,4 ± 1,0	175,9 ± 27,8	66,2 ± 7,2	210,6 ± 34,5
Р		< 0,001	< 0,001	< 0,001
Серотонин, мкмоль/л	0,20 ± 0,03	0,32 ± 0,08	0,31 ± 0,04	0,36 ± 0,06
Р		> 0,05	< 0,05	< 0,01
Норадреналин, нмоль/сут	124,2 ± 6,7	59,4 ± 10,8	39,1 ± 5,5	67,3 ± 7,1
Р		< 0,05	< 0,001	< 0,001
Адреналин, нмоль/сут	31,4 ± 2,9	23,7 ± 3,2	27,3 ± 4,5	36,3 ± 4,6
Р		> 0,05	> 0,05	> 0,05
Дофамин, нмоль/сут	1920,4 ± 193,7	843,0 ± 47,4	—	—
Р		< 0,001		
Пролактин, МЕ/л	283,2 ± 58,4	4164,9 ± 369,4	580,4 ± 65,6	361,4 ± 43,7
Р		< 0,001	< 0,01	> 0,05

положительная корреляция между содержанием серотонина и адреналина ($r=0,34$), серотонина и норадреналина ($r=0,40$).

Полученные результаты позволяют считать, что эпифиз при синдроме галактореи-аменореи играет значительную патогенетическую роль в механизмах развития гиперпролактинемии, обусловленную подавляющим действием мелатонина на дофамин, которому принадлежит пролактинингибирующая функция. Это свидетельствует о существовании взаимосвязи между шишковидной железой, симпатико-адреналовой системой и лакотропными клетками гипофиза. Отсутствие достоверной разницы в уровне серотонина по сравнению с таковым у здоровых женщин мы связываем с тем, что серотонин является биохимическим предшественником и субстратом, из которого образуется мелатонин. Повышенная экскреция последнего вызывает истощение серотонин-продуцирующих структур.

Результаты корреляционного анализа позволяют предположить следующий механизм развития синдрома галактореи-аменореи. Известная по литературным данным и собственным наблюдениям связь начала заболевания со стрес-

сом сопровождается выбросом адреналина. Последующее истощение симпатико-адреналовой системы проявляется дефицитом норадреналина и дофамина и ростом уровня серотонина и приводит к увеличению уровня мелатонина. Последний, в свою очередь, подавляя дофамин, оказывает стимулирующее действие на уровень пролактина.

У больных 2-й группы выявлено значительное увеличение экскреции мелатонина, содержания серотонина и пролактина и уменьшение экскреции норадреналина (табл. 2).

У больных 3-й группы также установлена гиперфункция шишковидной железы, которая сопровождалась увеличением содержания серотонина и снижением экскреции норадреналина при нормальных показателях пролактина (табл. 2). Сравнение показателей экскреции мелатонина у больных двух последних групп показало, что степень нарушения функционального состояния эпифиза более выражена у больных 3-й группы.

На основании изложенного материала можно предположить, что в генезе синдрома СПКЯ участвует эпифиз. Бесспорна решающая роль адекватного метода лечения синдрома СПКЯ централь-

ного генеза, направленного на восстановление менструальной и репродуктивной функций. Поэтому коррекция повышенной ее функции должна быть компонентом до- и послеоперационной реабилитации больных.

Таким образом, эпифиз и его гормон мелатонин имеют важное клиническое значение в развитии нарушений центральных механизмов регуляции репродуктивной функции. Это действие опосредуется через систему нейротрансмиттеров, на которые он оказывает модулирующее действие. Лечение больных с бесплодием при синдроме галактореи-аменореи и СПКЯ центрального генеза должно проводиться дифференцированно, с учетом состояния шишковидной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамская Е.И., Бабичев В.Н.//Пробл. эндокринолог. — 1984. — № 1. — С. 36 — 42.
2. Грищенко В.И. Роль эпифиза в физиологии и патологии женской половой системы. — Харьков, 1979.
3. Серов В.Н., Кожин А.А.//Акуш. и гин. — 1988. — № 8. — С. 12 — 14.
4. Чазов Е.И., Исаченков В.А. Эпифиз: место и роль в системе нейроэндокринной регуляции. — М., 1974.

5. Gorrill M.J., Marshall J.R.// J. Reprod. Med. — 1986. — Vol. 31. — P. 842 — 847.

6. Klibanski A., Greenspan S.L.// N. Engl. J. Med. — 1986. — Vol. 315. — P. 542 — 546.

7. Leaden C.F., Dask D.E.// Neuroendocrinology. — 1982. — Vol. 35. — P. 133 — 138.

8. Minato K., Takahashi K.// Tokoku J. Exp. med. — 1984. — Vol. 143. — P. 305 — 313.

9. Webley G.E., Lenton E.A.//Fertil. Steril. — 1987. — Vol. 48. — P. 218 — 22.

10. Zisapel N., Egozi Y., Laudon M.// Neuroendocrinology. — 1985. — Vol. 40. — P. 102 — 108.

Поступила 19.07.97.

CLINICAL VALUE OF MELATONIN IN THE DEVELOPMENT OF CENTRAL MECHANISM DISORDERS OF REPRODUCTIVE FUNCTION REGULATION

F.A. Fattakhova, Z. Sh. Gilyazutdinova,
M.K. Mikhailov

Summary

The excretion of melatonin in central mechanism disorders of reproductive function regulation is studied. It is stated that thyroid gland calcification is a physiological process and calcification process inhibition is a manifestation of hormonal homeostasis disorder in patients with neuroendocrin pathology. The treatment of patients with sterility in the galactorrhea-amenorrhea syndrome and scleropolycystosis of ovaries of central genesis is to be performed differentially taking into account pineal gland state.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ В АКУШЕРСТВЕ

И. Ф. Фаткуллин

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доктор мед. наук И. Ф. Фаткуллин)
Казанского государственного медицинского университета*

Дальнейшее развитие оперативного акушерства и гинекологии характеризуется разработкой и внедрением современных медицинских технологий. Лазерная хирургия открыла новые возможности в лечении многих заболеваний и улучшении исходов хирургических вмешательств. В настоящее время изучены и применены на практике такие преимущества лазерного скальпеля, как малая травматичность и высокая точность разреза, хороший гемостаз, возможность воздействовать на патологические очаги, недоступные для удаления хирургическим скальпелем, высокая степень асептики и бластику, хорошее заживление раны с формированием нежного рубца. Они основаны на свойствах высокоэнергетического лазерного излучения рассекать, коагулировать и выпаривать ткани.

Хирургические лазеры с хорошим клиническим эффектом применяются в эндоскопической гинекологии, онкогинекологии, при хирургическом лечении эндометриоза, заболеваний вульвы и шейки матки, реконструктивных пластических и органосохраняющих операциях на матке, трубах и яичниках.

Механизм воздействия высокоэнергетического лазерного излучения на биологические ткани заключается в возникновении термического эффекта, обусловленного селективным поглощением квантов света тканями, при котором происходит испарение внутриклеточной и тканевой жидкости. Быстрая конверсия воды в пар приводит к взрывным эффектам в клетках с нарушением целостности тканей [2, 3]. Таков механизм разреза при использовании лазерного скальпеля.

Новые перспективы в хирургии связаны с применением лазерного излучения для соединения биологических тканей. Как известно, традиционный хи-

рургический шов имеет существенные недостатки, связанные как со свойствами шовного материала, так и с нарушением трофики в зоне шва из-за сдавления тканей лигатурами, травмой их иглой и нитью.

В 1978 г. Morris и Carter на сосудах крыс и Klink на рогах матки у кроликов провели эксперименты по применению лазерного излучения для соединения тканей [7, 9]. В дальнейшем в опытах на животных и клинических исследованиях было показано, что лазерный шов (ЛШ) позволяет отказаться от лигатур, ограничить использование шовного материала, хорошо сопоставить края раны и герметично их соединить.

Предполагается, что механизм лазерной биологической "сварки" заключается в том, что при меньшей, чем это необходимо для разреза, интенсивности лазерного излучения происходит нагрев тканей до 40—60° С и выделяется тепло, достаточное только для денатурации и коагуляции белков. Образуется зона коагуляционного слоя, который и выполняет роль связующего элемента [4, 5, 6].

Учитывая актуальность проблемы профилактики послеоперационных осложнений в акушерстве и гинекологии и их существенную зависимость от качества хирургических швов, мы изучили возможности применения лазерной биологической "сварки" при операциях на матке. В сериях экспериментов на подопытных животных нами были отработаны оптимальные параметры лазерного воздействия, необходимые для соединения тканей матки. Таковыми оказались излучение Nd:YAG-лазера длиной волны, равной 1,06 мкм, мощностью — 6 Вт, плотностью мощности — 270 Вт/см² и скоростью перемещения лазерного луча — 0,5 см/с [1, 8]. Было показано, что лазерный шов имеет существенные преимущества перед тради-

ционным хирургическим швом, важными из которых являются хорошая герметичность, быстрое восстановление микроциркуляции, ускоренное течение репаративных процессов, полное восстановление гистоструктуры матки к 21-м суткам послеоперационного периода.

После получения результатов эксперимента и их анализа модель ЛШ была апробирована в клинике при операции кесарева сечения у 90 беременных и рожениц с высоким риском гнойно-септических осложнений, которые составили основную группу. В контрольную группу вошли 93 женщины, у которых кесарево сечение было выполнено по традиционному методу. Обе группы были идентичны по основным характеристикам, включая показания для оперативного родоразрешения.

Кесарево сечение с применением ЛШ производили поперечным разрезом в нижнем сегменте матки без отсепаровки пузырно-маточной складки брюшины и мочевого пузыря. После извлечения плода и удаления последа разрез на матке ушивали одним или двумя рядами швов. Перитонизацию раны осуществляли соединением сопоставленных краев серозного покрова матки путем воздействия лучом Nd:YAG-лазера. Эффект "сварки" оценивали по побелению тканей, не переходящему в обугливание. В некоторых случаях для лучшего сопоставления листков серозного покрова матки использовали несколько узловатых швов, которые накладывали тонкой нитью "Дексон" (3/0) с внутренней,

прилегающей к матке, поверхности брюшины без сквозного ее прокалывания. Сопоставленные края брюшины соединяли ЛШ, создавая полную механическую и биологическую герметичность разреза на матке.

При анализе особенностей течения послеоперационного периода была отмечена низкая частота осложнений у родильниц, родоразрешенных путем кесарева сечения с применением ЛШ (см. табл.). Наиболее грозного осложнения, каким является перитонит, у нас не наблюдалось. Эндометрит в 1-й группе был диагностирован у 3 (3,3%) родильниц, во 2-й — у 14 (15%). У родильниц 1-й группы существенно реже встречались субинволюция матки и послеоперационные инфильтраты. На всех сроках наблюдения родильниц с температурой в 1-й группе было достоверно меньше, чем во 2-й.

В первые сутки после операции отмечалось значительное возрастание СОЭ по сравнению с исходным уровнем в обеих группах, что отражало общие закономерности послеоперационных состояний. Пик возрастания СОЭ наблюдался на 5-е сутки после операции. В последующие дни в 1-й группе происходило снижение этого показателя, а во 2-й — достоверно высокие значения СОЭ сохранялись до 10 суток. В основной группе снижение количества лейкоцитов носило более динамичный характер. К исходному уровню оно возвращалось в 1-й группе к 7-му дню после операции, во 2-й — к 10-му дню. Ана-

Частота осложнений после кесарева сечения

Осложнения	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Перитонит	0		0	
Эндометрит	3	3,33	14**	15,05
Послеоперационный парез кишечника	—	—	2	2,15
Лохиометра	4	4,44	5	5,38
Субинволюция матки	8	8,88	16	17,2
Инфильтраты и нагноения кожной раны	—	—	4*	4,3
Гипертермия неуточненного генеза (5 суток и более)	3	3,33	15**	16,13
Всего	18	20	56**	60,22

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$.

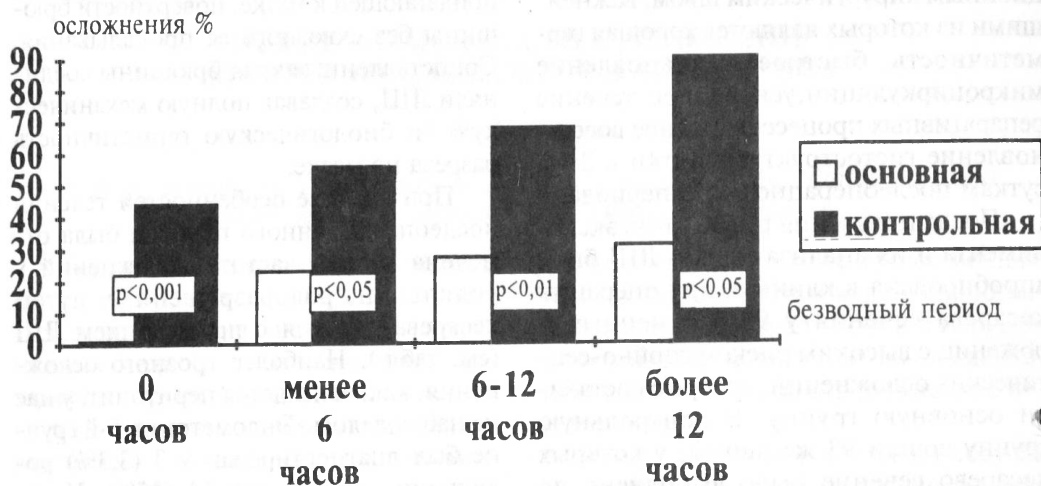


Рис. 1. Частота осложнений после кесарева сечения в зависимости от длительности безводного периода.

лиз лейкоформулы не выявил существенных групповых различий, однако расчет лейкоцитарного индекса интоксикации по Я.Я. Кальф-Калифу позволил установить определенные различия между 1-й и 2-й группами, которые были достоверны к 10-м суткам после операции ($P < 0,01$).

Таким образом, данные сравнительного клиничко-лабораторного исследования показали наличие существенных групповых различий, свидетельствовавших о более благоприятном течении послеоперационного периода у женщин, родоразрешенных путем кесарева сечения с применением ЛШ. Длительность послеоперационного пребывания родильниц в стационаре сократилась до $9,3 \pm 0,2$ койко/дня в 1-й группе (во 2-й группе — $11,3 \pm 0,3$; $P < 0,001$).

Показательными являются результаты операций кесарева сечения, выполненных при различной продолжительности безводного периода. В 1-й группе преждевременное отхождение околоплодных вод имело место у 64 (71,1%) рожениц, во 2-й — у 68 (73,1%). Частота осложнений в зависимости от метода родоразрешения и длительности безводного периода показана на рис. 1. В тех случаях, когда кесарево сечение производилось при целом плодном пузыре, в 1-й группе осложнения были отмечены у одной из 26 (3,9%) родильниц, во 2-й — у 11 (44%) из 25 (различия достоверны по критерию Фишера и χ^2 ; $P < 0,001$).

При продолжительности безводного периода менее 6 часов в 1-й группе осложнения возникли у 6 (23,1%) из 26 родильниц, во 2-й — у 15 (55,6%) из 27 ($P < 0,05$), от 6 до 12 часов — соответственно у 6 из 22 (27,3%) и у 21 (67,7%) из 31 ($P < 0,01$). Продолжительность безводного периода свыше 12 часов была отмечена у 16 женщин 1-й группы и у 11 — во 2-й. Следует подчеркнуть, что в 1-й группе во всех случаях кесарево сечение производилось разрезом в нижнем сегменте с восстановлением целостности серозного покрова матки путем наложения ЛШ. Во 2-й группе у 5 рожениц кесарево сечение было выполнено с временной изоляцией брюшной полости, а у 6 — по методу Л.А. Гусакова. Гнойно-септические осложнения возникли в 1-й группе у 5 (31%), во 2-й — у 9 (90%) родильниц ($P < 0,05$).

Результаты проведенного анализа, во-первых, подтверждают зависимость частоты гнойно-септических осложнений от длительности безводного периода, во-вторых, свидетельствуют о более благоприятном течении послеоперационного периода в тех случаях, когда применялся лазерный сварной шов брюшины. В целом в 1-й группе осложнений было в 3 раза меньше, чем во 2-й.

Существенные различия в исходах родоразрешения в зависимости от метода операции были отмечены у женщин с III — IV степенью чистоты влагалищных мазков. В 1-й группе указан-

ОСНОВНАЯ ГРУППА

без осложнений
74%



КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА

без
осложнений
33%

нагноение
раны
5%

гипертермия
19%

лохиометра
5%

эндометрит
14%

субинволюция
21%

парез
кишечника
3%

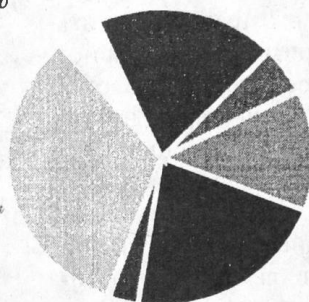


Рис. 2. Структура послеоперационных осложнений у женщин в основной и контрольной группах с III—IV степенью чистоты влагалищного содержимого.

ные изменения в мазках были обнаружены у 60 (66,7%) беременных, во 2-й — у 58 (62,4%).

Неосложненное течение послеоперационного периода в 1-й группе имело место у 44 (73,3%) родильниц, осложнения — лишь у 16 (26,7%) женщин. Во 2-й группе наблюдались иные соотношения: неосложненное течение — у 19 (32,8%), осложненное — у 39 (67,2%) родильниц ($P < 0,001$). Структура осложнений была следующей: в 1-й группе — эндометрит (у 2), лохиометра (у 4), субинволюция матки (у 8), гипертермия неуточненного генеза (у 2), во 2-й группе — то же соответственно у 8, 3, 12, 11 (рис. 2).

Таким образом, несмотря на высокий риск гнойно-септических осложне-

ний, связанный с вагинальной инфекцией и другими отягощающими факторами, у большинства женщин 1-й группы имело место неосложненное течение послеоперационного периода. Во 2-й группе неосложненное течение было отмечено только у 1/3 родильниц, а среди осложнений преобладали эндометриты и лихорадочные состояния.

Для оценки состояния матки и шва после кесарева сечения проводилось ультразвуковое исследование, в том числе соноконрастная цервикогистероскопия. Для контрастирования применялся соноконтраст "Эховист" фирмы "Шеринг" (Германия). Результаты УЗИ и соноконрастной цервикогистероскопии подтвердили неосложненное течение послеоперационного периода у женщин

1-й группы. Во всех наблюдениях контуры матки и ее полости были отчетливы, соноконтраст "Эховист" свободно заполнял полость матки. Просачивания его в брюшную полость не отмечалось. Отсутствовали признаки воспалительных изменений, истончения передней стенки матки, нарушений целостности лазерных "сварных" швов брюшины. Кроме того, при УЗ-контроле обращали на себя внимание два существенных момента: отсутствие гематом в пространстве между миометрием и "сварным" швом брюшины, что связано, очевидно, с полноценной коагуляцией кровеносных сосудов, и отсутствие спаек в области операции.

Результаты проведенных исследований позволяют положительно оценить перспективность применения лазерного излучения для соединения биологических тканей. Благодаря стерильности, высокой герметичности, хорошему гемостазу, ограниченному использованию шовного материала или полному отказу от него, минимальной травматизации тканей, лазерный шов создает благоприятные условия для ускоренного течения репаративных процессов. Его применение при перитонизации приводит к созданию прочного и герметичного соединения краев брюшины, препятствующего проникновению раневого содержимого и микробной флоры в брюшную полость. Коагуляция сосудов в процессе "сварки" позволяет избежать кровотечения и образования гематом. Отсутствие швов и проколов иглой на висцеральной брюшине уменьшает вероятность образования спаек и нарушения анатомических взаимоотношений с окружающими тканями.

Важным преимуществом кесарева сечения с применением лазерного шва брюшины является уменьшение травматичности операции, так как отсепаровку мочевого пузыря не производят. Это сохраняет нервно-сосудистые веточки нижнего сегмента матки, предупреждает образование свободных пространств и гематом между мочевым пузырем и маткой. Благодаря воздействию высокоинтенсивного лазерного излучения образуется сухая, стерильная зона бесшов-

ного соединения, обеспечивающая герметичное восстановление целостности серозного покрова матки. Все это в совокупности создает благоприятные условия для заживления раны на матке. Отсутствие перегиба матки вследствие сниженной воспалительной реакции в области шва предупреждает субинволюцию и затрудненный отток лохий и тем самым устраняет условия для развития эндометрита. Кесарево сечение с применением лазерного "сварного" шва брюшины можно рекомендовать как операцию выбора при родоразрешении женщин с высоким риском гнойно-септических осложнений. Техника лазерного шва проста в исполнении, что делает ее доступной для практического применения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габидулина Р.И., Козлов В.И., Фаткуллин И.Ф. и др.// Казанский мед. ж. — 1995. — № 5. — С. 387 — 391.
2. Галанкин В.Н., Боцманов К.В.// Арх. патол. — 1984. — вып. (. — С. 48 — 56.
3. Елисенок В.И., Скобелкин О.К., Брехов Е.И.// Вестн. АМН. — 1985. — № 7. — С. 72 — 78.
4. Скобелкин О.К., Брехов Е.М., Башилов В.П. и др.// Вестн. хир. — 1986. — № 7. — С. 15 — 22.
5. Bass L.S., Moazami N. et al.// Lasers. Surg. Med. — 1992. — Vol. 12 (5). — P. 500 — 5.
6. Costello A.J., Johnson D.E., Gromeens D.M. et al.// Las. Surg. Med. — 1990. — Vol. 10. — P. 175 — 184.
7. Klink F., Crosspiltzsch R., Klitzing L. et al.// Fertil. Steril. — 1978. — Vol. 30. — P. 100 — 2.
8. Kozlov V., Skobelkin O., Fatkullin I. et al.// SPIE. — Vol. 2327. — Med. Appl. Of Lasers II. — 1994. — P. 216 — 224.
9. Morris I.R., Carter M.// Ortopedic Research Society. — Las Vegas, 1980.

Поступила 19.09.97.

NEW POSSIBILITIES OF THE USE OF SURGICAL LASERS IN OBSTETRICS

I.F. Fatkullin

S u m m a r y

The laser welding suture of peritoneum in pregnant and in women in labor with high risk of pyo-septic complications is used in cesarean section operation. In the basic group the postoperative complications are three times as little than in the comparison group. The promise of the use of the biological laser @welding@ in obstetrics and gynecology to improve technology and results of surgical treatment especially in delivery of women with high risk of pyo-septic complications is noted.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.Т. Валиуллина, Л.М. Тухватуллина, Р.Ф. Бахтиозин, И.Р. Чувашаев

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — доц. Л.М. Тухватуллина), кафедра лучевой диагностики (зав. — проф. М.К. Михайлов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, Республиканский диагностический центр (главврач — Р.З. Абашев)

Магнитно-резонансная томография (МРТ) за последние 10 лет стала одним из ведущих методов неинвазивной диагностики. Интерес к данному виду исследования обусловлен его большими потенциальными возможностями: отсутствием лучевой нагрузки, высокой естественной тканевой контрастностью, получением срезов любой ориентации, возможностью многократного обследования и динамического контроля, определением не только анатомической структуры мягких тканей, но и химического их состава [1, 2].

