



ЖУРНАЛ  
ВАК

научно-практический рецензируемый журнал

16+

# главный ВРАЧ

№4 (90) 2023

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ · ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ · УРОЛОГИЯ  
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ · АКУШЕРСТВО · ГИНЕКОЛОГИЯ · ПЕДИАТРИЯ

## КАК ЛЕГКО НАЧАТЬ ЖИТЬ БЕЗ БОЛЕЙ

*Технологии экстренной  
и системной помощи  
при болях  
от Доктор-ЖЕЛЧЬ*



Читайте статью на стр. 32

Подробности <http://3538.ru/>

ВРЕМЯ

**7**

МИНУТ  
ОБРАБОТКИ

ОБЪЁМ

**130**

М<sup>3</sup>  
ПОМЕЩЕНИЯ

БАКТЕРИЦИДНАЯ

**99,9**

%  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Установка ультрафиолетовая бактерицидная  
для экстренной дезинфекции  
одновременно воздуха и поверхностей  
**ДЕЗАР-ОМЕГА-02- "КРОНТ"**

**НОВЫЙ ЭРГОНОМИЧНЫЙ ДИЗАЙН  
ПРОВЕРЕННАЯ ВРЕМЕНЕМ КОНСТРУКЦИЯ  
ВЫСОКАЯ ЭКОНОМИЧНОСТЬ ЭКСПЛУАТАЦИИ**

### ПРИМЕНЕНИЕ

Обеззараживание воздуха и поверхностей помещений всех категорий в отсутствие людей.

### НАЗНАЧЕНИЕ

Основной цикл дезинфекции — **7 минут**:

Обеззараживание **130 м<sup>3</sup>** воздуха с бактерицидной эффективностью **99,9%** и поверхностей на расстоянии **3 метра** с бактерицидной эффективностью **100%** по золотистому стафилококку (*St. Aureus*).

Для высокорезистентных штаммов — два дополнительных режима: 12 минут и 20 минут.

**Гарантийный срок – 2 года**

Ресурс у/ф ламп – **9 000 часов**

Цена производителя – **480 000 рублей**



**30 ЛЕТ**  
НА РЫНКЕ

**Лидер У/Ф технологии в России**

АО "КРОНТ-М": +7 (495) 500-48-84; <https://kront.com>

Подробная информация на сайте:



Научно-практический  
рецензируемый журнал  
«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ»

16+

Крылова О. В. — учредитель,

ИП Круглаковский С. М. — издатель,  
e-mail: Krylova@akvarel2002.ru

Петров Ю. А. — главный редактор, д.м.н.,  
e-mail: Proshenko@akvarel2002.ru

**Редакционная коллегия:**

**Альникин А. Б.** — к.м.н., ФГБОУ ВО РостГМУ

**Амбалов Ю. М.** — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО РостГМУ

**Бегайдарова Р. Х.** — д.м.н., профессор НАО «Медицинский университет Караганды», Республика Казахстан

**Беловолова Р. А.** — д.м.н., ФГБОУ ВО РостГМУ

**Боев И. В.** — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО СтГМУ

**Воробьев С. В.** — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО РостГМУ

**Гандылян К. С.** — к.м.н., профессор ФГБОУ ВО СтГМУ

**Гаража С. Н.** — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО СтГМУ

**Дмитриев М. Н.** — к.м.н., доцент ФГБОУ ВО РостГМУ

**Долгалев А. А.** — д.м.н., доцент ФГБОУ ВО СтГМУ

**Енгибарян М. А.** — д.м.н., в.н.с. ФГБУ НМИЦ онкологии

**Караков К. Г.** — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО СтГМУ

**Карсанов А. М.** — к.м.н., доцент ФГБОУ ВО СОГМА

**Кит О. И.** — академик РАН, д.м.н., профессор,  
ФГБУ НМИЦ онкологии

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

**Коровин А. Я.** — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО КубГМУ

**Куценко И. И.** — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО КубГМУ

**Максюков С. Ю.** — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО РостГМУ

**Маскин С. С.** — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО ВолгГМУ

**Моллаева Н. Р.** — д.м.н., ФГБОУ ВО ДГМУ

**Новгородский С. В.** — д.м.н., профессор, ГАУ РО СП

**Палиева Н. В.** — д.м.н., доцент ФГБОУ ВО РостГМУ

**Перескоков С. В.** — д.м.н., ФГБОУ ВО РостГМУ

**Пшеничная Н. Ю.** — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО РостГМУ

**Реверчук И. В.** — д.м.н., профессор  
ФГАОУ ВО БФУ им. И. Канта

**Ремизов О. В.** — д.м.н., доцент ФГБОУ ВО СОГМА

**Росторгуев Э. Е.** — к.м.н., ФГБУ НМИЦ онкологии

**Сагитова Г. Р.** — д.м.н., профессор  
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ

**Твердохлебова Т. И.** — д.м.н., ФБУН РостовНИИ  
МП Роспотребнадзора

**Филиппов Е. Ф.** — министр здравоохранения  
Краснодарского края

**Шавкута Г. В.** — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО РостГМУ

**Шатова Ю. С.** — д.м.н., в.н.с. ФГБУ НМИЦ онкологии

**Шкурят Т. П.** — д.б.н., профессор ФГАОУ ВО ЮФУ

Базовые принципы организации хирургической помощи в Российской Федерации .....	2
Один за трех: каким должен быть современный рентгенодиагностический аппарат .....	8
О деятельности хирургической службы РСО — Алания в период форс-мажора, вызванного пандемией COVID-19 .....	9
Роль некоммерческих организаций в профилактике ВИЧ-инфекции .....	13
Семейный вариант гипопитуитаризма (клинические случаи) .....	17
Медицинские выставки .....	19, 24, 52
Клинический случай интралигаментарной эктопической беременности во втором триместре .....	21
Основы профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей-педиатров «Актуальные вопросы педиатрии» .....	26
Изучение неотложных состояний в педиатрии в рамках дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по специальности «Педиатрия» на кафедре госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования Астраханского государственного медицинского университета .....	29
Возможно ли жить, не болея? .....	32
Оценка психоэмоционального состояния женщин с хроническими аномальными маточными кровотечениями .....	34
Психологические и сексологические нюансы у женщин детородного возраста с недержанием мочи ...	37
Прогрессивные методы лечения: физиотерапевтический программный комплекс «АНДРО-ГИН» .....	42
Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья .....	45
Психологические и клинические нюансы женщин с диспареунией .....	49
Психологический и клинический профиль женщин репродуктивного возраста, страдающих метаболическим синдромом .....	54
Психоэмоциональные проявления и качество жизни больных с генитальным эндометриозом .....	58
Лечебная косметика «ИНФАРМА»: эффективное решение серьезных проблем .....	62

**Адрес редакции и издателя:**  
344064, г. Ростов-на-Дону, 3-й Холмистый пер., 8  
Тел.: +7 (991) 366-00-67, 8 (918) 524-77-07  
www.akvarel2002.ru, e-mail: info@akvarel2002.ru

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

Тираж 6000 экз. Заказ №1604

Подписано в печать 12.07.2023 г., дата выхода 17.07.2023 г.

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.  
Регистрационный номер ПИ № ФС 77-79423 от 27.11.2020 г.

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

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

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

Распространяется бесплатно по линии МЗ

# БАЗОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

А. М. Карсанов, И. К. Абоева, А. А. Кульчиев, С. С. Маскин, В. В. Вахоцкий, В. Н. Корнаева, А. В. Сурхаева, Л. Г. Газзаева

**Аннотация.** В современной хирургии внедрение новаторских технологий и принципов организации хирургической деятельности априори должны способствовать неуклонному росту качества и безопасности в широком значении этих понятий. Формировать, оценивать и развивать качественную медицинскую помощь в любой медицинской организации следует в трех направлениях: развивая структуру, внедряя новаторские технологические процессы и совершенствуя принципы оценки эффективности клинической работы. На модели национальной хирургии под структурой можно рассматривать

порядок оказания хирургической помощи, под процессами — стандарты и клинические рекомендации, а вот в качестве современных общепризнанных критериев результата хирургической деятельности единых стандартизованных показателей пока не принято. Именно формированию системного подхода к решению общенациональных задач, стоящих перед хирургической службой страны, подчинены все управленческие решения последних лет.

**Ключевые слова:** хирургия, управление качеством, безопасность медицинской деятельности.

## BASIC PRINCIPLES OF ORGANIZING OF SURGICAL CARE IN THE RUSSIAN FEDERATION

A. M. Karsanov, I. K. Aboeva, A. A. Kulchiev, S. S. Maskin, V. V. Vakhotsky, V. N. Kornaeva, A. V. Surkhaeva, L. G. Gazzaeva

**Annotation.** In modern surgery, the introduction of innovative technologies and principles of organizing of surgical activities should a priori contribute to a steady increase in quality and safety in the broad sense of these concepts. To form, evaluate and develop quality medical care in any medical organization should be in three directions: developing the structure, introducing innovative technological processes and improving the principles of assessing

the effectiveness of clinical work. On the model of national surgery, under the structure, one can consider the procedure for providing surgical care, under the processes - standards and clinical recommendations, but as a modern generally recognized criteria for the result of surgical activity, unified standardized indicators have not yet been adopted. It is the formation of systematic approach to solving national problems facing the surgical service of the country that all management decisions of recent years are subordinated to.

**Keywords:** surgery, quality management, safety of medical activity.

Современная хирургия, безусловно, является примером очень технологически и наукоемкой сферы профессиональной медицинской деятельности. Априори внедрение новаторских технологий и принципов организации хирургической деятельности должно способствовать неуклонному росту качества и безопасности как в широком, так и в прикладном значении этих понятий [1]. Система организации хирургической помощи всегда была не просто сложна, но и комплексно зависима, как минимум, от научно-технологического, материально-технического, кадрового и управленческого ресурсов отрасли [2]. Тем не менее, попытки вывести хирургию из числа заведомо безопасных форм врачевания в традициях архаично сложившихся практик вполне понятны, но абсолютно неактуальны и губительны для поиска путей и направления прогресса в медицинской отрасли [3].

В успешных зарубежных моделях здравоохранения управление современной медицинской организацией характеризуется сложившимися более 50 лет назад представлениями о том, каковы должны быть условия эффективного функционирования учреждений здравоохранения, и на этой основе строится вся система оценки и анализа работы современных поликлиник и стационаров. В основу действующих взглядов легли работы Аведиса Донабедиана (США), который в лаконичной форме

сформулировал то, что сегодня именуется «триадой Донабедиана» (рис. 1) [4].



Рис. 1. Структурированная характеристика качества медицинской помощи (по А. Донабедиану)

Согласно этим взглядам формировать, оценивать и развивать качественную медицинскую помощь в любой медицинской организации следует в трех направлениях: развивая структуру, осваивая и внедряя новаторские технологические процессы и совершенствуя принципы и критерии оценки эффективности учреждения здравоохранения. Под структурой следует понимать следующее: кадры, помещения, оборудование, расходные материалы, информационные системы, службы и структурные подразделения учреждения и др. Новаторские технологические процессы можно подразделить на основные, оказывающие непосредственно диагностические, лечебные, профилактические,

реабилитационные функции, и обеспечивающие/поддерживающие, направленные на удовлетворение кадровых, бытовых, коммунальных, энергетических, информационных потребностей клиники, пациентов, персонала, в том числе в медикаментах, расходных материалах, подготовке кадров и др. [5].

Говоря о качестве результата, следует напомнить, что вся деятельность современного учреждения здравоохранения должна строиться с учетом достижения определенных критериев медицинской/клинической, экономической и социальной эффективности в равной степени. Именно в такой структурности государственная и частная системы здравоохранения должны формировать свои целевые приоритеты, не игнорируя, а исследуя, в том числе, социальные потребности общества [6].

Примечательно, что в развитых странах, в том числе в Российской Федерации, государственно регламентировано для медицинских организаций любых форм собственности осуществление регулярного мониторинга показателей социальной эффективности своей деятельности (обычно путем разного рода социологических исследований среди разных групп населения региона и медицинского персонала) с доведением результатов этой работы до широкой общественности, например, через сайт клиники и различные социальные сети [5, 6, 7].

Если рассмотреть принципы организации хирургической помощи в нашей стране сквозь призму триады Донабедиана, то при самом общем приближении под структурой можно рассматривать **порядок** [8] оказания хирургической помощи (устанавливает правила оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» в медицинских организациях), под процессами — **стандарты и клинические рекомендации**, а вот в качестве современных общепризнанных **критериев результата** хирургической деятельности единых стандартизованных показателей пока не принято.

Здесь наше хирургическое сообщество давно нуждается в получении стандартизированной информации о результатах работы хирургических служб регионов и страны в целом, и благодаря работе главного внештатного хирурга и эндоскописта РФ академика А. Ш. Ревивили и созданного на базе НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского координационного центра такая работа проводится в нашей стране с 2017 года, а полученные статистические данные доступны для изучения и анализа [9].

## СОВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Начать обсуждение современного состояния организации хирургической помощи следует с кардинальных, инициированных руководством страны центробежных тенденций по смене базовой парадигмы построения всей хирургической службы страны. Судьбоносным решением, закрепленным Федеральным законом от 25.12.2018 №489-ФЗ [10], было изменить последовательность и качественное наполнение исходного принципа построения организации хирургической помощи с базового алгоритма: «порядки — стандарты — клинические рекомендации» на более логичный, динамичный и в целом существенно более прогрессивный: «порядки — клинические рекомендации — стандарты» (рис. 2).

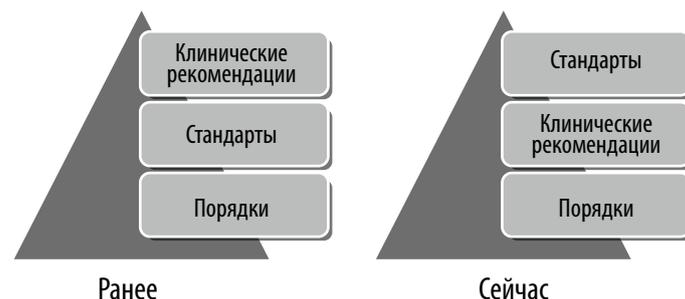


Рис. 2. Пирамида базового принципа организации хирургической помощи в Российской Федерации

Согласно Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» [8] в нашей стране она может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Медицинская помощь по профилю «хирургия» оказывается в виде: первичной медико-санитарной помощи; скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Что касается других значимых дополнений организации безопасности и минимизации рисков в практику национальной хирургии, то, согласно изменениям в ФЗ-323 [11], организация оказания медицинской помощи (ст. 37) отныне предполагает, что медицинская помощь (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) организуется и оказывается:

- 1) в соответствии с Положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 2) в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- 3) на основе клинических рекомендаций;
- 4) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается на основе клинических рекомендаций, одобренных и утвержденных в соответствии с настоящей статьей, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения [11].

Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной

непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии [11].

Надо понимать, что клинические рекомендации — это документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи [10].

Важнейшими особенностями того, что клинические рекомендации приобрели более высокий содержательный статус и на их основе, с периодичностью не реже одного раза в три года, будут утверждаться стандарты оказания хирургической помощи, являются два ключевых обстоятельства. Во-первых, теперь процессу технологического переоснащения всей хирургической службы страны придан статус вопроса государственного значения, а во-вторых, непосредственное и ключевое участие в повсеместной модернизации и внедрении современных управленческих и клинических технологических процессов в работу всей хирургической службы, от хирургического кабинета сельской поликлиники до Национального исследовательского медицинского центра им. А.В. Вишневского и других хирургических научных центров, принимает Российское общество хирургов и ассоциированные с ним некоммерческие профессиональные объединения специалистов смежных с хирургией клинических дисциплин.

Что касается критериев результата хирургической деятельности, то следует сказать, что в каждой медицинской организации, согласно ФЗ-323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», критерии обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности регламентируются подзаконными актами, утвержденными федеральным отраслевым регулятором, и организуются в рамках работы Врачебной комиссии медицинской организации.

Основными правоустанавливающими документами для утверждения критериев качества и безопасности хирургической помощи является ряд актуальных приказов Минздрава РФ [12, 13]. Эти нормативные акты создают широкое правовое пространство и дают возможность руководителю любой медицинской организации и руководству хирургической службы сформировать вполне работоспособную структуру и внедрить эффективный механизм внутреннего контроля качества и безопасности хирургического лечения во вверенной медицинской организации.

### НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клиническая/медицинская эффективность хирургической деятельности в нашей стране крайне редко под-

вергается анализу в научной литературе. Во-первых, это очень сложная комплексная задача. Во-вторых, для ее реализации в стране должна быть создана многолетняя и многоуровневая научно-статистическая база. В-третьих, предметом анализа должен быть не только цифровой материал, качественно собранный по единым принципам учета, но и следует каким-то образом учитывать существенные показатели работы хирургической службы всех уровней. Именно это пока является трудно реализуемой задачей, так как за многие годы, с момента распада СССР, эта работа не была востребована и не реализовывалась. Ниже мы предлагаем читателю наш частный, далекий от системности, взгляд на динамику состояния отдельных показателей хирургии в стране, основанный на полученных в последние годы статистических данных.

Главным и наиболее ценным элементом структуры хирургической службы страны является ее человеческий капитал. Согласно данным информационно-аналитического сборника за 2021 год, изданного под редакцией академика А. Ш. Ревитшвили [9], за последние 6 лет число врачей-хирургов в РФ сократилось на 1884 человека (9,1%), а показатель обеспеченности хирургическими кадрами снизился с 1,76 до 1,62 на 10 тысяч населения (табл. 1).

В 2021 году среди регионов с самой низкой обеспеченностью хирургами выделяются: Еврейская АО (1,0 на 10 тысяч населения), Кемеровская область (1,16), Псковская область (1,23), Вологодская область (1,24). К регионам с наибольшей обеспеченностью специалистами относятся: Сахалинская область (2,75 на 10 тысяч населения), Магаданская область (2,45), Республика Северная Осетия — Алания (2,44). В 2021 году в Москве этот показатель составил 1,71, в Санкт-Петербурге — 2,21. В целом по федеральным округам самая низкая обеспеченность хирургами в Уральском ФО и Приволжском ФО — по 1,52, а наиболее благоприятная ситуация в 2021 году была в Северо-Западном ФО — 1,77 и в Дальневосточном ФО — 1,73 на 10 тысяч населения [9].

Более детальный анализ узкоспециализированных представителей хирургических специальностей выявил, что за 4 года (с 2018 по 2021 гг.) в наибольшей степени снизилась численность торакальных хирургов и колопроктологов, но возросло число онкологов [9].

В целом по стране в 2021 году укомплектованность штатных должностей врачей-хирургов в стационарах составила 86,2% (в 2019 г. — 91%), в поликлиниках — 81,7% (в 2019 г. — 83,5%). Коэффициент совместительства для специалистов стационаров достиг показателя 1,55 (в 2019 г. — 1,50), при этом допустимым считается показатель 1,4. Неприятной традицией остается продолжающаяся динамика сокращения среднего медицинского персонала хирургической службы [9].

В 2021 году количество хирургических коек в стране увеличилось по сравнению с 2020 годом на 8,8% (с 3,7 до 4,4 на 10 тысяч населения), однако так и не достигло уровня доковидного периода — 4,79 (табл. 2).

Таблица 1

Численность и обеспеченность населения РФ врачами-хирургами, по годам

Российская Федерация	Численность врачей (физ. лица)				Обеспеченность врачами на 10 тысяч населения			
	2016	2018	2020	2021	2016	2018	2020	2021
	20683	19918	19149	18799	1,76	1,71	1,65	1,62

Наименьший показатель обеспеченности хирургическими койками для взрослого населения имеют следующие субъекты РФ: Республика Ингушетия — 1,42 на 10 тысяч населения, г. Москва — 1,96, г. Санкт-Петербург — 2,2 и Тульская область — 2,29. Наибольшая обеспеченность хирургическим койками в Чукотском АО — 14,94, в Республике Алтай — 6,92 и в Республике Коми — 6,5.

Показатели средней занятости хирургической койки (в днях) и госпитальной летальности в РФ за период 2019–2021 гг. представлены в таблице 3.

Сводный показатель численности пролеченных в хирургических стационарах пациентов ниже доковидного

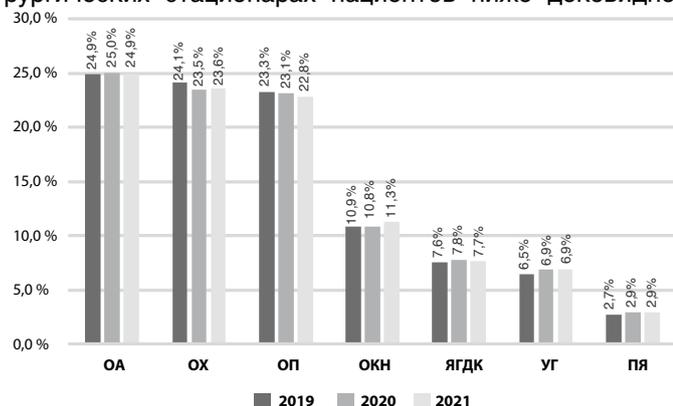


Рис. 3. Трехлетняя динамика структуры острых хирургических заболеваний органов брюшной полости: ОА — острый аппендицит; ОХ — острый холецистит; ОП — острый панкреатит; ОКН — острая кишечная непроходимость; ЯГДК — язвенные гастродуоденальные кровотечения; УГ — ущемленная грыжа; ПЯ — прободная язва

уровня, а его отставание от показателя 2019 года составило 16,1% (табл. 4).

Отдельного анализа заслуживает ситуация в стране, связанная с хирургическим лечением острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Структура этой так называемой «экстренной семерки» в период 2019–2021 гг. представлена на рисунке 3, из которого следует, что 75% контингента неотложных хирургических клиник составляют примерно в равной пропорции пациенты с острым аппендицитом, острым холециститом и острым панкреатитом.

Тенденция к сокращению доли острого аппендицита (ОА) в структуре экстренной заболеваемости органов брюшной полости примерно с 40% до нынешних 25% наметилась около 20 лет назад, когда в стране стала внедряться лапароскопическая аппендэктомия. Так, в середине этого 20-летнего периода, в 2010 году, доля пациентов с острым аппендицитом в общей структуре контингента отделений неотложной хирургии страны составляла 33% [14], что свидетельствует о неуклонности и поступательности наметившейся позитивной тенденции.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одной из главных тенденций организации хирургической помощи в нашей стране является убедительная логика реформирования приоритетов с опорой на динамично развивающиеся достижения медицинской науки путем повсеместного внедрения клинических рекомендаций, содержащих обязательные к исполнению положения. Эта кардинальная реформа в отрасли позволяет укрепить структуру и, что особенно важно,

Таблица 2

### Обеспеченность хирургическими койками населения РФ, по годам

Хирургические койки	Число коек			Обеспеченность койками на 10 тысяч населения		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Общее количество, в том числе:	70316	54222	58994	4,79	3,71	4,04
Абдоминальные	3367	2594	2887	0,23	0,18	0,20
Гнойные	12768	9616	10679	0,87	0,66	0,73

Таблица 3

### Занятость койки и летальность в хирургических стационарах РФ, по годам

Койки	Средняя занятость койки в году (в днях)			Летальность на хирургической койке (в %)		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Все хирургические койки	317	278	295	1,19	1,61	1,61
Гнойные хирургические койки	330	297	3030	1,92	2,57	2,60

Таблица 4

### Общее число пациентов и летальность на хирургических койках, по годам

Койки	Пролечено пациентов, чел.			Летальность, %		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Российская Федерация	2948804	2328113	2473329	2,76	3,68	3,94
г. Москва	172426	139137	148832	2,50	2,60	2,54

усовершенствовать технологии оказания медицинской помощи и на их основе формировать стандарты и экспертизу оказания медицинской помощи.

Другим важным шагом на пути повышения качества и безопасности хирургической помощи в стране стало создание с 2017 года на базе НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского координационного центра по созданию методологии, сбору, обработке, анализу и распространению статистических показателей хирургической службы страны. Уже сейчас результаты этой работы начинают формировать целевые ориентиры, показатели качества хирургической службы регионов, что затем будет тиражировано на низовой уровень и доведено до каждого хирургического отделения страны.

Положительным явлением в национальном здравоохранении является неуклонный рост в плановой и экстренной хирургии удельного веса операций, ежегодно выполняемых лапароскопическим способом. Это позитивно сказалось на снижении частоты специфических осложнений и на большей обоснованности применения хирургии, например, при остром аппендиците и остром холецистите.

Негативной тенденцией наших дней является сокращение численности наиболее ценного элемента структуры хирургической службы страны — медицинского персонала всех уровней. Наблюдается неуклонное снижение обеспе-

ченности населения РФ врачебными и сестринскими кадрами, хирургическими койками и штатными должностями.

Позитивные сдвиги организации безопасности в структуре национальной хирургической службы ожидаются по итогам повсеместного внедрения трехуровневой системы оказания хирургической помощи, за счет уменьшения инвазивности большинства оперативных вмешательств в неотложной хирургии, при изменении концепции вузовского профессионального образования и принципов последипломного совершенствования хирургов в рамках общенациональных образовательных программ российского общества хирургов.

Таким образом, решение актуальных клинических задач в современной хирургии наиболее надежно базируется на основе ряда принципов: на четком целеполагании, особенно с учетом имеющихся в хирургической клинике ресурсов; на медицине, основанной на доказательствах; на разумном компромиссе между стандартизацией и персонализацией избранных лечебных стратегий или отдельных клинических действий. Все это позволит кардинально повлиять на преодоление недостаточной системности в профессиональном и общественном сознании, что должно способствовать внедрению технологий, повышающих качество хирургического лечения и безопасность, причем не только пациентов, но и наших коллег.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Власов А. П., Трофимов В. А., Власова Т. И., Власов П. А., Мышкина Н. А. Системный мембранодестабилизирующий дистресс-синдром в хирургии: понятие, патогенез, диагностика // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2019. №5. С. 25–30.
2. Хрипун А. И., Сажин И. В., Чуркин А. А. и др. Результаты применения протокола ускоренного выздоровления при перфоративной язве // Московский хирургический журнал. 2021. №1. С. 47–53.
3. Иванов И. В., Швабский О. Р., Минулин И. Б., Щерблыкина А. А. Результаты аудитов качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях // Менеджмент качества в медицине. 2018. №1. С. 18–22.
4. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care // Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966. №3. P. 166–206.
5. Мурашко М. А., Иванов И. В., Князюк Н. Ф. Основы обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности. М.: Вива-Стар, 2020. 406 с.
6. Повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов в медицинских организациях: наглядное руководство / Под ред. С. С. Панисар и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 160 с.
7. Куликов О. В. Формирование эффективной системы управления качеством в медицинской организации // Менеджмент качества в медицине. 2018. №1. С. 30–34.
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 №922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия».
9. Хирургическая помощь в Российской Федерации. Информационно-аналитический сборник за 2021 год / Под ред. А. Ш. Ревишвили. М.: ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского», 2022. 199 с.
10. Федеральный закон от 25.12.2018 №489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций».
11. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 11.01.2023).
12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 №203н.
13. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».
14. Ревишвили А. Ш., Сажин В. П., Оловянный В. Е., Захарова М. А. Современные тенденции в неотложной абдоминальной хирургии в Российской Федерации // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2020. №7. С. 6–11.

## АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» (СОГМА) МЗ РФ, г. Владикавказ, Республика Северная Осетия — Алания.

Карсанов Алан Мухарбекович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней №3 СОГМА; e-mail: karsan@inbox.ru.

Абоева Илона Казбековна — студент СОГМА; e-mail: sogma.rso@gmail.com.

Кульчиев Ахсарбек Агубеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №3 СОГМА; e-mail: kulchiev.ahsarbek@yandex.ru.

Вахоцкий Владимир Васильевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней №1 СОГМА; e-mail: sogma.rso@gmail.com.

Корнаева Вера Николаевна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры анатомии человека с топографической анатомией и оперативной хирургией СОГМА; e-mail: sogma.rso@gmail.com.

Сурхаева Алина Вадимовна — студент СОГМА; e-mail: sogma.rso@gmail.com.

Газзаева Линда Георгиевна — студент СОГМА; e-mail: sogma.rso@gmail.com.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград.

Маскин Сергей Сергеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии; e-mail: maskins@bk.ru.

# ШИРОКИЙ ВЫБОР НАДЕЖНОГО ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ



  
**UNICOS**  
**СДЕЛАНО**  
**В КОРЕЕ**

**ДИСТРИБЬЮТОР  
В РОССИИ:  
ООО «АВЕА»**

127015, Москва,  
ул. Новодмитровская, д. 5 А,  
стр. 4, офис 411



+7(495) 665-40-42



avea@avea.ru



www.avea.ru

РЕКЛАМА

## Прибор для исследования поля зрения «Периграф ПЕРИКОМ»

### ПОРОГОВЫЕ И НАДПОРОГОВЫЕ ТЕСТЫ ПЕРИМЕТРИИ ГЛАЗА

— цвет световых стимулов белый,  
фон подсветки белый  
(КТРУ 26.60.12.119 – 00000726)

— цвет стимулов тах видности YG,  
фон подсветки белый  
(КТРУ 26.60.12.119 – 00000730)

#### Комплектность поставки

- Периграф «ПЕРИКОМ» с компьютером в корпусе «mini» с широкоформатным монитором 19.5" или моноблоком 23.8", лицензионным WINDOWS 10 и установленным прикладным ПО
  - поставка с цветным струйным или лазерным принтером
- Периграф «ПЕРИКОМ» с полноразмерным ноутбуком 17.3", лицензионным WINDOWS 10 и установленным прикладным ПО
  - поставка с цветным струйным или лазерным принтером



Производитель:

ООО «СКТБ Офтальмологического  
приборостроения «ОПТИМЕД»

www.optimed-sktb.ru  
e-mail: info@optimed-sktb.ru

Тел. 8 (495) 741-45-67  
8 (495) 786-87-62

РЕКЛАМА

# ОДИН ЗА ТРЕХ: КАКИМ ДОЛЖЕН БЫТЬ СОВРЕМЕННЫЙ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АППАРАТ

В настоящее время лечится практически все. К сожалению, печальная статистика все же существует, и это, как правило, результат поздней выявляемости. В связи с этим трудно переоценить роль диагностического оборудования. О современном средстве рентгенодиагностики – телеуправляемом рентгенодиагностическом комплексе КРТ — нам рассказал Александр Моисеевич Элинсон, генеральный директор НИПК «Электрон» (г. Санкт-Петербург).



— Александр Моисеевич, скажите, что представляет собой КРТ?

— Комплекс рентгенодиагностический телеуправляемый – это дистанционно управляемый аппарат, на котором можно выполнять исследования в режимах рентгенографии, рентгеноскопии и линейной томографии с высоким диагностическим качеством. То есть он объединяет возможности трех рабочих мест и позволяет на одном штативе проводить все рентгенодиагностические исследования, необходимые в условиях поликлиники или стационара.

— Где в основном применяются аппараты КРТ, какие задачи они решают?

— Аппараты КРТ можно применять практически в любом лечебном учреждении. Например, возьмем крупный стационар. Там, где раньше работало 10 рентген-кабинетов, оснащенных аппаратами на три рабочих места, можно оставить, допустим, два кабинета, в которых поставить телеуправляемые аппараты, и на них проводить все рентгеноскопические рентгеноконтрастные исследования, как инвазивные, так и неинвазивные. И еще в двух делать чисто рентгенографические исследования. Это значительно упростит и ускорит работу отделения лучевой диагностики. А если взять небольшое ЛПУ, в котором нужен только один аппарат, то он тоже может быть универсальным телеуправляемым. В каждой нозологии такой аппарат будет ценен, особенно там, где есть какие-либо интервенционные вмешательства, которые проводятся под рентгеновским контролем. КРТ востребован в онкологии, пульмонологии, фтизиатрии, гастроэнтерологии, гинекологии, урологии и нефрологии. На телеуправляемом аппарате очень удобно работать врачу: он облегчает диагностику и существенно повышает ее достоверность.

— Какие модели предлагает Ваша компания, в чем их преимущества?

— Наши аппараты востребованы на рынке, поскольку по ним мы можем обеспечить максимальное качество при доступной цене. Линейка достаточно широкая, мы производим аппараты КРТ, КРД трех торговых марок: «Максима», «ОКО», «Эксперт» с большой вариативностью исполнений – от простых модификаций, где применяется упрощенный телеуправляемый стол, до аппаратов самого высокого уровня, позволяющих проводить исследования с двойной энергией, томосинтезом, шшивкой. Что касается преимуществ, то основные – это высокое качество диагностического изображения, простота и комфорт в использовании, маневренность и многофункциональность, низкая дозовая нагрузка на врача и пациента, надежность.

— Как давно производятся эти аппараты? Можете ли Вы назвать объемы производства?

— Эти аппараты мы производим с 2000 года, в количестве до 200 штук в год. И, в основном, это повторные продажи, то есть клиники, которые на них работают, приобретают себе либо еще один аппарат, либо такой же новый.

— Александр Моисеевич, можно ли сказать, что это импортозамещающая продукция?

— Да, безусловно. Стоит заметить, что по данному направлению (рентген) на российском рынке сформировался устойчивый спрос на отечественную продукцию. Если же говорить именно о телеуправляемых аппаратах, то тут без ложной скромности можно отметить, что наши аппараты являются лучшими на рынке, и среди иностранных аналогов в том числе. Иностранные аппараты не адаптированы для России. Это выражается и в программном обеспечении, и в алгоритме работы. А наши комплексы создаются исходя из потребностей российских врачей и в сотрудничестве с ними. Так, на рабочей станции лаборанта установлено полностью русскоязычное программное обеспечение, благодаря чему на автоматизированном рабочем месте есть весь необходимый функционал, в том числе ведение базы данных пациентов, управление параметрами съемки, функции обработки изображения, автоматическое формирование статистических отчетов по принятым в России формам и многое другое.

— Александр Моисеевич, что Вы хотели бы добавить в заключение?

— При производстве аппаратов мы много внимания уделяем не только их качеству, но и комфорту в обслуживании. В комплексах КРТ реализована возможность дистанционного подключения в режиме онлайн – это позволяет оперативно проводить диагностику и устранение неполадок, а также настраивать систему в соответствии с пожеланиями пользователей.

# О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ PCO — АЛАНИЯ В ПЕРИОД ФОРС-МАЖОРА, ВЫЗВАННОГО ПАНДЕМИЕЙ COVID-19

А. М. Карсанов, В. Б. Биганов, В. С. Салагаева, И. М. Абиева, М. А. Медоева,  
П. Э. Икаева, Д. З. Козонова, Т. Д. Метонидзе, А. Б. Бугулова

**Аннотация.** В статье представлены результаты изучения основных показателей функционирования региональной хирургической службы (на модели Республики Северная Осетия — Алания) в условиях глобального форс-мажора — пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19. В период вынужденного реформирования хирургической помощи сформировались негативные условия. Так, сократилось число хирургических коек и штатных единиц врачей-хирургов и медицинских сестер, значительно сокращена плановая хирургическая помощь и, в результате, возросло число ур-

гентных осложнений желчнокаменной болезни и ущемленных грыж. В регионе значительно снизилась частота применения лапароскопических методов лечения пациентов с экстренной абдоминальной патологией. На сегодня нельзя строить сколько-нибудь жизнеспособные планы по реформам хирургии без понимания глобальных и национальных тенденций в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** экстренная хирургия, лечение, новая коронавирусная инфекция, организация хирургической помощи.