МР-томография позволяет получать изображение тонких слоев тела человека в любом сечении — во фронтальной, сагиттальной, аксиальной и косых плоскостях. Используется реконструкция объемного изображения органов. Отчетливый контраст мягких тканей достигается благодаря трем факторам: протонной плотности, отражающей содержание воды в тканях, времени релаксации T_1 (спин-решетчатая) и времени релаксации T_2 (спин-спиновая). Не вдаваясь особо в подробности, отметим, что обычно в МРТ применяют T_1 и T_2 -взвешенные изображения (T_1 -ВИ, T_2 -ВИ), поскольку эти основные релаксационные процессы создают контраст [2].

На МР-томограммах отчетливо отображаются мышцы, жировые прослойки, хрящи, сосуды. В костной ткани содержится мало воды, поэтому последняя не мешает изображению, как в рентгеновской компьютерной томографии [2]. Возможность получения трехмерных многовариантных изображений органов является особенно важной в диагностике новообразований, планировании оперативных вмешательств и лучевой терапии [1, 6].

Основное преимущество МРТ — безопасность, отсутствие каких-либо патологических, генетических, эмбриональных или поведенческих отклонений, кроме возможной клаустрофобии. Боязнь закрытых помещений встречается при исследовании, по данным П. Рин-

ка (1995), редко — в 1—4% случаев. Поэтому крайне желательно ознакомление пациента с процедурой обследования. В литературе мы не нашли сведений о том, что МРТ может повредить эмбриону или плоду, тем не менее МР-сканирование следует избегать в I триместре беременности [2].

Относительным неудобством является длительность процедуры (от 15 до 60 мин). В настоящее время ведутся исследования, направленные на повышение быстродействия МРТ, которые приближают их к работоспособности рентгеновской компьютерной томографии [1, 4]. Широкое внедрение в медицинскую практику сдерживается его высокой стоимостью. Такой относительно новый метод, как МР-ангиография, позволяет неинвазивно получать трехмерные реконструкции артерий и вен без визуализации мягких тканей. Она не требует применения контрастных средств, движущаяся кровь сама по себе используется как естественный внутренний контраст [2].

Эффективность диагностики опухолей повышают препараты, усиливающие контрастные отличия нормальных и патологических тканей (магневист). Эта группа препаратов, содержащих соединения гадолиния, испытывается в диагностике опухолей головного, спинного мозга, органов брюшной полости и малого таза. За счет усиления интенсивности изображения улучшается распознавание природы тканей опухоли и сопутствующего отека. Исследование позволяет идентифицировать сосочки и перегородки в новообразованиях яичников, дифференцировать сгустки и инородные вещества от васкуляризированной ткани. Значительная стоимость контрастных инъекционных препаратов существенно ограничивает широкое применение метода [4, 5].

МРТ используется и в акушерской практике. Она дает достоверную информацию о размерах, форме и анатомических деталях таза, причем исследование возможно во время беременности.

Есть данные об использовании МРТ для диагностики предлежания плаценты, ее отслойки, выявления пороков развития плода. Отмечена более высокая ее информативность по сравнению с УЗ-сканированием в случае предлежания плаценты сзади за счет отчетливого контрастирования нижнего края [2].

На томограммах хорошо видны стенки мочевого пузыря, переход между ним и влагалищем; различаются по плотности гладкая и поперечно-полосатая мускулатура тазовых органов и стенок таза. Возможно получение отчетливых изображений всех структур малого таза: костной системы, жировой клетчатки, мышц, кровеносных сосудов, лимфоузлов [1, 3].

Описана нормальная анатомия матки со всеми ее слоями в различные фазы менструального цикла. Выявлено наличие промежуточной зоны между эндометрием и миометрием шириной в 5–6 мм, имеющей низкий сигнал. Она не изменяется в зависимости от цикла и возраста, поэтому высказана гипотеза о наличии пограничного сосудистого слоя. Анатомическая граница матки, определяемая в T_2 -ВИ, контрастно усиливается в T_1 -ВИ. Высокоинтенсивный сигнал эндометрия и миометрия отличен от низкоинтенсивного сигнала зоны соединения. Традиционный метод МР-визуализации сделал возможным идентификацию изменений эндометрия, в том числе гиперплазии; использование жирорастворимых красителей повышает положительные результаты до 95%.

Доброкачественные ретенционные кисты шейки, вагины и вульвы (наботовы кисты и кисты бартолиновых желез) легко обнаруживаются в общепринятых T_1 и T_2 полях. Они хорошо контурированы, имеют высокоинтенсивный сигнал в T_1 -ВИ с повышением в T_2 -ВИ. Параметрий вследствие высокой васкуляризации также имеет более высокоинтенсивный сигнал и хорошо контурируется с низкоинтенсивным сигналом от шейки. Гиперинтенсивный сигнал от вагины можно легко отличить от такового матки или прямой кишки, поэтому применение интравагинального тампона необязательно. При воспалительных заболеваниях гениталий анатомические границы становятся менее ясными.

Неизмененные яичники у женщин репродуктивного возраста имеют изоинтенсивный сигнал в T_1 -ВИ с переходом в низкоинтенсивный и визуализацией

фолликулярного аппарата в T_2 -ВИ, что обусловлено корковым слоем и плотной соединительной тканью; в области ворот яичника и сосудистого пучка интенсивность сигнала выше [5]. В периоде перименопаузы яичники характеризуются низкоинтенсивным сигналом в T_2 -ВИ, как правило, с одиночными или отсутствующими фолликулами [6].

При поражениях матки МРТ дает значительно больше информации, чем компьютерная томография. Трехплоскостное построение изображения позволяет хорошо оценить контуры опухоли, ее связь с соседними органами. При сравнении плотности тканей в режимах T_1 и T_2 можно определить природу опухоли. Миомы без дегенерации обычно имеют низкоинтенсивный сигнал в T_2 -ВИ. В зависимости от особенностей морфологического строения (преобладания стромы или паренхимы) миоматозные узлы на томограммах различались по интенсивности изображения. Узлы с преобладанием мышечных элементов были более светлыми за счет высокоинтенсивного сигнала, а со стромальным компонентом — более темными за счет

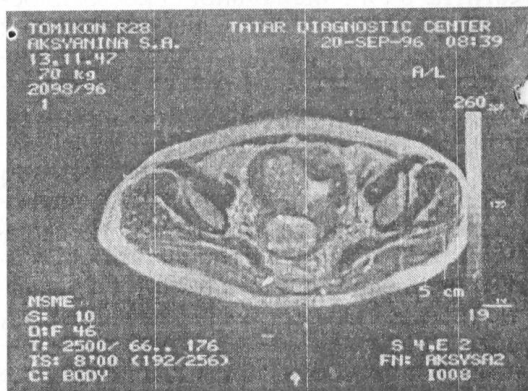


Рис. 1. МР-томограмма больной А.С. Миома матки с явлениями отека в узле. Аксиальное T_2 -ВИ.

низкоинтенсивного сигнала. При дегенеративных изменениях узлов в виде отека высокоинтенсивный сигнал в T_2 -ВИ давал более светлое изображение (рис. 1).

Режим МР-гидрографии позволяет уточнить наличие отеочного синдрома. Субмукозные и внутримышечные узлы с центрипетальным ростом также отчетливо определялись в полости матки и имели на МР-томограммах T_1 -гипоинтенсивные и T_2 -гиперинтенсивные изображения. Слоистость, характерная для больших интрамуральных узлов, довольно отчетливо распознавалась на МР-то-

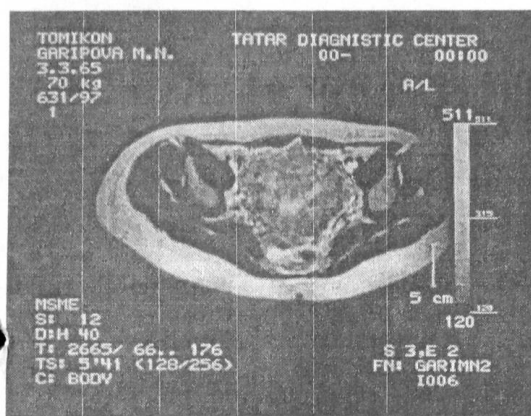


Рис. 2. МР-томограмма больной Г.М. Аденомиоз. Аксиальное T_2 -ВИ.

мограмме. В толще узлов визуализировались неоднородность изображения, участки низкоинтенсивного сигнала, что является проявлением гиалиноза. Интралигаментарная локализация узлов в разных проекциях четко диагностируется по взаиморасположению матки, узла и соседних органов.

Аденомиоз на МР-томограмме характеризуется следующими симптомами: диффузным увеличением матки, утолщением ее передней и задней стенок, гипоинтенсивным изображением в T_2 -поле. В толще матки определяются множественные точечные включения с гиперинтенсивными сигналами, отражающими наличие крови в кистозно-измененной стенке (рис. 2). Эти данные позволяют проводить дифференциальную диагностику форм и степени распространения эндометриоза.

Опухоли яичников представляют определенные трудности в процессе не только клинической, но и лучевой диагностики. УЗ-диагностика не всегда дает возможность дифференцировать опухолевидные образования и истинные опухоли яичников. МРТ имеет более высокую чувствительность по сравнению с другими методами лучевой диагностики за счет высокой разрешающей способности, обеспечивающей непревзойденное контрастирование мягких тканей и возможности многопроекционной визуализации. МРТ позволяет дифференцировать гемато- и гидросальпинкс, трубную беременность, параовариальные, серозные, муцинозные, дермоидные опухоли. При синдроме поликистоза яичников высокоинтенсивный сигнал показывает большое количество фолликулов вдоль коркового слоя увеличен-

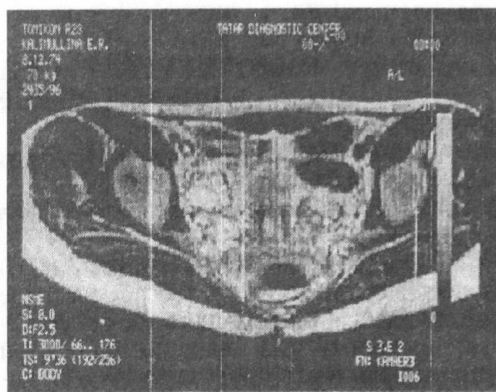


Рис. 3. МР-томограмма больной К.Е. Поликистоз яичников. Аксиальное T_2 -ВИ.

ных яичников с гиперплазированной стромой (рис. 3).

МРТ является ценным методом выявления аномалий развития половых органов. Исследование дает возможность диагностировать однорогую и двуорогую матку, маточную и влагалищную перегородки, аплазию матки и влагалища, а также внутриматочные синехии. При синдроме Рокитанского — Кюстнера подтверждается наличие яичников и отсутствие матки, обнаруживаются рудименты мюллеровых каналов и частичные рудименты влагалищной трубки [3].

Таким образом, с помощью МРТ можно дифференцировать сложные пороки развития половых органов, осложненные формы миомы матки, опухоли и опухолевидные образования яичников. Ее целесообразно проводить у больных с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями и спаечным процессом в брюшной полости после перенесенных лапаротомий и воспалительных процессов в связи с ограничением инвазивных методов исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камалов И.И., Ключкин И.В. Клиническое применение магнитно-резонансной томографии. — Казань, 1992.
2. Рунк П.А. Магнитный резонанс в медицине /Пер. с англ. — Берлин, 1995.
3. Fedele L., Dorta M., Brioschi D. et al. // Obstet. Gynecol. — 1990. — Vol. 76. — P. 593 — 596.
4. Kier R. // AJR Am. J. Roentgenol. — 1992. — Vol. 158. — P. 1265 — 1269.
5. Klimek R. // Int. J. Gynec. Obstet. — 1990. — Vol. 32. — P. 199 — 205.
6. Janus C. // Urol. Radiol. — 1991. — Vol. 13. — P. 29 — 40.

Поступила 19.09.97.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Р.А. Вахитов, В.М. Галков, Р.М. Ахтямов, В.В. Галков

Республиканская клиническая больница (главрач — Р.Г. Фатихов) МЗ РТ

Внематочная беременность (ВБ) любой локализации — это абсолютное показание для оперативного вмешательства, поскольку она является причиной внутрибрюшного кровотечения и представляет угрозу для жизни женщин детородного возраста. Успешному ее устранению способствуют ранняя диагностика и своевременное оказание оперативной помощи.

Диагностика ВБ, особенно в ранние сроки, может быть затруднительна. Для постановки правильного диагноза имеют значение анамнез, клинические данные, тесты на беременность, ультразвуковое обследование. УЗИ может выявить наличие плодного яйца в маточной трубе, исключить или подтвердить маточную беременность, хотя и случаются диагностические ошибки: или в пользу гипердиагностики или ошибочного исключения ВБ вследствие малого срока беременности.

В нашей практике мы убедились в том, что такой широко распространенный метод подтверждения прервавшейся ВБ, как пункция заднего свода, малоинформативен и уступает по своей значимости лапароскопической диагностике.

В гинекологическом отделении РКБ, являющемся клинической базой кафедры акушерства и гинекологии № 1 Казанского государственного медицинского университета, методом лапароскопической хирургии с февраля 1994 г. по август 1997 г. было прооперировано 248 женщин в возрасте от 18 до 41 года с трубной беременностью. Среди них было 139 (56,1%) женщин с ВБ, прервавшейся по типу трубного аборта, 96 (38,7%) — с прогрессирующей трубной беременностью, 9 (3,6%) — с прервавшейся ВБ и последующим образованием заматочной гематомы. За тот же период методом лапаротомии проведено 9 операций при остро прервавшейся ВБ и развитии геморрагического шока.

Предварительный диагноз трубной беременности был поставлен на основании клинико-анамнестических данных с использованием в качестве вспомогательных методов диагностики тестов на хорионический гонадотропин человека и ультразвукового исследова-

ния. Обследование завершалось диагностической лапароскопией, позволявшей устанавливать правильный диагноз, а значит, выбирать адекватную тактику лечения — оперативное пособие.

Для этой цели были использованы эндоскопическая аппаратура и инст.ментарий фирмы “Эндомедиум”. Операцию проводили под колющим или сомбревиновым внутривенным наркозом. Необходимости перехода на интубационный наркоз не было. Время операции колебалось от 25 минут до одного часа.

При прервавшейся трубной беременности производили санацию, удаляли сгустки и жидкую кровь для лучшего визуального контроля. После уточнения локализации трубной беременности, в зависимости от объективной картины, дифференцировали характер оперативного вмешательства. При выраженной деформации маточной трубы (нарушение целостности стенки, большие размеры плодного яйца) выполняли радикальную операцию (ее удаление) у 155 (62,5%) пациенток, у которых были дети и, следовательно, они не нуждались в сохранении детородной функции. У 93 (37,5%) пациенток было произведено консервативное вмешательство — удаление пораженного отдела с сохранением неповрежденной части маточной трубы; при малых размерах плодного яйца — рассечение расширенного участка и эвакуация плодного яйца или при его расположении близко к ампулярному отделу — удаление методом выдавливания сгустка из просвета трубы в сочетании с ретроградной аквадиссекцией, без нарушения целостности маточной трубы.

У женщин в возрасте старше 30 лет, имеющих 2 и более детей, по их желанию удалили не только пораженную, но и здоровую маточную трубу.

В 10 случаях локализация плодного яйца была под сомнением из-за малого срока беременности и неярко выраженной объективной картины в виде расширения участка маточной трубы, синюшности и кровянистых выделений из ампулярного отдела на фоне положительного теста на беременность. При этом мы проводили сравнительный визуальный осмотр обеих маточных труб

с рассечением подозрительного участка с последующей эвакуацией сгустка: иссечение маточной трубы монополярным электродом с помощью десектора или Г-образного электрода. При гистологическом исследовании материала во всех этих случаях были обнаружены ворсины хориона. При необходимости для проверки проходимости маточных труб заключительным этапом проводили хромогидротубацию раствором индигокармина.

При больших размерах плодного яйца во избежание его раздавливания при эвакуации из брюшной полости применяли полиэтиленовый контейнер, вводимый через переднюю брюшную стенку или через заднее кольпотомное отверстие, а также через 10—12-миллиметровый боковой троакар.

Санацию малого таза и брюшной полости проводили стерильным физиологическим раствором в объеме от 400 до 1200 мг с последующей эвакуацией промывной жидкости электроотсосом.

При большой кровопотере для профилактики образования заматочной гематомы дренировали малый таз из отверстия 5-миллиметровым троакаром. Дренажи удаляли на 2—4-й день после прекращения отделяемого. Необходимости в лапаротомии не возникало. Осложнений в виде инфильтратов в передней брюшной стенке и в малом тазу не наблюдалось. Однако в нашей практике было 2 случая релапароскопии по поводу заматочной гематомы, что потребовало санации с последующим повторным дренированием малого таза. В дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений.

Обычно больных выписывают на 3-й день после операции. При необходимости сохранения детородной функции мы проводили начальный этап реабилитационного физиотерапевтического лечения, что продлевало сроки послеоперационного лечения в среднем до 7—10 дней. На кожу накладывали кетгутовые швы, которые не надо было в дальнейшем удалять.

ВЫВОДЫ

1. Внедрение в клиническую практику лапароскопической техники позволило почти полностью исключить лапаротомию в случаях ВБ, за исключением неотложных состояний (остро прервавшаяся ВБ с развитием геморрагического шока).

2. Традиционно принятый метод подтверждения диагноза прервавшейся ВБ путем пункции заднего свода в на-

шей повседневной практике полностью уступил место лапароскопической диагностике ввиду чрезвычайно малой информативности первого.

3. Лапароскопия является оптимальным методом диагностики внематочной беременности. В сжатые сроки можно поставить точный диагноз, что способствует выбору адекватного лечения. Для предварительного диагноза желательно иметь данные УЗИ и знать содержание хорионического гонадотропина человека (ХГЧ).

4. Лапароскопическая операция удачно совмещает в себе первоначальный диагностический этап и последующее оперативное вмешательство, которое, если необходимо, может быть тут же проведено. При этом возможность использования традиционной лапаротомии не исключается.

5. С целью сохранения детородной функции необходимо максимально щадить маточную трубу для возможности проведения в последующем второго этапа реконструктивных пластических операций на маточных трубах при бесплодии.

6. При прерванной внематочной беременности необходимо дренирование малого таза. В других случаях постановка дренажа не является обязательной.

7. В случаях удаления плодного яйца с сохранением маточной трубы в послеоперационном периоде желателен контроль за снижением титра ХГЧ.

8. Для закрепления эффекта целесообразно проведение начального этапа физиотерапевтической реабилитации в условиях стационара в течение 7—10 дней.

9. Щадящая техника, широкие оперативные возможности эндоскопической технологии, благодаря которым пациентки быстро выздоравливают, причем с выраженным косметическим эффектом, являются ее бесспорными преимуществами по сравнению с традиционной лапаротомией и привлекают к ней заслуженное внимание как к перспективному и предпочтительному оперативному вмешательству.

Поступила 19.09.97.

ENDOSURGICAL APPROACHES IN THE TREATMENT OF EXTRAUTERINE PREGNANCY

R.A. Vakhitov, V.M. Galkov, R.M. Akhtyamov, V.V. Galkov

Summary

The practical experience of the use of endoscopic surgery in 248 patients with extrauterine pregnancy is given. It is concluded that a wide introduction of this method just as diagnostically so operatively is necessary in gynecologic practice.

ОПЕРАТИВНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ У ПОДРОСТКОВ

Г.Н. Кольцова, Л.М. Тухватуллина, В.Я. Попов, К.Х. Фатыхов,
Р.У. Черновская, И.М. Боголюбова

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доц. Л.М. Тухватуллина) Казанской государственной медицинской академии послепломного образования, 13-я городская больница (главврач — Ф.Н. Закиров) г. Казани, 2-я гинекологическая клиника (главврач — М.В. Кормачев) Республиканского медицинского клинического объединения, г. Казань

Прогресс в области оперативной гинекологии в последние 10 лет обусловлен внедрением достижений в таких отраслях науки, как физика, электроника, оптика, технология производства гормональных препаратов, антибиотиков и антисептиков. Одним из суммарных вариантов этих достижений является видеолaparоскопия, то есть передача изображения, полученного с помощью лапароскопии, на экран монитора. Подобная технология совершила революцию в условиях выполнения лапароскопических вмешательств. Если до 1987 г. их делали в условиях наблюдения за ходом вмешательства *ad oculos*, то с присоединением видеосистемы к лапароскопу хирург может видеть происходящее на большом экране. Более того, операция, производимая видеолaparоскопическим способом, является как бы коллективной: в ней важна роль как хирурга, так и ассистента, консультанта, а также всех присутствующих на ней.

Преимущества лапароскопических операций в настоящее время для всех очевидны: во-первых, это оптическое увеличение, во-вторых, выполнение операции в условиях увлажнения тканей при минимальном попадании в брюшную полость инородных тел и частиц (талк, тампоны), в-третьих, максимально сокращается число швов в связи с применением электрокоагуляции, лазерной вапоризации. Минимальная инвазия является профилактикой спаикообразования в брюшной полости, обеспечивает значительное уменьшение расходов лекарственных препаратов, быстрое выздоровление больной, сокра-

щение послеоперационного койко-дня, хороший косметический эффект [2, 4, 5]. Благодаря указанным преимуществам, лапароскопические операции стали вариантом выбора в гинекологии. В высокоразвитых странах их процент из того объема, который может быть выполнен этой технологией, достигает 90—95% [7], пределов же для проведения какого-либо хирургического вмешательства на внутренних гениталиях лапароскопическим методом в настоящее время почти нет, то есть реальны даже экстирпация матки с тазовой лимфаденэктомией, удаление позадишеечных эндометриозных очагов с резекцией стенки прямой кишки. Однако существуют определенные трудности в освоении хирургом техники лапароскопических операций.

Лапароскопические инструменты и техника требуют особенного внимания, и более быстро выходят из строя, чем лапаротомные. Но самой важной проблемой является ситуация, связанная с создаваемым во время операции повышенным внутрибрюшным давлением за счет напряженного пневмоперитонеума при положении больной с опущенным головным концом и приподнятым тазовым. Это ограничивает экскурсии диафрагмы, перегружает правые отделы сердца, затрудняет венозный отток, причем в условиях возможной в той или иной степени гиперкапнии [2, 5, 7]. Поэтому надо очень строго обосновывать показания к лапароскопии у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, с декомпенсацией жизненно важных органов, в геронтологической, педиатрической практике, неотложной хирургии [1].

Вопрос обоснования показаний к лапароскопической операции в таких случаях должен решаться совместно хирургом, анестезиологом и терапевтом.

В последние годы лапароскопия уверенно заняла одно из ведущих мест в диагностике и лечении ряда заболеваний внутренних половых органов у девочек и девушек [3]. Сформулированы следующие показания к применению лапароскопии в детской и подростковой практике: хронические боли в нижних отделах живота, не купируемые консервативной терапией, альгоменорея, наличие кист яичника до 10 см в диаметре, неотложная гинекология, дисгенезия гонад с наличием Y-хромосомы в кариотипе.

В структуре гинекологической заболеваемости детского и подросткового возраста большой удельный вес составляют опухоли и опухолевидные образования яичников (1,5 — 4,8%), поэтому весьма актуально у больных этой категории применение диагностической и оперативной лапароскопии. В настоящее время диагностическая лапароскопия практически самостоятельного значения не имеет, почти во всех случаях она является первым этапом вмешательства, переходя в оперативную лапароскопию.

Под нашим наблюдением находились 28 пациенток в возрасте от 15 до 18 лет, которым было произведено лапароскопическое вмешательство в плановом порядке. В 20% случаев больные отмечали нарушение менструального цикла (гипоменструальный синдром, гиперполименорея, нерегулярные месячные); 10% больных жаловались на тянущие боли в нижних отделах живота, у остальных никаких жалоб не было. Бессимптомное течение заболевания является, по мнению ряда авторов, особенностью клинического течения опухолей и опухолевидных образований яичников у детей [1].

Из анамнеза: менархе — с 11—12 лет, у одной пациентки — в 9 лет, у одной — в 17 лет. Из перенесенных заболеваний наиболее частыми (у 16) были корь, ветряная оспа, паротит. У 10 пациен-

ток имела место сопутствующая соматическая патология: хронический пиелонефрит (у 2), вегетососудистая дистония (у 3), патология желудочно-кишечного тракта (у 5).

На дооперационном этапе всем пациенткам проводили клинико-лабораторное обследование, ультразвуковое сканирование внутренних гениталий в динамике от 2 до 3 раз. 2/3 пациенток на дооперационном этапе получили рассасывающую, противовоспалительную терапию, 10 — гормонотерапию. Дооперационное наблюдение пациенток длилось не менее 3 месяцев. В ходе обследования нами отмечена эффективность УЗИ, которое позволяет с высокой долей достоверности верифицировать характер объемных образований в области придатков матки. При ультразвуковом исследовании пациенток нами были диагностированы следующие виды опухолей: серозные цистаденомы (10), параовариальные кисты (3), ретенционные кисты яичников (8), дермоидные (3), эндометриоидные (4).

28 пациенткам была проведена лапароскопия по общепринятому методу [4, 6, 7]. Для этого использовался комплект эндохирургического оборудования фирмы "Эндомедиум". У одной пациентки лапароскопия была диагностической: объемного образования в области придатков не обнаружено, но диагностирована долихосигма. У 27 больных лапароскопия была оперативной: по поводу фолликулярных кист и кист желтого тела (9), параовариальных кист (3), дермоидных кист (4), эндометриоидных (3), серозных цистаденом (8).

Лапароскопические операции выполняли под общим эндотрахеальным наркозом. Были проведены аднексэктомия (1), вылущение кист (15), резекция яичников (5), пункция кисты с биопсией ее стенки (6). Первым этапом при аднексэктомии по поводу объемных образований яичников являются пункция и эвакуация их содержимого, что позволяет не только уточнить характер образования, но облегчает ход операции и извлечение макропрепарата. В случае вылущения кист, наоборот, необходимо как

можно дольше избегать перфорации образований, так как это облегчает процесс вылушивания.

Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений и составил в среднем 3—5 дней.

ВЫВОДЫ

1. Диагностика объемных образований придатков матки у подростков требует применения таких современных методов диагностики, как ультразвуковое исследование (при необходимости и возможности — компьютерная томография, ЯМР-томография). Эхография является информативным скрининговым методом: совпадение данных, полученных при УЗИ, с заключительным диагнозом составляет 72 — 84%.

2. Выявленные функциональные кисты требуют динамического наблюдения в течение 3 месяцев с проведением противовоспалительной и гормональной терапии у пациенток старшего возраста.

3. Наиболее информативным диагностическим методом является лапароскопия, которая в настоящее время в большинстве случаев служит и методом оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гумеров А.А. и др. Проблемы хирургии в акушерстве и гинекологии: Тезисы I съезда Рос. ассоц. акуш.-гин. — М., 1995. — С. 157 — 158.
2. Давыдов А.И., Стрижаков А.Н. Оперативная лапароскопия в гинекологии. — М., 1995.
3. Корабельников И.Н. // Акуш. и гин. — 1996. — № 5. — С. 23 — 24.
4. Савельева Г.М. Эндоскопия в гинекологии. — М., 1983.
5. Савельева Г.М. // Акуш. и гин. — 1996. — № 5. — С. 3 — 5.
6. Canis M. et al. // Obstet. and Gynec. — 1994. — Vol. 83. — P. 57.
7. Semm K. Endoscopie Intraabdominal Surgery. Kiev, 1993.

Поступила 19.09.97.

OPERATIVE LAPAROSCOPY IN NEOPLASMS AND BENIGN TUMORS OF OVARIES IN TEENAGERS

G.N. Koltsova, L.M. Tukhvatullina, V.Ya. Popov,
K. Kh. Fatykhov, R.U. Chernovskaya,
I.M. Bogolyubova

Summary

The importance of such current diagnosis methods as ultrasound examinations, computer tomography NMR-tomography for revealing the volumetric tumors of uterine appendages is noted. The most informative diagnosis method is laparoscopy used at present and as an operative treatment variant. The peculiarities of laparoscopic operations call for exacting indications.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

И.А. Самойлова, Б.Г. Садыков, И.Ф. Фаткуллин, Р.И. Габидуллина

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доктор мед. наук И.Ф. Фаткуллин)
Казанского государственного медицинского университета*

Кесарево сечение является одним из наиболее часто применяемых методов оперативного родоразрешения в акушерстве. Однако частота воспалительных осложнений после этой операции остается по-прежнему высокой и, по данным различных авторов, колеблется от 5 до 62%.

К перспективным методам профилактики послеоперационных осложнений относится применение низкочастотного ультразвука. Он обладает выраженным бактерицидным и бактериостатическим действием на патогенную микрофлору, эффективен при антибиотикоустойчивых штаммах и при аллергии к антибиотикам, адаптации к нему микробов не возникает. Ультразвук ускоряет очищение и заживление гнойных ран и инфицированных полостей за счет подавления микробной флоры, вызывает сокращение фазы гидратации, активизацию роста грануляций, улучшает регионарное кровообращение и процессы регенерации [1, 2].

Для изучения возможности применения данного метода в акушерстве нами произведены 103 операции кесарева сечения (основная группа) с использованием интраоперационной ультразвуковой санации брюшной полости на базе клинического родильного дома № 1 г. Казани. Контрольную группу составили 112 пациенток, родоразрешенных путем кесарева сечения, у которых в отличие от женщин основной группы в послеоперационном периоде с профилактической целью проводилась антибактериальная терапия. Как в основную, так и в контрольную группу преднамеренно отбирались пациентки с высоким риском развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений (ГВО).

В зависимости от жидкой среды, в которой производилась ультразвуковая обработка брюшной полости, женщин основной группы распределили по трем подгруппам. 35 пациенткам ультразвуковую санацию брюшной полости проводили в 0,9% физиологическом растворе Sol. NaCl в количестве 1000 мл, 34 — в растворах антибиотиков (цефалоспорины, аминогликозиды, антибиотики пенициллинового ряда), 34 — в растворе димефосфона.

В качестве источника ультразвуковых колебаний применяли серийно выпускаемый хирургический ультразвуковой аппарат для санации биологических объектов УРСК-7Н-22. Вес ультразвукового генератора не превышает 10 кг, поэтому он удобен при транспортировке. Для работы с аппаратом не требуется специально обученный персонал. Система управления им относительно проста, включать его может сам оперирующий хирург. Техника операции кесарева сечения при этом ничем не отличалась от обычной. Ультразвуковую санацию брюшной полости производили после ушивания и перитонизации матки и ревизии брюшной полости. В брюшную полость заливали раствор лекарственного препарата. Количество раствора определяли таким образом, чтобы толщина слоя жидкости над инфицированными тканями была не менее 20 мм (при операции кесарева сечения необходим один литр жидкости, чтобы добиться нужного ее уровня над озвучиваемыми тканями). Раствор предварительно подогревали до температуры 36,6° С. В жидкость на глубину 10—15 мм погружали рабочую часть ультразвукового инструмента (наконечник с сеткой) и производили озвучивание тканей (париетальной и висцеральной ма-

Частота гипертермии после кесарева сечения

Группы пациенток	Число пациенток с гипертермией			
	в 1-е сутки	на 3-и	на 5-е	на 7-е
Контрольная	43	26	47	45
Основная				
1-я подгруппа	21	4	3	1
р	0,024	0,131	0,0003	0,00001
2-я подгруппа	17	9	4	2
р	0,23	0,7	0,0015	0,0002
3-я подгруппа	13	3	2	1
р	0,015	0,065	0,0001	0,0001

Примечание: УЗС — ультразвуковая санация, Р — вероятность появления признака. То же в табл. 3, 4, 5.

точной брюшины), перемещая над ними инструмент со скоростью 6—7 см/с. Продольную ось инструмента располагали перпендикулярно обрабатываемым тканям. Особенно тщательному озвучиванию подвергали область шва на матке, скорость перемещения инструмента над ней уменьшали. После обработки раствор лекарственного препарата удаляли электроотсосом. Операцию завершали послойным ушиванием передней брюшной стенки наглухо.

Структура воспалительных осложнений после кесарева сечения у пациенток основной и контрольной групп представлена в табл. 1.

Таблица 1

Частота воспалительных осложнений после кесарева сечения

Осложнения	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
Перитонит	0	0	0	0
Эндометрит	0	0	14***	12,5
Послеоперационный парез кишечника	0	0	2	1,7
Послеоперационный инфильтрат в полости малого таза	0	0	5*	4,5
Субинволюция матки	4	3,9	12*	10,7
Лохиометра	2	1,9	5	4,5
Расхождение или нагноение кожной раны	0	0	6*	5,5
Инфильтрат передней брюшной стенки	0	0	3	2,6
Гипертермия неуточненного генеза	4	3,9	18**	16,1
Всего	10	9,7	65***	58,0

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$.

При достоверно меньшей частоте ГВО в основной группе по сравнению с таковой в контроле, в ней не наблюдалось таких осложнений, как эндометрит, послеоперационный парез кишечника, послеоперационный инфильтрат в полости малого таза и осложнений со стороны операционной раны на передней брюшной стенке. Не выявлено до-

стоверных различий в частоте и структуре ГВО у пациенток трех подгрупп основной группы.

Отмечено также более благоприятное, чем в контрольной группе, течение послеоперационного периода. Так, по данным термометрии (табл. 2), достоверно большая частота гипертермий в основной группе по сравнению с таковой в контроле в первые сутки после операции связана, вероятно, с действием низкочастотного ультразвука на брюшину. Поскольку повышение температуры до 5 суток после оперативного вмешательства является физиологическим, то оно не служит показателем воспалительного процесса. Однако с 5-х суток послеоперационного периода, когда гипертермия родильниц, действительно, свидетельствует о наличии в организме воспалительного процесса, число пациенток с лихорадкой в основной группе было достоверно меньшим, чем в контроле. Гипертермия до 38°C и выше наблюдалась у 32 (28,6%) пациенток контрольной группы и у 4 (3,9%) пациенток основной группы ($P < 0,001$), что подтверждает благоприятное влияние ультразвуковой санации брюшной полости на течение послеоперационного периода.

Изучение данных лабораторных исследований, позволяющих судить о наличии воспалительного процесса, также подтверждает эффективность ультра-

Таблица 3

Частота повышения СОЭ по сравнению с исходным уровнем

Группы пациенток	Число пациенток с повышенным СОЭ			
	в 1-е сутки	на 3-и	на 5-е	на 7-е
Контрольная	40	78	76	63
Основная				
1-я подгруппа	8	19	16	11
P	0,16	0,09	0,02	0,01
2-я подгруппа	8	22	21	14
P	0,19	0,59	0,51	0,12
3-я подгруппа	9	15	10	7
P	0,32	0,007	0,0001	0,0003

Таблица 4

Частота лейкоцитоза после операции кесарева сечения

Группы пациенток	Число пациенток с лейкоцитозом			
	в 1-е сутки	на 3-и	на 5-е	на 7-е
Контрольная	74	73	61	49
Основная				
1-я подгруппа	21	22	17	13
P	0,51	0,8	0,54	0,5
2-я подгруппа	16	18	13	6
P	0,05	0,2	0,1	0,006
3-я подгруппа	18	17	11	5
P	0,16	0,11	0,02	0,002

звуковой санации. Максимальное повышение СОЭ у пациенток контрольной группы отмечалось на 3—5-е сутки послеоперационного периода (табл. 3). У большинства пациенток основной группы относительное повышение СОЭ имело место до 3 суток послеоперационного периода, но уже к 5-м суткам происходило ее снижение. После ультразвуковой санации брюшной полости в растворе димефосфона достоверные различия в показателях СОЭ по сравнению с таковыми в контрольной группе были выявлены на 3-и сутки послеоперационного периода.

При определении лейкоцитоза (табл. 4) достоверные различия между контрольной группой и пациентками, которым производилась ультразвуковая обработка в растворе димефосфона, обнаружены с 5-х суток послеоперационного пе-

риода, при применении ультразвуковой санации в растворе антибиотика — с 7-х суток. В группе пациенток, у которых ультразвуковая санация брюшной полости была проведена в физиологическом растворе, достоверных различий по сравнению с контрольной группой не выявлено.

Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), рассчитанный по формуле, предложенной Я.Я. Кальф-Калифом, в результате оперативного вмешательства возрос, однако в основной группе это повышение сохранялось до 3 суток послеоперационного периода, а в контрольной группе — до 5—7 суток. Понижение ЛИИ до нормальных значений у большинства пациенток основной группы выявлено на 5-е сутки послеоперационного периода. В группе пациенток, получивших ультразвуковую санацию брюшной полости в растворе антибиотика, достоверные различия по сравнению с контрольной группой наблюдались с первого дня после операции, что подтверждает отсутствие воспалительных изменений.

Таблица 5

Частота повышения ЛИИ после операции кесарева сечения

Группы пациенток	Число пациенток с повышенным ЛИИ			
	в 1-е сутки	на 3-и	на 5-е	на 7-е
Контрольная	75	62	46	36
Основная				
1-я подгруппа	18	15	4	4
P	0,096	0,2	0,0012	0,0005
2-я подгруппа	10	9	5	3
P	0,001	0,003	0,005	0,007
3-я подгруппа	22	14	2	0
P	0,81	0,15	0,0001	0,0001

Следовательно, данные лабораторных анализов свидетельствуют о положительном влиянии ультразвуковой санации брюшной полости на течение послеоперационного периода у родильниц после кесарева сечения, что соответствует результатам клинических наблюдений. Так, несмотря на высокий риск развития ГВО, у большинства пациенток основной группы наблюдалось

неосложненное течение послеоперационного периода: быстрая нормализация общего состояния, хорошая сократительная способность матки, хорошая заживляемость послеоперационной раны на передней брюшной стенке. Применение низкочастотного ультразвука сократило продолжительность послеоперационного пребывания пациенток основной группы в стационаре до 10,5 суток (в контрольной — 12,3).

Таким образом, ультразвуковая санация брюшной полости при операции кесарева сечения снизила частоту послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в 6 раз, позволила исключить необходимость профилактического назначения антибактериальной терапии. Наилучшие результаты были получены при использовании ультразвуковой санации в растворах димефосфона и антибиотиков, что связано, вероятно, с фонофорезом лекарственных препаратов в ткани непосредственно в очаге инфекции. Применение ультразвуковой санации наиболее показано при оперативном родоразрешении беременных с повышенным риском развития

гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаджиев И.С. Актуальные вопросы диагностики и лечебной эндоскопии при заболеваниях пищеварительного тракта. — М., 1990.
2. Яцкевич Я.Е. Проблемы патологии в эксперименте и клинике. — Львов, 1989.

Поступила 19.09.97.

USE OF LOW-FREQUENCY ULTRASOUND FOR THE PREVENTION OF INFLAMMATORY COMPLICATIONS AFTER CESAREAN SECTION

I.A. Samoilova, B.G. Sadykov, I.F. Fatkullin,
R.I. Gabidullina

Summary

The ultrasound sanitation method of peritoneum in 103 operations of cesarean section is used to decrease the number of postoperative complications. As a result of it the number of postoperative complications decreased by a factor of six, the necessity of preventive antibacterial therapy was excluded. The best results are obtained after ultrasound sanitation in solutions of dimephosphone and antibiotics that perhaps is associated with phonophoresis of medicinal agents in tissue immediately in infection. The use of ultrasound sanitation is indicated in operative delivery of pregnant with increased risk of the development of pyoinflammatory postoperative complications.

СИСТЕМА РЕГУЛЯЦИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ

В.И. Данилов, С.Н. Мартыненко

*Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики (зав. — проф. М.Ф. Исмагилов)
Казанского государственного медицинского университета*

Для определения физиологической дозволенности хирургического вмешательства на головном мозге, эффективности лечебных мероприятий в процессе предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде необходима информация о функциональном состоянии системы циркуляторного обеспечения нервной ткани и ее резервных возможностей. В настоящее время созданы предпосылки для внедрения в клиническую практику физиологического контроля за деятельностью регуляторных механизмов мозгового кровотока. Установлено, что реакции церебральных структур в ответ на стандартизированные функциональные нагрузки являются информативными показателями активности регуляторных механизмов в системе мозгового кровообращения при различных состояниях организма, включая нейрохирургическую патологию [1, 3, 4].

Целью работы было изучение состояния регуляторных механизмов мозгового кровообращения у больных с опухолями хиазмально-селлярной области накануне хирургического вмешательства.

Под наблюдением находились 10 пациентов с данной патологией (мужчин — 4, женщин — 6, средний возраст — 42 года). Из них у 4 пациентов были диагностированы аденомы гипофиза с интрасупраселлярным ростом, у 5 — менингиомы турецкого седла и у одного — краниофарингиома больших размеров. Опухоли верифицированы с помощью МР-томографии и ангиографии.

О состоянии регуляторных механизмов церебрального кровообращения судили по изменениям пульсового кровенаполнения (ПК) мозга и линейной скорости кровотока (ЛСК) во внутренних

ярменных венах на фоне унифицированных нагрузок химической и физической природы: ингаляции 7% смеси углекислого газа с воздухом на протяжении 2 минут и антиортостатической нагрузки — изменения положения тела в вертикальной плоскости головой вниз на 15° в течение 30 секунд [6]. Количественным показателем состояния регуляторных механизмов был коэффициент реактивности (КР) — отношение цифрового значения показателя мозгового кровообращения на фоне пика нагрузки к его значению до нагрузки [1]. Известно, что для обеспечения гомеостаза при действии возмущений химической и физической природы в виде стандартизированных нагрузок интенсивность мозгового кровотока и кровенаполнения мозга должна возрасти в 1,2 — 1,5 раза [2, 5].

Изучение клинической картины при данной патологии показало, что все обследованные больные находились в ясном сознании. Гипертензионно-гидроцефальные кризы были отмечены у одной пациентки с краниофарингиомой, умеренные непостоянные боли в лобной области — у 5 больных. 4 пациента на головную боль не жаловались. Признаков раздражения оболочек головного мозга ни у одного из них не оказалось. Эндокринные расстройства (аменорея, акромегалия и импотенция) были выявлены у 5 больных. Кроме того, наблюдались экзофтальм (1), птоз (1), аносмия (1), пирамидная недостаточность (1). На рентгенограммах черепа признаков интракраниальной гипертензии не было. Хиазмальный синдром без признаков застоя на глазном дне имел место у 7 больных. Величина систолического АД составила в среднем

Таблица 1

Пульсовое кровенаполнение (МОН) головного мозга до и после ингаляции карбогена ($M \pm m$)

Показатели	Фронтотомастоидальное отведение		Окципитотомастоидальное отведение	
	левое	правое	левое	правое
Исходное ПК	153±24	204±40	173±32	130±30
ПК после нагрузки	150±21	205±40	166±33	131±36
P	> 0,1	> 0,1	> 0,1	> 0,1
KP	0,98±0,03	1,00±0,02	0,96±0,04	1,01±0,03

Таблица 2

Пульсовое кровенаполнение (МОН) головного мозга на фоне антиортостатической нагрузки ($M \pm m$)

Показатели	Фронтотомастоидальное отведение		Окципитотомастоидальное отведение	
	левое	правое	левое	правое
Исходное ПК	165±24	200±34	184±32	127±28
ПК после нагрузки	169±25	206±34	185±32	121±28
P	> 0,1	> 0,1	> 0,1	> 0,1
KP	1,02±0,02	1,03±0,02	1,00±0,01	0,95±0,03

123,0±2,1 мм Нг, а уровень гемоглобина в крови — 136±5 г/л. Симптомов дыхательной недостаточности у данных больных не выявлено. Содержание глюкозы в крови было в пределах нормы.

Анализ параметров мозгового кровообращения показал (табл. 1), что пульсовое кровенаполнение головного мозга во всех отведениях после ингаляции карбогена не изменилось ($P > 0,1$). Следовательно, регуляторные механизмы не в состоянии обеспечивать функциональную устойчивость артериального притока к мозгу при гиперкапнии.

Пульсовое кровенаполнение головного мозга на антиортостаз не реагировало во всех отведениях (табл. 2).

Линейная скорость кровотока в внутренних яремных венах (табл. 3) в процессе антиортостатического теста постоянно уменьшалась и через 20 — 30 секунд нагрузки существенно отличалась ($P < 0,01$) от исходного уровня (в норме к 20-й секунде она восстанавливается), что свидетельствует о нарушении ауторегуляции венозного оттока от черепа.

Таким образом, оценка изменений пульсового кровенаполнения мозга и

Таблица 3

Линейная скорость кровотока (в относительных единицах) во внутренних яремных венах на фоне антиортостатической нагрузки ($M \pm m$)

Показатели	Срок после нагрузки, с						
	исходный уровень	5	10	15	20	25	30
Левая вена							
ЛСК	0,33 ± 0,06	0,24 ± 0,07	0,28 ± 0,10	0,28 ± 0,11	0,27 ± 0,10	0,26 ± 0,05	0,25 ± 0,06
%	100	73	85	85	82	79	76
P		> 0,1	> 0,1	> 0,1	> 0,1	< 0,01	< 0,01
Правая вена							
ЛСК	0,56 ± 0,11	0,52 ± 0,18	0,50 ± 0,17	0,50 ± 0,18	0,48 ± 0,16	0,42 ± 0,06	0,38 ± 0,08
%	100	93	89	89	86	75	68
P		> 0,1	> 0,1	> 0,1	> 0,1	< 0,01	< 0,01

линейной скорости кровотока во внутренних яремных венах в ответ на нагрузки химической и физической природы свидетельствует о нарушениях деятельности регуляторных механизмов циркуляторного обеспечения гомеостаза головного мозга в каротидных и вертебробазилярном бассейнах у больных с опухолями хиазмально-селлярной локализации. Перед операцией необходима контроль за состоянием системы их мозгового кровообращения и фармакологическая коррекция его нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайдар Б.В. Вопросы патологии мозгового кровообращения в нейрохирургической клинике. — Л., 1987.
2. Данилов В.И. Система регуляции церебрального кровообращения у больных с опухолями головного мозга и фармакологическая коррекция ее нарушений: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Казань, 1994.
3. Москаленко Ю.Е. // Физиол. журн. СССР — 1986. — № 8. — С. 1027 — 1037.