## ABOUT THE ACTIVITY OF THE SURGICAL SERVICE OF RNO-ALANIA DURING THE FORCE MAJEURE CAUSED BY THE PANDEMIC COVID-19

A. M. Karsanov, V. B. Biganov, V. S. Salagaeva, I. M. Abieva,  
M. A. Medoeva, P. E. Ikaeva, D. Z. Kozonova, T. D. Metonidze,  
A. B. Bugulova

**Annotation.** The article presents results of studying the main indicators of the functioning of the regional surgical service (on the model of the Republic of North Ossetia – Alania) in the context of a global force majeure – a pandemic of a new coronavirus infection COVID-19. During the period of forced reformatting of surgical care, negative conditions were formed. So the number

of surgical beds and staff units of surgeons and nurses has been reduced, planned surgical care has been significantly reduced and, as a result, the number of urgent complications of gallstone disease and strangulated hernias has increased. The frequency of using laparoscopic methods for treating patients with emergency abdominal pathology has significantly decreased in the region. It is impossible to build any viable plans for surgical reforms without an understanding of global and national trends in practical healthcare.

**Keywords:** emergency surgery, treatment, new coronavirus infection, organization of surgical care.

В функционировании национальной хирургической службы наряду с очевидным ростом качества и безопасности оказания этого вида помощи в стране есть немало проблем, причем среди них есть и системные [1]. Среди ряда системных проблем хирургической службы, более обсуждаемых и очевидных на взгляд большинства исследователей (кадровый дефицит, полярная мотивированность хирургического персонала и материальная компенсация за труд в различных регионах страны, неравномерная технологическая обеспеченность хирургических служб различных учреждений и пока не согласованная маршрутизация пациентов со сложными клиническими ситуациями в более оснащенные учреждения и многое другое), особое место, на наш взгляд, занимает готовность всех звеньев оказания хирургической помощи к эффективной работе в условиях форс-мажора [2].

В рамках государственного регулирования медицинской деятельности, а также в результате комплексных усилий российского общества хирургов прилагаются немалые ор-

ганизационные усилия по совершенствованию основных структурных компонентов и технологических элементов целостной системы повышения качества и безопасности хирургической деятельности [1, 3]. Однако и в эту, достаточно стройную и согласованную систему организации и реализации хирургической помощи могут довольно неожиданно вмешаться внешние и труднопреодолимые безразработке системного подхода обстоятельства. В качестве свежего примера достаточно напомнить, какое давление испытывают системы здравоохранения абсолютно всех стран в период пандемии новой коронавирусной инфекции, что к процессу обеспечения качественной хирургической помощи относится далеко не в последнюю очередь [4].

Хирургам во всех странах не привыкать работать в условиях многовекторного давления и быстро меняющейся обстановки. Временное ограничение использования современной хирургической техники и существенное изменение кадрового состава хирургической службы, как это происходило из-за необходи-

мости срочного формирования из врачей различных специальностей сотрудников инфекционных госпиталей, не могло не сказаться негативно на качестве и безопасности хирургической помощи [4, 5]. Как и то, что в связи с неизбежностью перераспределения функций по обеспечению неотложной хирургической помощи в субъектах Российской Федерации изменилась маршрутизация хирургических пациентов в регионе и значительно возросла нагрузка на хирургическую службу медицинских организаций, которые традиционно не практиковали в условиях большой интенсивности неотложной медицины и в значительных объемах в «доковидный» период [2, 4, 5].

**Цель исследования:** изучение основных показателей функционирования региональной хирургической службы на модели Республики Северная Осетия — Алания (PCO-A) в условиях глобального форс-мажора — пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 и их сравнительный анализ с данными по другим субъектам страны и Российской Федерации (РФ) в целом.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на анализе сводной общенациональной и региональной статистики в РСО-А, сформированной согласно форме №14 и форме №30 и отражающей комплексные показатели ежегодной отчетности, кумулированные в сводной Информационно-аналитической системе по профилю «Хирургия» на официальном ресурсе Главного хирурга и эндоскописта РФ академика А.Ш. Ревишвили. Глубина поиска и сравнительный анализ проведены за период 5 лет.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

### Обеспеченность населения РСО-А врачебными кадрами и хирургическими койками

Проблема обеспеченности региона хирургическими койками и кадрами не теряет своей актуальности. Данные, касающиеся этой проблемы, являются основой для дальнейших действий в развитии медицинской системы, позволяют определить слабые места в структуре здравоохранения.

В 2017 году в нашей республике число хирургических коек составляло 222,4, и по Северо-Кавказскому федеральному округу (СКФО) этот показатель занимал третье место с конца по обеспеченности койками, превышая их количество в Республике Ингушетия и Карачаево-Черкесской республике, а если исходить из расчета обеспеченности койками на 10.000 населения — 3,16, превышая данный показатель лишь в Республике Ингушетия.

В 2018 году ситуация по оснащенности в РСО-А не претерпела изменений, все показатели остались такими же, какими были в 2017 году. В 2019 году количество хирургических коек для взрослых снизилось до 217, а средняя занятость койки в году была 289 дней, что являлось одним из наиболее низких показателей как по СКФО, так и в целом по РФ. Показатель летальности на хирургической койке в РСО-А составлял 0,58%, что в целом по России являлось средним значением, а по СКФО — одним из наиболее высоких, уступая Ингушетии и Ставропольскому краю.

Конкретно гнойных коек было 111, что является одним из наиболее высоких показателей по СКФО и выше

среднего в целом по РФ. Из расчета на 10.000 населения показатель в нашей республике (1,59) был самым высоким по России, занятость гнойной койки в году составила 292 дня, летальность — 1,01%, а коек абдоминальной хирургии было 60. В 2020 году число хирургических коек для взрослых снизилось до 162, занятость также уменьшилась — до 285 дней в году. Однако летальность выросла почти в два раза (до 1,14), гнойных коек стало 78, что намного меньше, чем было в предшествующем году. Занятость койки в год снизилась до 281 дня, в то время как летальность достигла 1,72%. Коек абдоминальной хирургии стало всего 5. В 2021 году ситуация стала немного лучше: количество коек возросло до 191, занятость возросла до 294 дней в году, однако летальность снизилась до 0,77%. Гнойных коек стало 83, их занятость также выросла до 323 дней в году, при этом летальность снизилась до 1,38%, коек же абдоминальной хирургии осталось по-прежнему 5.

Обеспеченность врачебными кадрами в период с 2017 по 2021 год в целом сначала снижалась (со 149 в 2017 году до 125 в 2020), но в 2021 году оснащенность хирургами в целом повысилась до 129. Относительно других хирургических показателей наблюдается следующее: численность травматологов-ортопедов снизилась со 140 до 130, численность онкологов составила 60. В целом численность врачей хирургического профиля за указанный промежуток времени уменьшилась с 530 до 510.

### О проблемах лечения острого холецистита в РСО-А

Проблема лечения пациентов с острым холециститом (ОХ) не теряет своей актуальности, поскольку это заболевание в основном встречается у пациентов пожилых возрастных групп и сопровождается разнообразными осложнениями.

Важнейшим прогностическим фактором в лечении данного осложнения желчнокаменной болезни является своевременность либо запоздалость госпитализации пациентов в хирургический стационар. Для начала рассмотрим показатели эффективности работы службы с учетом доступности и ранней госпитализации этого контингента пациентов.

Всего за анализируемые 5 лет в РФ при ОХ поздняя госпитализация составила 47%. Средний показатель госпитальной летальности в стране за этот период составил 0,99%. В то же время среди пациентов, госпитализированных спустя 24 часа от начала заболевания, госпитальная летальность составила 1,58%. Всего в стране оперировано 61,7% от всех госпитализированных. Послеоперационная летальность среди всех оперированных с ОХ составила 1,38%, а среди обратившихся спустя сутки от начала приступа — 2,21%.

Всего в РСО-А за 5 лет по поводу ОХ получили лечение 3430 пациентов. Процент поздней госпитализации при ОХ в республике составил 51,9%. Пятилетняя динамика (2017–2021 гг.) госпитальной летальности в РСО-А выглядит следующим образом: 0,9% — 1,3% — 1,1% — 0,4% — 0,7%. Этот же показатель среди госпитализированных на 2-е сутки заболевания и позже уже выглядит так: 0,6% — 2,9% — 1,4% — 0,6% — 0,8%, что в среднем реализовалось в 1,26% летальности, что, хоть и не достоверно, но ниже федеративного показателя.

В РСО-А за 5 лет были оперированы 1889 пациентов с ОХ. Сама по себе эта цифра никакого неожиданного эффекта не производит, поскольку показатель хирургической активности при ОХ составил 55,1%, что хоть и уступает федеративному, но незначительно. Допустимо полагать, что это вполне может свидетельствовать об эндемических особенностях течения заболевания в регионе. Однако нам кажется очень показательным, что погодная динамика необходимости в хирургическом лечении пациентов с ОХ с 2017 по 2021 гг. выглядит очень неровно: 53,5%; 71,1%; 53,9%; 36,6%; 57,4%. В результате средний за 5 лет показатель послеоперационной летальности в РСО-А составил 1,3%, а среди лиц, госпитализированных после суток, — 2,2%.

Анализ выбора оперативного доступа в 2020 и в 2021 гг. показал, что в РФ была выполнена открытая холецистэктомия соответственно в 26,6% и 23,7%, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) — в 65,2% и в 68,4%, а в остальных 8,2% и 7,9% соответственно — малоинвазивная холецистэктомия из мини-доступа. В РСО-А за этот же период среди всех операций удельный вес ЛХЭ

составил всего 35,6% (ровно вдвое ниже общенационального показателя), а для оперированных из подгруппы с поздней госпитализацией — 25%. Этот показатель красноречиво свидетельствует о недостаточно технологичном подходе к выбору метода хирургического лечения у данной категории пациентов в те годы. При изучении истинных причин низкой частоты выполнения холецистэктомии в республике в 2020–2021 гг. основным негативным фактором явилось значительное сокращение хирургических коек в учреждениях республиканского уровня из-за эпидемии COVID-19 и развертывании экстренной помощи жителям республики на базе двух центральных районных больниц.

Один из промежуточных выводов может звучать так: поскольку в мире и в нашей стране тактика лечения пациентов с ОХ базируется на оценке не только выраженности воспалительно-деструктивных изменений в желчном пузыре, но и на стандартизованной стратификации риска оперативного лечения у различных по соматическому статусу категорий больных, основным путем улучшения результатов лечения пациентов с ОХ традиционно должно являться расширение плановой хирургической помощи пациентам с неосложненной желчнокаменной болезнью, что, наряду с широким освещением для общественности, должно повысить обращаемость за медицинской помощью и снизить удельный вес несвоевременно обратившихся к медикам пациентов.

### **О проблемах лечения острого панкреатита**

Удельный вес числа пациентов с острым панкреатитом (ОП) в РФ среди контингента с заболеваниями из собирательной категории «острого живота» занимает второе место (25–35%) и уступает только острому аппендициту. В течение последних трех лет в РФ с диагнозом ОП в среднем ежегодно госпитализировалось свыше 144 тысяч пациентов. Поэтому совершенно очевидна необходимость анализа статистических данных и выяснения связи между послеоперационной летальностью и факторами, способными на нее повлиять. Однако республиканская статистика в РСО-А изобилует цифровыми несоответствиями и разнообразными ар-

хаичными вариантами лечения, а самое главное — малоинформативна по вытекающим выводам, поэтому вынуждена ограничиться описанием общенациональных показателей лечения этого во всех смыслах сложного контингента больных.

Послеоперационная летальность при ОП увеличилась в 2020 году (19,7%) по сравнению с 2019 (17,4%) на 2,3%, в 2021 году немного снизилась и составила 19,2%, но все еще не достигла доковидных значений, что неудивительно, так как, помимо влияния пандемии COVID-19 на проявление и прогрессирование самого заболевания, в 2020 году произошло также сокращение госпитализации в хирургические стационары на 21,0%, сокращение плановых операций на 40,5%, а также сокращение амбулаторных обращений на 17,5%.

Одной из причин наметившейся в 2021 году в стране тенденции к снижению летальности при ОП является увеличение числа лапароскопических операций, снижающих риск инфекционных осложнений хирургического компонента комплексного лечения и не усугубляющих тяжесть общесоматического статуса пациентов. Также отмечается положительная динамика численности врачей-эндоскопистов: с 2016 года она возросла на 245 человек, что тоже могло повлиять на снижение летальности.

В 2021 году наибольшая летальность наблюдается в Приволжском (22,04%), Сибирском (21,74%) и Дальневосточном (20,32%) федеральных округах, наименьшая — в Уральском (17,15%) и Центральном (17,19%) федеральных округах. Летальность в Южном, Северо-Кавказском и Северо-Западном федеральных округах составила 19,42%, 18,34% и 18,32% соответственно. Низкая относительно других регионов летальность в Уральском и Центральном федеральных округах может быть связана с преобладанием в этих округах городского населения, а экстренная медицинская помощь, необходимая при ОП, в городских лечебных учреждениях оказывается, как правило, намного эффективнее, чем в сельской местности.

Оценивая динамику послеоперационной летальности, можно сделать вывод, что факторами, влияющими на нее, являются сроки госпитализации, техника проведения

операции и вероятность развития ранних послеоперационных осложнений. Поэтому целесообразно для лечения ОП расширить проведение малоинвазивных вмешательств с использованием лапароскопических операций, современных методов интервенционной хирургии. Это позволит сократить время пребывания больных в стационаре путем сокращения восстановительного периода, снизить операционные риски и вероятность развития послеоперационных осложнений.

### **Влияние пандемии COVID-19 на оказание помощи пациентам с ущемленными грыжами**

В наши дни, несмотря на прогрессивное лечение и достигнутые успехи, результаты хирургического лечения больных с ущемленными грыжами брюшной стенки не могут считаться удовлетворительными. По сводным статистическим данным, частота развития послеоперационных вентральных грыж после лапаротомии составляет 5–20%. Помимо этого, пандемия новой коронавирусной инфекции отрицательно повлияла на организацию как плановой, так и неотложной хирургической помощи в нашей стране.

Уже за первый полноценный «ковидный» год (2020) в стране констатирован существенный рост послеоперационной летальности среди пациентов с ущемленными грыжами — на 9,5% по сравнению с 2019 годом, когда этот показатель был на уровне 3,03%. Что касается РСО-А, то в республике летальность увеличилась на 75% в период с 2017 по 2021 год. Анализ сводных данных выявил, что сокращение объемов оказания плановой хирургической помощи в стране составляет 40,5%, а на территории СКФО — 33,63%, по сравнению с предыдущим «нековидным» 2019 годом. Помимо этого, негативным фактом следует признать снижение общего планового хирургического приема в поликлиниках на 17,5%, что вполне естественно способствовало увеличению числа больных, у которых «грыженосительство» осложнилось ургентным состоянием, потребовавшим операции в экстренном порядке.

Поздняя госпитализация больных (более 24 ч.) с данным дефектом хоть и не очень значимо, но увеличилась — с 28,6% в 2020 г. до 29,6% в 2021 г.,

однако подобное течение было характерно для всех неотложных заболеваний органов брюшной полости и в сумме значительно повысила риск неблагоприятных результатов лечения всех хирургических больных с острой абдоминальной патологией.

Низкая доступность плановой помощи для хирургических пациентов является одним из важных факторов рецидивов и осложнений. Среди позитивных тенденций ковидного периода следует отметить, что в нашей стране наметился рост частоты выполнения видеоэндоскопических оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Это произошло из-за сформулированных национальным консенсусом рекомендаций по профилактике инфицирования вирусом SARS-CoV-2 всего медицинского персонала, в том числе членов операционных бригад. Удельный вес лапароскопических операций в 2021 году составил 3,6%, что на 0,5% больше, чем в 2019 году (3,1%).

Таким образом, все больные с подозрением на ущемленную грыжу, даже в случае самопроизвольного вправления, подлежат немедленной госпитализации в стационар. Известно, как негативно повлияла пандемия COVID-19 на качество и доступность амбулаторного и хирургического лечения — увеличилось число рецидивов и возможных осложнений. Соответственно, возникла острая нехватка в оказании своевременной и плановой помощи населению.

#### **Лапароскопическая хирургия как ключевой показатель качества оказания экстренной помощи**

Уровень оказания хирургической помощи пациентам с острыми заболеваниями органов брюшной полости в нашей стране всегда рассматривался как приоритет общенационального здравоохранения. Об этом же свидетельствует тот факт, что разработка профессиональным сообществом хирургов и утверждение федеральным отраслевым регулятором национальных клинических рекомендаций были начаты именно с неотложной абдоминальной патологии. Во всем мире и в нашей стране одним из ключевых показателей степени технологичности оказания неотложной хирургической помощи на любом уровне является широта и диапазон выполнения малоинвазивных

хирургических вмешательств, в первую очередь, лапароскопических (ЛС). Именно в этой связи необходимо изучать данный вопрос и всемерно способствовать расширению спектра выполнения ЛС-операций при оказании неотложной хирургической помощи во всех регионах РФ.

Особенностью данного раздела исследования было то, что в связи с низкой частотой выполнения лечебных ЛС-вмешательств при других нозологиях основным объектом исследования были три неотложных состояния: острый аппендицит (ОА), ОХ и перфоративная язва (ПЯ).

В 2021 году в РСО-А при лечении ОА было выполнено всего 45 ЛС-аппендэктомий без летальности, что составило 12,2% от всех аппендэктомий, в то же время в РФ показатель малоинвазивной аппендэктомии составил 37,5%. Что характерно, в РФ послеоперационная летальность после ЛС-аппендэктомии (0,02%) в 10 раз ниже, чем при открытой операции (0,24%). Лидерами в стране по внедрению ЛС-доступа являются: г. Москва (97,5% ЛС-операций), г. Санкт-Петербург (83,62%), Новгородская область (79,6%) и ряд малых регионов. В СКФО наш субъект далеко не в лидерах по внедрению ЛС-технологии, так как окружной показатель выполнения ЛС-операций при ОА составляет 27,8%.

При лечении ПЯ в РФ удельный вес ЛС-операций в последние три года сохраняется на уровне 11%. Максимальный уровень достигнут в г. Москве (55,76%), Республике Дагестан (47,18%) и Рязанской области (41,59%). Послеоперационная летальность при лапароскопических операциях увеличилась с 1,06% (2019 г.) до 1,57% (2021 г.). Окружной показатель ЛС-лечения ПЯ для нашего региона составил 7,8% от всех оперированных. В РСО-А в 2021 году было выполнено всего 4 ЛС-операции (4,6%).

При ОХ в нашей стране за 2020 и 2021 год удельный вес ЛС-оперированных пациентов составил соответственно 65,2% и 68,4% при минимальной летальности из всех вариантов оперативного доступа (0,2%), хотя в генеральной популяции пациентов с ОХ в стране летальность составила 1,46%, а среди оперированных открыто — 4,8%. В РСО-А в 2021 году удельный вес ЛС-холецистэктомий соста-

вил 35,6%, что в 2,6 раза ниже, чем в СКФО в целом (81,6%). Для сравнения: в г. Москве в 2021 году 96,5% холецистэктомий было выполнено ЛС-методом. В 2019–2020 гг. соотношение показателей и общая тенденция были аналогичными.

Таким образом, в 2019–2021 гг. в РСО-А при оказании хирургической помощи пациентам с острой абдоминальной патологией использование ЛС-технологий было крайне низким. По этому показателю субъект находится среди худших в СКФО и в стране. Одним из приоритетных направлений совершенствования хирургической помощи в РСО-А должно стать широкое внедрение видеоэндоскопических технологий в клиниках, оказывающих неотложную хирургическую помощь.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Слагаемые негативных последствий хирургического лечения могут быть самыми разнообразными — от кадрового и инфраструктурного обеспечения до использования устаревших хирургических технологий и низкого качества контроля, а следовательно, администрирования хирургического процесса. Однако давно сложившиеся принципы и базовые основы качественной хирургической помощи в мирное время могут быть подвергнуты кардинальным изменениям и потребовать оперативного реформирования в случае тотального давления на всю систему здравоохранения страны и отдельного субъекта РФ.

В период пандемии COVID-19 во всех странах существенно изменилась логистика, маршрутизация и практика оказания различных видов специализированной медицинской помощи. В этой связи далеко не всегда можно утверждать, что процесс оказания хирургической помощи не пострадал, а качество выполнения хирургических вмешательств не снизилось. Кроме того, ввиду новых глобальных реалий безопасность пациентов не могла не подвергаться повышенному риску из-за сокращения объемов плановой и значительной редукации условий и характера оказания экстренной хирургической помощи.

Принимая во внимание изученную статистику, становится ясно, что необходимо повысить количество коек в РСО-А, что, в свою очередь, может снизить показатель летальности, так как повысит возможность

оказания своевременной помощи населению, к тому же это необходимо и в связи с тем, что на момент изучения занятость койки составляет большую часть года. В численности врачей наблюдается тенденция к снижению, что также приводит к более поздним срокам лечения.

Таким образом, в РСО-А, после восстановления нормальных принципов организации неотложной хирургической помощи, есть все шансы обеспечить необходимый стандарт качества и безопасности хирургической помо-

щи пациентам. При этом нельзя строить сколько-нибудь жизнеспособные планы по реформам хирургии без понимания глобальных и национальных тенденций в практическом здравоохранении. В этой связи можно лишь повторить, что основная тенденция современной хирургии — уменьшение инвазивности оперативных вмешательств.

Современная хирургическая помощь невозможна без использования широкого спектра разнообразных технологий и высокого уровня тех-

нического оснащения, позволяющих минимизировать физиологические последствия операционной травмы. Именно фактор использования хирургическим персоналом минимально инвазивных технологий способен нивелировать высокие риски при форс-мажорных обстоятельствах. Высокая индивидуальная квалификация персонала значительно повышает «запас прочности» прогрессивной формы организации всей работы хирургической службы в подобных обстоятельствах.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ревишвили А. Ш., Сажин В. П., Оловянный В. Е., Захарова М. А. Современные тенденции в неотложной абдоминальной хирургии в Российской Федерации // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2020. №7. С. 6–11.
2. Хирургическая помощь в Российской Федерации. Информационно-аналитический сборник за 2021 год / Под ред. А. Ш. Ревишвили. М.: ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского», 2022. 199 с.
3. Власов А. П., Трофимов В. А., Власова Т. И., Власов П. А., Мышкина Н. А. Системный мембранодестабилизирующий дистресс-синдром в хирургии: понятие, патогенез, диагностика // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2019. №5. С. 25–30.
4. Федоров А. В., Курганов И. А., Емельянов С. И. Хирургические операции в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) // Хирургия. 2020. №9. С. 92–101.
5. De Simone B., Chouillard E., Di Saverio S. et al. Emergency surgery during the COVID-19 pandemic: What you need to know for practice // Ann. R. Coll. Surg. Engl. 2020. №102. P. 323–332.

## АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» (СОГМА) МЗ РФ, г. Владикавказ; e-mail: sogma.rso@gmail.com. Карсанов Алан Мухарбекович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней №3 СОГМА; e-mail: karsan@inbox.ru.

Биганов Вячеслав Батразович — студент СОГМА.  
Салагаева Виктория Славиковна — студент СОГМА.  
Абиева Илона Муссаевна — студент СОГМА.  
Медоева Милана Аслановна — студент СОГМА.  
Икаева Полина Эльбрусевна — студент СОГМА.  
Козонова Джулиана Захаровна — студент СОГМА.  
Метонидзе Тамара Денисовна — студент СОГМА.  
Бугулова Алина Борисовна — студент СОГМА.

УДК 616.98

# РОЛЬ НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

А. А. Рындич, А. Н. Матузкова, Д. В. Воронцов, Т. И. Твердохлебова, А. Г. Суладзе

**Аннотация.** Борьба с распространением ВИЧ-инфекции — важнейшая задача, стоящая перед системой здравоохранения. **Цель:** Охарактеризовать модель взаимодействия между медицинскими и социальными службами, а также неправительственными общественными организациями (НПО) для обеспечения доступа к программам профилактики ВИЧ-инфекции. **Результаты.** НПО могут выполнять роль баз для осуществления медико-психосоциальной работы специалистами центров СПИД, стать опорными пунктами для проведения биоповеденческих исследований в рамках

дозорного эпиднадзора, выступать проводником профилактических и противоэпидемических мероприятий, особенно в труднодоступных для системы общественного здравоохранения группах. **Заключение.** Включение НПО в комплекс мероприятий по борьбе с ВИЧ является важным шагом на пути снижения нагрузки на сотрудников государственных учреждений, улучшения доступа пациентов к медицинским и социальным услугам.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, НПО, эпидемический процесс, профилактика.

## THE ROLE OF NON-PROFIT ORGANIZATIONS IN HIV PREVENTION

A. A. Ryndich, A. N. Matuzkova, D. V. Vorontsov, T. I. Tverdokhlebova, A. G. Suladze

**Annotation.** Combating the spread of HIV infection is a major challenge facing the health care system. **Objective:** To characterize the model of interaction between medical and social services, as well as non-governmental public organizations (NGOs) to ensure access to HIV prevention programs. **Results.** NGOs can serve as bases for the implementation of medical and psychosocial work by

AIDS center specialists; become strongholds for conducting bio behavioral research within the framework of sentinel epidemiological surveillance, act as a conductor of preventive and anti-epidemic measures, especially in groups that are hard to reach for the public health system. **Conclusion.** The inclusion of NGOs in the complex of measures to combat HIV is an important step towards reducing the burden on employees of state institutions, improving patients' access to medical and social services.

**Keywords:** HIV infection, NGO, epidemic process, prevention.

**В** ИЧ-инфекция является серьезной угрозой для мирового сообщества как на глобальном, так и на региональном уровнях. Борьба с распространением этого заболевания — важнейшая задача, стоящая перед системой здравоохранения [1, 2]. По данным Всемирной организации здравоохранения, с начала эпидемии инфицировались ВИЧ 79,3 млн человек, умерло от болезней, связанных со СПИДом, 36,3 млн человек.

В Российской Федерации Государственной стратегией противодействия распространению ВИЧ-инфекции (далее — Стратегия) в стране определены основные направления противоэпидемической работы [2]. Ведущей задачей Стратегии является снижение числа новых случаев заболеваемости и смертности от СПИДа. Центры по профилактике и борьбе со СПИДом (Центры СПИДа) являются специализированными учреждениями, координирующими, организующими и осуществляющими профилактические, противоэпидемические, диагностические, лечебные и другие мероприятия, направленные на предупреждение распространения ВИЧ, а также на снижение уровня негативных последствий, вызванных распространением ВИЧ-инфекции на подведомственных Центрах СПИДа территориях [7]. В соответствии со Стратегией в реализацию государственных программ по противодействию распространению ВИЧ-инфекции следует активно вовлекать гражданское общество, в том числе социально ориентированные некоммерческие организации (НПО).

Вследствие ежегодного выявления новых случаев ВИЧ-инфекции соответственно увеличивается и пораженность населения ВИЧ-инфекцией [3-6]. В последние годы в России продолжалась генерализация эпидемического процесса ВИЧ-инфекции за счет ее распространения в общей популяции населения [3]. Актуальность пораженности населения ВИЧ-инфекцией [4, 8-10] нацеливает на постоянную организационную профилактическую работу, направленную на все группы населения. Официальное здравоохранение имеет ограниченные возможности для организации работы с особо уязвимыми категориями населения по заражению ВИЧ, при этом в большинстве регионов России, особенно с высоким уровнем пораженности, используются механизмы межведомственного взаимодействия, в том числе с социально ориентированными НПО.

Вместе с тем ресурс НПО недостаточно используется. Для расширения партнерства государственных и общественных служб необходимо разработать модели взаимодействия [11-14]. Участие НПО в системе профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении ВИЧ-инфекции позволит адаптировать эти мероприятия к особенностям уязвимых групп и групп высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией, сделать работу этой системы гибкой и диверсифицированной с учетом интересов и потребностей целевых групп [15].

**Цель работы:** охарактеризовать модель взаимодействия и партнерства между медицинскими и социальными службами, а также общественными организациями для обеспечения доступа к программам профилактики ВИЧ-инфекции.

На 31.12.2022 г. число россиян, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ) в ЮФО и СКФО, составило 78831 человека. Наблюдается территориальная неравномерность показателей пораженности. Вследствие большого количества зарегистрированных больных ВИЧ-инфекцией, а значит, и источников инфекции, ежегодно увеличивается число новых случаев заболевания. В 2022 г. по сравнению с 2021 г. показатель заболеваемости возрос на 5,5% и составил 27,0 на 100 тысяч населения (в 2021 г. — 25,6 на 100 тысяч населения). Выявлено 7224 новых случая ВИЧ-инфекции. Ведущим фактором заражения ВИЧ оставался гетеросексуальный (75,5%), на втором месте — парентеральный (при потреблении инъекционных наркотиков) (21,4%).

Согласно СанПин 3.3686-21 [16] основными уязвимыми перед ВИЧ-инфекцией группами населения являются: потребители инъекционных наркотиков (ПИН), лица, занимающиеся проституцией (КСР), лица, практикующие гомосексуальные половые контакты. Группу повышенного риска заражения ВИЧ представляют клиенты КСР, половые партнеры ПИН, лица, заключенные под стражу, беспризорные дети, лица, имеющие несколько половых партнеров, работники, деятельность которых связана с передвижением по территории Российской Федерации, а также люди, злоупотребляющие алкоголем и инъекционными наркотиками, поскольку под воздействием психоактивных веществ они чаще практикуют более опасное сексуальное поведение.

ПИН представляют собой группу людей, использующих внутривенное

введение психоактивных веществ с немедицинскими целями. Для наркопотребителей, кроме высокого риска заражения при парентеральном введении наркотиков, существует также угроза заражения половым путем из-за снижения контроля поведения, частой смены половых партнеров, занятия коммерческим сексом для получения средств на наркотики. Потребление неинъекционных наркотиков и алкоголя также провоцирует рискованное сексуальное поведение и передачу ВИЧ половым путем.

Важнейшими направлениями работы Центров СПИДа являются проведение профилактической и противоэпидемической работы, в том числе среди уязвимых в отношении заражения ВИЧ групп населения, а также организация социальной и паллиативной помощи [7]. Эта работа может быть эффективной только при условии оказания комплексной, мультисекторальной помощи совместно со специалистами амбулаторно-поликлинических медицинских учреждений, центров социального обслуживания населения, сотрудниками НПО и с другими организациями социальной сферы и гражданского общества. Привлечение НПО, выражающих интересы отдельных групп населения, имеет большое значение для организации профилактических мероприятий.

Задачи, решаемые во взаимодействии с НПО:

- повышение доступности профилактики ВИЧ-инфекции для наиболее восприимчивых к заражению ВИЧ-инфекцией групп населения с учетом их особых потребностей и интересов;
- повышение доступности медико-психосоциальных услуг при сопровождении пациентов с ВИЧ-инфекцией из наиболее восприимчивых групп населения;
- повышение доступности наиболее восприимчивых и уязвимых групп населения для системы наблюдения за распространением ВИЧ-инфекции, повышение эффективности мониторинга и оценки эпидемической ситуации, а также эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий в восприимчивых к заражению ВИЧ-инфекцией группах.

#### Функции НПО во взаимодействии с Центрами СПИДа

НПО могут выполнять одну или несколько функций во взаимодействии с Центрами СПИДа:

1. Консультативная, или экспертная, функция. НПО могут исполнять роль экспертов, которые лучше знают базовые потребности и основные интересы целевой группы.

2. Представительская/адвокатская функция. Специалисты НПО могут быть представителями лиц из целевой группы, заниматься адвокацией и защитой прав людей, на которых направлен фокус профилактической или противоэпидемической работы Центров СПИДа. Выполнение этой функции в рамках взаимодействия с Центром СПИДа повышает уровень открытости и доверия уязвимой группы, позволяет получать адекватную эпидемиологически значимую информацию и лучше понимать характер эпидемического процесса в восприимчивых к ВИЧ-инфекции группах. Центр СПИДа в этом случае играет роль патронирования и властной поддержки адвокатской деятельности НПО. Даже формальное представительство НПО в структуре Центра СПИДа (волонтерское, штатное и т.п.) способствует рассмотрению учреждения здравоохранения в качестве дружественного для уязвимой группы.

3. Специальная функция. На базе НПО возможно осуществление медико-психосоциальной работы специалистами Центра СПИДа; НПО может быть опорным пунктом для проведения биоповеденческих исследований в рамках дозорного эпиднадзора, выступать проводником профилактических и противоэпидемических мероприятий в поражаемой или уязвимой социальной группе, особенно если эта группа является труднодоступной для системы общественного здравоохранения. Обратной функцией Центров СПИДа во взаимодействии с НПО является организационное и методическое обеспечение совместной деятельности в борьбе с ВИЧ-инфекцией. У сообщества людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), имеется потребность в повышении своего информационного багажа и владения навыками консультирования других [17]. НПО может выступать организатором семинаров для разных консультантов с целью их подготовки для дальнейшей работы в качестве волонтеров или аутрич-работников в проектах для ключевых групп. НПО может организовать активную профилактическую работу в соцсетях.

Так, на примере работы, организованной в Южном окружном центре по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН РостовНИИ микробиологии и паразитологии Роспотребнадзора

(ЮОЦПБ со СПИДом) рассмотрим один из вариантов такого взаимодействия. На базе ЮОЦПБ со СПИДом функционирует пункт профилактики социально значимых заболеваний (ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов). Для консультантов из территорий Юга России с целью повышения навыков в проведении консультаций, мероприятий по повышению приверженности к медицинской и социальной помощи, снижению стигматизации, связанной с ВИЧ, проводятся обучающие семинары в рамках проекта «Содружество ВИЧ-сервисных НКО на Юге России — степ.ру» при поддержке Фонда президентских грантов.

НПО, с которыми может осуществляться взаимодействие центров СПИДа, могут иметь разную основу деятельности. Во-первых, это могут быть организации-посредники, которые сами не объединяют представителей целевой группы, однако имеют возможность представлять и защищать их интересы, имея доступ к необходимой уязвимой группе. Как правило, это хорошо структурированные большие НПО, имеющие различные направления деятельности. Чаще всего такие НПО работают в качестве транснациональных или международных неправительственных организаций. Во-вторых, есть организации, созданные непосредственно самими представителями целевой группы для самостоятельной защиты и представления собственных интересов. Эти организации могут функционировать как на национальном, межрегиональном, так и на местном уровне.

Варианты взаимодействия НПО и Центров СПИДа:

- Взаимный обмен информацией, сопровождение пациентов.
- Совместное проведение мероприятий.
- Имущественная и иная поддержка:
  - НПО со стороны Центра СПИДа (например, предоставление помещений);
  - Центра СПИДа со стороны НПО (например, привлечение сотрудников Центров СПИДа в качестве внешних консультантов для работы в НПО на добровольной или возмездной основе).
- Совместное планирование и реализация проектов, привлечение НПО в качестве субподрядчиков для реализации плана профилактической и противоэпидемической работы, финансируемой из средств регионального бюджета (создание и поддержка устойчивой работы

пунктов дозорного эпиднадзора, центров психосоциального консультирования на базе НПО, клубов пациентов, живущих с ВИЧ, помощь медицинским работникам по формированию и поддержанию у пациентов с ВИЧ приверженности к высокоактивной антиретровирусной терапии и т.п.).

- Совместная оценка и мониторинг профилактической и противоэпидемической работы в целевых группах.
  - Включение сотрудников НПО в состав внештатных или штатных (в том числе на условиях совмещения) сотрудников Центров СПИДа для работы в качестве консультантов или для занятия должностей социального работника, помощников и иных в соответствии с имеющимися у сотрудников НПО документами об образовании.
  - Формирование недостающих компетенций у сотрудников, привлекаемых НПО, включая развитие навыков публичных выступлений и презентаций.
  - Продвижение информации о деятельности и услугах НПО в материалах и на информационных стендах Центра СПИДа.
  - Публичная поддержка Центрами СПИДа деятельности НПО в профилактической работе, адвокаты этой деятельности в органах местной и региональной власти, продвижение наиболее подготовленных активистов НПО в координационные советы при главах региональных администраций по вопросам противодействия распространению на территориях регионов ВИЧ-инфекции. Официальное представительство НПО в координационных советах дает возможность эффективно учитывать позицию различных сообществ при определении политики, приоритетов, долгосрочных планов и бюджетирования программ профилактики, а также работает на снижение уровня стигматизации и дискриминации наиболее уязвимых групп населения.
- Главным недостатком взаимодействия с НПО по вопросам борьбы с распространением ВИЧ-инфекции в уязвимых группах выступает тот факт, что на популяционном уровне НПО, конечно же, не могут обеспечить полноценный охват представителей целевых сообществ и быстро обеспечить существенное противоэпидемическое воздействие на комплекс

факторов, поддерживающих эпидемический процесс. Однако этот недостаток взаимодействия с НПО не в последнюю очередь проистекает именно из слабого уровня развития как самих НПО, отражающих интересы уязвимых групп населения, так и из недостаточного вовлечения этих организаций во взаимодействие с системой здравоохранения в целом. Усиление взаимодействия со временем может привести как к развитию структурных возможностей «третьего сектора» гражданского общества, так и к росту влияния этого сектора на прерывание эпидемического процесса.

Лучшим способом преодоления имеющихся недостатков в работе НПО по вопросам противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции является развитие практик вовлечения самих

уязвимых сообществ в профилактическую и противоэпидемическую работу, когда специалисты Центров СПИДа берут на себя организационную функцию и методическое обеспечение этой работы, а основные усилия и ресурсы распределяются между Центром СПИДа и привлекаемыми НПО, что способствует постепенному появлению кумулятивного эффекта и нивелированию слабых сторон как в работе Центров СПИДа, так и НПО [18].

## ВЫВОДЫ

1. В целях предупреждения распространения ВИЧ-инфекции среди населения необходимо проведение системных адресных профилактических программ для населения в целом, включая особо уязвимые группы, с учетом комплексного подхода и меж-

ведомственного взаимодействия заинтересованных федеральных, региональных органов исполнительной власти, государственных медицинских учреждений, профессиональных ассоциаций, некоммерческих общественных организаций и т.д.

2. Включение НПО в комплекс мероприятий по борьбе с ВИЧ является важным шагом на пути снижения нагрузки на сотрудников государственных учреждений, улучшения доступа пациентов к медицинским и социальным услугам.

3. Изучение эффективности данной работы и анализ полученного опыта будет способствовать расширению взаимодействия и повсеместному внедрению успешных практик.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Матузкова А. Н., Рындич А. А., Сухова А. Г., Колпаков Д. С. Мониторинг системы противодействия ВИЧ-инфекции на Юге России // Журнал инфектологии. 2020. Т. 12. №3. Прил. 1. С. 81.
2. Распоряжение Правительства РФ от 21.12.2020 №3468-р «О Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2030 г.». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400033496/>.
3. Ладная Н. Н., Покровский В. В., Дементьева Л. А., Соколова Е. В. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 2019 г. // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2020. Т. 10. №3. С. 17–26. DOI: 10.18565/epidem.2020.10.3.17-26.
4. Покровская А. В., Попова А. А., Суворова З. К., Дементьева Л. А., Покровский В. В. Прогресс в каскаде ВИЧ в России с 2011 по 2019 год // Журнал Международного общества по СПИДу. 2020. Т. 23. №57. С. 17.
5. Покровский В. В. ВИЧ-инфекция и демография // Материалы VI Международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии. ЕЕСААС. М., 2018. С. 6.
6. Taggart T., Ritchwood T. D., Nyhan K., Ransome Y. Messaging matters: achieving equity in the HIV response through public health communication // Lancet. HIV. 2021. №8. С. e376-86. DOI: 10.1016/S2352-3018(21)00078-3.
7. О деятельности центров по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями: Методические рекомендации (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 04.08.2007 №5957-РХ).
8. Рындич А. А., Сухова А. Г., Суладзе А. Г., Твердохлебова Т. И., Воронцов Д. В. Тенденции и факторы развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на юге России // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2019. №11 (2). С. 48–57. DOI: 10.22328/2077-9828-2019-11-2-48-57.
9. Рындич А. А., Матузкова А. Н., Суладзе А. Г., Сухова А. Г., Твердохлебова Т. И., Буравлев А. Ю. Характеристика эпидемической ситуации и оценка доступности различных видов медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией на юге России за период 2016–2017 гг. // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. 2018. №35. С. 22–26.
10. Рындич А. А., Матузкова А. Н., Суладзе А. Г., Твердохлебова Т. И. Современные тенденции развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на юге России / Сборник материалов международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Охрана здоровья матери и ребенка». СПб., 2022. С. 160–161.
11. Методические рекомендации по обеспечению доступа социально ориентированных некоммерческих организаций к предоставлению услуг в рамках государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» по основному мероприятию «Профилактика ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С», реализации региональных программ развития здравоохранения. М., 2016. [Электронный ресурс]. URL: [https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attach/000/033/779/original/MP\\_final.doc?1486468421](https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attach/000/033/779/original/MP_final.doc?1486468421) (дата обращения 30.05.2023).
12. Андреева О. С. Неправительственные организации: определение понятия, сущность // Власть. 2009. №10. С. 54–56.
13. Хижняк В. С. Понятие «неправительственная организация» в конституционном праве Российской Федерации и Республики Казахстан // Юрист-Правовед. 2019. №2 (89). С. 38–43.
14. Федеральный закон РФ от 12.01.1996 «О некоммерческих организациях» (с изменениями на 14.04.2023).
15. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией: Методические указания МУ 3.1.3342-16 (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 26.02.2016).
16. Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней: Санитарно-эпидемиологические правила и нормы 3.3686-21 (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 №4).
17. Никитина Л. М., Тулинова И. А., Ситник Т. Н. Опыт организации комплексных мероприятий по профилактике ВИЧ в Воронежской области // РСЭУ. 2019. №2 (45).
18. Engaging Local Non-Governmental Organizations (NGOs) in the Response to HIV/AIDS / Main Contributors: Helen Cornman, Curt Grimm & Sujata Rana. Pact. Inc. Washington, DC, 2005.

## АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора, г. Ростов-на-Дону.

Рындич Антонина Алексеевна — кандидат медицинских наук, заведующий отделом эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией Южного окружного центра по борьбе со СПИДом; e-mail: hivrost@mail.ru.

Матузкова Анна Николаевна — кандидат медицинских наук, врач-инфекционист Южного окружного центра по борьбе со СПИДом; e-mail: matuzkova@yandex.ru.

Воронцов Дмитрий Владимирович — кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой социальной психологии ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», психолог Южного окружного центра по борьбе со СПИДом; e-mail: dmvorontsov@sfedu.ru.

Твердохлебова Татьяна Ивановна — доктор медицинских наук, директор ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора, профессор кафедры эпидемиологии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону; e-mail: rostovniimp@miiimp.ru.

Суладзе Александр Георгиевич — кандидат медицинских наук, главный врач ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора, г. Ростов-на-Дону; e-mail: hivrost@mail.ru.

# СЕМЕЙНЫЙ ВАРИАНТ ГИПОПИТУИТАРИЗМА (КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ)

Г. Р. Сагитова, О. В. Давыдова, А. А. Антонова, С. А. Челобаева, Д. М. Фараджова,  
А. К. Насанбаев, В. А. Ргакбаева, А. С. Танатарова

**Аннотация.** Задержка роста является довольно распространенной проблемой в детской популяции, причин развития этого состояния очень много. Одна из самых частых — различные эндокринологические заболевания, в том числе гипоталамо-гипофизарная недостаточность (гипопитуитаризм). Гипопитуитаризм может быть как врожденным, так и приобретенным. В случае врожденного варианта заболевания симптоматика у ребенка сочетается с отягощенным семейным анамнезом, низким ростом у родственников. Углубленное обследование в профильном отделении позволяет исключить приобретенный гипопитуитаризм и определиться с типом врожденного варианта — изолированным дефицитом соматотропного гормона (СТГ) или сочетающимся с нарушением других видов гормонов.

При изолированной форме гипоталамо-гипофизарной недостаточности назначается монотерапия СТГ, при множественном дефиците — комбинированная терапия СТГ, тироксином, вазопрессином и др. Своевременно и правильно поставленный диагноз позволяет компенсировать дефицит роста у ребенка, обеспечивая его оптимальное развитие. Именно поэтому важно адекватно проводить оценку физического развития ребенка при профилактических осмотрах, формировать группы, нуждающиеся в консультации эндокринолога. В данной статье на примере двух клинических случаев представлена диагностическая и лечебная тактика при семейном варианте гипопитуитаризма.

**Ключевые слова:** гипопитуитаризм, семейный вариант, дети, клинические случаи.

## FAMILY VARIANT OF HYPOPITUITARISM (CLINICAL CASES)

G. R. Sagitova, O. V. Davydova, A. A. Antonova,  
S. A. Chelobaeva, D. M. Faradzhovala, A. K. Nasanbaev,  
V. A. Rgakbaeva, A. S. Tanatarova

**Annotation.** Growth retardation is a fairly common problem in the pediatric population, there are a lot of reasons for the development of this condition. One of the most common is various endocrine diseases, including hypothalamic-pituitary insufficiency (hypopituitarism). Hypopituitarism can be either congenital or acquired. In the case of a congenital variant of the disease, the child's symptoms are combined with a burdened family history, short stature in relatives. An in-depth examination in a specialized department makes it possible to exclude acquired hypopituitarism and determine the type of congenital variant — an isolated

deficiency of growth hormone (somatotrophic hormone) or combined with a violation of other types of hormones. With an isolated form of hypothalamic-pituitary insufficiency, somatotrophic hormone monotherapy is prescribed, with multiple deficiency — combined therapy with growth hormone, thyroxine, vasopressin, etc. A timely and correct diagnosis makes it possible to compensate for a growth deficiency in a child, ensuring its optimal development. That is why it is important to adequately assess the physical development of the child during preventive examinations, to form groups that need advice from an endocrinologist. In this article, on the example of two clinical cases, diagnostic and therapeutic tactics are presented for the family variant of hypopituitarism.

**Keywords:** hypopituitarism, family variant, children, clinical cases.

Гипопитуитаризм (гипоталамо-гипофизарная недостаточность) — эндокринное заболевание, которое характеризуется отсутствием или снижением синтеза нейrogормонов гипоталамуса, полным или частичным отсутствием секреции одного или более гормонов гипофиза. Гипопитуитаризм (конституциональный или идиопатический) чаще проявляется дефицитом соматотропного гормона (СТГ), изолированным или сочетающимся с нарушением образования других тропных гормонов, поэтому клинически это заболевание характеризуется отставанием в росте, а также совокупностью разнообразных гормональных нарушений, связанных с нарушением синтеза других тропных гормонов (АКТГ, ТТГ, АДГ, гонадотропинов), которая бывает заметна с раннего возраста [1-4].

В России общая заболеваемость по гипопитуитаризму составляет 11,4 на 100 тысяч детской популяции. Причины развития гипоталамо-гипофизарной недостаточности могут быть врожденными и приобретенными. Генетически детерминированные формы обусловлены различными мутациями в генах, кодирующих синтез как гормона роста (*GH1*, *GHRH-R*), так и других гормо-

нов аденогипофиза (*POU1F1 (PIT1)*, *PROP1*, *HESX1* и др.). Мутации в этих генах возникают либо спорадически, либо имеют наследственный, семейный характер, когда низкорослость ребенка сочетается с отягощенным семейным анамнезом, то есть низким ростом у ближайших родственников. Врожденные варианты, в том числе семейный, диагностируются после исключения приобретенных форм гипопитуитаризма, связанных с опухолями, травмами, инфекциями и инфильтративными болезнями. Тип врожденного варианта гипоталамо-гипофизарной недостаточности, в свою очередь, обуславливает выбор лечебной тактики: при изолированном дефиците СТГ необходима монотерапия соматотропным гормоном, при множественном дефиците гормонов — комбинированная терапия СТГ, тироксином, вазопрессином и др. [1-4].

К сожалению, приходится констатировать, что педиатры не всегда обращают внимание на информативность рутинных антропометрических показателей, что ведет к поздней диагностике заболеваний, сопровождающихся задержкой роста, в том числе и гипопитуитаризма. Своевременная верификация диагноза — это своевременно назначенная заместительная терапия гормонами

(СТГ, тироксином), способствующая оптимальному росту и развитию ребенка [5-7].

В статье представлены два клинических случая семейного варианта гипопитуитаризма.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №1

Пациентка С., 13 лет 7 мес.

Диагноз основной: «гипофизарный нанизм (гипопитуитаризм: соматотропная недостаточность, семейный вариант, вторичный гипотиреоз)». Диагноз сопутствующий: «атопический дерматит (детская форма), период нестойкой ремиссии. Нарушение осанки по сколиотическому типу».

Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза, анемии и обострения хронического пиелонефрита, первых срочных родов. При рождении: масса — 3850 г, рост — 52 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На первом году жизни наблюдалась врачом-неврологом в группе риска по развитию гипоксически-ишемической энцефалопатии, риск не реализовался.

Наследственный анамнез отягощен, так как по линии отца отмечен низкий рост у родственников. Девочка привита по индивидуальному плану, родители отказались от прививки против вирусного гепатита В, проведения диагностических проб: реакции Манту, Диаскин-теста. За весь период жизни 2–3 раза в год болела острыми респираторными заболеваниями.

В возрасте 6 лет ребенок был поставлен на учет к алергологу в связи с атопическим дерматитом детской формы, периода нестойкой ремиссии.

В возрасте 3–4 лет родители обратили внимание на то, что девочка отстает от сверстников, не прибавляет в росте, однако обратились к педиатру с этой жалобой только в возрасте 6 лет.

При осмотре: рост 95 см (норма 114 см), вес 14 кг. Физическое развитие низкое, соответствует возрасту трехлетнего ребенка, гармоничное по массе. Девочка осмотрена врачом-эндокринологом ГБУЗ АО «ДГП №4», выявлена инфантильность черт: тонкий, высокий голос, тонкая кожа, детские пропорции тела. Был заподозрен гипофизарный нанизм (клинически). Для уточнения диагноза ребенок был направлен на обследование в профильное эндокринологическое отделение ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н. Н. Силищевой».

В отделении было проведено полное обследование (общеклиническое, липидный спектр, кровь на гормоны, рентгенография кистей рук (костный возраст соответствовал 2–2,5 годам), УЗИ щитовидной железы, УЗИ органов брюшной полости, УЗИ почек, ЭКГ) — без патологии. В медико-генетической консультации ребенку проведено цитогенетическое исследование. По результату обследования установлен нормальный женский кариотип (46 XX, без цитологических данных за хромосомную патологию). Пациентка была осмотрена генетиком, выставлен диагноз: «конституциональная задержка физического развития, синдром Рассела — Сильвера (?)».

Проведение МРТ головного мозга с применением контрастного вещества: данных за микроаденому гипофиза не было. На амбулаторном этапе пациентка наблюдалась у эндокринолога и педиатра, получала витамины курсами и метаболическую коррекцию. В последующие 2 года девочка выросла на 5 см. На контрольной рент-

генограмме кистей рук костный возраст соответствовал 4 годам. В связи с такими показателями был заподозрен дефицит СТГ. В дальнейшем девочка прошла обследование в ФГБУ «ЭНЦ» (г. Москва). При обследовании СТГ-стимуляционной пробы с клофелином дефицит СТГ подтвердился. Проведено повторное МРТ-исследование, в ходе которого выявлена гиперплазия аденогипофиза в сочетании с тотальными изменениями его структуры. Предположили, что, возможно, это дефект гена *PROP 1*. По результатам полученных исследований выявлено: низкий уровень ИФР 1 — 14,8 нг/мл, СТГ-стимуляционная проба с клофелином показала максимальную концентрацию СТГ — 0,9 нг/мл при норме более 10 нг/мл; выраженное отставание костного созревания на 5 лет, наличие вторичного гипотиреоза. По совокупности данных анамнеза, в том числе наследственного, результатов лабораторного и инструментального обследования поставлен диагноз: «гипофизарный нанизм (гипопитуитаризм: соматотропная недостаточность, семейный вариант, вторичный гипотиреоз)».

Ребенок получал на постоянной основе заместительную терапию рекомбинантным гормоном роста 0,55 мг/сут (из расчета 0,033 мг/кг/сут) ежедневно подкожно в 22.00; L-тироксин 50 мкг/сут утром за 30 минут до завтрака.

В периоде наблюдения девочка соблюдала диету, осматривалась эндокринологом, получала препараты. На фоне лечения достигнута положительная динамика: пациентка прибавила в росте за 2017 год +11 см, за 2018 год +7 см, за 6 месяцев 2019 года прибавка в росте составила 4 см. После коррекции дозы сохранялась положительная тенденция прибавки показателя роста: за 2020 год +8 см, за 2021 год +8 см, за 6 месяцев 2022 года +3,5 см.

Объективный статус на фоне терапии (на сегодняшний день) позволяет заключить, что состояние пациентки удовлетворительное, самочувствие не страдает. Рост — 147 см, фактический вес — 37 кг. ИМТ — 17,12 кг м<sup>2</sup>, физическое развитие низкое (SDS > -2), гармоничное по массе. Кожные покровы сухие, обычной окраски. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, распределен равномерно. Мышечная масса развита умеренно. Сила и тонус мышц достаточные. Движения суставов в полном объеме. У ребенка отмечаются инфантильные черты (тонкий высокий голос, тонкая кожа, детские пропорции тела). Периферические лимфоузлы не увеличены, эластичные, безболезненные при пальпации. По результатам обследования остальных органов и систем патологических изменений обнаружено не было. Физиологические отправления в норме. Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Половое развитие соответствует возрасту, по Таннеру — I ст. Результаты лабораторных методов исследования: общеклинические, биохимические (общетерапевтические) показатели в норме, уровень ТТГ, Т4, кортизола в норме, костный возраст соответствует 12–13 годам (по данным R-графии кистей рук), R-графия органов грудной клетки без патологии.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №2

Пациентка С., 7 лет 8 мес.

Диагноз основной: «гипофизарный нанизм (гипопитуитаризм: соматотропная недостаточность, семейный вариант, вторичный гипотиреоз)». Диагноз сопутствующий: «пупочная грыжа. Атопический дерматит (детская форма), ремиссия. MAPC (ЭХЛЖ) СН — 0 ст.».



XVII Общероссийский семинар  
«Репродуктивный потенциал России:  
ВЕРСИИ  
И КОНТРАВЕРСИИ»

Зимний театр, гранд-отель «Жемчужина»

2023



8–11 сентября 2023 года  
СОЧИ

*Встречаемся в Сочи!*



☎ 8 (800) 600 3975

✉ info@praesens.ru

🌐 praesens.ru

📌 praesensaig

👍 praesens

Администрация Волгоградской области,  
Комитет здравоохранения Волгоградской области,  
Волгоградский государственный медицинский университет,  
Выставочный центр "Царицынская ярмарка"

11-13 октября  
Волгоград Арена

# МЕДИЦИНА и здравоохранение

межрегиональный форум и выставка



🌐 www.zarexpo.ru

☎ (8442) 26-50-34

✉ nastya@zarexpo.ru

Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась от второй беременности, протекавшей на фоне токсикоза, анемии, отеков, варикозной болезни, хронического пиелонефрита, вторых срочных родов крупным плодом. При рождении: масса — 4480 г, рост — 56 см, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. С рождения у ребенка была неонатальная желтуха (разрешилась к 1 месяцу жизни), открытое овальное окно (самозакрытие к 2 месяцам). На первом году жизни наблюдалась врачом-неврологом в связи с гипоксически-ишемической энцефалопатией, в дальнейшем была снята с учета. С 2015 года наблюдается хирургом по поводу пупочной грыжи. Рекомендовано ношение бандажа. С февраля 2017 года наблюдается аллергологом с диагнозом: «атопический дерматит, детская форма». Рекомендации родители выполняют, рецидивов не отмечено.

По линии отца имеется низкорослость, старшая сестра находится под наблюдением по поводу гипопитуитарного нанизма. Вакцинальный анамнез: в роддоме сделана только БЦЖ, от остальных прививок родители отказались. Из перенесенных заболеваний: острые респираторные инфекции, синдром раздраженного кишечника, МАРС (ООО), синехии малых половых губ.

Родители обратили внимание на замедление прибавки в росте в возрасте 2 лет. С этой жалобой обратились к педиатру: рост ребенка — 80 см (при норме 87,5 см), масса — 12 кг. Был поставлен диагноз: «конституциональная низкорослость, экзогенно-конституциональное ожирение I степени». Девочке была назначена метаболическая терапия, поливитамины. Результаты дополнительного обследования позволили установить снижение уровня Т4 — 7,92 пмоль/л в крови (норма 9–19,05), соответствие костного возраста 1,5–2 годам по данным R-графии кистей рук.

Спустя год девочка прибавила в росте 6 см, показатели физического развития: рост — 86 см (норма 96 см), масса — 14,1 кг. Физическое развитие низкое, дисгармоничное по массе (избыток). Было заподозрено дефицит СТГ. Девочка была дообследована в ФГБУ «НМИЦЭ» МЗ РФ, где был выставлен диагноз: «гипопитуитарный нанизм (гипопитуитаризм: соматотропная недостаточность, семейный вариант, вторичный гипотиреоз)», рекомендована коррекция постоянной заместительной терапии в виде соматропина 0,45 мг/сут, L-тироксин 50 мкг/сут утром, за 30 минут до завтрака. За период наблюдения препараты получает постоянно. Динамика роста за 2020 год +8 см, за 2021 год +4 см, за 6 месяцев 2022 года +3,5 см. Спустя 2 года осмотрена в динамике с диагнозом: «гипопитуитаризм. СТГ-дефицит, вторичный гипотиреоз». На фоне проводимой заместительной терапии сделано заключение: состояние удовлетворительное, самочувствие не страдает. Рост — 117 см, фактический вес — 26,7 кг. ИМТ — 19,5 кг/м<sup>2</sup>, физи-

ческое развитие низкое (SDS < -1,04), дисгармоничное по массе — избыток веса. Кожные покровы сухие, розовые. Подкожно-жировой слой развит избыточно, распределен равномерно. Мышечная масса развита умеренно. Сила и тонус мышц достаточные. Видимой костной патологии нет, движение суставов в полном объеме. У ребенка отмечались инфантильные черты (тонкий высокий голос, тонкая кожа, детские пропорции тела). Периферические лимфоузлы не увеличены, эластичные, безболезненные при пальпации. Другие показатели состояния внутренних органов без патологии. Физиологические отправления в норме. Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Половое развитие соответствует возрасту, по Таннеру I ст. По результатам инструментальных методов обследования костный возраст соответствует 5–6 годам (данные R-графии кистей рук); уровень кортизола в крови — 198 нмоль/л (норма 150–660 нмоль/л); ТТГ — 0,137 мкМЕ/мл (норма 0,23–3,4), Т4 св. — 13,1 пмоль/л (норма 10,2–23,2), Т3 св. — 3,5 пмоль/л (норма 2,5–7,5), гликированный гемоглобин — 5,7%.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Представленные в статье клинические примеры демонстрируют достаточно долгий путь к клиническому диагнозу. Участковые врачи-педиатры во время профилактических осмотров не обращали внимания на несоответствующие параметры физического развития детей в течение нескольких лет, пока на задержку роста не обратили внимание родители и не предъявили соответствующие жалобы. Глубокое, комплексное обследование в условиях профильных отделений позволило уточнить причину отставания в росте, а назначенная заместительная терапия показала хороший эффект в виде ежегодной положительной динамики в отношении прибавки в росте.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одной из задач участкового врача является проведение антропометрического скрининга у детей с задержкой физического развития для последующего направления к детскому эндокринологу и генетику. Именно детский эндокринолог проводит дифференциальную диагностику, определяет тактику наблюдения и медикаментозной коррекции. Назначенная после уточнения диагноза заместительная терапия гормонами необходима для нормализации темпов роста или смягчения дефицита роста, достижения социально приемлемого или генетически прогнозируемого роста и улучшения социальной адаптации пациента.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Петеркова В. А. Гипопитуитарная карликовость: диагностика и лечение // Педиатрия. 2009. Т. 87. №2. С. 104–110.
2. Воронцова М. В. Гипопитуитаризм у детей и подростков // Медицинский совет. 2019. №2. С. 250–258.
3. Касаткина Э. П. Идиопатическая низкорослость: нозологическая структура, терминология, возможности терапии // Проблемы эндокринологии. 2009. Т. 55. №4. С. 54–56.
4. Сагитова Г. Р., Антонова А. А., Никулина Н. Ю., Столыпина М. В. Структура низкорослости у детей Астраханской области // Главный врач Юга России. 2022. №2 (83). С. 47–49.
5. Сагитова Г. Р., Абросимова И. В., Антонова А. А., Середина В. М. Современное состояние и перспективы развития детской эндокринологической службы в Астраханской области // Главный врач Юга России. 2023. №1 (87). С. 4–6.
6. Храмова Е. Б., Шайтарова А. В., Курочкина О. Н., Хоросева Е. Ю., Яковлева В. И., Степанова Л. Ю. Диагностика и лечение гипопитуитаризма у детей в Тюменской области // Вятский медицинский вестник. 2020. №2 (66). С. 70–73.

7. Русаков М. О., Кротова О. С. Медицинская информационная система для контроля и прогнозирования гипопитуитаризма у детей и подростков // Высокопроизводительные вычислительные системы и технологии. 2021. Т. 5. №1. С. 343–347.

### АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань.

Сагитова Гульнара Рафиковна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования.

Давыдова Оксана Владимировна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования.

Антонова Алена Анатольевна — доцент, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования; e-mail: fduesn-2010@mail.ru.

Насанбаев Артур Кажбулатович — студент лечебного факультета.

Ргакбаева Виолетта Абаевна — студентка лечебного факультета.

Танатарова Аделина Сериковна — студентка лечебного факультета.

Челогаева Светлана Анатольевна — врач-педиатр участковый ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №4», г. Астрахань.

Фараджова Диана Мохубатовна — студентка 2 курса института журналистики и массовых коммуникаций ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, ORCID: 0000-0001-5613-4225.

УДК 618.311

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ

М. М. Падруль, И. Э. Андреева, Ф. Х. Алиева, И. А. Черникова, Н. В. Статных

**Аннотация.** В статье представлен редкий клинический случай прогрессирующей внутубарной интралигаментарной эктопической беременности во втором триместре. Рассмотрены сложности дооперационной верификации и дифференциальной диагностики внематочной беременности методами УЗИ и МРТ. Описаны мероприятия предоперационной подготовки, особенности операции. Благоприятный вариант кровоснабжения внутубарной интралигаментарной беременности в 20 недель, отсутствие прорастания плацентой магистральных сосудов и органов брюшинного пространства, экстренная помощь многопрофильной

бригады и успешная операция в городской клинической больнице им. М. А. Тверье (г. Пермь) обеспечили благоприятный исход для жизни, позволили минимизировать интраоперационную кровопотерю, сохранить пациентке репродуктивную функцию. Рассматриваемая тема будет интересна врачам — акушерам-гинекологам, врачам ультразвуковой диагностики, врачам-рентгенологам, врачам — анестезиологам-реаниматологам.

**Ключевые слова:** редкая внематочная беременность, широкая связка матки, интралигаментарная беременность, второй триместр, клинический случай.

### ECTOPIC INTRALIGAMENTARY PREGNANCY IN THE SECOND TRIMESTER: CASE REPORT

M. M. Padrul, I. E. Andreeva, F. Kh. Alieva, I. A. Chernikova, N. V. Statnykh

**Annotation.** The article presents a rare clinical case of progressive ectopic intraligamentary pregnancy in the second trimester. A differential diagnosis and pre-operative verification process of ectopic pregnancy by ultrasound and MRI are described. The specifics of surgery are presented. Favorable option of blood supply of intraligamentary pregnancy at 20 weeks, absence of

placental invasion into the main blood vessels and retroperitoneal organs, emergency care by a multidisciplinary team and a successful operation in the city hospital named after M. A. Tver'e (Perm) provided a favorable outcome for life, allowed minimizing intraoperative blood loss and maintaining the patient's fertility. The topic that is being considered will be of interest to ob/gyn specialists, sonologists, radiologists, anesthesiologists.

**Keywords:** rare ectopic pregnancy, broad ligament, intraligamentary pregnancy, second trimester, case report.

Внутубарная интралигаментарная эктопическая беременность (ИЭБ) является редкой формой внематочной беременности, которая представляет значительный риск материнской заболеваемости и смертности. Она характеризуется развитием плодного яйца между листками широких связок матки, куда оно имплантируется при разрыве маточной трубы [1, 2, 3]. Ряд авторов относит ИЭБ к брюшной беременности, другие считают ее вариантом ретроперитонеальной локализации и даже отдельной формой внутубарной эктопической беременности [4]. В большинстве случаев ИЭБ вторична, но описана и первичная ИЭБ. Золотым стандартом диагностики вне-

маточной беременности является УЗИ [2, 5, 6]. Несмотря на массовое использование УЗ-аппаратов экспертного класса, имеются значительные трудности с ранней диагностикой ИЭБ. В трудных случаях внутубарной эктопической беременности используют МРТ для определения взаимоотношения плодного яйца со структурами брюшной полости и брюшинного пространства, дифференциальной диагностики с врожденными пороками развития органов репродуктивной системы [7]. Независимо от срока ИЭБ, в том числе при наличии сердцебиения эмбриона и высокого уровня  $\beta$ -ХГЧ как прогностических факторов неэффективности консервативного лечения

[8, 9, 10], единственным радикальным методом лечения остается экстренное хирургическое вмешательство, проводимое мультидисциплинарной бригадой, и интенсивная терапия кровопотери.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В гинекологическом отделении ГБУЗ ПК ГКБ им. М.А. Тверье (г. Пермь) проведено обследование и оперативное лечение пациентки С., 31 года.

Основной диагноз: «Эктопическая беременность: первичная трубная беременность справа, прервавшаяся по типу разрыва трубы, вторичная прогрессирующая интралигаментарная беременность справа, 20 недель (с кровоснабжением из правой восходящей маточной артерии, правой собственной связки яичника, правой воронко-тазовой связки)». Сопутствующий диагноз: «Врожденный порок развития мочеполовой системы: неполное удвоение почек. Хронический пиелонефрит, вне обострения. Хронический бронхит, вне обострения. Миопия I степени».

Операции: цистоскопия. Катетеризация мочеточников. Срединная лапаротомия, аднексэктомия справа. Удаление плодовместилища, плода и плаценты. Дренаж брюшной полости. Катетеризация периферических вен.

**Акушерско-гинекологический анамнез.** Менархе в 14 лет. Менструальный цикл установился сразу, регулярный, без особенностей. Половая жизнь с 16 лет, в официальном браке. Беременность вторая, желанная. Первая беременность закончилась срочными самопроизвольными родами без осложнений 13 лет назад, врожденных пороков развития органов репродуктивной системы у пациентки выявлено не было. В интергенетическом интервале периодически использовала барьерную контрацепцию. Гинекологические заболевания: эктропион шейки матки. Перенесенные и хронические соматические заболевания: ОРВИ, хронический бронхит, дорсопатия, нейродермит, неполное удвоение почек, хронический пиелонефрит, хронический панкреатит, миопия I степени. Оперативные вмешательства, травмы, специфические воспалительные заболевания и инфекции, передаваемые половым путем, вредные привычки отрицала.

**Течение настоящей беременности.** Пациентка состояла на учете в женской консультации с 8 недель беременности. Посетила акушера-гинеколога 4 раза. ИМТ=24. Беременность протекала с отклонениями. В течение всей беременности отмечала нечеткий абдоминальный болевой синдром до 20 недель, о чем доложила доктору всего 1 раз.

В 10 недель установлена нормохромная анемия легкой степени (эритроциты  $3 \times 10^{12}/л$ , Hb 90 г/л), что потребовало приема препаратов железа. Проведено местное лечение кольпита.

В 13 недель на фоне приема микроионизированного прогестерона 400 мг/сутки впервые в медицинской документации отмечены периодические тянущие боли внизу живота с усилением после физических нагрузок и в вечернее время, в связи с чем проходила лечение в дневном стационаре с угрозой выкидыша и обострением хронического пиелонефрита. При влагалищном исследовании патологии не выявлено, движения за шейку безболезненны.

Первый УЗ-скрининг, проведенный в сроке 11–12 недель, впервые в жизни выявил «полное удвоение матки» с наличием прогрессирующей беременности в правой

матке, а также – допустимое различие в сроках беременности по фетометрии (11 недель 5 дней) и сроку последней менструации (12 недель 5 дней); укорочение шейки матки до 28,6 мм, ограничение визуализации. Данных за врожденные пороки развития эмбриона не обнаружено. Результаты биохимического скрининга первого триместра:  $\beta$ -ХГЧ – 0,628 МоМ, PAPP-A – 0,829 МоМ, расчетный риск низкий.

Второй УЗ-скрининг, проведенный в сроке 18–19 недель прогрессирующей беременности «в правом роге матки», выявил «полное предлежание плаценты», локализующейся в области предполагаемого внутреннего зева, на передней стенке матки с переходом на заднюю, ее толщину 27 мм и неоднородную мелкокистозную структуру, подозрительную на мезенхимальную дисплазию плаценты. Фетометрия с отставанием на 5 дней от 1-го УЗИ (17.5 и 18.2 недели соответственно). Описаны долихоцефалическая форма головки плода, повышенная экзогенность почек и кишечника плода, маловодие, небеременный левый рог матки 66x47x51 мм.

Третье УЗИ в сроке 20 недель: визуализация затруднена. В правой матке один живой плод в головном предлежании, соответствует 18 неделям беременности. Структура плаценты не соответствует сроку гестации, расширено межворсинчатое пространство. По левому ребру ближе к «внутреннему зеву» ретроплацентарная гематома 44x20 мм. Выраженное маловодие. Слева фиксируется вторая небеременная матка 90x53 мм.

С диагнозом: «беременность 18 недель (по фетометрии). Полное предлежание плаценты. Гиперплазия плаценты. Ретрохориальная гематома. Маловодие. Аномалия развития матки» направлена в многопрофильный стационар уровня 3а.