4. Семерня В.Н. Компенсаторные реакции сосудистой системы головного мозга в экстремальных условиях: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Л., 1988.

5. Хилько В.А., Москаленко Ю.Е., Гайдар Б.В., Парфенов В.Е. // Физиол. журн. СССР. — 1989. — № 11. — С. 1486 — 1500.

6. Унификация исследований мозгового кровообращения: Метод. рекомендации/ под. ред. Ю.Е. Москаленко. — Л., 1986.

Поступила 24.06.97.

SYSTEM OF CEREBRAL BLOOD CIRCULATION REGULATION IN PATIENTS WITH TUMORS OF THE CHIASM — SELLAR REGION

V.I. Danilov, S.N. Martynenko

Summary

The state of regulatory mechanisms of cerebral blood circulation in patients with tumors of the chiasm — sellar region before surgical intervention is studied. The disorders of circular supply of homeostasis of the brain in carotid and vertebrobasilar basins are revealed. The necessity of control of the state of cerebral blood circulation system and pharmacological correction of its disorders before operation in these patients is noted.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ ОБТУРАЦИИ БРОНХОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭМПИЕМ ПЛЕВРЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ

Р.М. Хасанов, А.В. Бондарев, Э.Р. Бариев, Т.Р. Литвинов, А.Н. Новоселов

Кафедра хирургических болезней лечебного факультета (зав. — проф. Д.М. Красильников) Казанского государственного медицинского университета, Республиканская клиническая больница (главврач — Р.Г. Фатихов) МЗ РТ

Эмпиема плевры, осложненная бронхоплевральными свищами, является одним из частых осложнений деструктивных пневмоний [5]. В 1965 г. польский бронхолог Rafinski предложил новый метод консервативного лечения гнойных заболеваний легких — временную окклюзию бронхов (ВОБ), называемый также временной обтурацией бронхов, или бронхообтурацией (цит. по [1]). С этого времени ВОБ широко используется в детской пульмонологии, тогда как опыт ее применения у взрослых сравнительно невелик. В последние годы наблюдается снижение эффективности общепринятых методов консервативной терапии — пункционного и дренирования плевральной полости [4], что обуславливает актуальность ВОБ в лечении эмпием плевры у взрослых.

Целью ВОБ является устранение патологической плевральной полости при гнойных процессах путем создания в ней разрежения в результате активного дренирования плевральной полости при условии герметичности бронхиального дерева. Уменьшение объема остаточной плевральной полости обусловлено расправлением непораженных отделов легких, смещением средостения в нормальное положение, подъемом диафрагмы. ВОБ позволяет достаточно быстро устранять гипоксию, исключать затекание гнойного содержимого из плевральной полости в бронхиальное дерево проксимальнее обтуратора, санировать полость эмпиемы, создавать условия для прекращения функционирования свища и его заживления.

Как правило, ВОБ предшествует продолжительное консервативное лечение, включающее применение антибиотиков, сульфаниламидов, протеолити-

ческих ферментов, дезинтоксикационных препаратов, бронхолитиков, а также мероприятий, направленных на коррекцию нарушений белкового, углеводного, минерального обменов, оксигенотерапию, комплексную бронхологическую санацию, пункционные и дренажные методы. Неэффективность данного комплекса мероприятий, по мнению В.И. Гераскиной [2], служит одним из показаний к ВОБ.

Ключевым моментом ВОБ является обнаружение бронхоплеврального свища. В настоящее время существует несколько методов поиска бронха, имеющего патологическое сообщение с плевральной полостью [1, 6, 8].

С 1986 г. в торакальном отделении Республиканской клинической больницы МЗ РТ поиск свища осуществлялся по оригинальному методу, основанному на сочетании бронхографии и активного дренирования плевральной полости.

Собственно метод ВОБ заключается в следующем: во время бронхоскопии под общим обезболиванием бронхоскопом Фриделя в бронх вводят поролоновый обтуратор, который имеет овоидную или цилиндрическую форму диаметром в 2—3 раза больше, чем у бронха, пропитанную рентгеноконтрастным веществом для последующей визуализации при контрольных исследованиях. После удаления обтуратора в течение 2—3 дней мы продолжали контролировать эффективность ВОБ посредством рентгенологических исследований и постобтурационного активного дренирования плевральной полости.

Мы проанализировали опыт применения ВОБ при лечении 42 больных (41 мужчина и одна женщина) с неспецифической эмпиемой плевры. Возраст

больных колебался от 22 до 67 лет. Всего произведено 55 обтураций сегментарных, долевых, промежуточного и главных бронхов (у 9 пациентов обтурации проводили повторно). Клиническая характеристика больных и результаты применения ВОБ при различных вариантах патологии отражены в таблице.

Эффективность лечения оценивали по следующей системе: К(+)Р(+) — клиническое выздоровление, подтвержденное рентгенологически, К(+)Р(+ —) — клиническое выздоровление, но на рентгенограмме видна сухая остаточная полость с тенденцией к уменьшению, К(+)Р(—) — клиническое улучшение, но на рентгенограмме контурируется стабильная полость эмпиемы прежних размеров, К(—)Р(—) — клиническое и рентгенологическое ухудшение. Исходы К(+)Р(+) и К(+)Р(+ —) мы считали хорошими, К(+)Р(—) — удовлетворительными, К(—)Р(—) — неудовлетворительными.

Исход лечения зависел от формы эмпиемы. Из таблицы видно, что лучшие результаты были получены при лечении эмпиемы плевры, осложнившей абсцесс легкого и деструктивную пневмонию. Только одному больному из этой группы потребовалось оперативное вмешательство после ВОБ. Наименее эффективной оказалась ВОБ при эмпиеме, осложнившей распространенную гангрену легкого (4 из 6 больных умерли). У всех умерших на вскрытии были вы-

явлены пневмония здорового легкого и гнойный перикардит. Учитывая эти результаты и данные литературы [7], мы считаем эмпиему плевры, осложнившую распространенную гангрену легкого, противопоказанием к применению ВОБ. При острой эмпиеме, осложнившей поликистоз легкого, в одном случае удалось добиться полного излечения, в другом — наблюдалось клиническое улучшение, но полость эмпиемы не была ликвидирована полностью. У одного больного с острой послеоперационной эмпиемой после ВОБ потребовалась операция. Из 15 больных с хронической формой эмпиемы плевры хорошие результаты были получены у 8 (53,3%) больных. У 2 (13,3%) больных полость эмпиемы ликвидировать не удалось, но операция не потребовалась. 4 (26,6%) больным из этой группы было показано оперативное вмешательство. У одного больного обтурация была прервана в результате откашливания обтуратора.

Анализируя зависимость эффективности метода от срока заболевания, мы обнаружили, что максимальная эффективность ВОБ достигнута при лечении больных с длительностью заболевания не более 2 месяцев (неудовлетворительный результат наблюдался только у одного больного из 26 леченных в эти сроки). При длительности заболевания более 2 месяцев результаты ВОБ оказались неудовлетворительными у 3 из 16 больных.

При проведении ВОБ использовали

Исходы ВОБ при различных клинических вариантах эмпием плевры

Формы эмпиемы	Число больных	Исходы ВОБ				
		К (+) Р (+)	К (+) Р (+—)	К (+) Р (—)		К (—) Р (—)
				без операции	оперировано	
Острая эмпиема, ослож-						
нившая						
абсцесс легкого	10	4	5	0	1	0
деструктивную						
пневмонию	8	5	3	0	0	0
гангрену легкого	6	0	0	1	1	4
поликистоз легкого	2	1	0	1	0	0
послеоперационная						
эмпиема	1	0	0	0	1	0
Хроническая эмпиема	15*	3	5	2	4	0
Общее число больных	42*	13	13	4	7	4

* Число больных в строке не совпадает ввиду того, что обтурация у одного из них была прервана из-за откашливания обтуратора.

дренирование плевральной полости с целью осуществления контроля герметичности как в момент установки obturator, так и в течение ВОБ. Полной герметичности способствует адаптация obturator к размерам и форме бронха, которая происходит через 1—2 суток. Если утечка воздуха продолжалась более 2 суток, то мы либо поправляли obturator, либо производили повторную obturацию.

Вопрос об осложнениях ВОБ освещен в литературе недостаточно [8]. В связи с этим мы условно разделили осложнения ВОБ на три группы: трофические (эрозии и возникающие из них кровотечения), миграционные (перемещение или откашливание obturator), obturационно-воспалительные (эндо-бронхит). Эрозии наблюдались у 12 больных, кровотечения — у 2 во время удаления obturator. Кровотечение было остановлено местным применением адреналина при бронхоскопии. Отмечено, что чем меньше калибр бронха, тем на более ранних сроках образуются эрозии. По нашим данным, трофические нарушения не оказывают существенного влияния на исход ВОБ. Миграционные нарушения возникли у 5 больных: у 4 из них была произведена поправка obturator, у одного — его удаление по причине сильного кашля. Явления эндобронхита наблюдались у 3 больных, что потребовало перерыва между obturациями с целью проведения санации бронхиального дерева. По нашим данным, оптимальной продолжительностью ВОБ является срок до 3 недель, что согласуется с результатами других авторов [3, 7]. Этого времени обычно достаточно для заживления свища и еще недостаточно для развития осложнений. Если свищ не заживает в указанный срок, то, по нашему мнению, ВОБ следует прервать с целью профилактики осложнений и возобновить ее после санации.

У группы больных (7 чел.) ВОБ предшествовала операции и позволила снизить риск операционного вмешательства за счет стабилизации общего состояния, нормализации показателей крови, отсутствия отрицательной рентгенологической динамики, а также позволила сократить длительность послеоперационного периода. У 4 больных с хрониче-

ческой эмпиемой плевры ВОБ использовали при развитии послеоперационных осложнений (негерметичность легочной ткани). У 2 больных осложнения ликвидированы полностью, остальным потребовалась повторная операция.

Исходя из литературных данных и опыта нашей клиники, можно утверждать, что применение ВОБ при лечении эмпиемы плевры оправдано и в большинстве случаев дает хорошие результаты. ВОБ часто позволяет отказываться от калечащих операций, обычно производимых при эмпиеме плевры, однако ограниченный опыт ее применения у взрослых требует дальнейшего изучения этого метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ванян Э.Н. Наружные и внутренние свищи. — М., 1990.
2. Гераскин В.И., Степанов Г.С., Штыко О.Ф. // Грудн. хир. — 1976. — № 6. — С. 59 — 64.
3. Гришаков С.В., Ченгерук Г.С., Шалаев С.А. и др. // Военно-мед. ж. — 1988. — № 9. — С. 59—60.
4. Кабанов А.Н., Ситко Л.А. Эмпиема плевры. — Иркутск, 1985.
5. Колесников И.С., Лыткин М.И., Лесницкий Л.С. Гангрена легкого и пиопневмоторакс. — Л., 1983.
6. Свистунов Б.Д., Иоффе Ф.М., Эпштейн Т.В. и др. Современные проблемы хирургии во фтизиопульмонологии. — М., 1985.
7. Петренко Т.Ф., Зеленин М.М., Шилов А.В. и др. // Грудн. хир. — 1987. — № 3. — С. 44 — 46.
8. Путов Н.В., Левашов Ю.Н., Коханенко В.В. Пиопневмоторакс. — Кишинев, 1988.

Поступила 18.07.97.

EXPERIENCE OF THE USE OF TEMPORARY OBTURATION OF BRONCHI IN THE TREATMENT OF EMPYEMA COMPLICATED BY BRONCHOPLEURAL FISTULAS

R.M. Khasanov, A.V. Bondarev, E.R. Bariev,
T.R. Litvinov, A.N. Novoselov

S u m m a r y

The experience of the use of temporary obturation of bronchi in the treatment of 42 patients with insipific empyema complicated by bronchopleural fistulas is analyzed. The best results are found in the treatment of empyema complicating the lung abscess and destructive pneumonia with the disease length not more than 2 months. The worst results are obtained in the treatment of empyema complicating the lung gangrene. The classification of complications of temporary obturation of bronchi is given and the possibility of the use of this method before and after operation is considered. The use of temporary obturation of bronchi in the treatment of empyema complicated by bronchopleural fistulas is justified, gives good results, and allows to abandon mutilating operations.

ЕЩЕ РАЗ О “РОДОВОЙ ТРАВМЕ ПЛОДА” С АКУШЕРСКИХ ПОЗИЦИЙ

А.А. Хасанов

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — доктор мед. наук Л.И. Мальцева)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

Одна из основных задач акушерства — снижение перинатальной заболеваемости и смертности — все еще далека от разрешения. Смертность и инвалидность детей в некоторых регионах страны в несколько раз превышают аналогичные показатели во многих развитых странах мира. В последние годы появились данные о высокой частоте родовых повреждений нервной системы плода [1, 2].

Охрана плода в процессе родов относится к числу важнейших задач современного акушерства. Во многих случаях неврологической патологии новорожденных совершенно необоснованно обвиняется акушерская служба, при этом не учитывается действие на плод, в том числе на его нервную систему, многих ante- и интранатальных факторов. В последние годы в структуре младенческой смертности доминируют патологические состояния перинатального периода, в частности поражения нервной системы. Они определяют нервно-психическое развитие ребенка, служат причиной школьной дезадаптации и соматической патологии. Большинство исследователей считают, что основная масса заболеваний нервной системы корнями уходит в прогенез, или антенатальный период. По мнению F. Major [6], из 10 детей по крайней мере один рождается с физическими или умственными недостатками; 20% детской заболеваемости и смертности вызваны пороками развития, обусловленными действиями факторов окружающей среды, хромосомными изменениями (10%), сочетанием нескольких факторов (80%). Согласно современной статистике, известно более 3 тысячи генетически детерминированных заболеваний, приводящих к первичным или вторичным поражениям нервной системы. Среди множества причин, предрасполагающих к перинатальной патологии, выделяют прежде всего социально-биологические [5] и социально-гигиенические: это возраст матери, вредные привычки, наличие экстрагенитальной патологии, профессиональные или экологические вредности.

Большая роль в развитии перинатальных повреждений обусловлена осложнениями беременности (гестоз, анемии, невынашива-

ние беременности и т.п.). Существенна роль внутриутробных инфекций в развитии патологии нервной системы плода. Частота инфекционных заболеваний (5 на 100 родившихся), приводимая иностранными авторами, по-видимому, намного выше в нашей стране, так как значительная их часть остается нераспознанной.

В настоящее время свыше 80% беременных принимают лекарственные препараты [3], степень опасности которых достоверно не установлена. Нет такого лекарственного соединения, полная безвредность которого для плода была бы доказана. Даже в медицинских кругах существует явная недооценка отрицательного воздействия на плод лекарственной терапии и существующей реальной угрозы для общества рождения неполноценного потомства.

Особое место в генезе перинатальных повреждений нервной системы занимает гипоксия плода и новорожденного. По мнению ряда авторов, гипоксия доминирует в развитии неонатальной неврологической патологии. Отдавая должное гипоксии в возникновении повреждений нервной системы, следует вспомнить, что при этой патологии страдает прежде всего головной мозг. Гипоксия приводит к нарушению микроциркуляции, повышенной проницаемости сосудистой стенки как во всех паренхиматозных органах, так и в головном и в спинном мозге. Однако установлена различная переживаемость нейронов разных образований мозга при его кислородном голодании. Большинство филогенетически более молодых отделов мозга при гипоксии повреждается сильнее, чем более ранние по развитию. В первую очередь страдают нервные клетки коры больших полушарий и мозжечка, меньше — подкорковые образования; наиболее устойчивы к гипоксии клетки спинного, продолговатого и среднего мозга.

Гипоксия, вне всякого сомнения, может привести к “биохимической травме” плода и новорожденного с развитием в первую очередь поражения головного мозга. Бесспорен и тот факт, что любое механическое напряжение на фоне гипоксических измене-

ний гомеостаза может привести к тяжелым неврологическим последствиям. Однако если при неврологическом осмотре новорожденного мы находили у него признаки изолированного поражения спинного мозга на определенном уровне (шейном, грудном, поясничном), то, по нашему мнению, основной причиной этого была не гипоксия. И, напротив, если в клинике преобладала симптоматика поражения головного мозга с тяжелыми психическими нарушениями, одной из вероятных причин возникшей патологии была, как мы считаем, перинатальная гипоксия. До сих пор перинатальная патология, не связанная с генетическими, семейными, инфекционными и другими перинатальными факторами, рассматривается как следствие повреждения плода в интранатальном периоде.

Причины родовых повреждений плода разнообразны. По мере его прохождения по костному родовому каналу возможны травматические повреждения как головного, так и спинного мозга. В процессе конфигурации головки сдавливается мозг ребенка, который не является бесформенной гомогенной массой, а обладает полностью развитыми дифференцированными нейронами. Давление на головку плода при схватке в среднем составляет 5—10 кг и усиливается во втором периоде родов [1], что может привести к необратимым нарушениям кровообращения с обширными субдуральными и внутримозговыми гематомами.

Благодаря работам неврологической школы проф. А.Ю. Ратнера [4], в корне изменилось представление о влиянии таких характерных и обычных в отечественном современном акушерстве пособий, как “защита промежности”, тракции за головку с целью выведения плечевого пояса и т.п. Причем отношение акушеров к трудам проф. А.Ю. Ратнера, в которых рассматривается возможный патогенез механических повреждений нервной системы плода, трансформировалась по давно известной схеме: “этого не может быть; в этом, пожалуй, что-то есть; кто этого не знает”. Здесь, на наш взгляд, уместно напомнить, что А.Ю. Ратнер никогда не трактовал родовую травму с упрощенных механических позиций. Признавалось существенное влияние на дальнейшее развитие ребенка анте-, интра- и постнатальных факторов. Справедливо будет заметить, что в ряде работ учеников А.Ю. Ратнера, действительно, преувеличена роль механической природы интранатальных повреждений нервной системы. Однако благодаря именно этому “преувеличению” работы казанской школы детской неврологии нашли

столь широкий отклик у медицинской общественности и заставили коренным образом пересмотреть влияние устоявшихся в акушерстве пособий на неонатальное развитие ребенка. Но чрезмерная увлеченность и преданность идее привели к мало предсказуемым последствиям. Ожидалось, что в результате внедрения “атравматичной методики ведения родов” в практическое акушерство перинатальная заболеваемость и смертность существенно снизятся. Эти радужные надежды, к сожалению, не оправдались — заболеваемость снизилась, но не настолько, насколько предполагалось. Склонность объяснять развитие перинатальной патологии нервной системы лишь одной причиной привела к упрощенному анализу структур смертности и заболеваемости детей. Сводя причины травм только к акушерским пособиям, практические акушеры оказались лишенными современных средств диагностики такого фактора перинатальных потерь, как гипоксия, по значимости, может быть, превосходящего механическую травму. К нашему стыду, во многих родильных домах до сих пор единственным аппаратом для диагностики дистресса плода является стетоскоп, изобретенный еще в 1818 г. Приверженность одной теории, оправданная в научных исследованиях (благодаря работам казанской школы детской неврологии удалось расширить понятие о механической родовой травме “по вертикали”), совершенно недопустима в практическом здравоохранении.

Мы ни в коем случае не отказываемся от своих позиций и установок. Ятрогенная механическая травма плода в родах есть и, к сожалению, будет. В среде акушеров-гинекологов есть врачи, преувеличивающие или, наоборот, недооценивающие роль мануальных пособий при самопроизвольном рождении ребенка. Однако преобладающее значение в развитии перинатальной неврологической патологии имеют все же не механические, а сложные метаболические, микроциркуляторные нарушения, возникающие в анте-, интра- и постнатальном периодах.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В.В.* Акуш. и гин. — 1995. — № 4. — С. 3 — 5.
2. *Барашнев Ю.И.* // Росс. вестн. перинат. и педиатр. — 1996. — № 2. — С. 29 — 36.
3. *Кирющенко А.П., Тараховский М.Л.* Влияние лекарственных средств на плод. — М., 1990.
4. *Ратнер А.Ю.* // Детская неврология. — Спб. — 1995. — Вып. 2. — С. 5 — 10.
5. *Савельева Г.М.* // Росс. вестн. перинат. и педиатр. — 1995. — № 1. — С. 31 — 34.
6. *Major F.* Курьер Юнеско. — 1981. — № 2. — С. 31 — 33.

Поступила 19.09.97.

Д.П. Игнатьева (Казань). Роды после оперативного лечения дисгерминомы яичника

Дисгерминома — это злокачественная опухоль, которая возникает из элементов недифференцированных гонад, сохраняющихся в воротах яичника с эмбрионального периода развития. Частота ее варьирует от 0,5 до 7% от числа всех злокачественных опухолей яичников. Заболевают чаще молодые женщины, при этом опухоли больших размеров встречаются у больных в возрасте от 13 до 18 лет, имеющих признаки инфантилизма.

Метастазирование протекает лимфогенным путем. Лечение дисгерминомы комплексное: оперативное в сочетании с лучевой и химиотерапией. Объем оперативного вмешательства зависит от возраста — у молодых женщин можно ограничиться односторонней аднексэктомией. Что касается последующей лучевой и химиотерапии, то одни авторы рекомендуют проводить их и у молодых женщин, другие же считают, что ни лучевая терапия, ни использование лекарственных средств при щадящем методе оперативного вмешательства нецелесообразны. Современный уровень медицинской науки обеспечивает благоприятный прогноз при дисгерминоме в плане сохранения не только жизни, но и репродуктивной функции. В подтверждение приводим клиническое наблюдение.

С. 16 лет, госпитализирована в роддом № 3 13.06.1993 г. по поводу опухоли левого яичника. При поступлении больная жаловалась на увеличение размеров живота, тянущие боли в нижней его половине слева, иррадиирующие в левое бедро, кровянистые выделения из половых путей.

Наследственность не отягощена. Перенесенные заболевания — хронический гастрит, хронический бронхит. Менархе с 13 лет, установились сразу, по 7 дней через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была в середине марта 1993 г. Половую жизнь отрицает.

Анамнез: в апреле и мае в срок месячных отмечались скудные кровянистые выделения, которые с 28.05.1993 г. стали постоянными. Кроме того, появились боли внизу живота, временами весьма интенсивные. С середины мая больная обратила внимание на увеличившийся у себя живот и его асимметрию.

Объективно: астенического телосложения, кожные покровы бледные. Живот увеличен в объеме, больше слева, при пальпации мягкий, безболезненный. На уровне пупка пальпируется верхний полюс исходящего из малого таза образования.