**История развития заболевания.** При поступлении в гинекологическое отделение пациентка жалоб не предъявляла. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Пульс – 70 уд/мин.,  $t - 37,1^{\circ}C$ , АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. «Дно матки» справа на 3 см ниже пупка, слева – примерно на 2 см над лонем. Локальная болезненность в точке справа и ниже пупка на 4 см. Шевеление ощущала. При осмотре в зеркалах шейка матки одна, сформирована длиной 2,5 см, наружный зев приоткрыт. Направление шейки кверху и влево (в сторону небеременной матки). Выделения слизистые. При бимануальном влагалищном исследовании определялась резкая болезненность в области правого бокового свода влагалища, увеличение матки до 18–19 недель беременности, область придатков без особенностей. Уровень ХГЧ – 14100 МЕ/мл.

На четвертом УЗИ органов малого таза визуализировалось две матки (матка и добавочный рог?): левая матка – 75x55 мм с расширенной полостью до 22 мм и неоднородным содержимым, с полноценной шейкой матки с сомкнутым цервикальным каналом длиной 34 мм. Левая матка в области перешейки соединена с правой маткой или добавочным рогом матки и шейкой матки посредством небольшого участка длиной до 11 мм; четко структуры шейки у правой матки выявлено не было. У ребра левой матки визуализировался яичник с мелкими фолликулами. Между мышечными структурами левой и правой матки определялась ткань яичника 32x20 мм; под правым яичником определялось анэхогенное образование, напоминающее сгусток крови, 8x4 см. Толщина

миометрия по задней стенке правой матки составила 11 мм. По медиальной стенке и в области прикрепления плаценты толщину миометрия измерить не представлялось возможным ввиду ее интимного примыкания к левой матке. В правой матке определялся один живой плод, соответствующий 18–19 неделям беременности; плацента толщиной до 31 мм по передней стенке перекрывала область предполагаемого внутреннего зева; количество вод снижено.

С целью проведения дифференциальной диагностики между прогрессирующей внематочной эктопической беременностью в правом добавочном роге матки, брюшной беременностью и беременностью в правом роге двурогой матки экстренно проведена МРТ органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастом. Описаны признаки правосторонней умеренной каликопиелозктазии, уретерозктазии. В малом тазу справа визуализируется объемное образование, прилежащее к правому ребру матки, неоднородной структуры, представляющее собой плодный пузырь с околоплодными водами и плодом, максимальной толщиной стенки до 0,35 см, общими размерами 97x88x153 мм. Вышеописанный плодный пузырь тесно прилежит к передней брюшной стенке ниже пупка на 5 см, к мочевому пузырю в верхне-правых отделах, кишечнику, правой подвздошной артерии и вене без достоверных признаков инвазии.

Заключение: МР-картина наличия плодного пузыря (с плодом) в малом тазу с прилежанием к передней брюшной стенке, кишке, мочевому пузырю, подвздошной артерии, вене; МР-картина дополнительного образования в дугласовом пространстве с высокобелковым содержанием, вероятно, гематосальпинкс. Данных за наличие свободной жидкости в брюшной полости нет.

Таким образом, у пациентки верифицирована прогрессирующая внематочная эктопическая беременность (больше данных за брюшную беременность), установлены показания к экстренному оперативному лечению.

Проведена предоперационная подготовка: сформирован достаточный запас компонентов крови и других препаратов на расчетную кровопотерю 200% объема циркулирующей крови. Обеспечены готовность к проведению аппаратной реинфузии аутоэритроцитов «Cell-saver» и протезированию магистральных сосудов синтетическими сосудистыми протезами на случай их плацентарной инвазии; системы электролигирования сосудов. Выполнена дооперационная катетеризация мочеточников. Проведена стандартная антибактериальная профилактика инфекций хирургической раны.

Проведено экстренное оперативное вмешательство мультидисциплинарной бригадой под эндотрахеальным наркозом: срединная лапаротомия, аднексэктомия справа. Удаление плодместилища, плода и плаценты. Дренирование брюшной полости. Кровопотеря 300 мл.

Из протокола операции. В брюшной полости выпота нет; спайки между сальником, маткой и передней брюшной стенкой разделены коагулятором; матка увеличена до 5 недель беременности, смещена влево; левая труба 5,0x0,8 см, незначительно гиперемирована, левый яичник 3x2 см, не изменен. Правая труба, правая широкая связка матки, правый яичник представляют собой плодместилище 15x15x9 см. В дугласовом пространстве организовавшиеся сгустки крови желтого цвета. В за-

жимах аппаратом ligasure рассечены, лигированы справа воронко-тазовая связка, круглая связка, широкая связка, собственная связка яичника. Перевязка восходящей маточной артерии справа. Плодместилище с плодом и плацентой удалено.

Макропрепарат: плод женского пола без видимых пороков развития, длиной 19 см, весом 320 г, с двумя бороздами сдавления в области черепа, пуповиной 25 см, плацентой 12x10x2,5 см с участками обычного пышного хориона, старыми инфарктами темно-синего и желтого цвета и прозрачными оболочками; ткань правого яичника – 3x2 см. Назначена инфузионная, антибактериальная терапия.

УЗИ на 6-е сутки после операции: матка 65x59x63 мм, М-эхо 13,5 мм, правый яичник объемом 3,86 см<sup>3</sup>, фолликулы мелкие до 6 мм; левый яичник не визуализируется, объемного образования в его проекции нет; в заднем и переднем сводах свободная жидкость в скудном количестве. Уровень ХГЧ со значительным снижением до 67,82 МЕ/мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 7-е сутки с рекомендациями по реабилитации и прегравидарной подготовке. Химиотерапию не проводили.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный редкий случай прогрессирующей эктопической беременности во втором триместре с внематочной интралигаментарной локализацией интересен и чрезвычайно важен в научном и практическом аспектах.

Сумма баллов перинатального риска у пациентки до 20 недель беременности составила 6 (возраст отца будущего ребенка более 40 лет, анемия, инфекции мочевых путей) и указывала на низкий риск акушерских осложнений.

Сочетание следующих жалоб и результатов обследования в первой половине беременности позволяло заподозрить прогрессирующую внематочную беременность в описанном нами случае: постоянный нечеткий абдоминальный болевой синдром до 20 недель; резкая болезненность правого свода влагалища при влагалищном исследовании; первичная ультразвуковая диагностика аномалии развития матки у ранее обследованной женщины с физиологическими родами в анамнезе; локализация правого яичника между маткой и фетоплацентарным комплексом в первой половине беременности; затруднение ультразвуковой визуализации плода при ИМТ беременной 24.

При ретроспективном пересмотре имиджей первого и второго УЗИ-скринингов факт прогрессирующей внематочной беременности в сочетании с наличием свободной жидкости в брюшной полости не вызывал сомнений.

Дифференциальная диагностика изменений структуры плаценты, описанных у пациентки во 2-м триместре при МРТ (нарушение архитектоники плацентарных артерий по МРТ, ретроплацентарная гематома, плацентомегалия) обычно проводится с хорионангиомой и мезенхимальной дисплазией плаценты. Для последней характерны сохраненная архитектура базальных и спиральных артерий, кистозная дилатация створчатых ворсин с расширением в них сосудов, что отсутствовало у больной.

Сочетание долихоцефалической формы головки плода, повышенной экзогенности кишечника и маловодия при прогрессирующей беременности требовало углубленной диагностики и направления на пренатальный консилиум,

в представленном случае указывало на первичную плацентарную недостаточность.

Благоприятный вариант кровоснабжения внематочной интралигаментарной беременности в 20 недель и отсутствие прорастания плаценты магистральных сосудов и органов брюшинного пространства, экстренная помощь многопрофильной бригады обеспечили благоприятный исход для жизни, позволили минимизировать интраоперационную кровопотерю и сохранить пациентке репродуктивную функцию.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Благодарности и выражение признательности. Авторы выражают благодарность сотрудникам ГБУЗ ПК ГКБ им. М. А. Тверье: врачу акушеру-гинекологу Ломаевой И. Б., заведующему гинекологическим отделением №2 Сергееву А. И., заместителю главного врача по хирургии врачу-хирургу Мальгинову К. Е., доценту кафедры акушерства и гинекологии, врачу УЗД Кляусовой Е. Г.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Gao J., Liu L., Fang J., Wang Y. Broad ligament pregnancy: A case series and literature review // J. Obstet. Gynaecol. Res. 2021. Vol. 47 (1). P. 442–445.
- Sadlecki P., Grabiec M., Walentowicz-Sadlecka M. Broad ligament pregnancy – A rare and challenging diagnosis // Clin. Case Rep. 2021. Vol. 9 (9). e04823.
- Compadre A. J., Ukoah E. P., Zhang W. Combined surgical and medical management of a broad ligament ectopic pregnancy: A case report // Case Rep. Womens Health. 2021. Vol. 31. e00316. Published 2021 Apr 19. DOI:10.1016/j.crwh.2021.e00316.
- Tsviban A., Maymon R., Pekar-Zlotin M. et al. Similar but different: A comparison of rare site ectopic pregnancies // Am. J. Emerg. Med. 2022. Vol. 52. P. 50–53.
- Elmiski F., Ouafidi B., Elazzouzi E. et al. Abdominal pregnancy diagnosed by ultrasonography and treated successfully by laparotomy: Two cases report // Int. J. Surg. Case Rep. 2021. Vol. 83. P. 105952.
- Stabile G., Zinicola G., Romano F. et al. Management of Non-Tubal Ectopic Pregnancies: A Single Center Experience // Diagnostics. 2020. Vol. 10 (9). P. 652.
- Ramanathan S., Raghu V., Ladumor S. B. et al. Magnetic resonance imaging of common, uncommon, and rare implantation sites in ectopic pregnancy // Abdom. Radiol. (NY). 2018. Vol. 43. P. 3425–3435.
- Iwai S., Kasahara Y., Kishi H., Sato T., Kusuha A., Okamoto A. A case of laparoscopically treated broad ligament ectopic pregnancy followed by spontaneous gestation // J. Obstet. Gynaecol. Res. 2022. Vol. 48 (2). P. 467–470.
- Nedopekina E., Escura S., Cobo T. et al. Conservative treatment in non-tubal ectopic pregnancy and predictors of treatment failure // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2021. Vol. 257. P. 6–10.
- Yuan J., Xie H., Chen M., Zeng F., Xiao S. A case report of retroperitoneal ectopic pregnancy with lymphatic migration after in vitro fertilization-embryo transfer: an explanation to embryo distant migration // Fertil. Steril. 2022. Vol. 118 (3). P. 598–600.

## АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е. А. Вагнера» МЗ РФ (ПГМУ), г. Пермь.  
 Падруль Михаил Михайлович — доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ПГМУ.  
 Андреева Ирина Эдуардовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ПГМУ.  
 Алиева Фатима Халеддиновна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ПГМУ, врач — акушер-гинеколог родового отделения ГБУЗ Пермского края «Городская клиническая больница им. М. А. Тверье», г. Пермь; e-mail: fatima217@mail.ru.  
 Черникова Ирина Александровна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ПГМУ.  
 Статных Наталья Владимировна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 ПГМУ.

III Медицинский Конгресс-Выставка  
 «ТОЧНАЯ МЕДИЦИНА-23. Здравоохранение Юга»

**9-11** НОЯБРЯ 2023 г.  
 ГОРЬКОГО НА ДОНУ

пр. М.Нагибина, 30, КВЦ ДонЭкспоцентр/

«Точность - вежливость врачей»  
 Accurate est venustate doctores

### МЕРОПРИЯТИЯ КОНГРЕССА:

- Научно-практическая конференция для специалистов «СЛОЖНЫЕ СЛУЧАИ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ. ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ОСЛОЖНЕННОМ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ. ОИМ ПРИ МНОГОСУДУСТНОМ ПОРАЖЕНИИ. СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ТОТАЛЬНЫХ ОККЛЮЗИЯХ, БИФУРКАЦИОННОМ ПОРАЖЕНИИ, КАЛЬЦИИ»  
 Научный руководитель - Мелеваный Михаил Владимирович - к.м.н., врач по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению, зав.отделением РОКБ, главный рентгенохирург Ростовской области.
- Третья ежегодная Бизнес-конференция «ЭФФЕКТИВНАЯ КЛИНИКА В НОВОЙ РЕАЛЬНОСТИ» для руководителей медицинских учреждений.
- Семинар для специалистов отделов закупок медицинского оборудования.
- Мастер - классы.

### ПРОГРАММА БУДЕТ АККРЕДИТОВАНА НА ПОРТАЛЕ НМО.

### ВЫСТАВКА. Разделы:

- Медицинская техника и диагностическое оборудование
- Инновации. IT-технологии. Телемедицина
- Оснащение медицинских клиник и лабораторий
- Хирургический инструмент и расходные материалы
- Оборудование для скорой помощи и интенсивной терапии
- Фармацевтика

### ПОД ЭГИДОЙ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА: «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

### При поддержке:



РЕГИСТРАЦИЯ НА САЙТЕ [medcongresstm.ru](http://medcongresstm.ru)

[medcongresstm.ru](http://medcongresstm.ru)  
[rostov@medcongresstm.ru](mailto:rostov@medcongresstm.ru)

Руководитель проекта - Эльвира Ф.Кулиева

+7 (903) 401-39-78

150 компаний  
 75 стендов  
 1000 специалистов

# КИСЛОРОДНЫЕ КОНЦЕНТРАТОРЫ ОТ ВЕДУЩЕГО МИРОВОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

**ЛайфК<sub>2</sub>Р**  
Интернешнл

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

**CAIRE®** **AIRSEP®**  
(США)

## ПОРТАТИВНЫЕ КИСЛОРОДНЫЕ КОНЦЕНТРАТОРЫ



### Фристайл Комфорт

Миниатюрный, легкий, переносной кислородный концентратор до 5 л/мин

Вес: 2,3 кг

Идеальный для любых перемещений и путешествий.

### Эклипс 5

Работает в 2-х режимах, постоянный поток до 3 л/мин, в импульсном режиме до 5 л/мин

Вес с аккумулятором: 8,3 кг

Для удобства перемещения комплектуется тележкой.



## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ КИСЛОРОДНЫЕ КОНЦЕНТРАТОРЫ



### НьюЛайф Элит

Производительность 5л/мин (также с доп. воздушным выходом для ингаляций)

### НьюЛайф Интенсити 10

10 л/мин с одним кислородным выходом или с двумя кислородными выходами – для двух пациентов одновременно.

Давление: от 0,6 до 1,4 атм.

**ВижнЭйр** - легкий, компактный и практически бесшумный концентратор до 5 л/мин.

Вес: 13,6 кг.



## ОПЕРАЦИОННО-РЕАНИМАЦИОННЫЕ КОНЦЕНТРАТОРЫ

### MZ-30 и MZ-30 плюс

Обеспечивает одновременную работу двух наркозных аппаратов или двух аппаратов ИВЛ.

Производительность кислорода: 15 л/мин

Давление: 3,4 атм

С внешним накопителем объемом 227 литров.

Дополнительная производительность медвоздуха: 40 л/мин.

### Релайент

Обеспечивает работу одного наркозного или ИВЛ аппарата.

Производительность: 8 л/мин

Давление кислорода: 3,4 атм

С внешним накопителем объемом 227 литров.



## ЗАВОДЫ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА КИСЛОРОДА

Любая производительность для автономного обеспечения всего больничного комплекса или промышленного предприятия с размещением в блок-контейнере.



# ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ»

Г. Р. Сагитова, О. В. Давыдова, А. А. Антонова, А. И. Махмудов, Е. А. Докучаев, С. В. Комаров, Д. А. Шапошникова, В. А. Козин

**Аннотация.** Описывается новая дополнительная профессиональная образовательная программа, изучаемая врачами-педиатрами при повышении квалификации. Целью обучения врачей-педиатров по программе «Актуальные вопросы педиатрии» является совершенствование профессиональных компетенций врача-педиатра, необходимых для профессиональной деятельности в рамках имеющейся квалификации. Всего на изучение программы «Актуальные вопросы педиатрии» выделяется 108 акаде-

мических часов, форма обучения — очно-заочная. В ходе изучения осваиваются такие модули, как «Организационно-правовые основы деятельности врача-педиатра», «Избранные вопросы инфекционных заболеваний у детей», «Оптимизация вскармливания детей раннего возраста», «Актуальные вопросы патологии детей раннего возраста» и др.

**Ключевые слова:** актуальные вопросы педиатрии, образовательная программа, врачи-педиатры, аттестация.

## BASIS OF THE PROFESSIONAL EDUCATIONAL PROGRAM FOR PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF PEDIATRIC DOCTORS «CURRENT ISSUES OF PEDIATRICS»

G. R. Sagitova, O. V. Davydova, A. A. Antonova, A. I. Makhmudov, E. A. Dokuchaev, S. V. Komarov, D. A. Shaposhnikova, V. A. Kozin

**Annotation.** A new additional professional educational program is described, which is studied by pediatricians during advanced training. The purpose of training pediatricians under the program «Actual Issues of Pediatrics» is to improve professional competencies of a pediatrician, necessary for professional activities

within the framework of the existing qualifications. In total, 108 academic hours are allocated for the study of the program «Actual Issues of Pediatrics», form of education: part-time. In the course of the study such modules as «Organizational and legal foundations for the activities of a pediatrician», «Selected issues of infectious diseases in children», «Optimization of feeding young children», «Actual issues of the pathology of young children» etc., are mastered.

**Keywords:** topical issues of pediatrics, educational program, pediatricians, attestation.

Педиатрия — наука, рассматривающая вопросы сохранения здоровья и лечения болезней детского организма в разные возрастные периоды. Именно в антенатальном периоде и раннем детстве лежат истоки болезней взрослого человека и закладывается фундамент формирования здоровья. К сожалению, в последние годы в России растет распространенность хронической патологии у детей [1-7].

Необходимый для комплексного подхода к охране здоровья ребенка и подростка объем информации педиатр получает при наблюдении за ребенком в семье, на основании медицинских, социальных, медико-психологических и психолого-педагогических данных о ребенке, поступивших из различных подразделений педиатрической службы, а также от педагогов, психологов, работников службы социальной защиты и занятости, военных комиссариатов, правоохранительных органов и др. [8-9].

Учитывая все вышеизложенное, на одном из заседаний кафедры было принято решение о подготов-

ке учебной программы «Актуальные вопросы педиатрии» и ее дальнейшим внедрении в образовательный процесс работы кафедры.

**Цель работы:** описать новую дополнительную профессиональную образовательную программу повышения квалификации «Актуальные вопросы педиатрии» по специальности «Педиатрия», которая изучается врачами-педиатрами на кафедре госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования Астраханского государственного медицинского университета.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всего на изучение программы «Актуальные вопросы педиатрии» выделяется 108 академических часов, форма обучения — очно-заочная, в учебном плане на очную часть приходится 90 часов, на заочную — 18 часов (табл. 1).

На практических занятиях и лекциях слушатели совместно с преподавателем подробно разбирают актуальные вопросы педиатрии (табл. 2).

Заочная часть программы реализуется с использованием дистанционных образовательных технологий и электронного обучения (ДОТ и ЭО) в виде изучения материала, размещенного на образовательном портале.

Итоговая аттестация проводится в конце обучения.

Таким образом, благодаря введению в учебный образовательный процесс врачей-педиатров программы повышения квалификации «Актуальные вопросы педиатрии» у слушателей усовершенствовались и систематизировались знания по вопросам организации здравоохранения, правовым аспектам в условиях реформирования здравоохранения и первичного звена педиатрической службы, а также питания детей разных возрастных групп, интерпретации современных методов обследования при различных заболеваниях у детей. Обновились профессиональные компетенции по прогнозированию эффективности терапии и рисков развития осложнений, тактике ведения детей с неотложными состояниями.

Таблица 1

## Учебный план

№	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе			Часы с ДОТ и ЭО	В том числе		
				ЛЗ	СЗ	ПЗ		ЛЗ	СЗ	СР
1	Модули	108	90				18			
1.1	Организационно-правовые основы деятельности врача-педиатра и вопросы школьной медицины	4	2	1	1	-	2	1	-	1
1.2	Избранные вопросы инфекционных заболеваний у детей	7	6	2	2	2	1	-	-	1
1.3	Оптимизация вскармливания детей раннего возраста	7	6	2	2	2	1	-	-	1
1.4	Физиология и патология новорожденных	7	6	2	2	2	1	-	-	1
1.5	Актуальные вопросы патологии детей раннего возраста	7	6	2	2	2	1	-	-	1
1.6	Актуальные вопросы болезней органов дыхания	7	6	2	2	2	1	-	-	1
1.7	Актуальные вопросы болезней системы кровообращения. Системные заболевания соединительной ткани	10	8	2	2	4	2	1	-	1
1.8	Болезни органов кроветворения, геморрагические заболевания	7	6	2	2	2	1	-	-	1
1.9	Актуальные вопросы болезней органов мочевыделительной системы	7	6	2	2	2	1	-	-	1
1.10	Актуальные вопросы болезней органов системы пищеварения	7	6	2	2	2	1	-	-	1
1.11	Актуальные вопросы иммунологии в педиатрии	8	6	2	2	2	2	1	-	1
1.12	Стажировка «Современные принципы диагностики и лечения соматических заболеваний в условиях отделения многопрофильного педиатрического стационара»	18	18	-	-	-	-	-	-	-
1.13	Мультивоспалительный синдром у детей как проявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Диагностика, лечение, профилактика	2	-	-	-	-	2	1	-	1
1.14	Обучающий симуляционный курс «Неотложные состояния в педиатрии»	6	6	-	-	-	-	-	-	-
2	Итоговая аттестация, в том числе:	4	-	-	-	-	-	-	-	-
	Тестирование	2	-	-	-	-	2	-	-	-
	Собеседование	2	2	-	-	-	-	-	-	-
3	Всего по программе	108	90	21	21	22	18	4	4	8

Примечание: ДОТ – дистанционные образовательные технологии, ЭО – электронное обучение, ЛЗ – лекционные занятия, СР – самостоятельная работа, СЗ – семинарские занятия, ПЗ – практические занятия.

Таблица 2

Теоретические вопросы, изучаемые слушателями при обучении по программе  
«Актуальные вопросы педиатрии»

Наименование модуля	Содержание модуля
Организационно-правовые основы деятельности врача-педиатра и вопросы школьной медицины	Правовые основы деятельности врача-педиатра. Принципы охраны здоровья россиян в Конституции Российской Федерации. Законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения. Организационные основы деятельности врача-педиатра
Избранные вопросы инфекционных заболеваний у детей	Актуальные проблемы инфекционных заболеваний у детей. Острые респираторные инфекции. Острые кишечные инфекции
Оптимизация вскармливания детей раннего возраста	Роль грудного вскармливания в формировании здоровья ребенка. Искусственное вскармливание ребенка на первом году жизни. Современные принципы введения прикорма ребенку раннего возраста. Оптимизация вскармливания ребенка от года до трех лет. Рекомендуемый набор продуктов в питании ребенка от года до трех лет.
Физиология и патология новорожденных	Анатомо-физиологические особенности доношенного и недоношенного новорожденного ребенка. Задержка внутриутробного развития новорожденного, критерии. Особенности ухода и вскармливания доношенных и недоношенных новорожденных. Желтухи новорожденных. Внутриутробные инфекции новорожденных.
Актуальные вопросы патологии детей раннего возраста	Витамин D-дефицитные состояния. Национальная программа «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции». Рахит. Спазмофилия и гипervитаминоз витамина D. Дефицит железа у детей раннего возраста. Латентный дефицит железа. Хронические расстройства питания (дистрофии) у детей раннего возраста.

Актуальные вопросы болезней органов дыхания	Заболевания органов верхних дыхательных путей. Заболевания органов нижних дыхательных путей. Хронические неспецифические бронхолегочные заболевания у детей. Хронический бронхит, бронхоэктатическая болезнь. Аномалии развития органов дыхательной системы. Наследственные заболевания органов бронхолегочной системы. Муковисцидоз. Синдром Картагенера. Идиопатический фиброз легких.
Актуальные вопросы болезней системы кровообращения. Системные заболевания соединительной ткани	Синдром вегетативной дисфункции. Артериальная гипертензия. Воспалительные заболевания сердца. Врожденные пороки сердца. Нарушения ритма сердца. Кардиомиопатии. Системные заболевания соединительной ткани: системная красная волчанка, дерматомиозит, склеродермия.
Болезни органов кроветворения, геморрагические заболевания	Анемии у детей. Интерпретация клинического анализа крови с современных позиций. Анемии. Железододефицитные состояния. Железододефицитная анемия. Геморрагические заболевания. Вазопатии. Тромбоцитопении. Тромбоцитопатии. Коагулопатии.
Актуальные вопросы болезней органов мочевыделительной системы	Инфекции мочевыводящих путей. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Дисметаболическая нефропатия. Нефротический синдром. Острая и хроническая почечная недостаточность. Хроническая болезнь почек.
Актуальные вопросы болезней органов системы пищеварения	Функциональные заболевания органов желудочно-кишечного тракта у детей. Органические заболевания желудочно-кишечного тракта у детей. Гастродуоденит. Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Синдром мальабсорбции (целиакия, лактазная недостаточность). Некоторые паразитозы и гельминтозы пищеварительного тракта.
Актуальные вопросы иммунологии в педиатрии	Особенности иммунитета у детей: критические периоды иммунной системы у детей. Первичные иммунодефициты. Вторичные иммунодефициты.
Современные принципы диагностики и лечения соматических заболеваний в условиях отделения многопрофильного педиатрического стационара	Функциональные обязанности и должностные инструкции врача-педиатра отделения многопрофильного стационара. Дублер врача приемного и педиатрического отделения. Организация питания детям первого года жизни и детям от года до 3 лет при заболеваниях различного профиля. Организация стационарного этапа реабилитации детей. Современные лабораторные методы, инструментальные методы диагностики. Лучевая диагностика. Интерпретация результатов. Подбор и оценка эффективности антибактериальных препаратов.
Мультивоспалительный синдром у детей как проявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Диагностика, лечение, профилактика	Новая коронавирусная инфекция (COVID-19). Мультивоспалительный синдром как проявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у детей и подростков
Неотложные состояния в педиатрии	Основы сердечно-легочной реанимации. Базовая сердечно-легочная реанимация. Расширенная сердечно-легочная реанимация

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кучма В. Р. Риск здоровью обучающихся в современной российской школе // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2018. №4. С. 11–19.
2. Макарова В. И., Павлова А. Н., Макарова А. И. Факторы риска, влияющие на здоровье подростков России и США: обзор литературы // Экология человека. 2020. №7. С. 40–46.
3. Яманова Г. А., Антонова А. А. Значимость факторов образовательного пространства в формировании здоровья детей // Профилактическая медицина. 2022. Т. 25. №2. С. 113–118.
4. Агафонов А. И., Зулкарнаев Т. Р., Поварго Е. А., Степанов Е. Г., Ахметшина Р. А., Хусаинов А. Э. Особенности физического развития школьников и студентов, занимающихся физкультурой и спортом // Здоровье населения и среда обитания – ЗНКСО. 2020. №3. С. 4–9.
5. Романенко С. П. Оценка питания и двигательной активности детей в образовательных организациях кадетского типа // Гигиена и санитария. 2020. №99 (1). С. 63–68.
6. Ревякина В. А., Мельникова К. С. Современный подход к формированию рациона питания ребенка первого года жизни // Доктор. Ру. 2020. Т. 19. №3. С. 44–47.
7. Сагитова Г. Р., Антонова А. А., Никулина Н. Ю., Столыпина М. В. Структура низкорослости у детей Астраханской области // Главный врач Юга России. 2022. №2 (83). С. 47–49.
8. Девришов Р. Д., Коломин В. В., Филяев В. Н., Кудряшева И. А. Гигиенические аспекты воздействия факторов среды обитания на формирование здоровья учащихся // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. 2019. Т. 27. №4. С. 530–535. DOI: 10.23888/PAVLOVJ2019274530-535.
9. Богданьянц М. В., Шмелева А. Ю. Питание здорового и больного ребенка. Учебное пособие. 2023. 105 с.

## АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань.

Сагитова Гульнара Рафиковна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования.

Давыдова Оксана Владимировна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования.

Антонова Алена Анатольевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования; e-mail: fduesp-2010@mail.ru.

Махмудов Арсланбек Ибрагимович — студент лечебного факультета.

Докучаев Егор Алексеевич — студент лечебного факультета.

Комаров Степан Валерьевич — студент лечебного факультета.

Шапошникова Дарья Александровна — ординатор по специальности «Стоматология терапевтическая».

Козин Владимир Александрович — ординатор по специальности «Стоматология хирургическая».

# ИЗУЧЕНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПЕДИАТРИИ В РАМКАХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ» НА КАФЕДРЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ С КУРСОМ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ АСТРАХАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Г. Р. Сагитова, О. В. Давыдова, А. А. Антонова, И. М. Мирманова, Е. М. Оганесян, С. Досмедов

**Аннотация.** Целью обучения врачей-педиатров по программе «Неотложные состояния в педиатрии» является совершенствование профессиональных компетенций врача-педиатра, необходимых для профессиональной деятельности в рамках имеющейся квалификации. В ходе изучения осваиваются такие модули, как: «Общие вопросы неотложной педиатрии», «Острые кровотечения у детей»,

«Виды отравлений у детей», «Нарушения сердечного ритма и проводимости у детей», «Острые аллергические состояния у детей», «Алгоритм диагностики и лечения синкопальных состояний», «Алгоритм диагностики и лечения гипертермического синдрома» и др.

**Ключевые слова:** педиатрия, повышение квалификации, неотложные состояния.

## STUDYING EMERGENCY CONDITIONS IN PEDIATRICS WITHIN THE FRAMEWORK OF THE ADDITIONAL PROFESSIONAL DEVELOPMENT PROGRAM FOR THE SPECIALTY OF PEDIATRICS AT THE DEPARTMENT OF HOSPITAL PEDIATRICS WITH THE COURSE OF POSTGRADUATE EDUCATION OF THE ASTRAKHAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

G. R. Sagitova, O. V. Davydova, A. A. Antonova, I. M. Mirmanova, E. M. Oganesyanyan, S. Dosmedov

**Annotation.** The purpose of training pediatricians under the program «Emergency Conditions in Pediatrics» is to improve professional competencies of a pediatrician, necessary for professional activities within the framework of the existing qualifications. During

the study, such modules are mastered as: «General issues of emergency pediatrics», «Acute bleeding in children», «Types of poisoning in children», «Impaired heart rhythm and conduction in children», «Acute allergic conditions in children», «Diagnostic algorithm and treatment of syncopal conditions», «Algorithm for the diagnosis and treatment of hyperthermic syndrome», etc.

**Keywords:** pediatrics, advanced training, emergency conditions.

В практической деятельности врач-педиатр нередко встречается с неотложными состояниями у детей разных возрастов, требующими экстренной и неотложной помощи. Правильное и своевременное проведение неотложной терапии острых состояний и заболеваний или травмы может оказаться важнее, чем все последующее лечение. Быстрота развития неотложных состояний у детей связана с анатомо-физиологическими особенностями ребенка. Учитывая особенность профессии врача-педиатра, методика подготовки и совершенствования его знаний и навыков требует внедрения в учебный процесс клинических кафедр для врачей-педиатров темы неотложных состояний в медицинской практике, для повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи [1–6].

Учитывая все вышеизложенное, на одном из заседаний кафедры госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования Астраханского государственного медицинского университета было принято решение о подготовке дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Неотложные состояния в педиатрии» и ее дальнейшем внедрении в образовательный процесс кафедры.

**Цель исследования:** описать новую дополнительную профессиональную программу повышения квалифика-

ции «Неотложные состояния в педиатрии» по специальности «Педиатрия», которая изучается врачами-педиатрами на кафедре госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования Астраханского государственного медицинского университета.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всего на изучение программы «Неотложные состояния в педиатрии» выделяется 36 академических часов, форма обучения – очно-заочная, на очную и на заочную части выделяется по 18 академических часов (табл. 1).

На практических занятиях и лекциях слушатели совместно с преподавателем подробно разбирают вопросы неотложных состояний в педиатрии (табл. 2).

В программе используются следующие виды учебных занятий: лекция, семинар, практическое занятие, аттестация в виде тестирования, аттестация в виде собеседования, оценка практических навыков после прохождения стажировки.

Контроль результатов обучения проводится в виде промежуточной аттестации по каждому учебному модулю программы. Форма итоговой аттестации – зачет, который проводится посредством тестового контроля на образовательном портале АГМУ и собеседования с обучающимся.

Таблица 1

Учебный план ДПППК «Неотложные состояния в педиатрии»

№	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе			СО	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе		
				ЛЗ	СЗ	ПЗ			ЛЗ	СЗ	СР
1	Модули	36	18					18			
1.1	Общие вопросы неотложной педиатрии	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-
1.2	Острые кровотечения у детей	4	2	1	-	1	-	2	-	1	1
1.3	Виды отравлений у детей	4	2	1	-	-	1	2	1	-	1
1.4	Нарушения сердечного ритма и проводимости у детей	4	2	1	-	-	1	2	1	-	1
1.5	Острые аллергические состояния у детей	4	2	1	-	-	1	2	1	1	-
1.6	Алгоритм диагностики и лечения синкопальных состояний	4	2	-	-	1	1	2	-	1	1
1.7	Алгоритм диагностики и лечения гипертермического синдрома	4	2	-	-	1	1	2	1	1	-
1.8	Судорожный синдром у детей	4	2	1	-	-	1	2	1	1	-
1.9	Принципы инфузионной терапии у детей при неотложных состояниях	4	2	1	1	-	-	2	1		1
1.10	Особенности развития и лечения неотложных состояний у детей с новой коронавирусной инфекцией COVID-19	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-
2	Итоговая аттестация, в том числе:	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Тестирование	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
	Собеседование	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Всего по программе	36	18	7	1	3	6	18	7	5	5

Примечание: ДОТ – дистанционные образовательные технологии, ЭО – электронное обучение, ЛЗ – лекционные занятия, СР – самостоятельная работа, СЗ – семинарские занятия, СО – симуляционное обучение, ПЗ – практические занятия.

Таблица 2

Теоретические вопросы, изучаемые слушателями при обучении по программе «Неотложные состояния в педиатрии»

Наименование модуля	Содержание модуля
1. Общие вопросы неотложной педиатрии	1.1. Шкалы оценки тяжести состояния. 1.1.1. Первичный осмотр ребенка в неотложных ситуациях. 1.1.2. Повторный осмотр ребенка в неотложных ситуациях. 1.1.3. Клинические риски, осложнения и неблагоприятные исходы неотложных состояний в педиатрии. 1.1.4. Врачебные и «человеческие» ошибки. 1.2. Предикторы неотложных состояний, их прогностическая оценка. 1.2.1. Характеристика неблагоприятных исходов и их причины. 1.2.2. Лекарственные средства, применяемые при неотложных состояниях. 1.2.3. Юридические вопросы медицины критических состояний.
2. Острые кровотечения у детей	2.1. Острые кровотечения у детей. 2.1.1. Причины кровотечений у детей. 2.1.2. Виды различных кровотечений у детей. 2.1.3. Неотложная терапия при различных кровотечениях.
3. Виды отравлений у детей	3.1. Острые отравления у детей. 3.1.1. Виды отравлений. 3.1.2. Алгоритм диагностики отравлений. 3.1.3. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
4. Нарушения сердечного ритма и проводимости у детей	4.1. Классификация, диагностика, клиника. 4.1.1. ЭКГ-признаки нарушений сердечного ритма. 4.1.2. Желудочковая экстрасистолия. 4.1.3. Желудочковая тахикардия. 4.1.4. Методы купирования нарушений ритма и проводимости на догоспитальном этапе.

5. Острые аллергические состояния у детей	5.1. Острые аллергические состояния у детей 5.1.2. Ангионевротический отек. Алгоритм неотложных действий. 5.1.3. Генерализованная крапивница. Лекарственный формуляр неотложной помощи. 5.1.4. Токсикодермии (синдром Лайелла, синдром Стивена – Джонса). Алгоритм неотложной помощи. 5.1.5. Анафилактический шок. Алгоритм неотложной помощи.
6. Алгоритм диагностики и лечения синкопальных состояний	6.1. Алгоритм диагностики и лечения синкопальных состояний. 6.1.2. Распространение и прогностическая значимость. 6.1.3. Возможности догоспитальной диагностики. 6.1.4. Ключи к выявлению причины развития синкопе. 6.1.5. Алгоритм ведения пациентов на догоспитальном этапе. 6.1.6. Лекарственный формуляр неотложной помощи при синкопальных состояниях.
7. Алгоритм диагностики и лечения гипертермического синдрома	7.1. Алгоритм диагностики и лечения гипертермического синдрома. 7.1.2. Типы лихорадок у детей. 7.1.3. Гипертермический синдром при инфекционных заболеваниях. 7.1.4. Лекарственный формуляр неотложной помощи при гипертермическом синдроме. 7.1.5. Неотложная терапия при различных лихорадках у детей.
8. Судорожный синдром у детей	8.1. Судорожный синдром у детей. 8.1.2. Причины и классификация судорожного синдрома. 8.1.3. Респираторно-аффективные приступы. 8.1.4. Поствакцинальный судорожный синдром. 8.1.5. Фебрильные судороги. 8.1.6. Гипокальциемические судороги. 8.1.7. Гипогликемические судороги. 8.1.8. Алгоритм действий оказания помощи при судорожном синдроме.
9. Принципы инфузионной терапии у детей при неотложных состояниях	9.1. Принципы инфузионной терапии у детей при неотложных состояниях. 9.1.2. Потребности в жидкости и диурез у детей. 9.1.3. Формулы расчета инфузионной терапии. 9.1.4. Программы жидкостной терапии у детей. 9.1.5. Неотложная терапия при различных лихорадках у детей.
10. Особенности развития и лечения неотложных состояний у детей с новой коронавирусной инфекцией COVID-19	10.1. Особенности развития и лечения неотложных состояний у детей с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. 10.1.2. Особенности течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 у детей. 10.1.3. Диагностика неотложных состояний при новой коронавирусной инфекции COVID-19 у детей. 10.1.4. Лечение неотложных состояний при новой коронавирусной инфекции COVID-19 у детей.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Благодаря введению в учебный образовательный процесс врачей-педиатров программы повышения квалификации «Неотложные состояния в педиатрии» у слушателей систематизировались и усовершенствовались знания по следующим вопросам:

- клинические проявления и диагностика неотложных состояний у больных и пострадавших детей;
- стандарты оказания экстренной и неотложной помощи у больных и пострадавших детей;
- современные концепции диагностики и лечения неотложных состояний у детей разных возрастов.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия. Стандарты медицинской помощи / сост. А. С. Дементьев, Н. И. Журавлева, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 480 с. / URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN97859704440230.html> (дата обращения: 30.06.2023).
2. Сон И. М., Меньшикова Л. И., Флеглер Н. А., Руголь Л. В. Роль органов местного самоуправления в решении проблем обеспеченности медицинскими кадрами первичного звена здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2021. №1. С. 54–63.
3. Антонова А. А., Яманова Г. А., Сагитова Г. Р., Мухайдарова Г. Г. Состояние здоровья детей младшего школьного возраста, проживающих в сельской местности Астраханской области // Прикаспийский вестник медицины и фармации. 2022. Т. 3. №3. С. 10–16.
4. Блохин Б. М., Лобушкова И. П., Прохорова А. Д., Суюндукова А. С. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей. Диагностика и неотложная терапия // Педиатрия. Consilium Medicum. 2019. №4. С. 18–22.
5. Соннов В. В., Бугаенко О. А. Актуальные вопросы повышения квалификации врачей педиатрического профиля // Российский педиатрический журнал. 2022. Т. 3. №1. С. 292.
6. Старец Е. А., Котова Н. В., Лосева Е. А., Федоренко О. В. Симуляционное обучение в педиатрии и неонатологии: оценка, распознавание и стабилизация неотложных состояний у детей // Здоровье ребенка. 2018. Т. 13. №4. С. 405–410.

## АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань  
Сагитова Гульнара Рафиковна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования.  
Давыдова Оксана Владимировна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования.  
Антонова Алена Анатольевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования; e-mail: [fduecn-2010@mail.ru](mailto:fduecn-2010@mail.ru).  
Мирманова Имира Муслимовна — студентка лечебного факультета.  
Оганесян Евгения Манвеловна — студентка лечебного факультета.  
Досмедов Сердар — студент педиатрического факультета.

# ВОЗМОЖНО ЛИ ЖИТЬ, НЕ БОЛЕЯ?

На сегодняшний день, учитывая ухудшающуюся экологию, возрастающее количество людей, страдающих аллергией, а также распространенность осложнений лекарственной терапии, методы профилактики и лечения без использования медикаментов становятся все более и более востребованы пациентами, обращающимися за медицинской помощью. Сегодня наш собеседник, доктор медицинских наук, профессор, академик, врач восстановительной медицины Виктор Владиленич Картавенко рассказал о своей уникальной системе «Как жить, не болея».

— Виктор Владиленич, в одном из своих интервью Вы упоминали писателя Юлиана Семенова и рассказали, что именно благодаря ему создали свою систему «Как жить, не болея», основанную на аналогичном тибетском методе. Это действительно возможно, и как этим пользоваться?

— Да, это так. И не только возможно, но и крайне нужно. Не входя в рассуждения о скорости современной нашей жизни, хочется подчеркнуть, что многие, до сих пор крайне актуальные, достижения именно советской медицины стали возможны в системе не только профилактики, но и доступных и понятных способов само- и взаимопомощи, построенных как раз-таки на принципах тибетской медицины. А текущие события лишний раз подчеркивают крайнюю необходимость владения такими технологиями.

Тот же Юлиан Семенов неоднократно обращался ко мне, как к своему лечащему врачу, с просьбой создать именно для него персональные такие приемы. Как пациент он очень хорошо реагировал на точечный массаж, использование практики бескислородных упражнений, применение травяных сборов. Семенову очень нравилась практика кровопускания «МЭЙ-ХУА», баночная терапия, гидротерапия и другие методики. Из этого арсенала мы с ним выделили максимально доступные для самостоятельного использования приемы самопомощи. Так появилось «Руководство к действию в экстремальных условиях без участия любимого доктора» (здесь Семенов всегда смеялся). Тогда он много раз повторял свою просьбу: «Сделай так, чтобы это было просто».

Самостоятельно это работало прекрасно, с максимальной результативностью, в разных странах, в разных климатах. И это при наличии целого букета семеновских проблем: злокачественной гипертонии, ХОБЛ, хронического гепатита, мочекаменной болезни. Отдельно хочется подчеркнуть, что все эти годы метод развивался и получил широкое применение в практике лечения в нашей клинике на Черном море, с последующим ведением пациентов в онлайн-формате. Это как раз тот самый случай, когда пациент, научившись однажды простым техникам, переставал быть просто пациентом, а становился учеником, непрерывно улучшая свое самочувствие, устойчивость и сроки ремиссии, системно и поэтапно восстанавливая себя самостоятельно под нашим контролем.

Метод стал особенно популярным во времена пандемии, когда рефлекторными упражнениями и авторским персональным фитокатализом нам удалось спасти более 10000 наших пациентов и членов их семей от заражения, тяжелого течения и последствий COVID-19. Этот феномен мы уже обсуждали с Вами на страницах Вашего журнала, им даже заинтересовался зарубежный университет и провел серию научных исследований, как эта технология работает.

— Поясните пожалуйста, при каких заболеваниях эффективна технология и в каком возрасте?

— Согласно постоянным опросам наших пациентов и учеников, на текущий момент уже добились устойчивых результатов, отказались от хирургического вмешательства

и, по их же мнению, «живут, не болея» более 2000 человек из разных стран мира в возрасте от 18 до 93 лет, которых прежде беспокоили боли в шее и спине, частые простуды и инфекционные заболевания, особенности жизни без желчного пузыря и другие нарушения желчеоттока, камни, новообразования, такие как кисты, полипы, миомы, аденомы. На сегодняшний день удается добиваться устойчивых результатов в отношении 619 симптомов, симптомо- и синдромокомплексов.

— Виктор Владиленич, каковы принципы жизни без болей?

— Все очень просто, как и просил Семенов: жить без болей возможно при соблюдении трех важных принципов:

- восстановления нервных связей при помощи рефлексов;
- цикличности фитокатализа;
- соблюдения циркадных и ландшафтно-климатических правил питания.

При понимании, как это делать правильно, на все это уходит не более 10–12 минут в день, и таким образом Вы начинаете проживать свою жизнь совсем по-другому – без болезней и болей, ярко, энергично, вдохновенно.

— Почему же и за счет чего это происходит?

— Это происходит потому, что наша здоровая человеческая желчь может все: восстанавливать нервные связи, улучшать функции внутренних органов, надежно защищать от вирусной и паразитарной инфекции, удлинять периоды ремиссии при сложных нарушениях обмена, формировать стрессоустойчивость и позитивный настрой, поддерживать ежедневную высокую продуктивность и даже успех в делах. Придерживаясь этих важных принципов, можно получить здоровую желчь и новую улучшенную версию себя, развить сверхспособности, стать устойчивым к инфекциям и получить возможность с успехом проходить нестандартные жизненные ситуации.

— Получается, любой человек, занимаясь 10–12 минут в день простыми упражнениями и фитокоррекцией, может получить улучшенную версию себя и жить, не болея? Тогда с чего нужно начинать? Какой первый шаг нужно для этого сделать?

— Опять же все очень просто: переходите вот по этой ссылке: <http://3538.ru> и начинайте этот путь вместе с нами!

— Несомненно, ценность таких изменений высока. Вероятно, высока и их стоимость?

— Совсем не обязательно. Начать такой путь и получить результаты можно бесплатно. Многие получают результаты уже на этапе изучения наших обучающих видео, которые находятся в открытом доступе. Все зависит от мотивации и желания получить результат. Конечно, есть и платные программы, когда в них участвуют также и другие специалисты. Здесь каждый решает сам, нужна ли ему жизнь без болезней и болей. Если да, то милости просим: <http://3538.ru>.

**Виктор Картавенко — доктор медицинских наук, профессор, академик, врач восстановительной медицины; <http://2928.ru>**



Российский разработчик  
и производитель

АО «НИИП», 634034, Россия,  
г. Томск, ул. Красноармейская 99а  
marketing@niipp.ru (3822) 288-400



Подробнее  
можно ознакомиться  
на нашем сайте:

[www.niipp.ru](http://www.niipp.ru)

## ОСНОВНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА

- + Продукция прошла множество клинических испытаний
- + Многолетний опыт безопасного массового применения
- + Удобное применение в домашних условиях
- + Немедикаментозное воздействие на организм, усиление эффективности при комплексном лечении с применением медикаментов
- + Гипоаллергенность, отсутствие вредного воздействия химических компонентов



## Телемедицина

На стадии получения РУ

АВТОМАТИЗИРОВАННЫЙ  
КОМПЛЕКС ПО МОНИТОРИНГУ  
И КОНТРОЛЮ СОСТОЯНИЯ  
ЧЕЛОВЕКА

«СМОТР»

Унифицированная платформа для подключения любых аналитических и диагностических приборов для удаленного здравоохранения (телемедицины).

«СМОТР» обеспечивает автоматическое измерение:

- Артериального давления и частоты сердечных сокращений
- Температуры
- Содержания этанола в выдыхаемом воздухе
- ЭКГ (опционально)
- Сатурации (опционально) и других параметров состояния человека



## АВТОНОМНЫЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯТОРЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА АЭС ЖКТ «СИБИРИУМ»

Предназначены для активации моторной деятельности кишечника с целью активации их биоэлектрической, моторной и секреторной деятельности, а также прилегающих внутренних органов брюшной и тазовой полости.



## АВТОНОМНЫЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯТОРЫ РЕКТАЛЬНО-ВАГИНАЛЬНЫЕ АЭС МТ-РВ «Эректрон»

Предназначены для восстановления моторно-эвакуаторной деятельности органов малого таза электрическими импульсами.



## АППАРАТЫ СВЕТОДИОДНЫЕ ФОТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОРТАТИВНЫЕ С МАГНИТНОЙ НАСАДКОЙ «ГЕСКА»

Предназначены для лечения методом воздействия постоянного магнитного поля и электромагнитного излучения инфракрасного и оптического диапазона на патологический очаг или организм в целом, а также для лечения путем воздействия на биологически активные точки и зоны пациента.

РЕКЛАМА



**Aquacom**

БАКТЕРИЦИДНЫЙ УВЛАЖНИТЕЛЬ-ИОНИЗАТОР ВОЗДУХА

## ИННОВАЦИОННАЯ КЛИМАТИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ И ОЧИСТКА ОКРУЖАЮЩЕГО ВОЗДУХА В ЛПУ

- ▶ Инновационный метод обеззараживания поверхностей и воздушной среды помещений ЛПУ.
- ▶ Эпидемиологическая безопасность персонала и профилактика внутрибольничных инфекций в ЛПУ.
- ▶ Молекулярная очистка и оздоровление окружающего воздуха от бактерий, микробов и вирусов посредством ионного серебра (Ag+).
- ▶ Профилактика простудных заболеваний, гриппа, ОРЗ и заболеваний дыхательных путей.
- ▶ Защита и укрепление иммунной системы организма.
- ▶ Обогащение окружающего воздуха «живыми» аэроионами кислорода (-ion).



АО НПО «Кинетика», т. (495) 798-61-66, [www.aqua-com.ru](http://www.aqua-com.ru)

РЕКЛАМА

# ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

А. Ю. Тарасова, Н. В. Палиева, С. С. Старков, Ю. А. Петров

**Аннотация.** Современный человек постоянно живет в состоянии стресса. Причиной этого является суровый ритм городской жизни, переизбыток информации, финансовые и семейные проблемы. Все эти проблемы накапливаются и вызывают синдром хронической усталости. Сегодня «стрессовые» болезни поражают людей любого возраста, в том числе и женщин. Женщины устойчивы и легко адаптируются к любым изменениям, тем не менее, такие ситуации, как патологии репродуктивной системы, могут помешать им полноценно участвовать в жизни общества. Поэтому нужно вовремя диагностировать заболевания во время профилактических осмотров. Аномальное хроническое маточное кровотечение — это патологическое состояние, которое обладает травматическим эффектом, поскольку женщина начинает переживать насчет того,

в безопасности ли она находится, испытывает страх смерти, может развиваться депрессия. При гинекологических заболеваниях возможны возникновения психоэмоциональных нарушений, нарушения системы значимых отношений, сужение круга контактов с людьми, изменения женской и социальной роли, позиции по отношению ко всем жизненным ситуациям. Гинекологические заболевания маркированы переживаниями вины, стыда, тревоги, чувством неполноценности. Укрепившаяся в последние годы биопсихосоциальная модель гласит, что психосоциальные факторы играют роль в течении любых расстройств, а также в их лечении и реабилитации.

**Ключевые слова:** аномальные маточные кровотечения, стресс, депрессия, последствия аномальных маточных кровотечений.

## THE ASSESSMENT OF PSYCHOEMOTIONAL STATE OF WOMEN WITH CHRONIC ABNORMAL UTERINE BLEEDING

A. Yu. Tarasova, N. V. Palieva, S. S. Starkov, Yu. A. Petrov

**Annotation.** A modern man constantly lives in a state of stress. The reason for this is the harsh rhythm of urban life, an overabundance of information, financial and family problems. All these problems accumulate and cause chronic fatigue syndrome. Today, «stress» diseases affect people of any age, including women. Women are stable and easily adapt to any changes, however, such situations as pathologies of the reproductive system can prevent them from fully participating in society. Therefore, it is necessary to diagnose diseases in time during preventive examinations. Abnormal chronic uterine bleeding is a pathological condition that has a traumatic

effect, because a woman begins to worry about whether she is safe, experiences fear of death, depression may develop. With gynecological diseases, there may be psychoemotional disorders, violations of the system of meaningful relationships, narrowing of the circle of contacts with people, changes in women's and social roles, positions in relation to all life situations. Gynecological diseases are marked by feelings of guilt, shame, anxiety, and a sense of inferiority. The biopsychosocial model, which has been strengthened in recent years, states that psychosocial factors play a role in the course of any disorders, as well as in their treatment and rehabilitation.

**Keywords:** abnormal uterine bleeding, stress, depression, consequences of abnormal uterine bleeding.

Зачастую женская роль в обществе ограничена семейными обязанностями, включающими уход за детьми и/или престарелыми родителями. Однако женщина не освобождается и от других социальных нагрузок. Поскольку требования к выполнению этих ролей довольно высокие, а порой даже возрастают, психологически женщины могут испытывать определенную перегруженность, нехватку времени и иметь напряжение в отношении невыполненных обязательств. Они могут испытывать чувство неудачи из-за неспособности оправдать ожидания в отношении себя и других. Часто женщины меньше уделяют внимание себе и своим нуждам, нежели тратя свое время на удовлетворение потребностей других. Находясь практически в состоянии хронического стресса, женщины могут даже не осознавать этого, а если еще присутствует какая-либо патология, то он может перейти в дистресс. Специфика психосоматических расстройств связана

с индивидуальным стереотипом эмоционального реагирования и избирательным воздействием эмоционального сдерживания на определенную систему организма [1-3].

Одной из таких патологий, поддерживающей и усугубляющей стресс, является аномальное маточное кровотечение, которое может выступать и причиной формирования психологических расстройств, что еще более ухудшает качество жизни женщины. Изучение психологического портрета женщин с гинекологической патологией позволяет разработать современные психокоррекционные программы с учетом уже имеющейся дезадаптации и личностных ресурсов этих пациенток. Для этого требуется установление общих и специфических психологических стигм гинекологической патологии, чтобы определиться с направлением психокоррекционной терапии и разработать эффективные меры профилактики [4, 5].

Гармонизация женской психологической сферы очень важна для достижения их репродуктивного здоровья, в связи с чем эффективная помощь гинекологическим пациенткам должна быть комплексной и основываться не только на лечении конкретной патологии, но и на знании психологических связей в формировании и течении заболевания, которые помогут более эффективно достичь излечения и восстановления нарушенных функций [1, 3, 4].

**Цель исследования:** провести анализ литературы по вопросу оценки психоэмоционального состояния у женщин с хроническими аномальными маточными кровотечениями.

**Материалы и методы исследования:** научные сведения из списка использованных источников. Метод исследования — аналитический.

Эмоциональные расстройства представляют собой редкие, хронические и повторяющиеся психические расстройства, связанные со значительной потерей функциональности

в отношениях, продуктивности и качестве жизни. Они признаются как расстройства, имеющие неврологический характер, поскольку нередко дебютируют в детстве или подростковом возрасте и затем длительно, возможно, на протяжении всей жизни, оказывают пагубное воздействие на организм. Физиологические, когнитивные, поведенческие и аффективные проблемы могут усугубляться нарушениями нейроанатомии и нейронных сетей [1, 6]. Депрессия и биполярное расстройство являются наиболее распространенными эмоциональными расстройствами, и из них самое частое нарушение психического здоровья — депрессия. Нормально испытывать горе или печаль после травмирующего жизненного события или кризиса. Однако депрессия классифицируется как клиническая, если она сохраняется после устранения стрессового события или же при отсутствии какой-либо очевидной причины. И как минимум, симптомы клинической депрессии присутствуют какое-то время (несколько недель и более) до того, как будет выставлен диагноз [2, 3, 7].

В качестве одного из таких психотравмирующих факторов можно отметить аномальное маточное кровотечение, особенно хроническое. Вообще, само по себе кровотечение — это повод для волнения, несмотря на тот факт, что женщина репродуктивного возраста постоянно сталкивается с менструальными кровотечениями. Между тем, изменение характера кровотечений (увеличение их объема, частоты или длительности) является поводом для беспокойства женщины и обязательно приводит к стрессированности, что в дальнейшем может стать основанием для формирования депрессивного расстройства [8-10].

Аномальные маточные кровотечения — термин, отражающий одно из нарушений менструального цикла, связанное с разнообразными причинами, и органическими, и функциональными. До трети женщин сталкиваются в своей жизни с этим заболеванием, и критическими периодами часто становятся ранний репродуктивный период и переход к менопаузе. Характеристиками нормального менструального цикла принято считать частоту от 24 до 38 дней, длительность кровотечения 2–8 дней, регулярность не более

7–9 дней и объем кровопотери не более 80 мл. Сдвиг любого из этих параметров относят к аномальному маточному кровотечению [11-13].

Клиническими проявлениями стресса могут быть:

- головные боли без характерной локализации;
- нарушение цикла «сон — бодрствование» (недосыпание или бессонница);
- сердечно-сосудистые заболевания (брадикардия, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда);
- когнитивные нарушения;
- повышенная утомляемость;
- снижение работоспособности;
- нарушения в работе желудочно-кишечного тракта (гастрит, язва, диспепсии невротического генеза);
- онкопролиферативные процессы;
- снижение иммунитета и связанные с этим частые вирусные инфекции;
- нейроэндокринные расстройства, в том числе остеопороз, сахарный диабет;
- дистрофия тканей мозга, мышечная ригидность или атония;
- может появиться алкогольная или наркотическая зависимость [14, 15].

Последствия нарушения психологического фона [1, 16, 17]:

- истощение душевных сил, приводящее к неврозам, депрессии и другим психическим заболеваниям;
- потеря интереса к жизни, отсутствие каких-либо желаний;
- нарушение суточных режимов;
- эмоциональная неустойчивость: приступы агрессии, вспышки гнева, раздражительность;
- внутреннее ощущение тревоги.

Как уже указывалось ранее, патогенез аномальных маточных кровотечений различен. Непосредственное кровоснабжение матки идет от маточных и яичниковых артерий, которые изначально дугообразно ориентированы, затем отправляют радиальные ветви в толщу матки, снабжая кровью внутренний слой матки — эндометрий, его функциональный и базальный компоненты. Первопричиной отторжения функционального слоя эндометрия выступает падение уровня прогестерона, что запускает каскад биохимических

и гистологических цепочек (нарушение кровоснабжения, ферментативное разрушение функционального слоя эндометрия и другие) [18, 19]. По факту это реализуется в форме менструального кровотечения, для окончания которого запускаются процессы ангиоспазма и гемостаза. Любое нарушение структуры матки (например, лейомиома, полипы, аденомиоз, злокачественные новообразования или гиперплазия), нарушения путей свертывания крови (коагулопатии или ятрогении) или нарушения в работе гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси (вследствие овulatoryных/эндокринных нарушений или ятрогении) могут повлиять на менструацию и привести к аномальному маточному кровотечению [14, 20, 21].

В 10% случаев кровотечения реализуются на фоне овulatoryных менструальных циклов, и причиной их выступает дефицит прогестерона из-за недостаточных уровней эстрадиола. В результате нарушается железистая трансформация эндометрия и происходит неравномерная его отслойка, сопровождающаяся длительным и обильным кровотечением. Некоторые исследования связывают овulatoryное кровотечение с более хрупкими кровеносными сосудами в матке. Кровотечение в середине цикла может указывать на временное снижение уровня эстрогена, между тем, кровотечение в конце цикла указывает на дефицит прогестерона [22, 23].

Преимущественно причиной аномальных маточных кровотечений являются прогестерон-дефицитные состояния, на долю которых приходится до 90% случаев, когда отсутствует овуляция, так называемые ановуляторные маточные кровотечения. Ановуляторные менструальные циклы распространены на крайних стадиях репродуктивного возраста (после менархе и перед менопаузой). В обоих случаях кровотечения связаны с несогласованностью в работе репродуктивной оси, в первом — из-за незрелости связей, во втором — из-за обеднения фолликулярного аппарата яичников. Когда это происходит, не обеспечивается овуляция и, соответственно, не формируется желтое тело, которое и вырабатывает прогестерон. В результате непрерывно вырабатывается эстроген, то есть присутствует состояние абсолютной или относительной гиперэстрогении. А так как эстрогены

являются митогенным фактором, то избыточный эстрогенный фон способствует избыточному росту эндометрия, то есть гиперплазии эндометрия, очаговой или тотальной. В таких случаях нередко кровотечению предшествует задержка месячных [10, 12, 24].

PALM-COEIN — современная классификация аномальных маточных кровотечений, предоставленная Международной федерацией акушерства и гинекологии (FIGO), основанная на причине заболевания. Первая часть, PALM, описывает структурные проблемы. Вторая часть, COEIN, описывает неструктурные проблемы [8, 10, 12]:

Р: Полип.

А: Аденомиоз.

Л: Лейомиома.

М: Злокачественные новообразования и гиперплазия.

С: Коагулопатия.

О: Овуляторная дисфункция.

Е: Заболевания эндометрия.

И: Ятрогенная причина.

N: Не классифицируется иным образом.

Некоторые структурные образования, такие, например, как полипы шейки матки или эндометрия, лейомиомы, могут протекать бессимптомно и быть не основной причиной аномального маточного кровотечения у пациентки, а лишь сопутствующим состоянием.

В случае аномального маточного кровотечения беспокойство и страх

женщины могут быть вызваны неизвестностью. Ведь многие не сразу обращаются к акушеру-гинекологу, пытаются самостоятельно решить проблему, или избирают выжидательную тактику, надеясь, что само все разрешится [25].

Конечно, для подавления стресса требуется остановить кровотечение, то есть вылечить пациентку. Но так как хроническое аномальное маточное кровотечение часто имеет рецидивирующий характер, то после лечения пациентки должны находиться на диспансерном наблюдении, объем исследований которого зависит от достигнутых результатов проведенного лечения, а также от тех патологических изменений, что явились причиной кровотечения. Особую настороженность следует проявить в случаях наличия гиперплазии эндометрия, которая требует не только динамической ультразвуковой диагностики, но и гистологического исследования эндометрия в ходе гистероскопии с прицельной биопсией эндометрия [18, 19, 22].

При рецидивирующих маточных кровотечениях в случае неэффективности консервативного медикаментозного лечения или при наличии противопоказаний к нему одним из эффективных органосохраняющих методов лечения может рассматриваться абляция эндометрия. Непременным условием ее проведения является достоверное исключение злокачественных изменений в половых органах [22, 23]. Учитывая, что этот контингент

женщин всегда находится в состоянии стрессированности, вплоть до более тяжелых психологических нарушений, после лечения для восстановления им требуется комплекс успокаивающих и расслабляющих мероприятий. Социальная поддержка — одно из приоритетных средств снятия стресса, поэтому друзья и родственники могут помочь женщинам в преодолении стресса. Исследования показали, что те, кто имеет сильную социальную поддержку, как правило, здоровее, счастливее и менее подвержены стрессу. Особенно для женщин это важная часть жизни, которую нужно развивать, поскольку женщины, как правило, чаще справляются со стрессом, делясь чувствами и создавая сети поддержки [1, 3, 4].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стресс и его влияние на женщину различны, тем не менее, стресс, возникающий при патологии репродуктивной системы, можно свести к минимуму, если вовремя диагностировать и обеспечить излечение. Эмоциональный тонус положительно влияет на психическую сферу, но вслед за контролем и повышенной активностью следует исчерпание жизненных ресурсов и дезадаптация. Нервное напряжение пройдет самостоятельно, как только пропадет причина его возникновения.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тарасова А. Ю., Петров Ю. А. Слагаемые супружеского счастья. Взгляд врача и психолога. М: Медицинская книга, 2022. 320 с.
2. Кочарян А. С., Макаренко А. А., Дин Ш. Ц. Психологические особенности женщин с гинекологической патологией // Перспективы науки и образования. 2015. №5 (17). С. 88–92.
3. Миронова В. Г., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Особенности психологии и супружеских отношений у пациенток с гинекологическими заболеваниями // Главный врач Юга России. 2023. №1 (87). С. 22–24.
4. Миронова В. Г., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Нюансы супружеских отношений и психологические особенности у женщин с гинекологическими заболеваниями // Научные основы создания и реализации современных технологий здоровьесбережения: Материалы IX международной научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 18 ноября 2022 года / ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России; ФГБНУ «Поволжский научно-исследовательский институт производства и переработки мясомолочной продукции». Часть 1. Волгоград: СФЕРА, 2022. С. 91–98.
5. Енькова Е. В. Аномальные маточные кровотечения: этиология и патогенез (описательный обзор) // Научные результаты биомедицинских исследований. 2022. Т. 8. №3. С. 365–381.
6. Ведищев С. И. Аспекты репродуктивного здоровья женщин // Вестник российских университетов. Математика. 2018. Т. 18. №6 (2). С. 3289–3294.
7. Блох М. Е., Добряков И. В. Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья // Журнал акушерства и женских болезней. 2013. Т. 62. №3. С. 16–19.
8. Чернуха Г. Е. Этиологическая структура и возможности диагностики аномального маточного кровотечения // Гинекология. 2018. Т. 20. №2. С. 14–17.
9. Петров Ю. А., Тарасова А. Ю., Палиева Н. В., Гром А. С. Специфика психоэмоционального состояния онкогинекологических больных // Главный врач Юга России. 2023. №2 (88). С. 31–34.
10. Аномальные маточные кровотечения: учебное пособие / О. Е. Баряева, В. В. Флоренсов, М. М. Чертовских, М. Ю. Ахметова. ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детей и подростков. Иркутск: ИГМУ, 2020. 61 с.
11. Соловьева А. В., Чегус Л. А. Аномальные маточные кровотечения у женщин в репродуктивном возрасте и пременопаузе // Акушерство и гинекология. 2020. №8. С. 29–38.
12. Чернуха Г. Е. Актуальность проблемы аномальных маточных кровотечений у молодых женщин и ее комплексное решение в свете российских рекомендаций 2021 // Гинекология. 2022. Т. 24. №3. С. 198–204.
13. Уварова Е. В. Ключевые проблемы ведения подростков и молодых женщин с обильным менструальным кровотечением // Гинекология. 2021. Т. 23. №4. С. 370–376.

14. Тарасова А. Ю., Палиева Н. В., Петров Ю. А., Шелегова Д. Р. Психологический и сексологический портрет женщин с миомой матки // Главный врач Юга России. 2023. №2 (88). С. 47–50.
15. Петров Ю. А., Палиева Н. В., Аллахьяров Д. З. Патогенетические аспекты нарушения репродуктивного здоровья у женщин с ожирением // Современные проблемы науки и образования. 2022. №1. С. 102.
16. Карымшакова Э. А., Сарымсакова Т. А. Оценка качества жизни женщин перименопаузального периода с дисфункциональными маточными кровотечениями // Евразийское Научное Объединение. 2020. №8-3. С. 152–157.
17. Каримова Н. И., Аюпова Ф. М. Пути улучшения качества жизни женщин, перенесших послеродовое кровотечение // Вестник врача. 2019. Т. 1. №3. С. 63–68.
18. Аскарлова З. З. Частота патоморфологических изменений эндо- и миометрия в развитии аномальных маточных кровотечений у женщин в перименопаузе // Достижения науки и образования. 2020. №2 (56). С. 113–115.
19. Доброхотова Ю. Э. Аномальные маточные кровотечения: алгоритмы ведения, методы терапии // РМЖ. Мать и дитя. 2020. Т. 3. №1. С. 55–60.
20. Маркин Л. Б., Чечуга С. Б. Аномальные маточные кровотечения – изменилась не только терминология, но и концептуальный подход к проблеме // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2015. №3. С. 104–117.
21. Тагирова А. А., Зубаирова Л. Д., Тухватуллина Л. М. Патогенетическое обоснование терапии при аномальных маточных кровотечениях на основе оценки микровезикуляции клеток крови // Казанский медицинский журнал. 2019. Т. 90 (1). С. 78–83.
22. Шестакова И. Г., Дьяконов С. А. Аномальные маточные кровотечения: диагностика и выбор терапии // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2020. №6. С. 46–55.
23. Табакман Ю. Ю. Аномальные маточные кровотечения (АМК) – современные возможности оптимизации тактики лечения // Акушерство, гинекология и репродукция. 2016. Т. 10. №1. С. 123–128.
24. Шахабова Х. Р., Палиева Н. В., Петров Ю. А., Чернавский В. В. Воспаление матки и репродуктивные нарушения у женщин // Главный врач Юга России. 2022. №2 (83). С. 17–21.
25. Копьева О. В., Тетелютина Ф. К. Качество жизни и психоэмоциональное состояние больных с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза при различных методах лечения // Практическая медицина. 2015. №2-1 (87). С. 145–149.

### АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Кафедра акушерства и гинекологии №2.  
 Палиева Наталья Викторовна — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры; e-mail: nat-palieva@yandex.ru;  
 ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-2278-5198>.  
 Старков Сергей Сергеевич — соискатель кафедры.  
 Петров Юрий Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой; e-mail: mr.doktorpetrov@mail.ru;  
 ORCID ID <http://orcid.org/0000-0002-2348-8809>.  
 Медико-психологический центр «Люмос», г. Ростов-на-Дону.  
 Тарасова Анастасия Юрьевна — психолог центра, магистр психологических наук; e-mail: na.design91@gmail.com.

УДК 618.173;159.99

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СЕКСОЛОГИЧЕСКИЕ НЮАНСЫ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Ю. А. Петров, Н. В. Палиева, А. Ю. Тарасова, В. Е. Шпакова

**Аннотация.** Одной из современных проблем урогинекологии является недержание мочи, или инконтиненция. Любое непроизвольное подтекание мочи хоть и не угрожает жизни, но является важным и распространенным тревожным состоянием, которое, как известно, отрицательно влияет на качество жизни. Выделяют несколько типов недержания мочи, основными из которых являются стрессовое, ургентное и смешанное. По данным эпидемиологических исследований, непроизвольное выделение мочи различной степени выраженности наблюдается у 20–30% женщин и имеет тенденцию к увеличению с возрастом. Причины возникновения инконтиненции можно рассматривать как влияние неблагоприятных и стрессовых факторов на организм женщины, так и как результат нарушения физиологических процессов в самом ее теле. Многие молодые женщины часто

жалуются на неприятные симптомы мочеиспускания, возникающие самопроизвольно, при кашле или чихании, физических нагрузках, половом акте. В силу интимного характера проблемы женщина не акцентирует на ней внимание, однако в этом случае необходимо как можно раньше предпринять меры к раннему выявлению патологии при возникновении факторов риска развития недержания мочи. Значимость инконтиненции у женщин обусловлена не только ее высокой распространенностью, но и существенным ухудшением качества жизни больных, причем негативное влияние оказывается практически на все аспекты жизни, такие как психологические, социальные и сексуальные.