Наружные половые органы сформированы правильно. *Virgo*. Рентгенологическое исследование: шейка конической формы, тело матки нормальных размеров. Слева к ней тесно примыкает плотное гладкостенное, безболезненное образо-

вание (15 x 15 см), подвижность его ограничена. Смещение опухоли вверх передается на шейку матки. Придатки отдельно не определяются. Слизистая прямой кишки подвижна. Из половых путей в умеренном количестве выделяется кровь.

УЗИ: размеры тела матки — 51 x 31 x 40 мм. Структура однородная, контуры отчетливые, ровные. В малом тазу и нижнем этаже брюшной полости выявлено образование (151 x 83 x 133 мм), по плотности равное матке. Структура солидная с двумя участками жидкостных включений (14 x 8 x 15 мм и 16 x 22 x 19 мм). Яичники отдельно не визуализируются из-за больших размеров опухоли. Параортальные узлы не увеличены.

Заключение: киста яичника.

Анализ крови: Нб — 122 г/л, л. — 4,8 · 10⁹/л, СОЭ — 24 мм/ч.

Анализ мочи и биохимический анализ крови без особенностей.

Данные флюорографии в норме.

СА-125 — 39,86 Е/мл (норма до 35). ХГЧ — 381,17 МЕ/мл (норма до 15).

УЗИ почек: их положение и размеры в норме.

С клиническим диагнозом "опухоль левого яичника" (дисгерминома или киста) больная направлена на оперативное лечение, в плане — проведение экспресс-диагностики опухоли.

14.06.1993 г. произведена лапаротомия. Опухоль левого яичника (18 x 12 см) с короткой и толстой ножкой удалена вместе с трубой. На разрезе последняя солидного строения, без кистовидных включений, сине-багрового цвета, мягковатая; с разреза стекает мутно-желтая жидкость, жирная на вид; капсула тонкая, не отделяется. Правый яичник (2 x 3 см) имеет очень гладкую поверхность и нехарактерный рельеф. Произведена резекция: в глубине обнаружены три фолликула величиной с просыаное зерно.

Экспресс-диагностика опухоли левого яичника: определена дисгерминома. В правом яичнике опухоль не обнаружена. С учетом возраста и отсутствия поражения параортальных лимфоузлов решено ограничиться произведенным вмешательством.

Заключительный результат гистологического исследования: дисгерминома левого яичника. Труба без особенностей. В правом яичнике — склероз мезоточной ткани и стенок сосудов. На фоне этих изменений имеют место дистрофические деформированные примордиальные фолликулы, единичные развивающиеся фолликулы.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Больная выписана на 9-й день после операции. В дальнейшем она находилась под наблюдением. Месячные восстановились в правильном ритме через 40 дней после операции.

Лучевая и лекарственная терапия не проводилась.

В 20-летнем возрасте с началом регулярной половой жизни у С. наступила беременность. В I триместре развился гестоз легкой степени. В связи с угрозой прерывания беременности в

6 нед и 22—23 нед женщина была госпитализирована: лечение ограничено назначением витамина Е.

Роды произошли 19.01.97 г. без осложнений. Родилась живая доношенная девочка: масса тела — 3230 г, рост — 54 см, по шкале Апгар — 9 баллов. Выписана на 6-й день в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, наше наблюдение подтверждает возможность сохранения герминативной функции у молодых женщин с дисгерминомой яичника при первой стадии заболевания.

УДК 618.3 — 07

Л.А. Козлов, В.И. Еремкина, Б.В. Нетребко, С.Г. Хайрутдинова, Ю.А. Ковалева, К.Ф. Юсупов (Казань). К диагностике беременности в рудиментарном атретичном роге матки

Среди многочисленных вариантов аномалий развития матки, выражающихся в ее удвоении, особый интерес представляет образование рудиментарного атретичного рога. В редких случаях плодное яйцо, развиваясь в нем, создает смертельную опасность из-за обязательного разрыва. Срок беременности, при котором наступает разрыв, может быть различным и зависит от толщины миометрия. При малой толщине разрыв происходит на раннем сроке и имитирует прервавшуюся трубную беременность. При большой толщине и хорошо развитой мускулатуре рога наступает прерывание беременности с клиникой разрыва матки. Известно, что правильный диагноз в подобной ситуации выставляется редко — от 6 до 25%.

Приводим собственные наблюдения.

М., 25 лет, поступила в гинекологическое отделение РКБ МЗ РТ 02.03.1992 г. с диагнозом: двурогая матка; беременность 5—6 нед в левом роге (?). Замужем. Первая беременность — внематочная справа. 12.02.1991 г. была выполнена тубопластика и удалены фолликулярные кисты яичников. Последняя нормальная менструация отмечалась 10.01.1992 г. При обследовании, в том числе трижды с помощью УЗИ, установлена неразвивающаяся беременность в левом роге, по поводу которой 18.03.1992 г. женщине было произведено выскабливание полости матки. При этом свободно вошли только в правый рог и удалили децидуальную оболочку. Отверстия, ведущего в левый рог, не найдено. Окончательный диагноз: двурогая матка; беременность на сроке 10 нед в левом атретичном роге.

26.03.1992 г. выполнена лапаротомия. Правый рог развит нормально. Левый рог (5×6×4 см) с плодным яйцом резецирован. Отверстия, ведущего в полость правого рога, не обнаружено. Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписана на 11-й день после операции.

Таким образом, своевременно и правильно проведенная диагностика позволила выявить аномалию развития беременности — ее локализацию в рудиментарном роге.

К., 20 лет, поступила 20.09.1996 г. с диагнозом: беременность на сроке 22 нед. Был контакт с коревой краснухой. На прерывание беременности направлена по медицинским показаниям.

Общий и специальный анамнезы без особенностей. Настоящая беременность первая. 12.09.1996 г. во время УЗИ впервые была выявлена аномалия развития матки — двурогая матка. Беременность на сроке 22 нед в правом роге. Левый рог смещен резко влево и кзади. 13.09.1996 г. под контролем УЗИ была произведена попытка пройти в правый рог для прерывания беременности путем интраамнионального введения гипертонического раствора. Попытка оказалась безуспешной, так как сообщения цервикального канала с полостью этого рога не найдено. Принято решение прервать беременность путем малого кесарева сечения. Во время лапаротомии подтверждено наличие беременности в правом роге. Корпоральным разрезом извлечены плод и плацента. При тщательном исследовании полости рога отверстия, сообщающего его с цервикальным каналом, не обнаружено. Беременность развивалась в атретичном роге, который был удален.

Итак, использование УЗИ до и во время прерывания беременности позволило уточнить патологию, а именно выявить беременность на поздних сроках в атретичном роге и выбрать единственно правильную врачебную тактику — малое кесарево сечение. Тем не менее последнее слово в определении заключительного диагноза принадлежит клиницисту. Он должен провести тщательную дифференциальную диагностику аномалий развития матки, беременности, фибромиомы и опухолей яичников.

Т., 27 лет, поступила 05.08.1997 г. на прерывание беременности сроком 6—7 нед.

В анамнезе: менархе с 15 лет по 4 дня через 27 дней. Последняя нормальная менструация была отмечена с 11.04.1997 по 16.04.1997 г. Незамужем, до заболевания половой жизнью не жила, к гинекологу не обращалась.

04.05.1997 г. произошел насильственный половой контакт, после которого ожидаемой менструации не последовало. 25.05.1997 г. на приеме у гинеколога беременности не установлено. После 22-дневной задержки (со 02.06.1997 г. по 07.06.1997 г.) наблюдались кровянистые выделения (со слов женщины, как обычная менструация). 27.06.1997 г. осмотрена гинекологом повторно: беременность вновь не обнаружено. Направлена к невропатологу по поводу вторичной аменореи стрессового характера, который очаговой симптоматики не выявил.

В связи с задержкой менструации 08.07.1997 г. была проведена прогестероновая проба, оказавшаяся отрицательной.

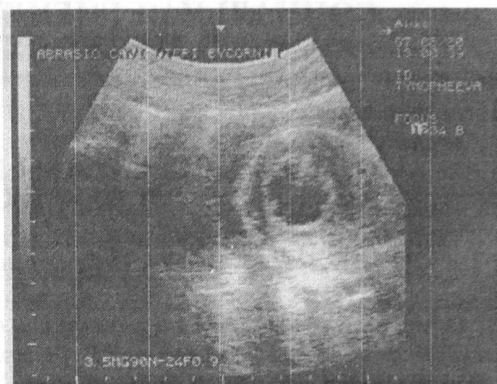
УЗИ от 15.07.1997 г. показало беременность на сроке 4 нед. 18.07.1997 г. был произведен миниаборт: хорион не найден. После гистологического анализа макропрепарата было сделано заключение: эндометрий с явлениями незначительной секреции в железах. Однако кровянистые

выделения после аборта не прекращались, и 30.07.1997 г. на УЗИ у женщины была обнаружена прогрессирующая беременность на сроке 5 нед 6 дней, внутренний диаметр плодного яйца — 26 мм.

УЗИ от 04.08.1997 г., проведенное в центре медицинской косметологии и здоровья, подтвердило наличие беременности сроком 6 нед 6 дней, внутренний диаметр плодного яйца — 32 мм. Женщину вновь направили на аборт. При поступлении: 6-недельная беременность была подтверждена, и 05.08.1997 г. произведено выскабливание полости матки. Взят скудный соскоб — плодное яйцо не обнаружилось, что подтвердилось на гистологическом исследовании.

УЗИ от 06.08.1997 г.: двурогая матка с беременностью в правом роге, внутренний диаметр плодного яйца — 32 мм (6 нед 5 дней), сердцебиение эмбриона не визуализируется, копчико-тенированной размер — 13 мм (5 нед 6 дней). Матка прозондирована. Сообщения цервикального канала с правым рогом не найдено. В дальнейшем была предпринята безуспешная попытка зондирования под контролем УЗИ. В процессе дальнейших повторных бимануальных исследований было предположено, что, кроме неразвивающейся в атретичном роге беременности, имеется субсерозный фиброматозный узел с некрозом и полостью. Такой вывод был сделан в связи с наличием широкой связи между обеими частями матки и лишь небольшой седловидностью в ее дне.

В результате лапаротомии было выявлено следующее: тело матки асимметрично — ее правая половина выпячивается за счет плотного образования, расположенного в толще передней стенки, ближе к правому ребру и пальпаторно напоминающего интерстициально-субсерозный фиброматозный узел (4 × 4 см). Из-за этого выпячивания в дне матки — небольшая седловидность. Правый угол матки находится от верхнего полюса данного образования на расстоянии 1,5–2 см. Левая половина матки обычного строения. Маточные трубы без особенностей; абдоминальный конец левой трубы закрыт вследствие спаечного процесса. Яичники обычные. На передней стенке матки, ближе к plicia vesicouterina, расположен маленький (0,3 × 0,5 см) субсероз-



ный узелок. Энуклеация обоих узлов произведена без затруднений. Ложе ушито. Выполнены сальпинголизис и стоматоластика левой трубы.

Описание макропрепарата: шарообразный плотный узел (4 × 4 см) на разрезе представляет собой толстостенную оболочку с внутренней полостью (2 × 2 см) и неровными внутренними краями. Содержимое — распавшаяся беловато-сероватая бесформенная ткань, напоминающая детрит. Псевдооболочка состоит из двух слоев. Наружный соединительнотканно-мышечный слой толщиной приблизительно 1 см после разреза сократился, при этом выделился внутренний слой толщиной 0,7 см, белого цвета, однородной структуры, плотной хрящевидной консистенции. Результат гистологического исследования — лейомиома. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 10-й день.

В настоящем наблюдении совершена переоценка значимости УЗИ в диагностике беременности, повлекшая за собой ряд неправильных действий. Однако еще на этапе первого гистологического исследования (при отсутствии частей плодного яйца и наличии ранней стадии секреции эндометрия) можно было заподозрить фибромиому. По-видимому, молодой возраст женщины (27 лет), отсутствие типичных жалоб (меноррагия), факт насильственного коитуса в анамнезе, задержка менструации стрессового характера склоняли клинициста к мысли о беременности в атретичном роге. И только в результате лапаротомии был поставлен правильный диагноз. Некротический детрит в полости узла (см. рис.) напоминал неразвивающееся плодное яйцо.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616 — 056.76(083.9)

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Р.Х. Амиров, Р.С. Барышкина, Ф.М. Сабирова

Центр планирования семьи и репродукции (зав. — Ф.М. Сабирова) Республиканской клинической больницы (главврач — Р.Г. Фатихов), кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доктор мед. наук И.Ф. Фаткуллин) Казанского государственного медицинского университета

Планирование семьи, основной целью которого является рождение в семье желанных и здоровых детей, — одно из приоритетных направлений службы охраны здоровья матери и ребенка. Актуальность данной проблемы определяется рядом причин: большой частотой аборт как основного метода регулирования рождаемости, низким уровнем использования современных методов контрацепции как альтернативы аборту, недостаточной репродуктивной культурой населения, слабой информированностью в этой области и отсутствием системы полового воспитания, значительным ростом случаев заболеваний, передаваемых половым путем.

В России планирование семьи как отдельное направление в деятельности учреждений службы охраны материнства и детства начало формироваться в 90-е годы в соответствии с Федеральной программой “Дети России”, утвержденной в 1994 г. в качестве президентской. Однако в нашей республике эта работа началась гораздо раньше, еще в конце 60-х годов, когда была заложена основа службы контрацепции.

В 1967 г. на Казанском медико-инструментальном заводе было освоено производство внутриматочных противозачаточных средств типа “петля Липса”. Это создало предпосылки для развития в республике службы контрацепции под руководством заведующей кафедрой акушерства и гинекологии Казанского государственного медицинского института проф. З.Н. Якубовой. В 1968 г. на базе родильного дома № 6 (главврач — Р.Х. Амиров) впервые в стране был организован

кабинет контрацепции, которым заведовала врач Ф.А. Сираева. Этот кабинет стал организационно-методическим, учебным и научным центром по внедрению нового метода контрацепции. Здесь проходили обучение врачи республики, курсанты из различных регионов страны, студенты медицинского института.

Опыт работы кабинета контрацепции довольно быстро нашел распространение, и уже в 1972 г. были организованы 10 филиалов при акушерско-гинекологических объединениях и медикосанитарных частях в г. Казани, а также 35 филиалов в различных районах республики. Все они функционировали под единым руководством центра контрацепции. В том же 1978 г. опыт работы республики по внедрению внутриматочной контрацепции был высоко оценен на заседании коллегии Министерства здравоохранения РСФСР. Кроме того, врачи центра контрацепции совместно с сотрудниками кафедры выполняли и большую научную работу. Результатом ее стали три кандидатские диссертации, посвященные вопросам организации массового внедрения внутриматочной контрацепции, клиническим аспектам применения ВМС: Р.Х. Амирова “Внутриматочная контрацепция, ее эффективность и влияние на организм женщины”, Р.С. Барышкиной “Влияние внутриматочной контрацепции на неспецифическую реактивность организма женщины” и Б.М. Кошкина “Течение и исход климакса у женщин, длительно применявших внутриматочную контрацепцию”. В 1980 г. в г. Казани

была проведена I Республиканская научно-практическая конференция, на которой было представлено более 20 докладов об опыте и перспективах развития внутриматочной контрацепции. В ее работе приняли участие видные ученые Москвы и Ленинграда.

В 1985 г. на базе кабинета контрацепции при поддержке заместителя министра здравоохранения Г.А. Бардиной была организована консультация "Брак и семья". Перед ней стояли задачи уже более широкие, чем просто внедрение внутриматочной контрацепции. Необходимо было решать вопросы, связанные с репродуктивной функцией семьи, сексологические и андрологические проблемы.

За годы работы консультации "Брак и семья" врачами был накоплен немалый опыт диагностики и лечения различных форм бесплодного брака, нарушений репродуктивной функции, освоен метод прерывания беременности в ранние сроки путем использования вакуум-аспирации. Однако переход к новым экономическим отношениям в системе здравоохранения, возросшие потребности населения в оказании гинекологической помощи, социальная значимость проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин в республике потребовали реорганизации консультации "Брак и семья", на базе которой в 1991 г. был создан центр планирования семьи и репродукции.

В течение последних лет в республике ведется планомерная работа по созданию структурных подразделений службы планирования семьи. Организовываются кабинеты планирования семьи в женских консультациях, детских поликлиниках, консультативные кабинеты на фельдшерско-акушерских пунктах. Ведется активная работа по подготовке соответствующих кадров. Специалисты, работающие в этой области, должны быть не просто врачами, владеющими знаниями в области подбора средств и методов контрацепции. Им необходимо иметь навыки консультирования по проблемам планирования семьи, репродуктивного здоровья, нару-

шений репродуктивной функции, обладать знаниями в области психологии, сексологии. В конечном итоге успех работы в службе планирования семьи определяется людьми, принимающими участие в ее осуществлении.

Важнейшим критерием деятельности службы планирования семьи служит распространенность абортот. В нашей республике за последние годы наметилась устойчивая тенденция к снижению их частоты. С 1992 по 1996 г. их распространенность снизилась на 25%, причем более 31% составили миниабортот, которые являются наиболее безопасной технологией прерывания беременности в ранние сроки. Данный метод получил широкое распространение в нашей республике благодаря центру контрацепции при роддоме № 6, где он был впервые освоен.

Основной принцип работы по планированию семьи — предупреждение нежелательной беременности, а не ее прерывание. Усилия специалистов службы по внедрению рациональной контрацепции привели к стабилизации цифр использования внутриматочных средств, а в последние годы прослеживается устойчивая тенденция к увеличению числа пользователей гормональной контрацепции. Помимо оральных контрацептивов, врачи используют в своей практике инъекционные препараты, подкожные имплантаты. Благодаря широкому внедрению лапароскопической операционной техники женщины получили возможность предупреждать нежелательные беременности путем хирургической стерилизации.

Долгое время проблемы планирования семьи рассматривались только с медицинских позиций, и их решение было возложено на медицинских работников. Однако для достижения реальных результатов необходимо рассматривать планирование семьи как межведомственную проблему, в решении которой должны принимать участие специалисты различных профилей, в том числе органов народного образования, социальной защиты, средств массовой информации, негосударственных структур.

Поступила 19.09.97.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Е.В. Карпухин

*Кафедра детей и подростков (зав. — проф. А.Х. Яруллин) Казанского государственного
медицинского университета, Детский медицинский центр (главврач — Е.В. Карпухин)*

Основной особенностью созданной в нашей стране системы медицинской помощи сельскому населению является ее этапность начиная от фельдшерско-акушерских пунктов до областных, краевых и республиканских учреждений [1]. В силу особенностей расселения сельского населения, больших расстояний до лечебных учреждений, плохих дорог, отсутствия регулярного транспортного сообщения, низкой технической обеспеченности средствами связи, а также наличия ряда социальных, экономических и географических факторов возникают проблемы в организации медицинской помощи данному контингенту. Положение усугубляется и в связи с произошедшим за последние годы сокращением сети сельских медицинских учреждений из-за экономических наурядиц. В частности, затрудняется оказание медицинской помощи сельскому населению на первых двух этапах: на сельском врачебном участке, в районных и зональных районных больницах. Больше других страдает детское население, особенно младшего возраста.

Нами проведена экспертиза медицинской документации, заведенной на детей младшего возраста, поступивших в Детский медицинский центр Республики Татарстан. Был выявлен ряд недостатков в организации медицинской помощи и сделана попытка экспертной оценки качества работы учреждений охраны материнства и детства на первых двух этапах.

Экспертная оценка оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе (до поступления в ДМЦ) детям, проживающим в сельской местности (631 чел.), позволила обнаружить конкретные нарушения (см. табл.). Каждому из них по мере значимости для жиз-

ни ребенка присвоены штрафные баллы [2].

Как видно из таблицы, наиболее частыми нарушениями при оказании медицинской помощи детскому населению сельской местности являются недостаточный ее объем, неправильное оформление сопроводительных документов (соответственно $27,7 \pm 1,8$ и $25,5 \pm 1,7$ на 100 детей, госпитализированных в ДМЦ).

**Частота нарушений, допущенных при оказании
медицинской помощи детскому населению сельской
местности на догоспитальном этапе за 1996 г.**

Нарушения	Частота на 100 госпитализированных в ДМЦ	Штрафные баллы
Поступили в ДМЦ без направления	$8,0 \pm 1,7$	0,03
Доставлены в ДМЦ с нарушением правил транспортировки	$12,8 \pm 1,3$	0,07
Доставлены в нетранспортном состоянии	$17,0 \pm 1,5$	0,10
Сопроводительные документы оформлены неправильно и нечетко	$25,5 \pm 1,7$	0,05
Медицинская помощь оказана в недостаточном объеме	$27,7 \pm 1,8$	0,10
Чрезмерный объем медицинской помощи	$4,2 \pm 0,8$	0,09
Отсутствие или некачественное медицинское наблюдение по месту жительства	$17,0 \pm 1,5$	0,08
Лечение не проведено	$14,9 \pm 1,4$	0,16
Возникли осложнения в ходе лечения (операции)	$2,2 \pm 0,5$	0,12
Отсутствие консультации специалистов ДМЦ (при ее необходимости)	$14,2 \pm 1,4$	0,07
Отказ в госпитализации (до ДМЦ)	$1,5 \pm 0,4$	0,09
Направлены без диагноза	$5,2 \pm 0,8$	0,03
Несовпадение направительного и клинического диагнозов	$7,4 \pm 1,0$	0,05
И т о г о	$152,4 \pm 0,05$	1,0

Если первое нарушение можно частично оправдать недостатком медикаментов и отсутствием условий для применения сложных, недоступных в условиях сельских больниц методов лечения, то второе в полном объеме зависит от добросовестности и дисциплины медицинских работников.

Для оценки качества оказания медицинской помощи детскому населению сельской местности на первых двух этапах мы использовали следующую формулу [2]:

$$\text{КДГЭ} = \frac{N - (\Sigma nd)}{N},$$

где КДГЭ — коэффициент, характеризующий качество оказания медицинской помощи детскому населению на догоспитальном этапе, N — число больных, прошедших экспертизу, n — число больных, у которых выявлены дефекты в оказании медицинской помощи, d — числовое значение штрафного балла соответствующего дефекта. По нашим данным, этот коэффициент за 1996 г. составил 0,87.

Согласно "Методическим рекомендациям по клинико-экспертной оценке качества лечебно-диагностического процесса в детских отделениях медицинских учреждений" (1996), если значения коэффициентов колеблются в пределах от 0,499 до 0,749, то это означает низкое качество, от 0,750 до 0,899 — удовлетворительное, от 0,900 до 1,000 — хорошее или высокое качество. Полученное нами значение, равное 0,87, соответствует удовлетворительному качеству. Ана-

логичный ретроспективный анализ за 1995 г. дал значение коэффициента, равное 0,626, соответствующее низкому уровню. Повышение коэффициента за 1996 г. до 0,87 произошло за счет проведенных нами мероприятий в 1996 г.: повышения квалификации врачей и среднего персонала сельских медицинских учреждений, усиления консультативной работы специалистов ДМЦ, требовательности к медицинским работникам села и т. д.

ВЫВОДЫ

1. Качество оказания медицинской помощи детскому населению сельской местности Республики Татарстан за 1997 г. можно считать удовлетворительным, но имеются возможности для дальнейшего его повышения.

2. Предлагаемый нами подход к оценке качества медицинской помощи детскому населению сельской местности является эффективным, способствует улучшению деятельности медицинских работников села и повышению уровня организации, диагностики и лечения больных детей на первых двух этапах медицинского обслуживания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Методические рекомендации по клинико-экспертной оценке качества лечебно-диагностического процесса в детских отделениях медицинских учреждений. — Казань, 1996.
2. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под ред. Ю.П. Лисицына. — М., 1984.

Поступила 24.05.97.

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

Х ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС РАДИОЛОГОВ

(2 — 7 марта 1997 г., г. Вена, Австрия)

Настоящий конгресс был посвящен проблемам клинической радиологической диагностики, современной компьютерно-томографической и ультразвуковой диагностики, радионуклидных исследований, интервенционной радиологии с распознаванием заболеваний спинного и головного мозга, сердечно-сосудистой системы, органов грудной клетки, брюшной полости, почек и скелетной мускулатуры. Затрагивались также вопросы физического аспекта медицинского (электронного, протонного) изображения.

На пленарном заседании доклады американских, французских и прибалтийских нейрорадиологов были посвящены опухолям головного мозга, сосудистым его поражениям и демиелинизирующим заболеваниям. Все исследования были выполнены в основном с использованием рентгеновской компьютерной томографии (РКТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и ангиографии. По их данным, сравнительная характеристика МРТ средней энергетической мощности и РКТ с использованием контрастного вещества представляются аналогичными. МРТ высоких полей позволяет оценивать состояние сосудов без введения контраста, диагностировать наследственные заболевания, заболевания головного мозга, сопровождающиеся эпилепсией, и демиелинизирующие его заболевания на молекулярном уровне. В последнее время патологические изменения в головном мозге довольно успешно диагностируются с помощью УЗИ.

Была представлена современная аппаратура для лучевых методов диагностики, в частности многофункциональный, многоплоскостной универсальный рентгеновский аппарат японской фирмы "Тошиба", дающий возможность рассматривать исследуемый орган со всех сторон. На выставке также были современные ультразвуковые аппараты с вращающейся установкой, позволяющие получать трехмерное изображение, аппараты для исследования полых органов с использованием внутриспиральных датчиков. Финские фирмы, специализирующиеся на выпуске малогабаритных рентгеновских аппаратов, выставили цифровой рентгеновский аппарат.

На секционном заседании по кардиоваскулярной и интервенционной радиологии выделялись несколько докладов, отражавших интересы практического здравоохранения. Доклад F. Kimura (Япония) был посвящен новому методу РКТ с использованием спирального скана и послойного реконструированного изображения. Он дает возможность получить многоплоскостное (объемное) изображение любого органа и патологического очага в нем, вплоть до проведения неинвазивного исследования трахеобронхиального дерева.

Кардиоваскулярной ядерно-магнитно-резонансной томографии был посвящен доклад

S. Underwood (Англия). Техника быстрого получения МРТ-изображения за счет ускоренного градиентного эха, эхо-планарного изображения благоприятно повлияет на развитие неинвазивной коронарной ангиографии. Первые его результаты выглядят обещающими. Дальнейшее усовершенствование метода позволит оценивать заболевания коронарных сосудов с точки зрения анатомических и функциональных их изменений.

Dr. R. Riemüller et al. (Австрия) рекомендуют проводить оценку тяжести заболеваний коронарных сосудов по связанным с ними морфологическим и функциональным изменениям левого желудочка с помощью современных КТ-исследований и на основе этого по показаниям предлагают интервенционную ангиографию.

На секционном заседании заболеваний органов грудной клетки выделялись шесть докладов. Первый доклад был посвящен проблеме выявления назофарингеальной карциномы, которая хорошо дифференцируется при МРТ. На фоне основной пазухи в аксиальной проекции определяется дополнительная тень, отчетливо контурирующая на МРТ во фронтальной и сагиттальной плоскостях. Опухоль прорастает через основную пазуху и турецкое седло интракраниально.

Интерес представило сообщение о врожденных эзофаготрахеальных и эзофагобронхиальных свищах и атрезиях трахеобронхиального дерева. Прижизненная их диагностика проводилась до и после оперативного вмешательства. Третий доклад был посвящен всем видам легочной патологии, диагностируемым с использованием обзорной рентгенографии, КТ, бронхопульмонографии и ангиопульмографии с раскрытием диагностических их возможностей.

H. Kauczog (Германия) доложил о получении изображения легких путем МРТ с применением ^3He для выявления аномалий у пациентов с легочной патологией и оценки вентиляции легких в норме. В начале исследования газ ингалировали.

По мнению P. Genet (Франция), спиральная КТ с высоким разрешением должна использоваться для оценки заболеваний дыхательных путей: бронхоэктазов, врожденных аномалий дыхательных путей, перибронхиальных, потенциально обратимых изменений лобитов (центрально-лобулярное затемнение).

J. Reny (Франция) остановился на вопросах спиральной КТ органов грудной клетки и ее клинического применения. Он провел дифференциальную диагностику легочной эмболии и бронхиальной карциномы и развернул стратегию диагностических приемов при исследовании легочной патологии. Им же разработана комбинация неинвазивных и неспецифических тестов (сканирование) с переходом по показаниям к инвазивному специфическому тесту (пневмоангиография).

Для больных скорой медицинской помощи он рекомендует чувствительный метод исследования состояния малого круга кровообращения.

На заседании, посвященном заболеваниям органов брюшной полости, был представлен интересный доклад о прижизненной диагностике аномалий пищеварительного тракта — атрезий пищевода, двенадцатиперстной кишки, тонкого и толстого кишечника на разных их уровнях, аномальных соотношениях желудка и двенадцатиперстной кишки, частичного или полного отсутствия тонкой кишки и частичного отсутствия толстой кишки.

В других сообщениях были описаны ангиографические изменения при заболеваниях почек, особенно при ее опухолях, проведена сравнительная характеристика ангиограмм, КТ, сцинтиграмм при поражениях сосудов брюшной полости. Спиральная КТ, высокопольная МРТ и реоэнцефалография способствовали выявлению сосудистых заболеваний органов брюшной полости с определением места их сужения и наличия тромбов.

Особое внимание было обращено на заболевания почек и их сосудов. S. Schoenberg и et. al. (Дания) раскрыли стенозирование стенозов почечной артерии с помощью измерения магнитного потока при МРТ в сочетании с контрастным усилением.

D. Miletic et. al. (Венгрия) в докладе о пульсовом индексе и индексе сопротивления при острой почечной обструкции показали надежность и достоверность изменений по данным волновых форм двойной доплеровской сонографии при острой односторонней почечной обструкции по отношению к доплеровскому индексу нормальной почки. С помощью доплеровских сигналов были получены индексы междолевых и клубочковых артерий на уровне кортикомедуллярных соединений.

M. Farges et. al. (Франция) доложили о применении трехплоскостной спиральной рентгеновской компьютерной томографии в распознавании опухолей почек и полезности метода в планировании частичной нефрэктомии.

G. Reuther et. al. (Австрия, Дания) выступили с докладом о дилатации мочевыводящих путей с использованием МР-урографии для ви-

зуализации уровня обструкции мочевыводящего тракта с чувствительностью, присущей внутривенной урографии. МР-урография позволяет заменить экскреторную урографию при выявлении почечной дисфункции, но менее эффективна при дилатации мочевыводящей системы.

И.И. Камаловым, С.Р. Румянцевым, Е.В. Туишевой (Казань) был представлен доклад об оценке сцинтирографии с использованием функциональных (параметрических) изображений. Этот метод позволяет получить изображение почек с лучшим пространственным разрешением паренхимы от чашечно-лоханочной системы по сравнению со стандартными изображениями.

На конгрессе были определены современные тенденции развития медицинской радиологии: необходимость проведения диагностических исследований с использованием спиральной РКТ и МРТ с высокой разрешающей способностью на молекулярном уровне. Сосудистые заболевания надо диагностировать с применением современных КТ и только потом переходить на ангиографическое исследование. Эхографию следует проводить по двум программам: bolus chase для определения состояния сосудов на всем протяжении и путем ротационной ангиографии с исследованием всех стенок сосуда. Использование совершенной технологии современных ультразвуковых аппаратов с повышенной диагностической возможностью позволит изучать головной мозг и дифференцировать морфологическую структуру паренхиматозных органов. Больше внимания надо уделять цифровой обработке полученных изображений. Наступила пора перехода от качественной оценки электронного и протонного изображения к количественной. Была рекомендована цифровая обработка изображения от неинвазивных и инвазивных методов лучевой диагностики. Для получения предклинического диагноза с определением сегментарного нарушения функции органа следует шире использовать однофотонную и двухфотонную (позитронную) эмиссионную радионуклидную томографию.

Проф. И.И. Камалов (Казань)

А.А. Визель. Лечение больных туберкулезом. — Казань, КГМУ — ГП ВЭО "Саламат", 1997

В течение последних 5—7 лет эпидемиологическая ситуация в отношении туберкулеза в России и в ряде других стран мира ухудшается. Для профилактики и лечения туберкулеза создаются национальные и региональные программы. Важным компонентом таких программ является совершенствование образования, и в частности знаний врачей в области фтизиатрии. Созданное А.А. Визелем руководство прямо соответствует этой цели.

Руководство основано на концепциях ведущих российских фтизиатрических школ и достаточно полно отражает состояние и текущие разработки проблем фтизиатрии в Татарстане. Так, при изложении этиотропной терапии автор неоднократно ссылается на работы ученых Казанской медицинской академии и медицинского университета, полученные в результате содружества кафедр различного профиля. Полезно описание особенностей лекарственных форм противотуберкулезных препаратов, выпускаемых разными фармацевтическими компаниями. Приведены подробные данные о фторхинолонах, которых пока почти нет в руководстве по туберкулезу.

В разделе о патогенетических методах воздействия на течение туберкулеза есть оригинальные сведения о комплексных разработках казанских научных школ химиков, фармакологов и фтизиатров по созданию препаратов димефосфона, диуцифона и ксимедона. Однако имеют место способы, про-

воцирующие воспалительный процесс при туберкулезе. В большинстве стран к ним относятся с большими опасениями.

Хирургические методы даны схематично, так как автор не является хирургом, однако его активная позиция по некоторым вопросам (туберкулемы легких, санированные каверны) является прогрессивной.

В разделе о диетологии также имеются материалы казанских разработок; обращено внимание на оригинальную пищевую добавку из продуктов пчеловодства, разработанную и производимую в Казани.

При изложении лечения осложнений туберкулеза автор уделил много внимания лечению дыхательной недостаточности — проблеме, которой посвящены десятки публикаций кафедры фтизиопульмонологии Казанского медицинского университета. Интересны сведения о применении различных трав на этапах лечения туберкулеза легких.

Справедливо отмечено, что фтизиатр лечит не только туберкулез, но и сопутствующие заболевания. Существенная информация о взаимодействии противотуберкулезных и разных других лекарств представлена в компактной, удобной для практического использования форме. Обращено внимание на особенности применения антимикробных средств широкого спектра действия, особенно аминогликозидов, при туберкулезе.

В целом А.А. Визель представляет руководство, которое, несомненно, будет полезно для врачей, фармацевтов и студентов-медиков.

Акад. РАМН, проф. **М.И. Перельман**
(Москва)

125 ЛЕТ КАФЕДРЕ КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Р.З. Закиев, В.В. Гурьянов

*Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — доц. Р.З. Закиев)
Казанского государственного медицинского университета*

Кафедра кожных и венерических болезней была организована в 1872 г. Ее первым заведующим был проф. А.Г. Ге, который в 1865 г. окончил медицинский факультет Казанского университета, а уже в 1868 г. защитил диссертацию на степень доктора медицины. С 1870 по 1872 г. А.Г. Ге изучал кожные и венерические болезни за границей, в клиниках крупнейших дерматологов Гебры, Цейсля, Зигмунда и Брюкке (в Вене и Вюрцбурге). Благодаря его настойчивости и стараниям 1 марта 1900 г. была открыта новая клиника, построенная на пожертвования статского советника И.И. Алафузова — хозяина нескольких фабрик Казани. Перу А.Г. Ге принадлежит 20 работ. Итогом его многолетнего клинического преподавания, личных наблюдений и исследований явился учебник “Курс венерических болезней”, который был переиздан 8 раз еще при жизни автора. Значительная часть работ посвящена вопросам организации борьбы с сифилисом и проституцией. Проф. А.Г. Ге заведовал кафедрой в течение 35 лет.

После его смерти в течение 20 лет кафедрой руководил его ученик проф. В.Ф. Бургсдорф. Им был организован специальный музей, весьма ценный по количеству экспонатов, в создании которых ему помогал известный художник-муляжист Э.Э. Спориус. В первые годы заведования кафедрой проф. В.Ф. Бургсдорф открыл клиническую лабораторию с проведением бактериологических и гистологических исследований. Кроме того, он являлся автором фотографического атласа, который содержал 1500 снимков больных — ценного учебного пособия, применявшегося в педагогической и клинической работе в течение многих лет. Из научных трудов проф. В.Ф. Бургсдорфа следует отметить докторскую диссертацию “Основы учения о красном отрубевидном лишае и опыт исследования при нем обмена азотосодержащих веществ”, которая до настоящего времени считается одним из капитальных исследований.

1927—1930 гг. — время заведования кафедрой проф. М.С. Пильнова. По его инициативе в клинике были созданы гистологическая лаборатория и анатомо-патологический музей кожных заболеваний. Он организовал секцию врачей-дерматовенерологов при обществе врачей Казанского университета, был инициатором проведения в Казани I Поволжского съезда врачей-венерологов по борьбе с венерическими болезнями. Часть работ М.С. Пильнова посвящена лечению вульгарной волчанки способом Финзена. Им также описан характерный для прогрессирующей стадии псориаза симптом: розовый цвет папул, названный затем симптомом Пильнова.

Его преемником временно стал асс. М.П. Батунин, затем избранный по конкурсу заведующим кафедрой дерматовенерологии Нижегородского медицинского института, а после него — асс. Б.С. Биккенин.

В последующие 9 лет во главе кафедры был проф. И.Н. Олесов. Именно он впервые применил для лечения больных туберкулезом кожи, красной волчанкой, саркоидом Бека и проказой препарат “синих” туберкулезных палочек по Мазуру. И.Н. Олесовым был написан учебник по кожным и венерическим болезням для медицинских училищ, а также опубликована брошюра “Сифилис и борьба с ним”. За заслуги в области науки и здравоохранения ему было присвоено почетное звание заслуженного деятеля науки Татарской АССР. После его отъезда из Казани с 1941 по 1943 г. кафедрой заведовали профессор А.Я. Прокопчук, затем О.Н. Подвысоцкая, находившиеся в эвакуации в Казани.

В течение длительного времени (с 1944 по 1959 г.) кафедру возглавлял ученик проф. В.Ф. Бургсдорфа — проф. Н.Н. Яснитский. В своих научных исследованиях он уделял особое внимание изучению роли нервной системы и реактивности организма в патогенезе кожных заболеваний. Значительная часть исследований проф. Н.Н. Яснитского и его сотрудников была посвящена пробле-

мам экземы и пиодермии, которые получили свое отражение в сборнике трудов, опубликованном в 1948 г.

В 1953 г. в связи с организацией Республиканской клинической больницы клинику кожных болезней передали ей в качестве отделения кожных и венерических болезней, однако уже в 1957 г. оно было выведено из ее состава и объединено с Республиканским кожно-венерологическим диспансером в качестве его стационара. С этого момента в здании бывшей клиники кожных и венерических болезней Казанского медицинского университета находятся два учреждения: кафедра дерматовенерологии КГМУ и Республиканский кожно-венерологический диспансер.

С 1960 по 1974 г. кафедрой руководил проф. Г.Г. Кондратьев — ученик профессоров М.С. Пильнова и И.Н. Олесева. Основным направлением его научной деятельности явилось изучение реактивности организма и ее роли в патогенезе кожных и венерических болезней. Часть работ была посвящена исследованию аутоаллергического процесса у животных. Проводились исследования гипосенсибилизирующего действия ряда лекарственных препаратов, применяемых в дерматологии.

Последующий заведующий кафедрой (1971 — 1989 гг.) проф. Г.Г. Нуреев впервые экспериментально показал в своей докторской диссертации стимулирующее влияние сенсибилизации пиококков на процесс ауто-

сенсибилизации к компонентам кожи. Также впервые им разработан метод специфической гипосенсибилизирующей терапии аллергенами стрептококка, стафилококка и хронических рецидивирующих дерматозов.

С 1989 г. по настоящее время кафедру возглавляет кандидат медицинских наук, доц. Р.З. Закиев, который совместно с кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения ведет научные разработки по медико-социальной профилактике распространенных кожных заболеваний среди детей. По этой проблеме завершена докторская диссертация, защищены одна кандидатская диссертация и одна диссертация готовится к защите.

Наряду с основными теоретическими исследованиями сотрудники кафедры развивают прикладные научные направления, оказывая организационно-методическую, лечебно-консультативную помощь дерматовенерологической службе Республики Татарстан. Они принимают участие не только в таких значительных мероприятиях, как VII Всероссийский съезд дерматовенерологов (июль 1996 г.), но и в повседневной практической работе, в частности в семинарах для дерматологов, акушеров-гинекологов, невропатологов, урологов и врачей других специальностей по профилактике венерических болезней.

Все это, бесспорно, положительно способствует на дальнейшем развитии научных традиций и направлений кафедры кожных и венерических заболеваний КГМУ.

Поступила 10.10.97.

Социальная гигиена и организация здравоохранения

Амиров Н.Х., Вахитов Ш.М. (Казань). Концепция развития системы подготовки кадров для управления здравоохранением. 2,134.

Амиров Р.Х., Барышкина Р.С., Сабирова Ф.М. (Казань). Организация службы планирования семьи в РТ. 6, 462.

Богус К.М. (Тбилиси). Организация лечебной помощи, реабилитация и диспансеризация больных с гнойно-септическими заболеваниями. 4,307.

Зиятдинов В.Б. (Казань). Особенности специализированной санаторной помощи детям с заболеваниями опорно-двигательной системы в Республике Татарстан и пути ее улучшения. 3,224.

Карпухин Е.В. (Казань). Оценка качества оказания медицинской помощи детскому населению сельской местности. 6, 464.

Корчагина А.В. (Казань). Клинико-социальные аспекты смертности детей в возрасте от одного года до 4 лет. 4,305.

Мальцев С.В., Волгина С.Я., Галиева С.Х. (Казань). Здоровье детей, родившихся недоношенными. 1,19.

Никольская Л.А., Абросимова М.Ю. (Казань). Тенденции и пути снижения фето-инфантильных потерь в Республике Татарстан. 3,161.

Нуштаев И.А. (Саратов). Психосоциологическая характеристика пострадавших от несчастных случаев в сельском хозяйстве. 2,139.

Сафин Т.Ф., Самигуллина Ф.Н., Хисамутдинов И.Ф., Ким Б.Х., Кадыров Г.Р., Зайнуллин Р.В., Солодкова А.В., Дворянкина Т.В., Фаткуллина Р.Ш., Мальшева И.Ю., Косульников Н.Н., Сабитов И.Р., Гимадеев Р.З. (Казань). Медицинская карта — гарант социально-правовой защиты медицинского работника и показатель качества оказания медицинской помощи. 4,304.

Терапия

Абрамова Л.А., Ситнов А.А. (Йошкар-Ола). Эффективность применения квамателы для лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. 5,341.

Альтшулер М.Ю. (Саратов). Эффективность тиклида при лечении больных сахарным диабетом II типа. 3,194.

Андреев В.М., Фазулзянов А.А. (Казань). Внешнее дыхание при лечении больных с сердечной недостаточностью периферичес-

кими вазодилататорами и строфантин-ом. 1,29.

Богоявленский В.Ф., Газизов Р.М. (Казань). О целесообразности включения фитотерапии в регламент лечебной деятельности врача общей практики. 2,145.

Визель А.А. (Казань). Клинико-фармакологический подход к этиотропной терапии острых пневмоний. 1,65.

Галявич А.С. (Казань). Органы-мишени при артериальной гипертонии. 5,378.

Ганцева Х.Х., Хайруллина Р.М. (Уфа). Особенности иммунологической реактивности у больных поллинозом. 3,192.

Зиганшина Л.Е., Зиганшин А.У. (Казань). Побочные эффекты нестероидных противовоспалительных средств: механизмы возникновения и возможности лекарственной коррекции. 3,213.

Зубаиров Д.М., Микусев Ю.Е., Миннебаев М.М. (Казань). Энзимодиагностическое значение лимфатического транспорта лактатдегидрогеназы, глутамат-трансаминазы и аланин-трансаминазы. 1,22.

Козлов В.П., Милославская Т.Я. (Казань). Дифференциальная диагностика хронической сердечной и хронической легочной недостаточности с помощью эхокардиографического исследования. 4,255.

Латфуллин И.А. (Казань). Инфаркт миокарда (клиника, особенности диагностики, осложнения, лечение). 2,120.

Латфуллин И.А. (Казань). Трудности в современной диагностике и лечении внутренних болезней. 2,152.

Нефедов В.П., Петровская Е.О., Цибульский Н.А. (Казань). Первичный генерализованный амилоидоз с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы и легких. 5,353.

Салихов И.Г. (Казань). Единство врачевания и науки. 4,241.

Сведенцов Е.П., Черепанова В.В., Костяев А.А., Федоровская Н.А., Журавлев В.В., Косков А.С., Рябов Н.В., Докшина И.А., Югов Ю.И. (Киров). Непосредственные и ближайшие результаты аутологичной трансплантации костного мозга. 1,9.

Сейфулла Р.Д., Азизов А.П., Анкундинова И.А., Кондратьева И.И. (Москва). Взаимосвязь антиоксидантной активности и физической работоспособности спортсменов под влиянием комплексных адаптогенов растительного происхождения. 3,185.

Федянин Ю.П., Чернявская Л.В., Гаврилова И.Б., Мажуга Ю.А., Сретенская Д.А. (Саратов). Микрофлора кишечника при неспецифическом язвенном колите. 3,202.

Хамидова Т.В., Кожевникова Е.В., Кирюхин В.Г., Филатов Б.Н. (Волгоград). К вопросу о вторичной профилактике гепатотропных проявлений диоксиновой интоксикации. 1,55.

Царапкин И.М., Бессмельцев С.С. (Санкт-Петербург). Изменения реологических свойств крови при патологии желудочно-кишечного тракта и органов гепатодуоденальной зоны на фоне эндогенной интоксикации. 2,81.

Цыбулина Е.В., Жаркин А.Ф., Емельянова Л.А. (Волгоград). Формирование групп риска для профилактики ишемической болезни сердца среди женщин фертильного возраста. 4,252.