**Ключевые слова:** недержание мочи, стрессовое недержание, ургентное недержание, качество жизни, психологическое здоровье, сексуальная дисфункция, беременность.

### PSYCHOLOGICAL AND SEXOLOGICAL NUANCES IN WOMEN OF CHILDBEARING AGE WITH URINARY INCONTINENCE

Yu. A. Petrov, N. V. Palieva, A. Yu. Tarasova, V. E. Shpakova

**Annotation.** One of the modern problems of urogynecology is urinary incontinence, or incontinence in another way. A complaint about any involuntary leakage of urine, although not life threatening, is an important and widespread anxiety condition, which, as is known, negatively affects the quality of life. There are several types of urinary incontinence, the main of which are stressful, urgent and mixed. According to epidemiological studies, involuntary urine excretion of varying severity is observed in 20-30% of women and tends to increase with age. The causes of incontinence can be considered as the influence of adverse and stressful factors on a woman's body, as well as the result of a violation of physiological processes in her body

itself. Many young women often complain of unpleasant urination symptoms that occur spontaneously, when coughing or sneezing, physical exertion, and sexual intercourse. Due to the intimate nature of the problem, the woman does not focus on it; however, in this case, it is necessary to take measures as early as possible to detect the pathology in the event of risk factors for urinary incontinence. The importance of incontinence in women is due not only to its high prevalence, but also to a significant deterioration in the quality of life of patients, with a negative impact on almost all aspects of their lives, such as psychological, social and sexual.

**Keywords:** urinary incontinence; stress incontinence; urgent incontinence; quality of life; psychological health; sexual dysfunction; pregnancy.

**Н**едержание мочи у женщин — одна из серьезных медико-социальных междисциплинарных проблем урогинекологии. Актуализация данной патологии определяется значительным снижением качества жизни индивидуума, что негативно сказывается на психическом здоровье, социальной сфере и трудовой деятельности. Кроме того, нередко разрушаются семейные связи, особенно у женщин детородного возраста [1, 2]. Вместе с гигиеническими проблемами у женщины меняется ее привычный образ жизни, она вынуждена ограничивать свою физическую активность, избегать длительного пребывания в публичных местах и компаниях или вообще отказываться от их посещений, в тяжелых случаях — отказываться от интимной близости. Практически каждая женщина с этим недугом из-за стеснительности ситуации, непонимания своего состояния и ложного представления о нем, как о неизбежности, крайне редко обращается за медицинским содействием, предпочитая молча мириться со сложившейся действительностью [3].

Недержание мочи, или инконтиненция, энурез — патологическое состояние, связанное с произвольным выделением мочи. Причинами могут стать различные стрессовые ситуации, кашель, чихание, физические нагрузки и др. [4]. Преимущественно недержание мочи встречается в период активного трудоспособного возраста, от 20 до 50 лет, и вероятность его развития гораздо выше у пациенток, имеющих при беременности или после родов хотя бы один эпизод подтекания мочи. В 10% случаев стрессовая инконтиненция отмечается у нерожавших женщин, в 15% — после кесарева сечения, у рожавших через естественные родовые пути — в 20%. Женщины европеоидной расы чаще страдают от недержания мочи, чем азиатки и африканки. Распространенность недержания мочи у женщин в странах восточного полушария составляет 20%, в Англии — 29%, в США — 37%.

С возрастом наблюдается повышение уровня заболеваемости: к 50-ти годам стрессовый энурез регистрируется у 30% женщин, а после 70 лет — у 40% [5].

Принято рассматривать три группы факторов риска развития данной патологии [5-7]:

- предрасполагающие (раса, наследственность, физиология тканей, неврологические нарушения, физические нагрузки);
- провоцирующие (возраст, сопутствующие заболевания, в том числе инфекции и ожирение, вредные привычки (курение), климактерий);
- акушерско-гинекологические (беременность и роды, оперативные акушерские пособия (эпизиотомия, акушерские щипцы и др.), крупный плод, многоплодие, оперативные вмешательства на тазовых органах, пролапс тазовых органов).

Как уже указывалось, встречаемость заболевания увеличивается с возрастом и в 75% случаев возникает после 50-ти лет. Решающую роль в формировании инконтиненции играет недостаточность мышц тазового дна. Ее причинами могут быть длительный сидячий образ жизни, дефицит эстрогенов и андрогенов, избыточные физические нагрузки (подъем тяжестей и др.), беременность и роды, отсутствие половой жизни [8, 9]. Нередко этиологическим фактором является наследственная предрасположенность, связанная с определенной особенностью структуры генов, отвечающих за мышечный и соединительнотканый компонент тела, что проявляется в форме атрофии и функциональной слабости этих тканей, имеющих отношение к возникновению недержания. Изучение эпидемиологии стрессового недержания мочи у женщин показало, что реализация этой патологии практически в 3 раза выше у родственников женского пола первой линии пациенток с подтвержденным диагнозом недержания мочи (20,3% в сравнении с 7,8%), что свидетельствует в пользу существенной роли в развитии стрессового недержания мочи наследуемых вариантов генетического полиморфизма [10].

Гестационно обусловленное недержание мочи связано с теми изменениями организма, которые характерны для этого периода. В частности, за счет гормональной перестройки женского тела происходит трансформация соединительнотканного и мышечного компонентов тазового дна, ткани гипертрофируются, но в то же время приобретают определенную степень рыхлости, что повышает вероятность слабости запирающего аппарата мочевого

пузыря. Помимо прочего, увеличивается объем мочи в результате увеличения объема циркулирующей крови, сердечного выброса и, соответственно, увеличения на 25% почечной перфузии и скорости клубочковой фильтрации. Таким образом, у беременных женщин многие симптомы нижних мочевыводящих путей обусловлены больше физиологическими, а не патологическими изменениями [11]. Указывается, что изменение характера мочеиспускания возникает в 60% в первом и середине второго триместра беременности, а 81% приходится на последний триместр. На долю никтурии, которая является довольно частым симптомом, выпадает 4% случаев [2, 5, 11].

Однако, несмотря на то, что якобы мочевого инконтиненция — результат физиологической перестройки, уже через 6 месяцев после родов у 26% женщин имеют место эпизоды энуреза различной степени выраженности, которые в ряде случаев могут исчезать с течением времени. Вероятной причиной данного явления может быть сенсорная денервация тазового дна, связанная с его компрессией в родах, а также различная степень повреждения тканей родового канала. Дополнительным фактором риска развития недержания мочи считается применение оперативного пособия в родах через естественные родовые пути (акушерские щипцы, вакуум-экстракция, эпизиотомия, акушерские повороты и др.) [11, 12]. Риск возникновения стрессового недержания у женщин после кесарева сечения несколько ниже, но все же существенно выше, чем у никогда не беременевших женщин. Так, развитие недержания мочи у рожавших женщин в 5 раз чаще по сравнению с небеременевшими пациентками, а после кесарева сечения — чаще в 3,5 раза.

Наличие вредных привычек у женщин, к примеру, табакокурения, повышает в 2,48 раза риск развития инконтиненции у девушек, курящих в данный момент, и в 1,89 раза — у куривших в прошлом. Также дополнительными факторами риска мочевого инконтиненции могут выступать паритет беременностей и родов, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (то есть гинекологическая и акушерская заболеваемость), дисплазия соединительной ткани,

дисмикроэлементозы (в частности, дефицит магния, кальция) [5, 9, 12].

Недержание мочи сказывается на всех сторонах физического и социального благополучия женщины. Меняется психосоматическое здоровье, снижается социальная мобильность. Сокращается занятость и производительность труда, вынужденный отказ от участия в оплачиваемой или неоплачиваемой работе, то есть страдает и благосостояние женщины и семьи. Очень важно и то, что оно отрицательно влияет на сексуальное здоровье и отношения с партнером, а это уже угроза распада семейных или партнерских уз. При этом инконтиненция, не являясь жизнеугрожающим заболеванием, имеет много негативных медицинских и социальных стигм, возлагая дополнительные финансовые потери. По данным литературы, до 25% женщин сталкиваются с ухудшением качества жизни по причине произвольной потери мочи [13, 14].

Выделяют различные варианты мочевого инконтиненции и причины, этому способствующие [15].

Наиболее распространенной формой является стрессовое недержание мочи при напряжении в результате недостаточности сфинктера уретры и/или слабости мышц тазового дна. В данном случае под стрессом понимают не психоэмоциональное состояние человека, а внезапное повышение внутрибрюшного давления при кашле, чихании, физической нагрузке и пр. Причем это не всегда избыточное давление. Более подходящее и чаще применяемое на практике определение этого нарушения — недержание мочи при напряжении.

Ургентное (императивное) недержание мочи. Эта форма инконтиненции связана с произвольным внезапным позывом к мочеиспусканию. Пациент не в состоянии запретить этот позыв к мочеиспусканию и вынужден его сразу реализовать, вне зависимости от времени и места своего нахождения.

Нередко имеет место сочетание этих двух форм недержания мочи (стрессового и императивного), которое принято называть смешанным.

Более редкой формой инконтиненции является нейрогенная (рефлексо-недержание). Она реализуется у больных с поражением нервной системы в результате травм опорно-

двигательного аппарата, таких как перелом позвоночника с повреждением спинного мозга, при множественных парезах, параличах и др.

Отдельно выделяется форма, определяемая как ночной энурез — произвольное выделение мочи во время сна.

Помимо вышеуказанных форм, рассматривают трансуретральную и экстрауретральную инконтиненцию [8, 15]. Трансуретральное, или истинное, недержание мочи происходит по уретре. Экстрауретральное, или ложное, недержание мочи возникает в результате врожденных (эктопия устьев мочеточников, экстрофия мочевого пузыря и др.) и/или приобретенных (мочевые свищи, возникшие по различным причинам) дефектов мочевыводящих путей.

Ведущими факторами развития стрессовой формы считаются гипертоничность и выраженное отклонение уретры и шейки мочевого пузыря в ходе напряжения при недостаточности наружного уретрального сфинктера. Ургентную форму недержания связывают с гиперактивностью мочевого пузыря из-за его избыточного напряжения или повышенной чувствительности к иницирующим сократимости факторам. Стрессовое и ургентное недержание мочи часто наблюдают у больных с неврологическими заболеваниями и травмами центральной и периферической нервной системы, сопровождающихся нарушением нервной регуляции мочевых путей [16].

Все формы нарушений мочеиспускания резко снижают качество жизни, особенно инконтиненция, которая способствует развитию психологических проблем, приводит к разрушению семейных и трудовых связей, к социальной изоляции и дезадаптации. Недержание мочи вызывает глубокую психотравму, связанную с тяжелыми физическими и моральными страданиями, сексуальным конфликтом, в отдельных случаях — развитием невроза, невротизации [17, 18]. Психологически эта проблема может сопровождаться депрессивными расстройствами, определяемыми чувством стыда и вины, раздражительностью и гневом, выраженным беспокойством, снижением самооценки и уверенности в себе, мрачным, пессимистическим преломлением будущего, вплоть до суицидальных наклонно-

стей, нарушениями сна и аппетита. На депрессивное состояние может указывать снижение или утрата сексуального влечения [19].

Профессор Э. Аслан (2009), рассуждая об инконтиненции, указывает, что любая форма недержания воспринимается пациентками как индивидуальный недостаток [20]. Это иницирует чувство разочарования и печали, вызывает смущение и депрессию, то есть страдает эмоциональная сфера здоровья. В результате женщина изолирует себя от социума, утрачивает уверенность в себе, отказывается себе в интимной близости и сексуальных ласках [20].

По мнению доктора Т. Ларго-Янсена и его коллег (1992), изучающих влияние инконтиненции на повседневную жизнь у 110 молодых женщин, недержание мочи особенно отражается на психологическом благополучии и в 60% случаев нарушает их образ жизни [21]. В этом исследовании женщины подтверждали присутствие у них страха присутствия запаха мочи, чувства стыда и унижения быть замеченными с прокладками в сумке или же с признаками мочи на одежде. По мнению авторов, наиболее тяжелое психологическое воздействие оказывает ургентная форма инконтиненции. Пациентки с этой формой недержания мочи признались, что их заставляет нервничать и является для них беспокойством мысль вовремя не добраться в туалетную комнату [21].

Представлены только лишь два из имеющейся когорты исследований, посвященных особенностям качества жизни и психосоциальной дезадаптации этой группы пациенток, однако они согласуются и с другими. Вследствие этого недержание мочи лишь отчасти можно назвать урогинекологической патологией.

Решением этой проблемы также приходится заниматься врачам других специальностей — невропатологам, психоневрологам, травматологам, физиотерапевтам. Еще в руководстве Авиценны (980–1037 гг.) «Канон врачебной науки» в главе «Мочеиспускание в постель» описывалась мочевого инконтиненция, и затем за тысячелетнюю историю этой патологии было посвящено огромное количество работ, где высказаны разнообразные взгляды на эту проблему.

Из-за недержания мочи многие женщины вынуждены менять привычный для себя образ жизни, ограничивать свою повседневную активность. Некоторые абсолютно необоснованно смиряются с этой патологией, принимая ее за патофизиологические изменения, возникающие в результате определенных причинных факторов, считая, что не требуется лечения. Другие не обращаются к врачу по причине стыдливости или недостатка информированности о возможности лечения данного заболевания [14, 19].

На фоне прогрессирования нарушений мочеполовой системы у женщин с недержанием зачастую развиваются признаки так называемого психосоциального дискомфорта. Для него характерно сочетание внешних (социальных) и внутренних (психологических) факторов. К социальным факторам относят изменение привычного уклада жизни, нарушение межличностных контактов, сужение круга общения и в результате — вынужденная смена места работы, временная или абсолютная утрата трудоспособности и др. [1, 12]. Психологические факторы представлены развивающимся чувством неполноценности, чрезмерной концентрацией на проблемах в урогенитальной сфере. Некоторые авторы упоминают в качестве фактора психосоциального дискомфорта еще и материальную уязвимость [14, 22].

Причиной обращения женщин за консультацией к врачу — акушеру-гинекологу зачастую являются типичные жалобы, характерные для той или иной формы инконтиненции. Между тем, данная патология часто остается не-

распознанной и не диагностированной по разным причинам. В силу интимности патологии женщина не акцентирует на ней внимание. Поэтому очень важно как можно раньше адресно распознать и выявить симптомы, указывающие на патологию. Несмотря на кажущуюся «малозначимость» признаков недержания мочи, они значительно меняют жизнь и здоровье пациентки [23].

К настоящему времени опубликован небольшой пул работ, чаще всего с небольшой выборкой, посвященных оценке психического здоровья женщин с недержанием мочи. Одной из них является работа коллектива доктора В. Stach-Lempinen. Их исследование было проспективным, изучалось наличие депрессии и тревоги по валидированной шкале-опроснику Гамильтона у 82 женщин со стрессовой и ургентной инконтиненцией, получающих психиатрическую поддержку. Ученые обнаружили, что наиболее выражены и чаще регистрировались депрессивные и тревожные симптомы у женщин с ургентным энурезом (44%), нежели у женщин со стрессовым недержанием мочи (17,5%) [24, 25].

Н. Vogner продемонстрировал влияние этнической принадлежности на психологическое здоровье женщин с недержанием мочи. Согласно его данным, в афроамериканской популяции вероятность возникновения психологического стресса выше, чем у людей иной этнической расы, а также выше в группе с недержанием мочи по сравнению с женщинами без такового [26].

Имеются сообщения, объясняющие воздействие инконтиненции на половую жизнь женщины. Указывается,

что женская сексуальная дисфункция затрагивает 30–50% женщин с различными видами недержания мочи или пролапсом тазовых органов, а при изолированном стрессовом недержании встречается чаще, в 50–68%. Основными причинами отказа от интимной близости при стрессовой форме определены чувство стыда и депрессия [27].

В исследовании А. Salonia вошли 216 женщин с инконтиненцией, чья сексуальная дисфункция оценивалась с помощью опросника FSFI (Female Sexual Function Index) и была установлена у 46% пациенток. В 60% случаев они предъявляли жалобы на снижение сексуального желания, в 61% — на аноргазмию и 47% отмечали диспареунию [28].

В 2012 году S. Jha в своей обзорной статье аргументировал, что имеющихся данных о влиянии стрессового недержания мочи на сексуальную функцию женщин недостаточно. Примерно половина всех исследуемых женщин, прооперированных по поводу стрессовой инконтиненции, не отметили никаких изменений в половой жизни [29].

M. Felipe с соавторами, изучая сексуальную функцию у 356 женщин с недержанием мочи при помощи шкалы SQOL-F (the sexual quality of life-female), определили, что женщины с недержанием мочи чаще воздерживались от полового акта, чем женщины без симптомов. По данным опросника отмечалось снижение сексуального желания и удовлетворения, но не было различий в частоте сексуальной активности между группами [24].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, недержание мочи — мощный стрессовый фактор в жизни любой женщины. Оно затрагивает многие стороны ее жизни, разрушает социальное взаимодействие с окружающими, вносит выраженный дискомфорт в повседневность, меняя не только поведение, но и психологическое здоровье. Инконтиненция, вызванная патологическими процессами в организме, самостоятельно разрешиться не может, а только прогрессирует. Учитывая это, при первых признаках недержания мочи требуется незамедлительное обращение к специалистам для дальнейшего лечения и профилактики прогрессии данной патологии.



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Chow P.-M., Chuang Y.-Ch., Chin Po Hsu K., Shen Y.-Ch., Liu Sh.-P. Impact of Female Stress Urinary Incontinence on Quality of Life, Mental Health, Work Limitation, and Healthcare Seeking in China, Taiwan, and South Korea (LUTS Asia): Results from a Cross-Sectional, Population-Based Study // *International Journal of Women's Health*. 2022. Vol. 14. P. 1871–1880.
2. Falah-Hassani K., Reeves J., Shiri R., Hickling D., McLean L. The pathophysiology of stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis // *International Urogynecology Journal*. 2021. Vol. 32. P. 501–552.
3. Панкова О. Ю. На приеме у врача. Вопросы женского здоровья. М.: Диля, 2017. 228 с.
4. Русина Е. И. Дисфункции нижних мочевых путей у женщин с пролапсом тазовых органов. Проблемы диагностики // *Журнал акушерства и женских болезней*. 2018. Т. 67. №4. С. 4–12.
5. Недержание мочи. Клинические рекомендации. Российское общество урологов. 2020. 41 с.
6. Craven S., Salameh F., O'Sullivan S. National Clinical Practice Guideline: Assessment and Management of Stress Urinary Incontinence in women. National Women and Infants Health Program and the Institute of Obstetricians and Gynecologists. 2022. 74 p.
7. Манунова Э. А., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Ожирение и репродуктивное здоровье // *Главный врач Юга России*. 2021. №4 (79). С. 29–32.
8. Комяков Б. К. Урология. 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 480 с.
9. Касян Г. Р., Куприянов Ю. А. Функциональные аспекты различных форм недержания мочи у женщин // *Медицинский совет*. 2014. С. 56–61.
10. Кротова Н. О., Кузьмин И. В., Улитко Т. В. Метод биологической обратной связи в лечении и реабилитации женщин с недержанием мочи // *Вестник восстановительной медицины*. 2020. №100. С. 57–65.
11. Yang X., Wang X., Gao Z., Li L., Lin H., Wang H. et al. The anatomical pathogenesis of stress urinary incontinence in women // *Medicine*. 2023. Vol. 59. P. 5.
12. Ильина И. Ю., Чижишева А. А., Доброхотова Ю. Э. Особенности течения недержания мочи в разные периоды жизни женщины // *Акушерство и гинекология*. 2020. №10. С. 195–202.
13. Палиева Н. В., Боташева Т. Л., Петров Ю. А., Заводнов О. П., Железнякова Е. В. Метаболический синдром – пусковой механизм расстройств психоэмоционального и акушерского «гомеостаза» / *Здоровая мать – здоровое потомство: Сборник материалов внутривузовской научно-практической конференции 06 февраля 2020, г. Ростов-на-Дону. ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»*, 2020. С. 324–334.
14. Сазонова Н. А., Киселева М. Г., Гаджиева З. К., Гвоздев М. Ю. Недержание мочи у женщин и его влияние на качество жизни // *Урология*. 2022. №2. С. 136–139.
15. Касян Г. Р., Тупикина Н. В., Гвоздев М. Ю., Пушкарь Д. Ю. Пролапс тазовых органов и скрытое недержание мочи при напряжении // *Экспериментальная и клиническая урология*. 2014. №1. С. 98–102.
16. Петрос П. Женское тазовое дно. Функции, дисфункции и их лечение в соответствии с Интегральной теорией. М.: МЕДпресс-информ, 2017. 400 с.
17. Тарасова А. Ю., Петров Ю. А. Слагаемые супружеского счастья. Взгляд врача и психолога. М.: Медицинская книга, 2022. 320 с.
18. Миронова В. Г., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Особенности психологии и супружеских отношений у пациенток с гинекологическими заболеваниями // *Главный врач Юга России*. 2023. №1 (87). С. 22–24.
19. Гвоздев М. Ю., Баранова Е. О. Оценка качества жизни, психического здоровья и сексуальных расстройств у женщин с недержанием мочи // *Consilium Medicum*. 2019. Т. 21. №7. С. 28–30.
20. Aslan E., Beji N. K., Erkan H. A., Yalcin O., Gungor F. Urinary incontinence (UI) and quality of life (QoL) of the elderly residing in residential homes in Turkey // *Arch. Gerontol. Geriatr*. 2009. Vol. 49 (2). P. 304–310.
21. Lagro-Janssen T., Smits A., Van Weel C. Urinary incontinence in women and the effects on their lives // *Scand. J. Prim. Health Care*. 1992. Vol. 10 (3). P. 211–216.
22. Миронова В. Г., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Нюансы супружеских отношений и психологические особенности у женщин с гинекологическими заболеваниями / *Научные основы создания и реализации современных технологий здоровьесбережения: Материалы IX международной научно-практической конференции 18 ноября 2022, г. Ростов-на-Дону. ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»; ФГБНУ «Поволжский научно-исследовательский институт производства и переработки мясомолочной продукции»*. Часть 1. Волгоград: СФЕРА, 2022. С. 91–98.
23. Felde G., Ebbesen M. H., Hunskar S. Anxiety and depression associated with urinary incontinence. A 10-year follow-up study from the Norwegian HUNT study (EPINCONT) // *Neurourol. Urodyn*. 2017. Vol. 36. P. 322–328.
24. Felipe M. R., Zambon J. P., Girotti M. E. et al. What is the real impact of urinary incontinence on female sexual dysfunction? A case control study // *Sex Med*. 2017. Vol. 5. P. 54–60.
25. Stach-Lempinen B., Nakala A. L., Laippala P. et al. Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women // *Neurourol. Urodyn*. 2003. Vol. 22 (6). P. 563–568.
26. Bogner H. R. Urinary incontinence and psychological distress in community-dwelling older African Americans and whites // *J. Am. Geriatr. Soc*. 2004. Vol. 52 (11). P. 1870–1874.
27. Вирясов А. В., Колпакова Н. А., Горелик С. Г., Белоусов П. Н. Актуальные проблемы состояния эмоционально-психологического статуса пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих недержанием мочи // *Фундаментальные исследования*. 2014. №10-5. С. 855–858.
28. Salonia A., Zanni G., Nappi R. E., Briganti A., Dehò F., Fabbri F. et al. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study // *Eur. Urol*. 2004. Vol. 45. P. 642–648.
29. Jha S., Ammenbal M., Metwally M. Impact of incontinence surgery on sexual function: a systematic review and meta-analysis // *J. Sex Med*. 2012. Vol. 9. P. 34–43.

## АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии №2.

Петров Юрий Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой; e-mail: mr.doktorpetrov@mail.ru; ORCID ID <http://orcid.org/0000-0002-2348-8809>.

Палиева Наталья Викторовна – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры; e-mail: nat-palieva@yandex.ru; ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-2278-5198>.

Шпакова Варвара Евгеньевна – соискатель кафедры.

Медико-психологический центр «Люмос», г. Ростов-на-Дону.

Тарасова Анастасия Юрьевна – психолог центра, магистр психологических наук; e-mail: na.design91@gmail.com..

## ПРОГРЕССИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ: ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРОГРАММНЫЙ КОМПЛЕКС «АНДРО-ГИН»

Физиотерапия сегодня нацелена не только на сохранение, обновление и укрепление здоровья, но и на лечение патологий, профилактику заболеваний и медицинскую реабилитацию. В современных условиях импортозамещения отрасль интенсивно развивается, усложняется оборудование, все чаще в практике физиотерапии используются не отдельные приборы, а целые мультифункциональные комплексы. Об опыте применения физиотерапевтического программного комплекса «Андро-Гин» (ООО «Физиотех», Россия) в медицинской клинике «Гиппократ» (г. Архангельск) нам рассказал врач-уролог высшей категории, врач — андролог-эндокринолог Андрей Вячеславович Добрыженков.



— **Андрей Вячеславович, скажите, что такое аппарат «Андро-Гин», для чего он используется?**

— ФПК «Андро-Гин» — современный мультифункциональный комплекс для физиотерапевтических процедур, которые направлены на лечение болезней мочеполовой системы у мужчин и женщин. Благодаря своему комплексному воздействию аппарат «Андро-Гин» существенно расширяет диапазон лечебного воздействия: ускоряет лечение даже в самых трудных случаях и позволяет либо полностью отказаться от применения лекарственных средств, либо существенно снизить их дозировку. Особенно важно учитывать этот фактор при применении антибиотиков, так как снижение дозировки значительно уменьшает их неблагоприятное воздействие на организм.

— **В чем заключается многофункциональность комплекса «Андро-Гин»?**

— В работе комплекса «Андро-Гин» используются шесть лечебных факторов воздействия: локальное

магнитное поле, лазерное излучение, светодиодное излучение, электрическая стимуляция органов малого таза, нейростимуляция рефлексогенных зон и цветоимпульсная терапия. Такая многофункциональность позволяет подобрать метод лечения конкретно под каждого пациента, исходя из поставленного диагноза и частных физиологических особенностей.

— **Андрей Вячеславович, в каких случаях рекомендуется применение аппарата?**

— ФПК «Андро-Гин» успешно применяется в гинекологии, в урологии, в андрологии и в проктологии. В гинекологии — при лечении хронических воспалительных процессов шейки матки, придатков, влагалища; при спаечных процессах в малом тазу (послеоперационные и послеинфекционные спайки), при трубном бесплодии, в качестве реабилитации после абортов. Замечательный эффект от применения процедур на аппарате «Андро-Гин» наблюдается также при лечении инфекций, передающихся половым путем (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, герпетическая инфекция). В женской и мужской урологии и в андрологии «Андро-Гин» применяется для лечения хронического цистита, недержания мочи, слабости тазового дна, хронических воспалительных процессов в мочевом пузыре, заболеваний предстательной железы (аппарат позволяет проводить глубокий массаж простаты, который по эффекту не сравним с пальцевым массажем, не вызывает неприятных ощущений и неудобств), а также при профилактике воспалительных процессов. Особенно это касается мужчин, ведущих малоподвижный образ жизни и часто подвергающихся переохлаждению. Великолепные резуль-

таты дают процедуры на аппарате при лечении эректильной дисфункции. В проктологии лечатся трещины прямой кишки, а также слабость сфинктера прямой кишки.

— **Сколько времени занимают процедуры, и какова их стоимость?**

— Одна процедура на комплексе «Андро-Гин» длится 20 минут. При хронических заболеваниях цикл лечения на аппарате состоит из трех курсов по 10–15 процедур каждый. Первый курс — сейчас, второй — через полгода, третий — через год после второго, а далее — по мере обострений. Курс из 10 процедур, по 20 минут каждая, обходится пациенту в 6 тысяч рублей.

— **Андрей Вячеславович, в заключение скажите, как сами пациенты относятся к назначению аппаратного лечения?**

— На приеме врач подробно объясняет пациенту показания и преимущества комплексного подхода к лечению заболеваний органов малого таза, профилактики рецидивов хронической патологии, поэтому проблем с набором пациентов на лечение нет. Первый аппаратный комплекс «Андро-Гин» был приобретен нами в 2016 году, и спрос на него появился сразу. Когда его одного стало не хватать, в 2021 году мы приобрели второй аппарат. Теперь оба аппарата работают параллельно, в соседних кабинетах, и пока справляются с нагрузкой. В день отпускается от 15-ти до 30-ти процедур. Если начнет появляться очередь, купим третий аппарат!

**Производитель**

ФПК «Андро-Гин» — ООО «Физиотех»,  
www.andro-gin.info,  
e-mail: 1974060@mail.ru,  
тел.: +7 (499) 197-40-60,  
+7 (499) 943-86-67

# МИРАМИСТИН®

## РАСТВОР ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

– лекарственный препарат для лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний в оториноларингологии, стоматологии, хирургии и травматологии, акушерстве и гинекологии, комбустиологии, дерматологии, венерологии, урологии.



Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Мирамистин®, раствор для местного применения.

РУ № Р N001926/01 от 13.12.2007

# МИРАМИСТИН®

## МАЗЬ ДЛЯ МЕСТНОГО И НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

– лекарственный препарат для лечения и профилактики раневой инфекции и ожогов в хирургии и травматологии, комбустиологии, дерматологии.



Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Мирамистин®, мазь для местного и наружного применения.

РУ № ЛП-006891 от 05.04.2021

# МИРАМИСТИН®

## СУППОЗИТОРИИ ВАГИНАЛЬНЫЕ

– лекарственный препарат для профилактики и лечения воспалительных заболеваний в гинекологии: вульвовагинита, бактериального вагиноза, нагноений послеродовых травм, ран влагалища, послеродовых инфекций.



Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Мирамистин®, суппозитории вагинальные.

РУ № ЛП-008114 от 28.04.2022

Организация, принимающая претензии: ООО «ИНФАМЕД»  
Тел. 8 (800) 700-48-12; e-mail: infamed@infamed.ru



[www.miramistin.ru](http://www.miramistin.ru)

**ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.  
НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ.**

Группа компаний «Дон-Полимер» является крупнейшим производителем термоусадочной пленки ПВХ и изделий из нее уже 25 лет. Собственное производство позволило компании реализовать новую идею и успешно выйти с ней на российский рынок, а затем расширить географию продаж на ближнее зарубежье.

**ПРОИЗВОДСТВО ТЕРМОБАХИЛ ИЗ ПЛЕНКИ ПВХ.  
ПРОДАЖА АВТОМАТИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ «СТЭКО» ДЛЯ НАДЕВАНИЯ БАХИЛ**



МАЛОГАБАРИТНЫЙ  
и удобный  
в использовании



ПОДХОДИТ  
для обуви любого  
сезона до 46 размера



ОБУВАНИЕ ОДНОЙ  
ПВХ-бахилы за 4 секунды  
без лишних усилий



АВТОМАТИЧЕСКИ НАДЕВАЮТСЯ  
не нужно нагибаться или искать  
место, чтобы присесть



КОМПАКТНОСТЬ  
один рулон пленки  
от 400 до 700 пар (800-1400 бахил)



ПРОЧНАЯ ПЛЕНКА  
не рвется,  
не проталкивается и легко  
снимается



**ОТЛИЧНО ПОДХОДИТ ДЛЯ:**

- лабораторий
- поликлиник
- больниц
- частных клиник
- стоматологических кабинетов
- женских консультаций
- центров косметологии
- СПА
- санаториев
- бассейнов

**НАШЕ ИДЕАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ – «СТЭКО» ПОДЧЕРКНЕТ ЗАБОТУ О ВАШЕМ  
КЛИЕНТЕ И ЗАКРЕПИТ ВЫСОКИЙ СТАТУС ЗАВЕДЕНИЯ**

г. Воронеж  
+7 (473) 200 – 61 – 93  
info@termobahily.ru

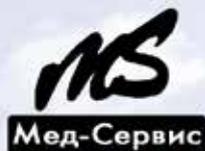
Сканируйте QR-код,  
чтобы узнать актуальные  
цены на пленку и аппарат  
Стоимость указана без учета доставки



РЕКЛАМА

**Парафинонагреватели  
емкостью 7,15 и 40 литров**

**«КАСКАД»**



- ◆ Автоматическое поддержание температуры
- ◆ Надежная стерилизация парафина (озокерита)/грязи
- ◆ Цифровой термометр
- ◆ Высокая надежность нагревательных элементов



**ООО «МЕД-СЕРВИС»**

620017, Екатеринбург, ул. Лобкова, д.2, офис 210  
т/ф:(343) 300-00-22, e-mail: E3000022@yandex.ru  
парафинонагреватель.рф

РЕКЛАМА

# ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

А. Ю. Тарасова, Н. В. Палиева, Ю. А. Петров, Е. Э. Тищенко

**Аннотация.** Значимость проблемы репродуктивного здоровья в настоящее время объясняется ухудшением в Российской Федерации медико-демографической ситуации. Демографические и социальные изменения в последние десятилетия 20-го века привели к очень быстрым и беспрецедентным изменениям в жизни женщин и мужчин: ухудшению репродуктивного здоровья населения, увеличению количества осознанно отказывающихся от рождения детей молодых людей. Эти изменения имеют долгосрочные последствия для планирования семьи, поскольку возникают новые модели семьи. На рынке труда женщины все чаще вступают в трудовую среду, и, хотя это может

показаться парадоксальным, более широкий доступ к средствам контрацепции сосуществует с широким предложением вспомогательных репродуктивных услуг, как в государственном, так и в частном секторах. Однако, несмотря на понимание как медицинскими работниками, так и пациентами необходимости создания целостного подхода к решению проблемы психологической помощи в вопросе репродуктивного здоровья, имеются значительные трудности в его реализации.

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, репродуктивная психология, тревожные состояния, психологическая помощь, беременность, контрацепция.

## PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE IN AN INTEGRATED APPROACH TO SOLVING REPRODUCTIVE HEALTH PROBLEMS

A. Yu. Tarasova, N. V. Palieva, Yu. A. Petrov, E. E. Tishchenko

**Annotation.** The importance of the reproductive health problem is currently explained by the deterioration of the medical and demographic situation in the Russian Federation. Demographic and social changes in the last decades of the 20th century have led to very rapid and unprecedented changes in the lives of women and men: deterioration of the reproductive health of the population, an increase in the number of young people consciously refusing to have children. These changes have long-term implications for family planning as new family models

emerge. In the labor market, women are increasingly entering the work environment, and, although it may seem paradoxical, greater access to contraceptives coexists with a wide offer of assisted reproductive services, both in the public and private sectors. However, despite the understanding, both by medical professionals and patients, of the need to create a holistic approach to solving the problem of psychological assistance in the issue of reproductive health, there are significant difficulties in its implementation.

**Keywords:** reproductive health, reproductive psychology, anxiety, psychological care, pregnancy, contraception.

Репродуктивная психология — одно из новых направлений психологии здоровья, в рамках которого изучаются психологические аспекты сексуального и репродуктивного здоровья, а также используются методы диагностики психологических причин infertility и других нарушений репродуктивного здоровья. На протяжении всей жизни, от рождения до старости, человек проходит определенные последовательные периоды взросления, наиболее критическими из них являются половое созревание, материнство/отцовство, менопауза, которые вызывают довольно сильные изменения в эмоциональной сфере и иногда требуют специального психологического сопровождения. В этих ситуациях значимым подспорьем будет репродуктивная психология, позволяющая не толь-

ко разобраться с этими событиями с медико-биологических позиций, но и взглянуть с социальной и психологической стороны.

**Цель исследования** — провести обзор и анализ литературы, исследующей и описывающей вопросы комплексного подхода к решению проблем репродуктивного здоровья.

Наиболее ответственной частью здоровья человека является репродуктивное здоровье и планирование его обеспечения. Это требует особого внимания к здоровью женщин и девочек, одного из важнейших шагов в обеспечении здоровья семьи и общества. ВОЗ определяет репродуктивное здоровье как состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех во-

просах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов. Оно отражает рождаемость и смертность детского населения — основные демографические показатели национального благополучия во всем мире. Безусловно, репродуктивное здоровье неотделимо от понятия «репродуктивная культура» — совокупность знаний, ценностей и умений, регулирующих половое поведение человека [1, 2].

Компонентами репродуктивного здоровья являются информирование, просвещение, консультирование по вопросам пола; формирование ответственности у обоих полов в отношении культурных условий общества; консультирование, просвещение, профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем, в том числе и ВИЧ-инфекции; своевременная

профилактика абортов; консультирование по вопросам планирования семьи и предоставление соответствующих услуг; профилактика и лечение бесплодия; обеспечение дородового ухода, безопасные роды и послеродовой уход, особенно просвещение и пропаганда грудного вскармливания [3]. Для обеспечения здоровья общества и семьи требуется разработка программ по обеспечению сохранения репродуктивного здоровья на национальном и международном уровнях [4-6].

Наиболее важная целевая группа в программах по охране репродуктивного здоровья — подростки. Эта возрастная группа в большей степени, чем другие, подвержена определенным рискам, злоупотреблению психоактивными веществами, курению, алкоголю и рискованному поведению, включая небезопасные сексуальные отношения. Указанные риски делают подростков уязвимыми в отношении ряда заболеваний, включая инфекции, передающиеся половым путем, особенно ВИЧ, воспалительные заболевания органов малого таза, бесплодие, внематочная беременность, а также наступление нежелательной беременности и связанные с ней возможные последствия (небезопасные аборты, роды и материнство, материнская и неонатальная заболеваемость и смертность). Эти события затрагивают не только отдельного человека, но в общем отражаются на благополучии семьи и общества [7-9].

Тем не менее, во многих странах, особенно в развивающихся, все еще существуют препятствия для разработки и реализации программ репродуктивного здоровья для подростков. Во многих культурах обеспечение репродуктивного здоровья этого социального слоя общества сталкивается со многими проблемами. На политическом уровне обеспечение репродуктивного здоровья подростков имеет низкий приоритет и, соответственно, существуют ограниченные стратегии и инструкции по защите этого права. Одним из таких примеров ограниченных ресурсов является запрет на бесплатное предоставление средств контрацепции незадумным подросткам, что на

законодательном уровне регламентировано во многих странах. Также серьезным барьером, ограничивающим права и возможности подростков, служат религиозные убеждения, этические и экономические проблемы, культурные табу, негативное социальное отношение, ведущие к формированию сдерживающей среды для обсуждения и предоставления услуг по охране репродуктивного здоровья, особенно для уязвимых девочек [4, 10].

Репродуктивная психология занимается различными сторонами психологических аспектов репродуктивного здоровья, связанными с деторождением, адаптацией к беременности или отношением к материнству и отцовству, а также рассматриваются такие вопросы, как бесплодие, преждевременные роды, перинатальные потери, врожденные аномалии и послеродовые психологические осложнения, включая послеродовую депрессию и стрессовые расстройства [11-13].

В последние годы наблюдается возрастающая тенденция в отношении проблем мужского репродуктивного здоровья и его отклонений. В отличие от женщин, репродуктивное здоровье мужчин является относительно новой концепцией, и большинство из них игнорируют дискуссии в этом направлении. Как правило, программы и услуги в области репродуктивного здоровья в основном ориентированы на женское население или подростков и в меньшей мере — на взрослых мужчин. По-видимому, недостаток информации по этому вопросу и создал прецедент в отношении мужского репродуктивного здоровья [14, 15].

По данным различных источников литературы, на мужское репродуктивное здоровье влияют многие факторы, включая социально-демографические (возраст, образование и социально-экономический статус), образ жизни (пищевое поведение, избыточный вес/ожирение, физическая активность, употребление алкоголя, курение), биомедицинские (болезни сердца, эндокринные заболевания и др., медикаментозное лечение) и экологические. Большинство видов нездорового поведения могут на-

прямую влиять на репродуктивное здоровье и усиливать нарушения, связанные с фертильностью у мужчин. Так, например, почти 37 % мужчин курят (привычка образа жизни) в фертильном возрасте, что имеет негативное влияние на их репродукцию [16]. Поэтому очень важно как можно раньше выявлять негативные факторы, чтобы своевременно снизить их разрушительное воздействие на репродуктивную систему мужчин, чему способствуют просветительские, образовательные и поддерживающие программы.

Последние несколько десятилетий предметом повышенного интереса специалистов является изучение особенностей психоэмоциональных нарушений у женщин в период беременности и в послеродовом периоде. Для женщины рождение ребенка — это не просто один из многих моментов жизненного пути, каковым он является для медицинского персонала, участвующего в родовспоможении. Это самый важный период динамических изменений ее физиологического, психологического состояния, переосмысления своих жизненных ценностей, будущих перспектив. Ввиду этого у женщины могут возникать внутриличностные противоречия, которые могут оказать влияние на состояние будущего ребенка [16-18]. Для оценки их состояния используются стандартные методы клинической психологии, наиболее часто пользуются шкалой самооценки депрессии У. Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale), шкалой тревоги А. Бека (The Beck Anxiety Inventory, BAI) и тревоги Ч. Д. Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory — STAI, в адаптации Ю. Л. Ханина) [19].

Существует достаточное количество научных данных о перинатальных аффективных расстройствах у женщин и их влиянии на беременность и ее исходы. Однако динамика течения этих процессов слабо изучена. Многие исследователи рассматривают нарушения психоэмоциональной сферы у женщин в качестве триггера формирования акушерско-гинекологических осложнений различной степени выраженности. Эти исследования указывают, что на фоне устойчивых нарушений эмоциональной сферы

и низкого качества жизни почти 50 % психически здоровых матерей не могут выработать адекватного отношения к своему ребенку на первом году его жизни [19, 20].

Ранний послеродовой период зависит от особенностей родоразрешения, адаптации матери к факту рождения ребенка и определяется процессами кормления ребенка и ухода за ним. В позднем послеродовом периоде психоэмоциональное здоровье женщины напрямую зависит от здоровья и благополучия ее ребенка, в связи с чем задача всего медицинского персонала — своевременно информировать женщину о возможных трудностях на различных этапах ее нового этапа жизни и проявлять готовность оказывать ей не только профильную медицинскую помощь, но и, безусловно, психологическую помощь [20, 21].

Проблеме качества жизни женщины уделяется особое внимание не только в профильных областях медицины — акушерстве и гинекологии, педиатрии, но и в психологии, поскольку это помогает объективно оценить данные о состоянии ее здоровья в совокупности с особенностями ее собственного восприятия своего физического и психического здоровья [22]. Основной целью психологов в этом случае является содействие принятию обоснованных репродуктивных решений, психологическому здоровью и благополучию на всех этапах репродуктивного процесса. Психологическая поддержка включает, среди прочих услуг, консультирование по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья; при бесплодии — и последующее психологическое сопровождение в случае использования вспомогательных репродуктивных технологий, включая психологическую оценку и последующее наблюдение за донорами и др.; проведение супружеской психотерапии [22-24].

Как уже ранее отмечалось, плохое психическое здоровье может быть связано с рискованным сексуальным поведением и злоупотреблением психоактивными веществами из-за нарушения суждений и принятия решений, что может иметь серьезные последствия для

репродуктивного здоровья, а также повышенную уязвимость к нежелательной беременности и инфекциям, передаваемым половым путем. Внимание психическому здоровью необходимо уделять для предотвращения этой и других форм поведения, которые приводят к сексуальным и репродуктивным расстройствам.

Однако существуют и другие немаловажные проблемы: ограниченное признание работниками первичной медико-санитарной помощи психического здоровья и других психосоциальных проблем; дефицит медицинских кадров, обученных оценке и ведению пациентов с хроническими проблемами психического здоровья; нехватка межкультурно значимых инструментов для скрининга и диагностики перинатальной депрессии. Эксперты в этой области подчеркивают действенность подхода «на протяжении всей жизни» и решения системных проблем, которые, в первую очередь, могут привести к ухудшению психического здоровья женщин и девочек [24, 25].

Для распознавания психологических проблем у пациентов применяют несколько широко используемых действенных методов. Например, метод «Скамейка дружбы» — в помещении клиники устанавливается скамейка, где пациенты могут обсудить свои проблемы с медицинскими работниками. Кроме этого, пациентам предлагается участие в приносящей доход деятельности. Через полгода проводится оценка эффективности метода при помощи различных опросников на депрессию и тревогу (опросник симптомов Шоны, опросник здоровья пациента и шкала обобщенного тревожного расстройства). Впервые «Скамейка дружбы» стартовала в Зимбабве как исследовательский проект при финансировании Grand Challenges Canada в начале 2016 года. Метод подтвердил свою эффективность в рамках рандомизированного контролируемого исследования и получил разрешение органов здравоохранения на расширение и внедрение в клиническую практику. Интересно было то, что в ходе исследования было установлено проявление симптомов депрессии

у 14 % пациентов группы лечения только через шесть месяцев [7, 25].

Также имеются указания, что правильная организация профилактической работы с женщинами репродуктивного возраста в медицинских организациях способствует значительному улучшению показателей их здоровья, так как эта категория населения демонстрирует высокую медицинскую комплаентность. Поэтому говорится о важности развития тематических программ комплексного обследования здоровья, проводимых на базе центров здоровья и других медицинских организаций для женщин репродуктивного возраста, предусматривающих несколько видов диагностических методик с учетом текущих потребностей женщин и их партнеров (планирующих рождение детей, после родов, занятых на производствах с вредными условиями труда и прочее). Реализация подобного подхода позволит повысить уровень информированности населения в этой области, востребованность профилактических медицинских мероприятий и показатели ранней диагностики заболеваний.

Одним из значимых моментов в организации медицинской помощи женщинам с целью сохранения репродуктивного здоровья является увеличение доли амбулаторной помощи на фоне сокращения объемов стационарного ухода.

Ввиду малого количества программ по образованию в области репродуктивной культуры и, одновременно, оказания негативного влияния культуры массового потребления, молодые люди остаются малообразованными в данной области. У них складывается ложное представление о половой жизни, репродуктивном поведении, что может привести в дальнейшем к трудностям в создании семьи и рождении детей [26, 27]. По этой причине очень важно организовывать профилактические мероприятия, образовательные курсы для молодежи.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целом, программы по охране репродуктивного здоровья традиционно были ориентированы на взрослых женщин. Положительной стороной этого вопроса является то, что в последние годы все же их перечень

расширился в направлении программ для незамужних подростков и мужчин. Патогенез и распространенность психоэмоциональных нарушений у обоих полов определяют острую необходимость в совершенствовании методов диагностики и дифференциации этих состояний с целью своевременного оказания комплексной медико-психологической помощи. Национальные программы здра-

воохранения должны, прежде всего, способствовать укреплению репродуктивного здоровья без гендерных и возрастных ограничений, так как подрастающее поколение и мужское население — это основные элементы здоровья семьи и здоровья населения в целом. Мужчины должны иметь возможность контролировать и улучшать свое здоровье. Всемирная организация здравоохранения

подчеркивает важность разработки теоретической и практической базы и стратегий по обеспечению и укреплению сексуального и репродуктивного здоровья подростков и снижению рисков и уязвимости для них, так как их негативное воздействие может иметь последствия на индивидуальном уровне, социально-экономическом и культурном развитии личности.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- ВОЗ. Определение сексуального и репродуктивного здоровья [Internet]. Доступно по: <https://www.who.int/reproductivehealth/ru/> (дата обращения: 08.05.2023).
- Блох М. Е., Добряков И. В. Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья // Журнал акушерства и женских болезней. 2013. Т. LXII. №3. С. 16–19.
- Миронова В. Г., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Нюансы супружеских отношений и психологические особенности у женщин с гинекологическими заболеваниями / Научные основы создания и реализации современных технологий здоровьесбережения: Материалы IX международной научно-практической конференции 18 ноября 2022 года, г. Ростов-на-Дону. ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России; ФГБНУ «Поволжский научно-исследовательский институт производства и переработки мясомолочной продукции». Часть 1. Волгоград: СФЕРА, 2022. С. 91–98.
- Geranmayeh M., Zareiyani A., Moghadam Z. B., Mirghafourvand M. Designing and psychometric of reproductive health related behaviors assessment tool in Iranian males: an exploratory mixed method study protocol // *Reprod. Health*. 2020. V. 17 (1). P. 118.
- Hammarberg K., Collins V., Holden C., Young K., McLachlan R. Men's knowledge, attitudes and behaviours relating to fertility // *Hum. Reprod. Update*. 2017. V. 23 (4). P. 458–480.
- Pourkazemi R., Janighorban M., Boroumandfar Z. A comprehensive reproductive health program for vulnerable adolescent girls // *Reprod. Health*. 2020. V. 17 (1). P. 13.
- Петров Ю. А., Палиева Н. В. Планирование семьи. Контрацепция – инструмент регуляции рождаемости. История, настоящее и будущее. М: Медицинская книга, 2022. 304 с.
- Limñana-Gras R. M. Reproductive psychology and infertility // *Acta Psychopathol.* 2017. V. 3. №2. P. 838.
- Нацун Л. Н. Здоровье женщин репродуктивного возраста // *Society and Security Insights*. 2020. №3.
- Swarthout M., Bishop M. A. Population health management: review of concepts and definitions // *Am. J. Health Syst. Pharm.* 2017. V. 74 (18). P. 1405–1411.
- Смелова В. Н., Палиева Н. В., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А. Психологические факторы в возникновении послеродовых осложнений // *Главный врач Юга России*. 2022. №4 (85). С. 74–77.
- Мешвелиани Г. Р., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Психологическое здоровье женщины в период беременности // *Главный врач Юга России*. 2023. №1 (87). С. 37–40.
- Скорород А. П., Тарасова А. Ю., Палиева Н. В., Петров Ю. А. Особенности личностной трансформации в послеродовом периоде // *Главный врач Юга России*. 2023. №1 (87). С. 44–47.
- Коргожа М. А. Комплексная диагностика психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде: проблемы инструментария и их решение // *Медицинская психология в России*. 2021. Т. 13. №2. С. 5.
- Шихова Е. П., Тверитин Е. А. Репродуктивное здоровье и репродуктивная культура студентов: тактика профилактических мероприятий // *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2021. Т. 9. №4. С. 573–582.
- Baker P. The international men's health movement // *BMJ (Clin Res Ed)*. 2015. V. 323 (7320). P. 1014–1015.
- Baker P., Shand T. Men's health: time for a new approach to policy and practice? // *J. Glob. Health*. 2017. V. 7 (1). P. 010306.
- Darroch J. E., Singh S., Woog V., Bankole A., Ashford L. S. Research gaps in adolescent sexual and reproductive health. New York: Guttmacher Institute. 2016. <https://www.guttmacher.org/report/research-gaps-in-sexual-and-reproductive-health>.
- Sarkar A., Chandra-Mouli V., Jain K., Behera J., Mishra S. K., Mehra S. Community based reproductive health interventions for young married couples in resource-constrained settings: a systematic review // *BMC Public Health*. 2015. V. 15. P. 1037.
- Филиппова Г. Г. Психология материнства: учеб. пособие для академического бакалавриата. 2-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2018. 212 с.
- Bello J. K., Stulberg D. B., Zhou Y., Wang C. Physical activity and consumption patten-aged women by BMI category // *Matern. Child. Health J.* 2018. V. 22 (5). P. 713–724.
- Филькина О. М., Воробьева Е. А., Малышкина А. И. Информированность подростков о репродуктивном здоровье // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2019. Т. 15. №3. С. 5–10.
- Петров Ю. А., Решетникова В. В., Тарасова А. Ю., Палиева Н. В. Психологические особенности несовершеннолетних мам // *Главный врач Юга России*. 2022. №4 (85). С. 69–73.
- Piche M. L. Lifestyle-Related Factors Associated with Reproductive Health in Couples Seeking Fertility Treatments: Results of A Pilot Study // *Int. J. Fertil. Steril.* 2018. V. 12 (1). P. 19–26.
- Vogeli J. M. Psychometric properties of the postpartum depression screening scale beyond the postpartum period // *Research in Nursing and Health*. 2018. V. 41. №2. P. 185–194.
- Тарасова А. Ю., Палиева Н. В., Петров Ю. А., Шелегова Д. Р. Психологический и сексологический портрет женщин с миомой матки // *Главный врач Юга России*. 2023. №2 (88). С. 47–50.
- Мешвелиани Г. Р., Тарасова А. Ю., Палиева Н. В., Петров Ю. А. Беременность и психологическое состояние женщины // *Научные основы создания и реализации современных технологий здоровьесбережения: Материалы IX международной научно-практической конференции 18 ноября 2022 года, г. Ростов-на-Дону. ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»; ФГБНУ «Поволжский научно-исследовательский институт производства и переработки мясомолочной продукции». Часть 1. Волгоград: СФЕРА, 2022. С. 118–125.*

## АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии №2.

Палиева Наталья Викторовна — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры; e-mail: [nat-palieva@yandex.ru](mailto:nat-palieva@yandex.ru); ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-2278-5198>.

Петров Юрий Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой; e-mail: [mr.doktorpetrov@mail.ru](mailto:mr.doktorpetrov@mail.ru); ORCID ID <http://orcid.org/0000-0002-2348-8809>.

Тищенко Екатерина Эдуардовна — соискатель кафедры.

Медико-психологический центр «Люмос», г. Ростов-на-Дону.

Тарасова Анастасия Юрьевна — психолог центра, магистр психологических наук; e-mail: [na.design91@gmail.com](mailto:na.design91@gmail.com).

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ НЮАНСЫ ЖЕНЩИН С ДИСПАРЕУНИЕЙ

Н. В. Палиева, Ю. А. Петров, А. Ю. Тарасова, А. И. Чехова

**Аннотация.** Диспареуния — сексуальное расстройство, проявляющееся болевыми ощущениями в гениталиях при половом акте. Боли при коитусе, как жалобу, предъявляют до 35% пациенток гинекологов и до 15% пациенток сексологов. Патология возникает на фоне психологических проблем или имеет органическую природу. Встречается в изолированном виде как самостоятельное проявление сексуальной дисфункции. У некоторых пациенток сочетается с другими сексуальными расстройствами: нарушением возбуждения, снижением либидо, аноргазмией.

Источником появления болезненности во время контакта при психогенной диспареунии являются эмоциональные факторы. Может возникать вследствие фобических и тревожных расстройств, внутренних конфликтов и прочего. Очень важно при такой форме сексуального расстройства правильно определить врачебную тактику обследования этой категории пациентов и решить вопрос о привлечении смежных специалистов.

**Ключевые слова:** психосоматика, сексология, боль, психогенная диспареуния.

## PSYCHOLOGICAL AND CLINICAL NUANCES OF WOMEN WITH DYSPAREUNIA

N. V. Palieva, Yu. A. Petrov, A. Yu. Tarasova, A. I. Chekhova

**Annotation.** Dyspareunia is a sexual disorder manifested by pain in the genitals during sexual intercourse. Pain during coitus, as a complaint, is presented by up to 35% of gynecologist patients and up to 15% of sexologist patients. Pathology occurs against the background of psychological problems or has an organic nature. It occurs in an isolated form, as an independent manifestation of sexual dysfunction. In some patients, it is combined with other

sexual disorders: arousal disorder, decreased libido, anorgasmia. The source of soreness during contact with psychogenic dyspareunia is emotional factors. It can occur as a result of phobic and anxiety disorders, internal conflicts and other things. It is very important in this form of sexual disorder to correctly determine the medical tactics of examination of this category of patients and decide on the involvement of related specialists.

**Keywords:** psychosomatics, sexology, pain, psychogenic dyspareunia.

Актуальность исследования диспареунии в аспекте ее влияния на психологическое состояние женщин обусловлена тем, что данное сексуальное расстройство — одно из серьезнейших гинекологических и сексолого-психологических проблем. Предполагать диагноз «диспареуния» у пациентки возможно по ряду поведенческих меток. Женщины, прямо не предъявляющие характерных жалоб, часто отказываются от забора биологического материала при посещении врача — акушера-гинеколога или вовсе не соглашаются на гинекологический осмотр. Косвенно об этом же свидетельствуют трудности при подборе методов контрацепции. Так, например, внутриматочные системы и вагинальные кольца вызывают недовольство из-за усиления боли, а комбинированные гормональные контрацептивы, по мнению женщин, крайне негативно сказываются на качестве интимной жизни. Только после установления доверительных отношений в паре «врач — пациентка» возможно выявить истинную причину таких нюансов.

**Цель работы:** анализ источников литературы, посвященных современным представлениям о влиянии диспареунии на качество жизни женщин, а также на репродуктивное здо-

ровье в перспективе. Определение роли органических и психогенных факторов в развитии диспареунии у пациенток, а также важность правильного подхода в обследовании женщин с данной проблемой.

Диспареунию, согласно североамериканской классификации сексуальных расстройств (2013), еще обозначают как генитально-тазовое болевое расстройство, связанное с проникновением (ГТБРП), так как это понятие более широко охватывает проблему нарушений и объединяет диспареунию с вагинизмом. Во всем мире до 34% женщин в пременопаузе и до 45% женщин в постменопаузе страдают ГТБРП. У этой категории женщин острая и преходящая боль регистрируется в 4–8 раз чаще, чем хроническая, и почти в половине случаев присутствуют другие болевые расстройства, такие как интерстициальный цистит, синдром раздраженного кишечника и фибромиалгия. Помимо прочего, диспареуния нередко сочетается с другими сексуальными дисфункциями, такими как сниженное сексуальное влечение, нарушенное возбуждение, низкая удовлетворенность половой жизнью [1].

Условно, в зависимости от вызываемой причины, диспареунию подразделяют на следующие виды:

- органическая, или симптоматическая, развитие которой провоцируется органическими патологиями и их последствиями и не определяется сексуальной дисфункцией. Ее возникновение обусловлено заболеваниями мочеполовой системы — инфекционно-воспалительного, дисгормонального, травматического, атрофического, опухолевого или рубцового генеза;
  - психогенная, связанная с сексуальной дисфункцией, без органических причин. Это может быть проявление тревожных расстройств, половых перверсий, бессознательного конфликта. Выделяют внутриличностную и межличностную. Первая связана с ранее перенесенными травмирующими переживаниями, а вторая — с недопониманием, конфликтами и иными проблемами между партнерами;
  - смешанная, предполагает наличие органической патологии в сочетании с вторично присоединившимися психогенными факторами [2].
- ГТБРП в случае ее проявления с момента сексуального дебюта определяют как первичную, если же

она развивается в более позднее время, то как вторичную.

Психосоматические гинекологические проблемы и расстройства сексуального поведения могут стать как коморбидным фоном, так и основным фактором, лежащим в основе сексуальных болевых синдромов. Наиболее частой причиной коитальных болей является вагинизм — непроизвольное сокращение мышц тазового дна, препятствующее проникновению во влагалище. Мышечный спазм возникает по любому поводу — при половом контакте и при гинекологическом осмотре. До сих пор нет ясности в вопросе, что служит триггером заболевания, но многие отмечают, что феномен вагинизма заключается исключительно в психогенной природе [3].

Среди биологических причин приводят состояния, инициирующие генитальную боль. По мнению A. Dias Amara и A. Marques-Pinto, они острые и преходящие, приводящие к воспалению кожи и слизистой оболочки вульвы. Обычно возникают из-за инфекций, например, генитального герпеса или кандидоза, поражения тканей в результате заболеваний кожи (красный плоский лишай, склерозирующий лишай и др.) или же вследствие аллергической реакции на различные раздражители [4, 5].

Психологические причины диспареунии довольно различны и непостоянны:

- негативный сексуальный опыт, боль при половом дебюте или изнасилование закрепляют в памяти страх;
- неудовлетворенность интимными отношениями, отсутствие любви и доверия;
- «вторичная выгода», когда реакция позволяет женщине избежать или ограничить близость с неприятным партнером;
- боязнь нежелательной беременности или инфицирования венерическими заболеваниями;
- диссонанс уровней половой активности партнеров;
- негативные эмоции (депрессия, тревога, страх, вина, комплексы и др.), мешающие расслабиться и препятствующие нормальному сексуальному возбуждению.

На выраженность симптомов может оказывать влияние сексуальная техника (темп, ритм фрикций, глубина проникновения, позиция) и поведение полового партнера

(агрессивность, невнимательность, недостаточная сексуальная стимуляция, принуждение) [6].

Для психосоматической диспареунии характерно присутствие не столько конкретных психотравмирующих фактов, сколько общего нарушения ситуации, затяжного эмоционального конфликта (смутных сексуальных страхов, недоверия к партнеру, неприятия женской роли в сексуальных отношениях), необычных ощущений от гениталий, особым образом интерпретируемых, внушенных идей или страха болезни. Стресс и сопутствующие ему негативные эмоции, отражаясь в виде спастического состояния мышц тазового дна, способны вызывать боли при введении полового органа, приводить к нарушению микроциркуляции. Поначалу изменения в гениталиях носят функциональный, обратимый характер, но формирующаяся матрица долговременной памяти постепенно переводит их в необратимые структурные изменения, вызванные дистрофическими процессами в них. В конечном итоге образуется замкнутый круг психосоматических взаимоотношений, определяющий прогрессию органических изменений гениталий при психогенной диспареунии [7].

В 1978 году американским гинекологом Джоном Ламонтом (John Lamont) описаны четыре степени вагинизма:

I — спазм мышц таза, который снижается при успокоении пациентки, и после гинекологического осмотра возможен;

II — спазм тазовых мышц, который женщина не в состоянии устранить произвольно;

III — при попытке осмотра возникает выраженный спазм тазовых и ягодичных мышц, который способствует поднятию таза над гинекологическим креслом;

IV — тяжелая степень вагинизма, где в процесс вовлечены тазовые, ягодичные мышцы и мышцы бедер. Пациентка плотно смыкает последние, препятствуя осмотру.

Впоследствии была добавлена V степень — крайняя, при которой к мышечному компоненту IV степени присоединяется висцеральный (выраженная тахикардия, гипервентиляция, потливость, сильная дрожь, ощущение потери сознания и др.) [8, 9].

В литературе мало сообщений о клинических испытаниях, посвященных диспареунии, большая часть источников по этому вопросу лишь

выражает личные мнения экспертов. Диагностика затрудняется и тем, что этиология боли бывает разной. Для определения возможных причин диспареунии нужно уточнить связь с предшествующими факторами (например, смена полового партнера, изменение характера выделений из половых путей, дизурия и др.) и момент появления боли (в начале интимной близости, после нее, при оргазме или использовании каких-либо дополнительных аксессуаров).

Анамнез очень важен для диагностики, но препятствует этому смущение женщины при обсуждении подобных тем. Следует таким образом строить беседу, чтобы в ходе ее задаваемые вопросы не несли в себе подтекст предвзятости и имелось сочетание прямых открытых вопросов. Обязательно должно присутствовать описание боли: ее интенсивность, длительность, локализация, с чем связано облегчение, все физические и психологические компоненты, связанные с ней. В случае, если у женщины отсутствует опыт наслаждения при сексе, то выставляется диагноз первичной диспареунии, при наличии опыта говорят о вторичной диспареунии. Важна информация и о предшествующем лечении, степени его эффективности. Немногие врачи имеют опыт и уверенность при работе с данной категорией пациенток, однако нужно четко осознавать пределы своих возможностей и действовать соответственно [10].

При гинекологическом осмотре следует обратить внимание на наличие в области вульвы каких-либо патологических изменений (гиперемии, трещин, эскориаций, кондилом, пигментных и атрофических изменений кожи, а также признаков травматических повреждений), что может указывать на причинный фактор. Необходимо точно определить локализацию боли. В этом могут помочь специальные методы, в частности, при помощи ватного тампона, поочередно прикладывая который к вероятным алгетическим локусам, интересуются о характере ощущений и визуально оценивают реакцию пациентки. Далее, при влагалищном исследовании, начинают с введения одного пальца. В большинстве ситуаций, при отсутствии выраженного вагинизма и вульводиспареунии, это не вызывает неприятия у пациенток и позволяет наиболее точно оценить исходное состояние мышц. Их напряжение, болезненность, трудности

с произвольным сокращением и ослаблением свидетельствуют о дисфункции мышц тазового дна, в том числе психогенного характера. В диагностике причин диспареунии имеет значение и оценка состояния нижних отделов мочеотделительной системы: уретры, мочевого пузыря, а также шейки матки [11]. При условии отсутствия выраженной болевой реакции в ходе однопальцевого исследования можно перейти к стандартному бимануальному обследованию и осмотру шейки матки при помощи зеркала. Забор материала для исключения заболеваний, передающихся половым путем, и изучения влагалищной микрофлоры выполняют в конце осмотра [12].

Главным симптомом психогенной диспареунии являются болезненные ощущения. Женщины отмечают тяжесть в нижней части живота, жжение, выраженный зуд в области преддверия влагалища, чувство давления и распирания. Правда, характер боли может быть разнообразным: ноющий, колющий, распирающий, жгучий. Степень выраженности симптомов различна — от незначительного дискомфорта до резких болевых проявлений, которые делают половой контакт затруднительным или вообще невозможным. Различают поверхностную болезненность, затрагивающую зону гениталий, и глубокую, которая локализуется в тазовой области [13].

Реализация боли при диспареунии происходит в любой момент, во время сексуального возбуждения, при половом акте и после него. Внутренний дискомфорт мешает женщине отвлечься и расслабиться. В результате появляются чувство страха, тревожность, головные боли, вплоть до депрессии. Ожидание повторения негативных ощущений приводит к боязни интимной близости, и женщина старается избежать ее. При психоген-

ной форме объективных признаков, указывающих на патологию органов мочеполовой системы, как правило, не выявляется [14, 15].

Убеждения и ожидания женщин, страдающих таким вариантом сексуальной дисфункции, в отношении сексуальности зачастую нереалистичные и неточные. У женщин с вагинизмом наблюдается активация негативных когнитивных схем по типу некомпетентности, отличия от других, одиночества, самоуничижения, отторжения, неудачи, зависимости, уязвимости перед опасностью, что приводит к низкой аффективной вовлеченности, уклонению от половой близости и высокому уровню упреждающей тактики отказа. Исследование тонуса тазового дна продемонстрировало его повышение в ответ на угрожающие визуальные стимулы, что можно рассматривать как защитную реакцию при угрозе вагинальной пенетрации. Таким образом, тревога вызывает рефлексорные сокращения мышц таза, что подтверждается изучением произвольных сокращений тазовой диафрагмы, измеренных с помощью электромиографии. Кроме того, выраженность боли моделируется и негативными представлениями о ней. Катастрофизация состояния, сверхбдительность, проявляющаяся постоянным вниманием и отслеживанием генитальных ощущений, которые могут сигнализировать о появлении боли, прогнозирование наихудших возможных последствий боли, представление о взаимосвязи боли и сексуального функционирования приводят к усилению болевого переживания и его возможных негативных последствий [16-18].

Отмечалось, что ГТБРП приводит к более негативному взгляду на секс, к дополнительным нарушениям сексуальной функции и к снижению уровня взаимной приспособленности в отно-

шениях между партнерами. Конечно, у этого контингента женщин регистрируется снижение частоты половых актов, низкий уровень желаний и возбудимости, снижена оргастичность при оральном стимулировании и коитусе, а также эмоциональная и физическая удовлетворенность [19].

Пациентки с диспареунией чаще страдают от депрессии и тревоги, нежели женщины без этой проблемы. Однако у них не выявляются отклонения от нормы при проверке на психопатологию, адаптацию в браке и оценку взглядов на половые связи. Выдвигается гипотеза, что в основе причин этого заболевания лежат конфликты между супругами, но есть и противоположное мнение, что отношения в браке страдали вторично на фоне уже имеющихся трудностей при половых актах [20, 21].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, можно заключить, что диспареуния — междисциплинарная проблема. Тем не менее, в случае, когда женщина чувствует боль или дискомфорт при половом акте, начинать необходимо всегда с консультации врача — акушера-гинеколога, так как только этот специалист может диагностировать и дифференцировать точную причину диспареунии, подтвердить или исключить ее органическое происхождение. При психогенной природе диспареунии требуется привлечение врача-сексопатолога, который подбирает терапию в зависимости от травмирующего события, состояния пациента, его отношения к стрессовой ситуации и текущих переживаний. Может потребоваться длительная психотерапия для обоих партнеров, налаживание отношений между ними, проработка страхов и информационное сексологическое просвещение.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Anderson A. B., Rosen N. O., Price L., Bergeron S. Associations between penetration cognitions, genital pain and sexual well-being in women with provoked vestibulodynia // *J. Sex Med.* 2016. V. 13 (03). P. 444–452.
2. Lee N. M. W., Jakes A. D., Lloyd J., Frodsham L. C. G. Dyspareunia // *BMJ.* 2018. V. 361. P. 2341.
3. Доморацкий В. А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. М.: Академический Проект; Культура, 2009. 470 с.
4. Кочарян Г. С. Вагинизм: частота, определения, диагностические критерии, формирование. 2016. 96 с.
5. Брагина Т. В., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Воспалительные заболевания органов малого таза как одна из причин женского бесплодия // *Медико-фармацевтический журнал «Пульс».* 2021. Т. 23. №12. С. 77–84.
6. Стеняева Н. Н. Болевое сексуальное расстройство // *Медицинский совет.* 2022. Т. 16 (16). С. 130–134.
7. Кочарян Г. С. Диспареуния как клиническая проблема // *Здоровье мужчины.* 2020. Т. 3 (74). С. 65–74.
8. Федорова А. И. Междисциплинарный подход к терапии диспареунии // *Журнал акушерства и женских болезней.* 2006. Т. LV. Вып. 4. С. 101–104.
9. Goldstein A. T., Pukall C. F., Brown C., Bergeron S., Stein A., Kellogg-Spadt S. J. Vulvodynia: assessment and treatment // *Sex Med.* 2016. V. 13 (4). P. 572–590.
10. Pacik P. Understanding and treating vaginismus: A multimodal approach // *International urogynecology journal.* 2014. V. 25 (12). P. 1613–1620.