Туберкулез

Красильников Д.М., Маврин М.И., Зиятдинов К.М. (Казань). Кавернозный туберкулез печени. 3,221.

Лавров В.Н., Щапов А.Ю. (Москва). Эндопротезирование при последствиях туберкулезного коксита. 3,189.

Инфекционные болезни

Анохин В.А., Баширова Д.К., Исламов К.И., Сабирова Р.А. Ахметшина Г.З., Макарова М.В. (Казань). ВИЧ-инфекция у ребенка. 1,1.

Баширова Д.К., Хаертынова И.М., Галеева Р.К., Гатауллин В.В. (Казань). Злокачественное течение тропической малярии. 1,6.

Рахманова А.Г., Неверов В.А., Цинзеоллинг В.Ф., Романенкова Н.И., Куликов В.П., Васин Ю.В., Гольцова Е.Ю., Фазылов В.Х. (Санкт-Петербург — Казань). О лечении среднетяжелых форм дизентерии Флекснера 2а. 4,282.

Суворов А.П., Рубин В.И., Бакулев А.Л. (Саратов). К вопросу об активности протеаз крови и эндогенной интоксикации при болезни Рейтера. 3,196.

Хаертынов Х.С. (Казань). Редкий случай заболевания эпидемическим паротитом. 2,133.

Хирургия

Богус К.М. (Тбилиси). Антибактериальная терапия у больных хирургическим сепсисом и легочно-бронхо-плевральными осложнениями. 4,298.

Богус К.М. (Тбилиси). Антикоагулянтная и антипротезная терапия больных с легочно-бронхо-плевральными осложнениями хирургического сепсиса. 5,356.

Галимов О.В., Праздников Э.Н. (Уфа). Способ хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы. 2,129.

Галькович К.Р., Соснин Д.Ю. Диагностика поражения тестикулярной ткани по концентрации специфического термостабильного альфа-гликопротеина в эякуляте больных хроническим простатитом. 4,285.

Гребнев П.Н., Мустафин Я.М., Осипов Д.В. (Казань). Гемангиома тонкой кишки у ребенка. 2,130.

Гребнев П.Н., Мустафин Я.М., Осипов Д.В. (Казань). Непаразитарные кисты селезенки у детей. 3,198.

Давлетшин А.Х., Измайлов С.Г., Шаймарданов Р.Ш., Измайлов Г.А., Ким И.А., Доброквашин С.В., Кедрин М.Ю., Бойцов В.В. (Казань). Хирургия повреждений двенадцатиперстной кишки. 4,290.

Доброквашин С.В., Бондарев Ю.В., Давлетшин А.Х. (Казань). Редкая форма странгуляционной кишечной непроходимости. 2,129.

Зубков А.Ю. (Казань). Инвазивные ультразвуковые вмешательства при новообразованиях мочевого пузыря и предстательной железы. 3,204.

Игнатъев И.М., Жаров В.К. (Казань). Оптимизация способа экстравазальной коррекции несостоятельности клапанов магистральных вен нижних конечностей при варикозной болезни. 4,303.

Измайлов С.Г., Гараев В.Н. (Нижний Новгород). Аппаратный способ лечения эвентрации в гнойную рану. 5,344.

Измайлов Г.А., Измайлов С.Г. (Казань). Клиническое использование утильных подкожных вен. 2,99.

Красин В.В., Хасанов Р.Ш., Гарифуллин Р.И., Максимов П.А., Киясов А.П. (Казань). Сравнительная характеристика двух методов выявления *Helicobacter pylori* (де-нол тест и иммуноцитохимия). 5,339.

Красильников Д.М., Маврин М.И., Ким Б.Х. (Казань). Инородные тела общего желчного протока. 4,299.

Луцевич Э.В., Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В. (Москва—Уфа). Диагностика и хирургическое лечение гастродуоденальных язв, сочетанных с другими заболеваниями органов брюшной полости. 3,222.

Мустафин Д.Г., Злыгостев П.Н., Малиновский Е.Г., Мустафин Р.Д. (Астрахань). Сравнительная оценка вариантов эзофагопластики при раке пищевода. 4,259.

Низамов Ф.Х. (Тюмень). К лечению лигатурных свищей. 4,301.

Попов А.Н. (Казань). Инвагинационно-клапанный холедохоэнтероанастомоз. 4,265.

Попов А.Н. (Казань). Новый метод наложения холедохоанастомоза с укрытием. 5,350.

Соколова Е.М., Чикаев В.Ф., Гиниятуллин Р.А., Агаджанян С.И. (Казань). Влияние антисептиков ЭХАРа и хлоргексидина на функциональное состояние периферического нервно-мышечного аппарата. 2,107.

Федоров Ю.Ю., Костик Л.А. (Екатеринбург). Субтотальная депигментация ореол после эндопротезирования молочных желез. 2,132.

Фоминых В.А., Алханов В.Х. (Казань). Потенцированная анестезия при ангиографических исследованиях. 1,53.

Хасанов Р.М., Бондарев А.В., Бариев Э.Р., Литвинов Т.Р., Новоселов А.Н. (Казань). Опыт применения временной обтурации бронхов при лечении эмпием плевры, осложненных бронхо-плевральными свищами. 6, 451.

Хидиятов И.И., Куляпин А.В., Нигматуллин Р.А. (Уфа). Инородные тела как причина острого парапроктита. 2,131.

Чугунов А.Н., Белопухов В.М., Федоров И.В., Зазвонов С.Л., Борисов А.П., Новоселов Е.А., Баишева Н.А., Мухин Г.Б. (Казань). Изменения вязкости крови после лапаротомных и лапароскопических холецистэктомий. 2,87.

Юдин Я.Б., Ковальчук Е.С. (Новокузнецк). Хирургическое лечение колоноптоза у детей. 5,336.

Ортопедия и травматология

Аюпов Ж.В., Микусев И.И., Хисматов Х.Х., Файзиев А.Ш., Горшков А.В. (Казань). Диагностика травматических повреждений пальцев кисти в амбулаторной практике. 2,101.

Богов А.А., Плещинский И.Н., Тихвинская Т.И., Латыпова Н.А., Кузнецова Р.Г., Кубицкий А.А. (Казань). Лечение методом distraction повреждений периферических нервов предплечья. 5,358.

Зулкарнеев Р.А., Зулкарнеев Р.Р. (Казань). О проблеме создания депо лекарственных веществ в патологическом очаге в хирургической практике. 5,382.

Кривошапко С.В. (Елабуга). Остеосинтез длинных трубчатых костей верхних конечностей спицевым аппаратом внешней фиксации облегченной конструкции. 1,68.

Кузьменко В.В., Коршунов В.Ф., Магдиев Д.А. (Москва). Лечение асептического некроза полулунной кости кисти. 4,269.

Данилов В.И., Мартыненко С.Н. (Казань). Система регуляции церебрального кровообращения у больных с опухолями хиазмально-селлярной области. 6, 451.

Кольцова Г.Н., Тухватуллина Л.М., Попов В.Я., Фатыхов К.Х., Черновская Р.У., Боголюбова И.М. (Казань). Оперативная лапароскопия при опухолевидных образованиях и доброкачественных опухолях яичников у подростков. 6, 444.

Тазиев Р.М., Раббаниев И.Ф., Пустильник Л.И., Сигал Е.И., Потанин В.П., Максимов А.П. (Казань). Рак дивертикула пищевода. 5,387.

Филатова Н.С., Винокуров В.Л., Ефимов Д.А. (Волгоград—Санкт-Петербург). Результаты лечения рецидивов рака шейки матки. 3,211.

Шульман Х.М. (Казань). Хирургическое лечение инвазивных аденом гипофиза. 2,95.

Ярисов Ю.Н., Салмин А.Ф., Ярисов А.Ю. (Чебоксары). Резекция единственной почки при асинхронном раке. 2,132.

Педиатрия

Мальцев С.В. (Казань). Физиология и патология минерального обмена у детей. 5,321.

Потемкина А.М., Клыкова Т.В. (Казань). Эффективность сублингвальной специфической иммунотерапии детей, больных бронхиальной астмой и предастмой. 1,14

Акушерство и гинекология

Вахитов Р.А., Галков В.М., Ахтямов Р.М., Галков В.В. (Казань). Эндохирургические подходы в лечении внематочной беременности. 6, 442.

Воронцова Г.М., Иваничев Г.А., Чернышев В.В., Шарапова О.В., Ефимова Н.К. (Чебоксары—Казань). Изменения клеточного состава крови у больных с бесплодием воспалительного генеза после мануальной терапии. 5,375.

Гилязутдинова З.Ш., Иваничев Г.А., Шакуров Р.Ш., Ситнова Л.С., Каюмова Л.Д. (Казань). Акупунктурная и мануальная терапия нейроэндокринных синдромов в гинекологии. 5,369.

Жирнова Р.Ш., Тухватуллина Л.М. (Казань). Синдром "пустого" турецкого седла. 2,111.

Игнатьева Д.П. (Казань). Роды после оперативного лечения дисгерминомы. 6,459.

Каюмова Л.Д., Гилязутдинова З.Ш. (Казань). Состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у больных с недостаточностью лютеиновой фазы и патогенетическая терапия. 4,274.

Козлов Л.А., Еремкина В.И., Нетребко Б.В., Хайрутдинова С.Г., Ковалева Ю.А., Юсупов К.Ф. (Казань). К диагностике беременности в рудиментарном роге матки. 6, 460.

Козлов Л.А., Ключарев И.В. (Казань). Изменения лонного сочленения в акушерской практике: терминология, классификация, диагностика, врачебная тактика. 3,218.

Козлов Л.А., Орлов Ю.В., Анчкаев И.М. (Казань). Ошибки в диагностике беременности. 2,103.

Королева С.Д. (Йошкар-Ола). Первый опыт экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов в Республике Марий Эл. 1,42.

Мазитова М.И., Боголюбова И.М., Мазитов И.М. (Казань). Изучение функционального состояния единственной маточной трубы у женщин, перенесших операцию по поводу трубной беременности. 5,367.

Мазитова М.И., Садыков Б.Г., Губайдуллина С.В., Шайхутдинова Л.Н., Гайнанова Н.Н. (Казань). Внематочная беременность и внутриматочная контрацепция. 4,279.

Мальцева Л.И., Бахтияров И.А., Нефедов В.П. (Казань). Состояние плаценты, плодово-маточно-плацентарного кровотока и исход беременности при микоплазменном и смешанном инфицировании у женщин. 6, 416.

Попов С.П., Горин В.С., Христенко Е.В. (Новокузнецк). Использование геля с простагландином E_2 в рамках программированных родов у первородящих. 5,363.

Садыков Б.Г., Абдрахманова Л.Р. (Казань). Дородовая диагностика АВО-конфликта. 6, 428.

Самойлова И.А., Садыков Б.Г., Фаткуллин И.Ф., Габидуллина Р.И. (Казань). Применение низкочастотного ультразвука для профилактики воспалительных осложнений после кесарева сечения. 6, 447.

Сафина М.Р., Герасимович Г.И. (Минск). Моделирование типовых гинекологических операций в ходе учебного процесса. 2,150.

Серов В.Н., Терешин А.Т. (Москва). Поэтапная рефлексотерапия в гинекологической эндоскопии. 4,277.

Ситарская М.В. (Казань). Состояние вегетативной нервной системы у беременных с поздним гестозом. 6, 405.

Фаткуллин И.Ф. (Казань). Новые возможности применения хирургических лазеров в акушерстве. 6, 434.

Фаттахова Ф.А., Гилязутдинова З.Ш., Михайлов М.К. (Казань). Клиническое значение мелатонина в развитии нарушений центральных механизмов регуляции репродуктивной функции. 6, 430.

Хасанов А.А. (Казань). Еще раз о "родовой травме плода" с акушерских позиций. 6, 457.

Пуркан С.Ф., Линева О.И., Гильмиярова Ф.Н., Засыпкин М.Ю. (Самара). Роль окислительно-восстановительных процессов в формировании синдрома задержки развития плода в зонах экологического неблагополучия. 6, 423.

Неврология и психиатрия

Ибатов А.Н. (Санкт-Петербург). Растительный сбор в комплексном лечении больных алкоголизмом. 2,115.

Иваничев Г.А. (Казань). Акупунктура как составная часть традиционной (народной) медицины. Достижения и проблемы. 3,165.

Исанова В.А. (Казань). Место кинезиотерапии в системе реабилитации при неврологическом двигательном дефиците. 3,173.

Камзеев Д.В., Богоявленский В.Ф., Газизов Р.М., Веселовский В.П. (Казань). Расширение показаний к локальному применению крема "Долгит" при вертеброгенных болевых синдромах. 3,230.

Карпов А.М., Жияев А.Г., Сайфуллин А.К., Макаричиков Н.С., Семенихин Д.Г. (Казань). Психопатологический анализ осложнений "массовой психотерапии" и их неотложная коррекция. 5,329.

Макаричева Э.В., Менделевич В.Д., Сабирова Ф.М. (Казань). Особенности формирования невротических расстройств у пациентов, страдающих бесплодием. 6, 413.

Морозов В.И. (Казань). Дисфункция внутренних органов у детей с перинатальными поражениями нервной системы. 4,271.

Петрова Л.П., Иваничев Г.А., Микусев И.Е. (Казань). Клиническая классификация и лечение кубиталгий. 3,179.

Полетаев Е.Г. (Казань). Внутренняя картина вибрационной болезни и условия ее формирования. 1,33.

Попова Э.Н., Яхин Ф.А. (Казань). Изменения структуры нейронов, глиальных клеток и капилляров при аудиогенной эпилепсии. 3,182.

Станкевич Е.С. (Казань). Отставленный мизинец — признак пирамидной недостаточности. 1,54.

Яхин Ф.А., Попова Э.Н., Яхина Ф.Ф. (Казань). Морфология сосудов коры мозга при экспериментальной эпилепсии. 1,45.

Дерматовенерология

Шайхразиева В.И., Гурьянов В.В., Дядькин Д.Ю., Мавлютова Г.И., Гатауллин А.Г. (Казань). Случаи поражения органов зрения и слуха при ранних формах сифилиса. 4,287.

Офтальмология

Пахинов Ю.П. (Кишинев). Состояние автономной (вегетативной) нервной системы при общих заболеваниях, сопровождаемых миопией. 4,293.

Оториноларингология

Ситдилов Ф. Г., Мугерман Б. И., Зотова Ф.Р. (Казань). Нарушения вертебробазилярного кровообращения у детей с врожденной глухотой. 1,26.

Рентгенология и радиология

Валиуллина А.Т., Тухватуллина Л.М., Бахтиозин Р.Ф., Чувашаев И.Р. (Казань). Магнитно-резонансная томография в гинекологической практике. 6, 439.

Мусин М.Ф., Юсупова А.Ф. (Казань). Болевой синдром в эпигастриальной области при экстраабдоминальной патологии и его место в интенсивной диагностике. 5,332.

Мусин М.Ф., Юсупова А.Ф., Сафин Р.Ш., Глебашева С.Г. (Казань). Интенсификация рентгено-эндоскопической диагностики заболеваний желудка. 2,91.

Фаттахов В.В., Михайлов М.К., Акберов Р.Ф., Бахтиозин Р.Ф. (Казань). Диагностика родовых повреждений шейного отдела позвоночника лучевыми методами исследования. 1,38.

Стоматология

Зубкова Е.Э., Сухорецкая Е.Н., Насибуллин Г.Г., Зизевский С.А. (Казань). Аппараты с системой пружинящих элементов для лечения зубочелюстных аномалий. 4,302.

Кузнецова О.Ю., Гиниятуллин И.И. (Казань). Профилактика кариеса зубов и иммунологические показатели у больных аллергическими заболеваниями. 2,117.

Гигиена

Батясов Ю. И., Хайруллин Р. А., Батясов В.Ю. (Казань). Здоровье студентов финансового института. 4,298.

Галлямов А.Б. (Казань). Количественная оценка влияния вредных веществ в атмос-

ферном воздухе на заболеваемость детей. 5,388.

Джанашия П.Х., Семенов В.А., Зуев С.М., Корниенков В. К., Назлуханян С. О., Перекрестова Е. И., Нурмухамедов С. А., Бритов А.И. (Москва). Влияние условий среды обитания на параметры HL. 1,58.

Эпидемиология

Губайдуллина С.В., Мазитова М.И. (Казань). Эпидемиология внематочной беременности в Татарстане. 3,207.

Шафеев М.Ш., Зорина Л.М., Колпачихин Ф.Б., Садыкова Д.Г., Якупов И.Ф., Исмагилова З.М., Ямалеев Р.Г., Мухтаров Р.М., Гарипов А.Х., Низамов Р.Р., Сиразутдинова Д.Н., Мустафин И.Г., Галеев А.Г., Роднина М.Ю., Самойлова Р.Е., Ахмерова Ф.Г., Закиров К.З., Мустафин Р.А., Якупов М.С., Ибрагимов А.Х. (Казань). Организация серологического мониторинга напряженности противодифтерийного иммунитета у населения Республики Татарстан. 2,141.

В помощь практическому врачу

Немкова Н.В. (Казань). Что такое *Интернет*? 3,227.

Новые методы и рационализаторские предложения

Емалетдинова Л.Ю., Корнеев А.Н., Миллер Э.В., Фаздалов Р.К. (Нижнекамск—Казань). Новые информационные технологии в лечебных учреждениях. 1,60.

Измайлов Г.А., Измайлов С.Г. (Казань). Композиционная хирургическая нить. 1,70.

Назмеев М.М., Пеньковский А.И., Талантов В.В., Племенков В.В., Сторожев А.Л., Дегтярева Н.П., Хамелин Д.Д., Верещагин В.И. (Казань). Фотоэлектрический поляриметр для измерения концентрации сахара в моче. 3,232.

История медицины

Амиров Н.Х., Альбицкий В.Ю. (Казань). Карл Фукс — выдающийся деятель отечественной медицины первой половины XIX века. 1,71.

Козлов Л.А., Садыков Б.Г. (Казань). Павел Васильевич Маненков — яркий представитель Казанской школы акушеро-гинекологов. 6, 401.

Свердлов А.К., Соркин Ю.Э. (Екатеринбург). Воспитанники медицинского факуль-

тета Казанского университета на дореволюционном Урале. 4,309.

Ибатуллин И.А. (Казань). Этапы становления клинической медицины. 5,391.

Библиография и рецензии

Бадюгин И.С. (Казань). На кн.: С.Н. Голиков. С.В. Аничков (1892 — 1981). 4,312.

Богоявленский В.Ф. (Казань). На кн.: Трубников Г.А. Хронический бронхит в условиях экологического неблагополучия. 1,74.

Еналеева Д.Ш. (Казань). На кн.: Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты в клинической практике — гепатиты А, В, С, Д, Е и ни А—Е. 2,156.

Перельман М.И. (Москва). На кн.: Визель А.А. Лечение больных туберкулезом органов дыхания. 6, 468.

Садыков Б.Г. (Казань). На кн. Экстрагенитальная патология и беременность./ Под ред. З.Ш. Гилязутдиновой. 3,238.

Съезды и конференции

Амиров Н.Б. (Казань). IV Международный конгресс "Проблемы лазерной медицины". 5,396.

Амиров Н.Х., Фатхутдинова Л.М. (Казань). XXV Международный конгресс по медицине труда. 3,235.

Камалов И.И. (Казань). Республиканская научно-практическая конференция "Современные методы диагностики и лечения больных в клинике". 1,77.

Камалов И.И. (Казань). X Европейский конгресс радиологов. 6, 466.

Латфуллин И.А. (Казань). Международный симпозиум "Современные взгляды на гипертоническую болезнь". 1,75.

Латфуллин И.А. (Казань). I конгресс ассоциации кардиологов СНГ. 5,394.

Юбилейные даты

Богоявленский В.Ф. (Казань). Профессор Ирек Алимзянович Салихов. 3,237.

Закиев Р.З., Гурьянов В.В. (Казань). 125 лет кафедре кожных и венерических болезней КГМУ. 6, 469.

Латыпов А.Л. (Казань). Шулутко Лазарь Ильич. 2,157.

Михайлов М.К., Гилязутдинов И.А., Новаковский Р.А. (Казань). Профессор Галина Ивановна Володина. 5,397.

Студенцова И.А. (Казань). Конференция "Фармакология и токсикология фосфорорганических соединений и других биологически активных веществ", посвященная 75-летию со дня рождения профессора Заиконниковой. 3,236.

Некролог

Иваничев Г.А. (Казань). Профессор Виктор Петрович Веселовский. 4,318.

Хроника

1,79; 2, 158; 4, 315; 6, 480.

Письмо в редакцию

Коротков А.Г. (Казань). Письмо в редакцию. 4,313.

Колонка редактора

3, 238; 5,398.

УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ ЗА 1997 ГОД

Абдрахманова Л.Р. 6, 428
Абрамова Л.А. 5, 341
Абросимова М.Ю. 3, 161
Агаджанян С.И. 2, 107
Азизов А.П. 3, 185
Акберов Р.Ф. 1, 38
Алханов В.Х. 1, 53
Альбицкий В.Ю. 1, 71
Альтшулер М.Ю. 3, 194
Амиров Н.Х. 1, 71; 2, 134; 3, 235
Амиров Н.Б. 5, 396
Амиров Р.Х. 6, 462
Андреев В.М. 1, 29
Анкундинова И.А. 3, 185
Анохин В.А. 1, 1
Анчаев И.М. 2, 103
Ахмерова Ф.Г. 2, 141
Ахметшина Г.З. 1, 1
Ахтямов Р.М. 6, 442
Аюпов Ж.В. 2, 101

Бадюгин И.С. 4, 312
Баишева Н.А. 2, 87
Бакулев А.Л. 3, 196
Бариев Э.Р. 6, 454
Барышкина Р.С. 6, 462
Батясов В.Ю. 4, 298
Батясов Ю.И. 4, 298
Бахтиозин Р.Ф. 1, 38; 6, 439
Бахтияров И.А. 6, 416
Баширова Д.К. 1, 1; 1, 6
Белоухов В.М. 2, 87
Бессмельцев С.С. 2, 81
Богов А.А. 5, 358
Боголюбова И.М. 5, 367; 6, 444
Богус К.М. 4, 298; 4, 307; 5, 356
Богоявленский В.Ф. 1, 74; 2, 145; 3, 230; 3, 237
Бойцов В.В. 4, 290
Бондарев А.В. 6, 454
Бондарев Ю.В. 2, 129
Борисов А.П. 2, 87
Бритов А.И. 1, 58

Валиуллина А.Т. 6, 439
Васин Ю.В. 4, 282
Вахитов Р.А. 6, 442
Вахитов Ш.М. 2, 134
Верещагин В.И. 3, 232
Веселовский В.П. 3, 230
Визель А.А. 1, 65
Винокуров В.Л. 3, 211
Волгина С.Я. 1, 19
Воронцова Г.М. 5, 375

Габидуллина Р.И. 6, 447
Гаврилова И.Б. 3, 202
Газизов Р.М. 2, 145; 3, 230
Гайнанова Н.Н. 4, 279
Галеев А.Г. 2, 141
Галеева Р.К. 1, 6
Галиева С.Х. 1, 19
Галимов О.В. 2, 129; 3, 222
Галков В.В. 6, 442

Галков В.М. 6, 442
Галлямов А.Б. 5, 388
Галькович К.Р. 4, 285
Галаявич А.С. 5, 378
Ганцева Х.Х. 3, 192
Гараев В.Н. 5, 344
Гарипов А.Х. 2, 141
Гарифуллин Р.И. 5, 339
Гатауллин В.В. 1, 6
Гатауллин А.Г. 4, 287
Герасимович Г.И. 2, 150
Гильмиева Ф.Н. 6, 423
Гильмутдинова З.Ш. 4, 274; 5, 369; 6, 430
Гильмутдинов И.А. 5, 397
Гимадеев Р.З. 4, 304
Гиниятуллин Р.А. 2, 107
Гиниятуллин И.И. 2, 117
Гольцова Е.Ю. 4, 282
Горин В.С. 5, 363
Горшков А.В. 2, 101
Глебашева С.Г. 2, 91
Гребнев П.Н. 2, 130; 3, 198
Губайдуллина С.В. 3, 207; 4, 279
Гурьянов В.В. 4, 287; 6, 469

Давлетшин А.Х. 1, 53; 2, 129; 4, 290
Данилов В.И. 6, 451
Дворянкина Т.В. 4, 304
Дегтярева Н.П. 3, 232
Джанашия П.Х. 1, 58
Доброквашин С.В. 1, 53; 2, 129; 4, 290
Докшина И.А. 1, 9
Дядькин Д.Ю. 4, 287

Емалетдинова Л.Ю. 1, 60
Емельянова Л.А. 4, 252
Еналеева Д.Ш. 2, 156
Еремкина В.И. 6, 460
Ефимов Д.А. 3, 211
Ефимова Н.К. 5, 375

Жаркин А.Ф. 4, 252
Жаров В.К. 4, 303
Жилыев А.Г. 5, 329
Жирнова Р.Ш. 2, 111
Журавлев В.В. 1, 9

Зазвонов С.Л. 2, 87
Зайнуллин Р.В. 4, 304
Закиев Р.З. 6, 469
Закиров К.З. 2, 141
Засыпкин М.Ю. 6, 423
Зиятдинов В.Б. 3, 224
Зиганшин А.У. 3, 213
Зиганшина Л.Е. 3, 213
Зизевский С.А. 4, 302
Зиятдинов К.М. 3, 221
Злыгостев П.Н. 4, 259
Зорина Л.М. 2, 141
Зотова Ф.Р. 1, 26
Зубаиров Д.М. 1, 22
Зубков А.Ю. 3, 204

Зубкова Е.Э. 4, 302
Зуев С.М. 1, 58
Зулкарнеев Р.А. 5, 382
Зулкарнеев Р.Р. 5, 382

Ибатов А.Н. 2, 117
Ибатуллин И.А. 5, 391
Ибрагимов А.Х. 2, 141
Иваничев Г.А. 3, 165; 3, 179; 4, 318; 5, 369; 5, 375
Игнатъева Д.П. 6, 459
Игнатъев И.М. 4, 303
Измайлов Г.А. 1, 70; 2, 99; 4, 290
Измайлов С.Г. 1, 70; 2, 99; 4, 290; 5, 344
Исанова В.А. 3, 173
Исламов К.И. 1, 1
Исмагилова З.М. 2, 141

Кадыров Г.Р. 4, 304
Камалов И.И. 1, 77; 6, 466
Камзеев Д.В. 3, 230
Карпов А.М. 5, 329
Карпухин Е.В. 6, 464
Каюмова Л.Д. 4, 274; 5, 369
Кедрин М.Ю. 4, 290
Ким И.А. 4, 290
Ким Б.Х. 4, 299; 4, 304
Кирюхин В.Г. 1, 55
Киясов А.П. 5, 339
Клыкова Т.В. 1, 14
Ключарев И.В. 3, 218
Ковалева Ю.А. 6, 460
Ковальчук Е.С. 5, 336
Кожевникова Е.В. 1, 55
Козлов В.П. 4, 255
Козлов Л.А. 2, 103; 3, 218; 6, 401; 6, 460
Колпачихин Ф.Б. 2, 141
Кольцова Г.Н. 6, 444
Кондратьева И.И. 3, 185
Корнеев А.Н. 1, 60
Корниенков В.К. 1, 58
Королева С.Д. 1, 42
Коротков А.Г. 4, 313
Косков А.С. 1, 9
Костик Л.А. 2, 132
Костяев А.А. 1, 9
Косильников Н.Н. 4, 304
Корчагина А.В. 4, 305
Коршунов В.Ф. 4, 269
Красильников Д.М. 3, 221; 4, 299
Красин В.В. 5, 339
Кривошапко С.В. 1, 68
Кубицкий А.А. 5, 358
Кузнецова О.Ю. 2, 117
Кузнецова Р.Г. 5, 358
Кузьменко В.В. 4, 269
Куликов В.П. 4, 282
Куляпин А.В. 2, 131

Лавров В.Н. 3, 189
Латфуллин И.А. 1, 75; 2, 120; 2, 152; 5, 394

- Латыпов А.Л. 2, 157
Латыпова Н.А. 5, 358
Линева О.И. 6, 423
Литвинов Т.Р. 6, 454
Луцевич Э.В. 3, 222
- Маврин М.И. 3, 221; 4, 299
Мавлютова Г.И. 4, 287
Магдиев Д.А. 4, 269
Мажуга Ю.А. 3, 202
Мазитов И.М. 5, 367
Мазитова М.И. 3, 207; 4, 279; 5, 367
Макаричева Э.В. 6, 413
Макарова М.В. 1, 1
Макарчиков Н.С. 5, 329
Максимов А.П. 5, 387
Максимов П.А. 5, 339
Малиновский Е.Г. 4, 259
Малышева И.Ю. 4, 304
Мальцев С.В. 1, 19; 5, 321
Мальцева Л.И. 6, 416
Мартыненко С.Н. 6, 451
Менделевич В.Д. 6, 413
Микусев И.Е. 2, 101; 3, 179
Микусев Ю.Е. 1, 22
Миллер Э.В. 1, 60
Милославская Т.Я. 4, 255
Михайлов М.К. 1, 38; 5, 397; 6, 430
Морозов В.И. 4, 271
Мугерман Б.И. 1, 26
Мусин М.Ф. 2, 91; 5, 332
Мустафин Д.Г. 4, 259
Мустафин И.Г. 2, 141
Мустафин Р.А. 2, 141
Мустафин Р.Д. 4, 259
Мустафин Я.М. 2, 130; 3, 198
Мухин Г.Б. 2, 87
Мухтаров Р.М. 2, 141
- Назлуханян С.О. 1, 58
Назмеев М.М. 3, 232
Насибуллин Г.Г. 4, 302
Неверов В.А. 4, 282
Немкова Н.В. 3, 227
Нетребко Б.В. 6, 460
Нефедов В.П. 5, 353; 6, 416
Нигматуллин Р.А. 2, 131
Низамов Р.Р. 2, 141
Низамов Ф.Х. 4, 301
Никольская Л.А. 3, 161
Новаковский Р.А. 5, 397
Новоселов А.Н. 6, 454
Новоселов Е.А., 2, 87.
Нурмухамедов С.А., 1, 58.
Нуштаев И.А. 2, 139.
- Орлов Ю.В. 2, 103.
Осипов Д.В. 2, 130; 3, 198.
- Пахинов Ю.П. 4, 293.
Пеньковский А.И. 3, 232.
Перекрестова Е.И. 1, 58.
Перельман М.И. 6, 468
Петрова Л.П. 3, 179
Петровская Е.О. 5, 353
Племенков В.В. 3, 232
- Плещинский И.Н. 5, 358
Полетаев Е.Г. 1, 33.
Попов А.Н. 4, 265; 5, 350
Попов В.Я. 6, 444
Попов С.П. 5, 363
Попова Э.Н. 1, 45; 3, 182
Потанин В.П. 5, 387
Потемкина А.М. 1, 14
Праздников Э.Н. 2, 129
Пустильник Л.И. 5, 387
- Раббаниев И.Ф. 5, 387
Рахманова А.Г. 4, 282
Роднина М.Ю. 2, 141
Романенкова Н.И. 4, 282
Рубин В.И. 3, 196
Рябов Н.В. 1, 9
- Сабирова Р.А. 1, 1
Сабирова Ф.М. 6, 413; 6, 462
Сабитов И.Р. 4, 304
Садыков Б.Г. 3, 238; 4, 279; 6, 428; 6, 447
Садыкова Д.Г. 2, 141
Сайфуллина А.К. 5, 329
Салихов И.Г. 4, 241
Салмин А.Ф. 2, 132
Самигуллина Ф.Н. 4, 304
Самойлова И.А. 6, 447
Самойлова Р.Е. 2, 141
Сафина М.Р. 2, 150
Сафин Р.Ш. 2, 91
Сафин Т.Ф. 4, 304
Сахаутдинов В.Г. 3, 222
Сведенцов Е.П. 1, 9
Свердлов А.К. 4, 309
Сейфулла Р.Д. 3, 185
Семенхин Д.Г. 5, 329
Семенов В.А. 1, 58
Серов В.Н. 4, 277
Сигал Е.И. 5, 387
Сиразутдинова Д.Н. 2, 141
Ситарская М.В. 6, 405
Ситдинов Ф.Г. 1, 26
Ситнов А.А. 5, 341
Ситнова Л.С. 5, 369
Солодкова А.В. 4, 304
Соколова Е.М. 2, 107
Соркин Ю.Э. 4, 309
Соснин Д.Ю. 4, 285
Сретенская Д.А. 3, 202.
Станкевич Е.С. 1, 54.
Сторожев А.Л. 3, 232.
Студенцова И.А. 3, 236.
Суворов А.П. 3, 196.
Сухорецкая Е.Н. 4, 302
- Тазиев Р.М. 5, 387
Талантов В.В. 3, 232
Терешин А.Т. 4, 277
Тихвинская Т.И. 5, 358
Тухватуллина Л.М. 2, 111; 6, 439; 6, 444
- Фаздалов Р.К. 1, 60
Фазулзянов А.А. 1, 29
Фазылов В.Х. 4, 282
- Файзиев А.Ш. 2, 101
Фаткуллин И.Ф. 6, 434; 6, 447
Фаткуллина Р.Ш. 4, 304
Фаттахов В.В. 1, 38
Фаттахова Ф.А. 6, 430
Фатхутдинова Л.М. 3, 235
Фатыхов К.Х. 6, 444
Федоров И.В. 2, 87
Федоров Ю.Ю. 2, 132
Федоровская Н.А. 1, 9
Федянин Ю.П. 3, 202
Филатов Б.Н. 1, 55
Филатова Н.С. 3, 211
Фоминых В.А. 1, 53
- Хаертынов Х.С. 2, 133
Хаертынова И.М. 1, 6
Хайруллина Р.М. 3, 192
Хайруллин Р.А. 4, 298
Хайрутдинова С.Г. 6, 460
Хамелин Д.Д. 3, 232
Хамидова Т.В. 1, 55
Хасанов А.А. 6, 457
Хасанов Р.М. 6, 454
Хасанов Р.Ш. 5, 339
Хидиятов И.И. 2, 131
Хисамутдинов И.Ф. 4, 304
Хисматов Х.Х. 2, 101
Христенко Е.В. 5, 363
- Царапкин И.М. 2, 81
Цибулькин Н.А. 5, 353
Цинзеолинг В.Ф. 4, 282
Цуркан С.Ф. 6, 423
Цыбулина Е.В. 4, 252
- Черепанова В.В. 1, 9
Черновская Р.У. 6, 444
Чернышев В.В. 5, 375
Чернявская Л.В. 3, 202
Чикаев В.Ф. 2, 107
Чувашаев И.Р. 6, 439
Чугунов А.Н. 2, 87
- Шаймарданов Р.Ш. 4, 290
Шайхразиева В.И. 4, 287
Шайхутдинова Л.Н. 4, 279
Шакуров Р.Ш. 5, 369
Шарапова О.В. 5, 375
Шафеев М.Ш. 2, 141
Шульман Х.М. 2, 95
- Щапов А.Ю. 3, 189
- Югов Ю.И. 1, 9
Юдин Я.Б. 5, 336
Юсупов К.Ф. 6, 460
Юсупова А.Ф. 2, 91; 5, 332
- Якупов И.Ф. 2, 141
Якупов М.С. 2, 141
Ямалеев Р.Г. 2, 141
Ярисов А.Ю. 2, 132
Ярисов Ю.Н. 2, 132
Яхин Ф.А. 1, 45; 3, 182
Яхина Ф.Ф. 1, 45

СОДЕРЖАНИЕ

История медицины

- Козлов Л.А., Садыков Б.Г. Павел Васильевич Маненков — яркий представитель Казанской школы акушеров-гинекологов..... 401

Клиническая и теоретическая медицина

- Ситарская М.В. Состояние вегетативной нервной системы у беременных с поздним гестозом..... 405
- Макаричева Э.В., Менделевич В.Д., Сабирова Ф.М. Особенности формирования неврологических расстройств у пациенток, страдающих бесплодием..... 413
- Мальцева Л.И., Бахтияров И.А., Неведов В.П. Состояние плаценты, плодово-маточно-плацентарного кровотока и исход беременности при микоплазменном и смешанном инфицировании у женщин..... 416
- Цуркан С.В., Линева О.И., Гильмирова Ф.Н., Засыпкин М.Ю. Роль окислительно-восстановительных процессов в формировании синдрома задержки развития плода в зонах экологического неблагополучия..... 423
- Садыков Б.Г., Абдрахманова Л.Р. Дородовая диагностика АВО-конфликта..... 428
- Фаттахова Ф.А., Гилязутдинова З.Ш., Михайлов М.К. Клиническое значение мелатонина в развитии нарушений центральных механизмов регуляции репродуктивной функции..... 430
- Фаткуллин И.Ф. Новые возможности применения хирургических лазеров в акушерстве..... 434
- Валиуллина А.Т., Тухватуллина Л.М., Бахтиозин Р.Ф., Чувашаев И.Р. Магнитно-резонансная томография в гинекологической практике..... 439
- Вахитов Р.А., Галков В.М., Ахтямов Р.М., Галков В.В. Эндохирургические подходы в лечении внематочной беременности..... 442
- Кольцова Г.Н., Тухватуллина Л.М., Попов В.Я., Фатыхов К.Х., Черновская Р.У., Боголюбова И.М. Оперативная лапароскопия при опухолевидных образованиях и доброкачественных опухолях яичников у подростков.... 444
- Самойлова И.А., Садыков Б.Г., Фаткуллин И.Ф., Габидуллина Р.И. Применение низкочастотного ультразвука для профилактики воспалительных осложнений после кесарева сечения..... 447
- Данилов В.И., Мартыненко С.Н. Система регуляции церебрального кровообращения у беременных с опухолями хиазмально-селлярной области..... 451
- Хасанов Р.М., Бондарев А.В., Бариев Э.Р., Литвинов Т.Р., Новоселов А.Н. Опыт применения временной obturации бронхов при лечении эмпием плевры, осложненных бронхоплевральными свищами..... 454

Дискуссия

- Хасанов А.А. Еще раз о "родовой травме плода" с акушерских позиций..... 457

CONTENTS

History of Medicine

- Kozlov L.A., Sadukov B.G. Pavel Vasilyevich Manenkov's — the prominent representative of the Kazan school of obstetrists-gynecologists.....

Clinical and Theoretical Medicine

- Sitarskaya M.V. Vegetative nervous system state in pregnant with late hestosis.....
- Makaricheva E.V., Mendelevich V.D., Sabirova F.M. Peculiarities of the formation of neurotic disorders in patients suffered from sterility.....
- Maltseva L.I., Bakhtiyarov I.A., Nefedov V.P. State of placenta, fetaluteroplacental blood flow and pregnancy result in mycoplasma and mixed infection in women.....
- Tsurkan S.V., Lineva O.I., Gilmiyarova F.N., Zasyipkin M.Yu. Role of redox processes in the formation of small-for-date fetus syndrome in unfavourable ecological zones.....
- Sadykov B.G., Abdrakhmanova L.R. Antenatal diagnosis of ABO-conflict.....
- Fattakhova F.A., Gilyazutdinova Z.Sh., Mikhailov M.K. Clinical value of melatonin in the development of central mechanism disorders of reproductive function regulation.....
- Fatkullin I.F. New possibilities of the use of surgical lasers in obstetrics.....
- Valiullina A.T., Tukhvatullina L.M., Bakhtiozin R.F., Chuvashae I.R. Magnetoresonance tomography in gynecologic practice.....
- Vakhitov R.A., Galkov V.M., Akhtyamov R.M., Galkov V.V. Endosurgical approaches in the treatment of extrauterine pregnancy.....
- Koltsova G.N., Tuxhvatullina L.M., Popov V.Ya., Fatykhov K.Kh., Chernovskaya R.U., Bogolyubova I.M. Operative laparoscopy in neoplasms and benign tumors of ovaries in teenagers.....
- Samoilova I.A., Sadykov B.G., Fatkullin I.F., Gabidullina R.I. Use of low-frequency ultrasound for the prevention of inflammatory complications after cesarean section.....
- Danilov V.I., Martynenko S.N. System of cerebral blood circulation regulation in patients with tumors of the chiasm-sellar region.....
- Khasanov R.M., Bondarev A.V., Bariev E.R., Litvinov T.R., Novoselov A.N. Experience of the use of temporary obturation of bronchi in the treatment of empyema complicated by bronchopleural fistulas.....

Discussion

- Khasanov A.A. A fresh look at "birth injury of the fetus" in the context of obstetrics.....

- Игнатъева Д.П. Роды после оперативного лечения дисгерминомы яичника..... 459
- Козлов Л.А., Еремкина В.И., Нетребко Б.В., Хайрутдинова С.Г., Ковалева Ю.А., Юсупов К.Ф. К диагностике беременности в рудиментарном атретичном роге матки..... 460

Социальная гигиена и организация здравоохранения

- Амиров Р.Х., Барышкина Р.С., Сабирова Ф.М. Организация службы планирования семьи..... 462
- Карпукхин Е.В. Оценка качества оказания медицинской помощи детскому населению сельской местности..... 464

Съезды и конференции

- Камалов И.И. X Европейский конгресс радиологов..... 466

Библиография и рецензии

- Перельман М.И. На кн.: А.А. Визель. Лечение больных туберкулезом органов дыхания..... 468

Юбилейная дата

- Закиев Р.З., Гурьянов В.В. 125 лет кафедре кожных и венерических болезней Казанского государственного медицинского университета..... 469
- Указатель статей за 1997 г. 471
- Указатель авторов за 1997 г. 477

- Ignatyeva D.P. Birth after operative treatment of dysgermioma of the ovary.....
- Kozlov L.A., Eremkina V.I., Netrebko B.V., Khairutdinova S.G., Kovaleva Yu.A., Yusupov K.F. To the diagnosis of pregnancy in rudimentary atertiary uterus horn.....

Social Hygiene and Organization of Health

- Amirov R.Kh., Baryshkina R.S., Sabirova F.M. Organization of the family planning service.....
- Karpukhin E.V. Estimation of the quality of medical service to children's population in rural districts.....

Congresses and Conferences

- Kamalov I.I. The X European congress of radiologists.....

Bibliography and Book Reviews

- Perelman M.I. To the book: A.A. Vizel. Treatment of patients with tuberculosis of respiratory organs.....

Anniversaries and Dates

- Zakiev R.Z., Guryanov V.V. The Department of Dermatic and Venereal Diseases of the Kazan State Medical University is 125 years old.....
- Article index for 1997.....
- Author index for 1997.....

Научное общество акушеров-гинекологов г. Казани, а также редколлегия "Казанского медицинского журнала" от лица медицинской общественности сердечно поздравляют

с 90-летием со дня рождения заслуженного врача Республики Татарстан, отличника здравоохранения СССР, кавалера ордена Трудового Красного Знамени, доктора медицинских наук,

профессора **Раузу Гатаевну Бакиеву,**

с 80-летием со дня рождения заслуженного деятеля науки, лауреата Государственной премии Республики Татарстан, почетного члена научного общества акушеров-гинекологов, кавалера ордена Трудового Красного Знамени, доктора медицинских наук,

профессора **Зайнаб Шайхиевну Гилязутдинову**

и желают им крепкого здоровья и творческой энергии.

ВНИМАНИЮ ВРАЧЕЙ!

Российскими учеными создан многофункциональный физиологически сбалансированный комплексный препарат **Винибис**, не имеющий аналогов в мире. **Винибис** представляет собой экологически чистый продукт пчеловодства, природный комплекс витаминов, микроэлементов, аминокислот и ферментов, обладает уникальным биопротекторным эффектом. Его основу составляет перга — ферментированная пчелами пыльца.

Винибис значительно превосходит по всем показателям самые известные зарубежные витаминные препараты: централ и юникап (США), супрадин (Швейцария), мультивитамол (Германия). Препарат рекомендован Министерством здравоохранения России для применения в медицинской практике в профилактических и лечебных целях. Он показан лицам любого возраста, особенно детям и подросткам, беременным и роженицам, работникам производств, связанных с радиацией и переработкой вредных веществ.

ВИНИБИС:

- повышает иммунитет,
- выводит из организма токсины,
- предотвращает преждевременное старение и изнашивание организма,
- устраняет малокровие, повышая уровень гемоглобина,
- нормализует обмен веществ,
- улучшает деятельность мозга — память, внимание, восприимчивость,
- предотвращает развитие аденомы простаты и сохраняет потенцию в течение длительного времени.

ВИНИБИС для детей и подростков:

- способствует полноценному созреванию организма в период роста;
- незаменим при задержке умственного и физического развития;
- эффективен при умственных перегрузках (учеба, экзамены и т.д.);
- дает выраженные результаты при различных формах детской низкорослости, особенно при ее семейных и конституционных формах;
- активно противостоит вирусным инфекциям и острым респираторным заболеваниям, способствуя укреплению ослабленного здоровья;
- эффективен при гиповитаминозах, железодефицитных состояниях, различных формах дисбактериоза.

ВИНИБИС для лиц пожилого возраста:

- предотвращает развитие стенокардии;
- снижает вероятность инсульта;
- поддерживает жизненные силы.

Препарат можно приобрести по адресу: г. Казань, Правобулачная, 51, комбинат "Здоровье". Тел. 37-88-18.

Ламизил®
тербинафин

Тройной успех

в противогрибковой терапии

**ВЫСОКИЙ
процент
излечения**

**за
КОРОТКИЙ
срок**

**при
НИЗКОЙ
частоте
рецидивов**



NOVARTIS

Полную информацию о препарате
можно получить в представительстве
Новartis Фарма Сервисез Инк. по адресу:
103104 Москва, Б.Палашевский пер., 15.
Тел.: (095) 969 2175. Факс: (095) 973 2331.

Создан объединением концернов СИБА и САНДОЗ.