11. Рачин С. А., Шаров М. Н., Зайцев А. В., Тынтерова А. М., Нувахова М. Б., Прокофьева Ю. С., Парсамян Р. Р., Максимова М. Ю., Рачин А. С. Хроническая тазовая боль: от правильной диагностики к адекватной терапии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020. Т. 12 (2). С. 12–16.
12. Миронова В. Г., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Нюансы супружеских отношений и психологические особенности у женщин с гинекологическими заболеваниями / Научные основы создания и реализации современных технологий здоровьесбережения. Материалы IX международной научно-практической конференции, г. Ростов-на-Дону, 18 ноября 2022. ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»; ФГБНУ «Поволжский научно-исследовательский институт производства и переработки мясомолочной продукции». Часть 1. Волгоград: СФЕРА, 2022. С. 91–98.
13. Максимова М. Ю., Шаров М. Н., Зайцев А. В., Тынтерова А. М., Прокофьева Ю. С., Рачин А. П., Рачин С. А. Генитальные болевые синдромы и сексуальные болевые расстройства // Российский журнал боли. 2021. Т. 19 (4). С. 60–64.
14. Хамошина М. Б., Шестакова И. Г., Климова О. И. Урогенитальные расстройства: актуальные подходы к диагностике и лечению. Информационный бюллетень / Под ред. В. Е. Радзинского. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. 24 с.
15. Kraziottin A., Gambini D., Bertolasi L. Genital and sexual pain in women // Handb. Clin. Neurol. 2015. V. 130. P. 395–412.
16. Krychman M., Graham S., Bernick B. et al. The women's EMPOWER survey: women's knowledge and awareness of treatment options for vulvar and vaginal atrophy remains inadequate // J. Sex. Med. 2017. V. 14. №3. P. 425–433.
17. Meana M., Fertel E., Maykut C. Treating genital pain associated with sexual intercourse. The Wiley Handbook of Sex Therapy. Chichester: Wiley Blackwell. 2017. V. 98–114.
18. Bornstein J., Goldstein A. T., Stockdale C. K., Bergeron S., Pukall C., Zolnoun D., Coady D. Consensus vulvar pain terminology committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), the International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) and the International Pelvic Pain Society (IPPS). 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia // Obstet. Gynecol. 2016. V. 127 (4). P. 745–751.
19. Conforti C. Genito-pelvic pain/penetration disorder (GPPPD): An Overview of current terminology, etiology, and treatment // Womens health. 2017. V. 7 (2). P. 48.
20. Тарасова А. Ю., Петров Ю. А. Слагаемые супружеского счастья. Взгляд врача и психолога / М.: Медицинская книга, 2022. 320 с.
21. Ромащенко О. В. Оценка сексуального здоровья женщин в системе планирования семьи // Акушерство, гинекология и репродукция. 2018. №2. С. 48.

### АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии №2.

Палиева Наталья Викторовна — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры; e-mail: nat-palieva@yandex.ru; ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-2278-5198>.

Петров Юрий Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой; e-mail: mr.doktorpetrov@mail.ru; ORCID ID <http://orcid.org/0000-0002-2348-8809>.

Чехова Анастасия Игоревна — соискатель кафедры.

Медико-психологический центр «Люмос», г. Ростов-на-Дону.

Тарасова Анастасия Юрьевна — психолог центра, магистр психологических наук; e-mail: na.design91@gmail.com.



**МАКЭГ**  
2023  
III МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС  
Междисциплинарные аспекты клинической  
и эстетической гинекологии

Конгресс «выходного дня»

OFFLINE / ONLINE



Более 20 часов вещания о вопросах диагностики и лечения заболеваний шейки матки, эстетической гинекологии, вульвологии, патоморфологии, сексологии, эндокринологии и других смежных областей медицины



Очное присутствие российских и зарубежных лидеров мнений



Более 7 практических авторских мастер-классов от ведущих российских и зарубежных специалистов индустрии в области онкогинекологии, эстетической гинекологии, anti-age терапии



Живые дискуссии



Выставка медицинского оборудования



RADISSON BLU  
OLYMPIYSKIY MOSCOW

30.09 – 01.10



[gin-kongress.ru](http://gin-kongress.ru)



+ 7 995 222 07 79



[info@gin-kongress.ru](mailto:info@gin-kongress.ru)



[www.medalliance-expert.ru](http://www.medalliance-expert.ru)



[www.medalliance-group.ru](http://www.medalliance-group.ru)

Спонсоры:



МедАльянсГрупп  
Доверие. Надежность. Инновации.



При поддержке:



## АЭЛТИС-синхро-02 «Яровит»



Виды электродов для электростимуляции



Электролазерный электрод, применяемый с презервативом



## АМВЛ-01 «Яровит»



На фото - муляж



### АЭЛТИС-синхро-02 «Яровит»

- многочастотная объёмная электрическая стимуляция мышц малого таза по двум независимым каналам. Воздействующие электрические токи: СМТ, нейроподобные, гальванические, биполярные.
  - 4 вида лазера: синий, красный, два диапазона инфракрасного лазера, включая мощный ИК2-лазер (до 500 мВт), с комплектом оптических внутритролостных насадок.
  - магнитная зеркальная насадка 50 мТл на накожный излучатель ИК1-лазера.
- Виды воздействия синхронизированы по пульсовой волне кровотока в области предстательной железы с применением датчика пульса.

### АМВЛ-01 «Яровит»

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



выносной пульт управления

Два аппарата с управлением от одного компьютера

## Урофлоуметр УФМ-01 «Яровит»

### ПРЕДНАЗНАЧЕН

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

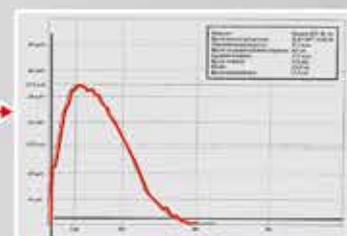
- удобство и простота пользования;
- печать графика и результатов измерения в формате А4, А5;
- точность измерения объёма (не хуже) 0,1мл;
- возможность совмещения на экране всех графиков пациента в течение курса лечения;
- работа в представленной комплектации или в составе аппаратно-программного комплекса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



В комплекте поставки - сменные картонные и пластмассовые воронки

Для мужчин и женщин

Для мужчин



Распечатка урофлоуграммы



# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ю. А. Петров, Н. В. Палиева, А. Ю. Тарасова, А. А. Волосникова

**Аннотация.** Психологический профиль влияет практически на все стороны здоровья женщины, доказана его роль в генезе неинфекционных заболеваний различной этиологии. Установлена связь депрессии, тревоги и психологического дистресса с хроническими метаболическими заболеваниями, такими как нейроэндокринные заболевания репродуктивной оси, бесплодие, пролиферативные заболевания половых органов, рак, сахарный диабет, резистентность к инсулину, дислипидемия и многие другие. Но существуют и противоречия, например, больше изучается ожирение и психологические особенности женщин с ним, чем предтеча всего — метаболический синдром. Метаболический синдром представляет собой комбинацию метаболических факторов риска, таких как нарушение уровня глюкозы, дислипидемия, гипертония и центральное ожирение, которые предрасполагают людей к сердечно-сосудистой смертности и другой заболеваемости.

Если знать психологический и клинический профиль женщины, которая имеет метаболический синдром, можно вовремя предотвратить развитие гинекологической патологии и эндокринных осложнений, например, сахарного диабета и синдрома поликистозных яичников, которые в будущем будут влиять на наступление беременности и на ее репродуктивный исход. В целом, метаболический синдром можно «остановить», если вовремя распознать и комплексно подойти к ведению этой группы пациентов, с привлечением специалистов по профилю выявленных нарушений, с обязательным включением в комплекс лечебных мероприятий психологических методов, что позволит не допустить его прогрессии и перехода в стадию морфологических проявлений.

**Ключевые слова:** метаболический синдром, репродуктивные нарушения, психологический профиль, инсулино-резистентность, гиперинсулинизм.

## PSYCHOLOGICAL AND CLINICAL PROFILE OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE SUFFERING FROM METABOLIC SYNDROME

Yu. A. Petrov, N. V. Palieva, A. Yu. Tarasova, A. A. Volosnikova

**Annotation.** The psychological profile affects almost all aspects of a woman's health, with a proven role in the genesis of non-communicable diseases with an almost unknown origin. Depression, anxiety, and psychological distress have been linked to chronic metabolic diseases such as neuroendocrine diseases of the reproductive axis, infertility, proliferative diseases of the genital organs, cancer, diabetes mellitus, insulin resistance, dyslipidemia, and many others. But there are also contradictions, for example, they study obesity and the psychological characteristics of women with it more than the forerunner of everything — the metabolic syndrome. Metabolic syndrome is a combination of metabolic risk factors such as impaired glucose levels, dyslipidemia, hypertension, and central obesity

that predispose people to cardiovascular mortality and other morbidity. If you know the psychological and clinical profile of a woman who has a metabolic syndrome, it is possible to prevent the development of gynecological pathology and endocrine complications, such as diabetes mellitus and polycystic ovary syndrome, which in the future will affect the reproductive outcome of pregnancy and its onset. In general, the metabolic syndrome can be "stopped" if this group of patients is recognized and comprehensively managed in time, with the involvement of specialists in the profile of the identified disorders with the mandatory inclusion of psychological techniques in the complex of therapeutic measures, which will prevent its progression and transition to the stage of morphological manifestations.

**Keywords:** metabolic syndrome, reproductive disorders, psychological profile, insulin resistance, hyperinsulinism.

**М**етаболический синдром (МС) представляет собой совокупность по крайней мере трех из следующих симптомов: абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, гипергликемия, высокий уровень триглицеридов и низкий уровень липопротеинов высокой плотности в сыворотке. С МС ассоциируют еще такие состояния, как микроальбуминурия, ночное апноэ, гиперурикемия, коагулопатия, синдром поликистозных яичников, жировая дистрофия печени и др. Этот синдром повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и диабета 2 типа [1]. Распространенность МС во всем мире резко возросла. Среди взрослого населения планеты его уровень достигает 26%, и эта доля увеличивается с возрастом, а также зависит от расовой

принадлежности. Наибольшие эпидемиологические цифры регистрируются в США [2, 3].

Резистентность к инсулину, метаболический синдром и преддиабет имеют общие причины и взаимосвязаны между собой. Считается, что МС вызван основным нарушением использования и хранения энергии. Центральное или висцеральное ожирение является ключевым признаком МС и характеризуется накоплением в основном бурой жировой ткани, преимущественно в брюшной полости и вокруг туловища. Все остальные признаки МС относятся к группе дополнительных [2, 4].

Существует несколько теорий патогенеза МС. Наиболее ранней из всех теорий рассматривают глюкоцентрическую теорию, предполагающую, что в основе — инсулино-

резистентность (ИР) периферических тканей, способствующая гиперинсулинемии (ГИ). Патологическая цепочка сопровождается гипергликемией с гликированием белков и соответствующими дизрегуляторными и ангиопатическими изменениями. Снижается захват и окисление глюкозы мышцами на фоне недостаточного торможения глюконеогенеза в печени. Это способствует развитию ожирения, гиперлептинемии (лептин — пептидный гормон, регулирующий энергетический обмен) и прогрессии на этом фоне других проявлений МС [5]. В конце 80-х годов XX века выдвинута липоцентрическая теория, где центральная роль отводится абдоминально-висцеральной жировой ткани. При этом андронидный тип ожирения рассматривается как один из основных компонентов синдрома

[5, 6]. Между тем, основным механизмом развития МС заключается в развитии гиперчувствительности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГНС). Реакция организма на хронический стресс, который присутствует у больных с МС, проявляется острой активацией этой оси. Увеличивается синтез кортизола, обеспечивающего снижение чувствительности мышечных волокон и печеночных тканей к инсулину, тем самым способствуя формированию резистентности к инсулину. Помимо увеличения секреции кортизола и адренокортикотропного гормона, у женщин увеличивается синтез тестостерона и андростендиона из-за снижения уровня глобулина, связывающего половые стероиды, что приводит к развитию гиперандрогении [7, 8]. Избыток андрогенов еще больше усугубляет резистентность к инсулину в организме женщин с МС. Также высокий уровень кортизола и инсулина в сочетании с низким содержанием гормона роста предрасполагает к чрезмерному отложению жировой ткани, преимущественно в области живота, что объяснимо высокой плотностью рецепторов к стероидным гормонам в адипоцитах висцерального жира [9].

ГИ и ИР, активируя симпатoadrenalную систему, вызывают системную вазоконстрикцию, задержку натрия и приводят к повышению артериального давления. Хроническая стимуляция бета-адренорецепторов, вызывающая липолиз, в основном, в висцеральной жировой ткани, повышает уровень свободных жирных кислот, которые, в свою очередь, увеличивают резистентность к инсулину и компенсаторную ГИ. Избыток инсулина, обладающего анаболическими и антилиполитическими эффектами, способствует пролиферации и миграции гладкомышечных клеток сосудистой стенки и прогрессированию ожирения. Создаются условия для развития раннего атеросклероза [10, 11]. Иначе говоря, формируется замкнутый круг.

При МС углеводный обмен проходит через три фазы — от нормогликемии с ИР через фазу нарушения толерантности к глюкозе до сахарного диабета 2 типа. Патогенез сахарного диабета 2 типа, помимо резистентности к инсулину, также предполагает наличие дефекта се-

креторного инсулина. Есть мнение, что высокий уровень липидов в бета-клетках поджелудочной железы нарушает секрецию инсулина.

Еще одним из проявлений/осложнений ИР рассматривается гипериурикемия. Увеличение уровня мочевой кислоты в плазме крови связано с повышением канальцевой реабсорбции натрия и повышением активности симпатической нервной системы, индуцированной инсулином [12]. Если рассматривать МС с позиций репродуктивного потенциала женщин, то ИР через ряд дисгормональных биохимических цепочек приводит к бесплодию, нарушению функции яичников (таким как синдром поликистозных яичников), пролиферативным процессам в матке (гиперплазия) и молочных железах (дисплазии), вплоть до канцерогенеза, а также невынашиванию и другой грозной акушерской и перинатальной заболеваемости, проецирующейся на здоровье будущего поколения этих матерей [13-15].

В связи с тем, что при МС первично происходит нарушение нейроэндокринной регуляции гипоталамуса, как уже отмечалось ранее, у женщин наблюдается различная дизцефальная симптоматика (нарушение сна и аппетита, жажда, головокружения, головные боли, гипертония и др.), подтверждающая центральный (гипоталамический) генез данной патологии. В ответ на воздействие различных этиологических стресс-факторов в экстрагипоталамических структурах мозга происходит нарушение обмена нейромедиаторов, в частности, увеличение синтеза  $\beta$ -эндорфина и снижение продукции дофамина. По ходу возникшего нарушения нейроэндокринного контроля функции гипоталамуса отмечается повышение секреции гонадотропных гормонов гипофизом, следуя чему, реализуются нарушения обмена веществ в форме не только ожирения, артериальной гипертонии, ИР, сахарного диабета, заболеваний желудочно-кишечного тракта и прочих проявлений, но и затрагивается психоэмоциональный компонент здоровья, что связано также с ЦНС, а именно с лимбической системой [16, 17, 18].

Современные исследования показывают приоритетное значение

психологических факторов в генезе ожирения как психосоматической проблемы. Определены личностные особенности больных, обеспечивающие снижение социальной адаптации пациентов и усиливающие их гиперфагические реакции как защитный механизм на стрессовую ситуацию [1, 14, 16]. В случае личностно-реактивных изменений может формироваться особый стиль поведения, своего рода психологическая агнозия или реакция гиперкомпенсации на собственное соматическое состояние, приводящий к изменению социального функционирования путем создания своей субкультуры со стереотипным набором поведенческих предпочтений. Кроме того, личностная реактивность у пациентов с МС может стать основой формирования депрессивно-невротических нарушений с тягостными переживаниями своего физического профиля, достигая в ряде ситуаций стадии невротической депрессии [19, 20].

Нередко истоки личностных тревожных расстройств пациентов с ожирением начинаются с детского возраста и в дальнейшем усиливаются, что очень трудно поддается коррекции проведением только лишь диетического и медикаментозного лечения. Тревожные расстройства считаются одним из наиболее распространенных психических расстройств, которое обычно начинается в детстве [21]. Распространенность тревожных расстройств в течение жизни составляет 5–25%, а распространенность МС среди людей с тревогой колеблется от 30 до 40%, и эти значения примерно на 10% выше по сравнению с теми, у кого МС нет. Однако связь между МС и тревогой по-прежнему противоречива из-за различий в диагностических критериях тревоги и МС, размеров выборок и дизайна проводимых исследований в этой области [22-24].

Многие эксперты указывают, что как МС опосредует тревожные расстройства, так и следствием тревоги может стать МС. Если тревога возникает раньше МС, то цепочка эндогенных событий складывается следующим образом. Во-первых, тревога коррелирует с возбуждением симпатической нервной системы, что приводит к системному спазму артериол и гипертонии [25].

Во-вторых, тревога повышает возбудимость ГГНС и увеличивает секрецию кортизола, высокие концентрации которого подавляют прогликемическую функцию поглощения инсулина и вызывают гипергликемию. Кроме того, он оказывает сильное агрегирующее действие на жировую ткань, вызывая отложение висцерального жира и приводя к ожирению и дислипидемии [26]. В-третьих, тревога обеспечивает провоспалительный цитокиновый ответ, а такие факторы, как интерлейкин-6 и фактор некроза опухоли- $\alpha$  являются триггерами ИР, тем самым способствуя усугублению МС [27].

Если же МС возникает до тревоги, патофизиологические механизмы могут быть связаны с резистентностью к инсулину. Инсулин, как ключевой гормон в регулировании углеводного обмена, не только способствует поглощению и окислению глюкозы, но также необходим для поддержания нормальной функции мозга. Определено, что общий церебральный кровоток на 15% ниже у пациентов с МС. Помимо этого, периферическая резистентность к инсулину способствует подавлению активности рецепторов инсулина в ткани головного мозга и снижению уровня инсулина, поступающего в ткань головного мозга, что может привести к функциональным аномалиям различных областей мозга. Поражение лобной доли, отвечающей за регуляцию эмоций, что отмечается довольно часто при МС, в конечном итоге приведет к возникновению тревоги. Повреждения в гиппокампе приводят к гиперфункции оси ГГН. Гиперфункция ГГНС нарушает ритм секреции кортизола, дисбаланс солей и глюкокортикоидов в головном мозге, что приводит к аномальному уровню 5-гидроксиทริปтамина (5-НТ). Дисфункция системы 5-НТ также способствует возникновению тревоги. Ну и, наконец, резистентность к инсулину и нарушение толерантности к глюкозе связаны с сомнипатией, одной из причин беспокойства. Связь между тревогой и метаболическим синдромом также может быть связана с эмоциональным питанием — эмоциональная реакция, вызванная негативными раздражителями, такими как чувство стресса или тревоги, при которой высокие уровни корти-

зола влияют на пищевое поведение и способствуют переяданию [26, 28].

Исходя из известных фактов о регуляции МС и психосоциальной дезадаптации, оптимально, если подход к ведению этих пациенток приводит к снижению веса на основе здорового питания и регулярной физической активности, с включением сочетания аэробных нагрузок и силовых тренировок, подкрепленных поведенческой терапией. Несомненно, в помощь должно быть медикаментозное сопровождение. Потеря веса на 7% достаточна для обращения синдрома вспять. Важно управлять всеми имеющимися проявлениями нарушенного метаболизма [1, 2, 19].

Эмоции являются неотъемлемой частью динамической системы человеческой личности. Исследования показывают, что оптимизм и положительные эмоции связаны со снижением метаболических факторов риска. Доказано, что оптимизм у пациентов с ишемической болезнью сердца на фоне МС значительно ниже, чем у пациентов без него. Вместе с тем, оптимизм, пессимизм, положительные и отрицательные эмоции, которые определяются как когнитивные и эмоциональные компоненты психологического благополучия, влияют на иммунный статус. Высокая положительная эмоция у человека приводит к снижению воспалительной активности и дальнейшему здоровью, а негативные — напротив. Указывается, что оптимизм благоприятно влияет на уровень и активность нейротранмиттеров [29, 30].

Большинство работ подтверждает связь МС с долгосрочными депрессивными симптомами, но есть и те, где сообщалось об ее отсутствии. Сообщается о существовании созависимости между повседневными стрессорами и МС. С другой стороны, более низкое физическое благополучие и социальная функция, как показатели качества жизни, отмечаются у пациентов с МС, но именно при сочетании с ожирением. Люди с МС, испытывающие более выраженные негативные эмоции, могут иметь зависимости (никотиновую, наркотическую, пищевую, алкогольную и пр.), ошибочно воспринимаемые ими как вариант помощи для облегчения психосоциального или физи-

ческого дискомфорта. Между тем, пациенты, у которых более хорошее самочувствие и положительные психологические факторы, принимают оптимальное поведение в отношении здоровья, которое играет важную роль в снижении прогрессии метаболического синдрома [4, 17, 30].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, метаболический синдром у женщин репродуктивного возраста — сложный многофакторный нейроэндокринный патологический процесс, в основе которого лежит дистресс в гипоталамо-гипофизарно-яичниково-надпочечниковой оси, определяющий мультисистемные нарушения. МС рассматривается как промежуточное состояние, которое часто приводит к клиническим проявлениям сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний репродуктивной системы женщины. И проблема этого синдрома заключается в том, что обычно он не диагностируется в клинических условиях, так как не рассматривается как заболевание. Однако результаты современных исследований указывают на тесную связь между депрессивно-тревожными расстройствами, МС и его осложнениями, что требует раннего распознавания признаков формирующихся нарушений, до того, как будут установлены заболевания дезадаптации. В связи с этим у пациентов с депрессией следует тщательно контролировать кардиометаболические факторы риска и метаболический статус, а у женщин с МС, в свою очередь, не пропускать признаки нарушений психоэмоционального здоровья. Следует рекомендовать правильное лечение и изменение образа жизни, если пациенты подвержены более высокому риску диабета и сердечно-сосудистых заболеваний. С другой стороны, для людей с метаболическим синдромом, которые уже предрасположены к диабету и сердечно-сосудистым заболеваниям, раннее выявление депрессии может дать информацию о соответствующих профилактических стратегиях.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борисов И. В. Метаболический синдром: определение, патогенез и реабилитация // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2020. №4. С. 114.
2. Радзинский В. Е., Боташева Т. Л., Котайш О. В., Волкова Н. И., Палиева Н. В. и др. Ожирение. Диабет. Беременность. Версии и контрверсии. Клинические практики. Перспективы. М: ГОЭТАР-Медиа, 2020. 528 с.
3. Hirode G., Wong R. Trends in the prevalence of metabolic syndrome in the United States, 2011-2016 // JAMA. 2020. V. 323. P. 2526-2528.
4. Аганезова Н. В., Аганезов С. С. Ожирение и репродуктивное здоровье женщины // Акушерство и гинекология. 2016. №6. С. 18.
5. Соусова Я. В., Успенский Ю. П., Фоминых Ю. А. Нарушение пищевого поведения у пациентов с метаболическим синдромом // Медицина: теория и практика. 2018. Т. 3. №1. С. 91-92.
6. Манунова Э. А., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Ожирение и репродуктивное здоровье // Главный врач Юга России. 2021. №4 (79). С. 29-32.
7. Фоминых Ю. А. Психологический статус и качество жизни пациентов с метаболическим синдромом // Медицинский алфавит. 2019. Т. 3. №20. С. 46.
8. Гуреева И. Л. Клинико-психологические характеристики пациентов с метаболическим синдромом // Тенденции развития науки и образования. 2019. №55-8. С. 36.
9. Палиева Н. В., Боташева Т. Л., Пелипенко И. Г., Авруцкая В. В. и др. Изменения метаболического гомеостаза у женщин репродуктивного возраста в современных условиях. Проблема metobesity / Материалы Международной научной конференции «Биосфера и человек». Майкоп: Электронные издательские технологии, 2019. С. 285-286.
10. Бабенко А. Ю., Матвеев Г. А., Алексеенко Т. И., Деревицкий И. В. и др. Взаимосвязи компонентов метаболического синдрома с уровнем гормонов, вовлеченных в регуляцию метаболизма жировой ткани // Артериальная гипертензия. 2019. Т. 25 (6). С. 639-652.
11. Палиева Н. В., Боташева Т. Л., Петров Ю. А., Заводнов О. П. и др. Метаболический синдром – пусковой механизм расстройств психоэмоционального и акушерского «гомеостаза» / Здоровая мать – здоровое потомство: сборник материалов внутривузовой научно-практической конференции. Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2020. С. 324-334.
12. Lee M., Han K., Kim M., Koh E. et al. Combinations of metabolic syndrome components and the risk of type 2 diabetes mellitus: a nationwide cohort study // Diabetes Res. Clin. Pract. 2020. V. 165. P. 108237.
13. Петров Ю. А., Палиева Н. В., Аллахъяров Д. З. Патогенетические аспекты нарушения репродуктивного здоровья у женщин с ожирением // Современные проблемы науки и образования. 2022. №1. С. 102.
14. Ганчар Е. П., Кажина М. В., Кузнецов О. Е. Психологический и клинико-лабораторный профиль женщин репродуктивного возраста, страдающих метаболическим синдромом // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2013. №4. С. 64.
15. Аллахъяров Д. З., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Современные аспекты прегравидарной подготовки пациенток с метаболическим синдромом // Главный врач Юга России. 2023. №1 (87). С. 29-32.
16. Моллаева Н. Р. Роль психосоциальных факторов в развитии метаболического синдрома / Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию Дагестанского государственного медицинского университета. 2017. С. 116.
17. Рустамова М. С., Мурадов А. М., Раджабова С. А., Рахмонова С. И. и др. Компоненты и проявления метаболического синдрома у женщин с бесплодием // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. 2014. Т. 57. №5. С. 425.
18. Радзинский В. Е., Палиева Н. В., Боташева Т. Л., Железнякова Е. В. Влияние эндотелий-опосредованных факторов на формирование акушерской патологии при метаболических нарушениях // Современные проблемы науки и образования. 2016. №5. С. 30.
19. Завражных Л. А., Смирнова Е. Н. Значение психологических характеристик пациента для эффективного лечения метаболического синдрома // Клиницист. 2011. №3. С. 49.
20. Алексеева Н. С. Влияние компонентов метаболического синдрома на качество жизни пациентов // Acta Biomedica Scientifica. 2014. №6 (100). С. 9.
21. Skogberg N., Castaneda A., Agyemang C., Lilja E. The association of depressive and anxiety symptoms with the metabolic syndrome and its components among Russian, Somali, and Kurdish origin adults in Finland: a population-based study // J. Psychosom. Res. 2022. V. 159. P. 110944.
22. Moreira F., Jansen K., Cardoso T., Mondin T. et al. Metabolic syndrome and psychiatric disorders: a population-based study // Rev. Bras. Psiquiatr. 2019. V. 41. P. 38-43.
23. Butnorienė J., Steiblienė V., Saudargienė A., Bunevicius A. Does presence of metabolic syndrome impact anxiety and depressive disorder screening results in middle aged and elderly individuals? A population based study // BMC Psychiatry. 2018. V. 18. P. 5.
24. Москаленко О. Л. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с метаболическим синдромом // Russian Journal of Education and Psychology. 2021. Т. 12. №4. С. 118.
25. Kuo W., Bratzke L., Oakley L., Kuo F. et al. The association between psychological stress and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis // Obes. Rev. 2019. V. 20. P. 1651-1664.
26. Jacobson L. Hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis: neuropsychiatric aspects // Compr. Physiol. 2014. V. 4. P. 715-38.
27. Michopoulos V., Powers A., Gillespie C., Ressler K. et al. Inflammation in fear-and anxiety-based disorders: PTSD, GAD, and beyond // Neuropsychopharmacology. 2017. V. 42. P. 254-270.
28. Anacker C., Scholz J., O'Donnell K., Allemang-Grand R. et al. Neuroanatomic differences associated with stress susceptibility and resilience // Biol. Psychiatry. 2016. V. 79. P. 840-849.
29. Миронова В. Г., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Нюансы супружеских отношений и психологические особенности у женщин с гинекологическими заболеваниями / Научные основы создания и реализации современных технологий здоровьесбережения: Материалы IX международной научно-практической конференции, РостГМУ; НИИММП. Часть 1. Волгоград: СФЕРА, 2022. С. 91-98.
30. Андреева Е. Н., Шереметьева Е. В., Фурсенко В. А. Ожирение – угроза репродуктивного потенциала России // Ожирение и метаболизм. 2019. Т. 16. №3. С. 20.

## АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии №2.

Петров Юрий Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой; e-mail: mr.doktorpetrov@mail.ru; ORCID ID <http://orcid.org/0000-0002-2348-8809>.

Палиева Наталья Викторовна — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры; e-mail: nat-palieva@yandex.ru; ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-2278-5198>.

Волосникова Анастасия Алексеевна — соискатель кафедры.

Медико-психологический центр «Люмос», г. Ростов-на-Дону.

Тарасова Анастасия Юрьевна — психолог центра, магистр психологических наук; e-mail: na.design91@gmail.com.

# ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Н. В. Палиева, Ю. А. Петров, А. Ю. Тарасова, В. Ф. Халилова

**Аннотация.** Эндометриоз — распространенное полиэтиологическое заболевание у женщин чаще репродуктивного возраста. Его основные симптомы проявляются в виде хронического болевого синдрома с диспареунией, меноррагий, проблем с актом дефекации, бесплодия. Все вышеперечисленные симптомы приводят к формированию невротических симптомов, тревожных и тревожно-депрессивных расстройств, снижению качества жизни пациентки. Большую роль в формировании невропатии у этой категории больных играют неправильное воспитание и семейные конфликты. В результате вышеизложенного у женщин с эндометриозом снижен уровень социализации. Они склонны к восприятию окружающих людей в качестве угрожающего объекта. В связи с наличием психических расстройств и серьезных проблем с социальным функционированием

для женщин с генитальным наружным эндометриозом требуется разработка комплексных и дифференцированных программ психотерапии и психофармакологической терапии, направленных как на снижение, так и на повышение уровня социализации и на снижение невротических проявлений. В последние годы заболеваемость генитальным эндометриозом имеет выраженную тенденцию к росту и занимает одно из ведущих мест в гинекологической патологии (3-е место среди всех гинекологических заболеваний). Многие исследования доказали наличие психопатологических реакций у больных генитальным эндометриозом и их существенное влияние на качество жизни.

**Ключевые слова:** генитальный эндометриоз, невроз, эмоциональная неустойчивость, бесплодие, диспареуния, хроническая тазовая боль, психологическая терапия.

## PSYCHO-EMOTIONAL MANIFESTATIONS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH GENITAL ENDOMETRIOSIS

N. V. Palieva, Yu. A. Petrov, A. Yu. Tarasova, V. F. Khalilova

**Annotation.** Endometriosis is a common polyetiological disease in women more often of reproductive age. Its main symptoms are manifested in the form of chronic pain syndrome with dyspareunia, menorrhagia, problems with defecation, and infertility. All of the above symptoms lead to the formation of neurotic symptoms, anxiety and anxiety-depressive disorders, and a decrease in the patient's quality of life. An important role in the formation of neuropathy in this category of patients is played by improper upbringing and family conflicts. As a result of the above, women with endometriosis have a reduced level of socialization. They tend to perceive the surrounding people as a threatening object. Due to the presence of mental

disorders and serious problems with social functioning, women with genital external endometriosis require the development of comprehensive and differentiated programs of psychotherapy and psychopharmacological therapy aimed at both reducing and increasing the level of socialization, as well as reducing neurotic manifestations. In recent years, the incidence of genital endometriosis has a pronounced upward trend and occupies one of the leading places in gynecological pathology (3rd place among all gynecological diseases). Many studies have proven the presence of psychopathological reactions in patients with genital endometriosis and their significant impact on quality of life.

**Keywords:** genital endometriosis, neurosis, emotional instability, infertility, dyspareunia, chronic pelvic pain, psychological therapy.

Эндометриоз — одна из нерешенных проблем репродуктивной системы, которая опосредует комплексные проблемы в организме женщины. Патология затрагивает многие органы и системы, а его клиническая симптоматика инициирует психоэмоциональные расстройства. Генитальный эндометриоз занимает третье место в структуре гинекологической заболеваемости, являясь наиболее распространенной формой, для которой характерно разнообразие клинических проявлений.

Боль — наиболее типичный и изнуряющий симптом, и может быть единственным сигналом поражения эндометриозом органов репродуктивной системы. Данные отечествен-

ных и зарубежных исследователей свидетельствуют о высокой частоте тазовых болей, до 60–85%, связанных с эндометриозом [1, 2]. Сила боли при эндометриозе очень вариабельна — от слабо выраженной до интенсивной. Боль может характеризоваться своей кратковременностью или же быть длительной, причем ее интенсивность не всегда соответствует тяжести заболевания. При хронической боли, в ответ на длительно присутствующий раздражитель — боль, возникают многочисленные последовательные очаги возбуждения в периферической и центральной нервной системе, со временем вызывающие в них патологические изменения [2].

Вызывая активацию лимбической, гипоталамо-гипофизарной и симпатoadреналовой систем, боль сопровождается сложными и длительными реакциями со стороны психоэмоциональной сферы и поведенческой деятельности. Это проявляется отношением к окружающей действительности и в целом негативно влияет на действенность и качество жизни [2, 3]. Установлено, что в 63–74% случаев хронические болевые синдромы при эндометриозе способствуют психологическим отклонениям и тесно связаны с тревогой и депрессией, существенно меняющими все стороны жизни женщин [4].

**Цель работы:** проанализировать современные данные о психоэмоциональных отклонениях и особенностях качества жизни больных с генитальным эндометриозом, принципов ведения этой группы пациенток.

Эндометриоз — это доброкачественный пролиферативный патологический процесс с полиэтиологической природой активации в результате дисгормональных, иммунологических и генетически детерминированных перестроек, характеризующийся неконтролируемым ростом и развитием ткани, схожей по своей структуре и функциям с эндометрием, локализующейся за пределами слизистой оболочки тела матки [5].

Наиболее часто выдвигается воспалительная теория заболевания, как лежащая в его основе. Стрессовый фактор предлагается еще одной теорией патогенеза, и нередко это психические травмы, перенесенные в детстве (алкоголизм одного из родителей, измены в семье, ссоры и крики, смерть близких, страхи и невротические кризы), которые в 65% случаев способствуют развитию в будущем генитального эндометриоза [6].

У женщин с генитальным эндометриозом присутствуют деструктивные отношения с родителями. В большинстве случаев родители их игнорировали, 87% из них были рождены от нежеланной и/или незапланированной беременности, у 68% указывалось на неправильное воспитание (например, воспитание девочек «по типу мальчика»), у 100% имелись продолжительные разлуки с одним из родителей, преимущественно с мамой. Результатом вышеперечисленных жизненных событий стало проявление у этих женщин агрессии, холодности, обидчивости и жертвенности [7, 8].

Выделяют генитальную и экстрагенитальную формы эндометриоза. В свою очередь, генитальный эндометриоз подразделяется на внутренний (аденомиоз) — эндометриоз тела матки и интерстициальной части маточных труб, и наружный — эндометриоз шейки матки, промежности, влагалища, яичников, ретроцервикальной области, маточных труб (кроме интерстициальной части), прямокишечно-маточного углубления, брюшины. В случае экстрагенитального эндометриоза вы-

деляют локализации в послеоперационном рубце, кишечнике, пупке и легких [1].

По глубине распространения процесса описаны три различные клинические формы генитального эндометриоза: перитонеальный, эндометриозидные кисты яичников и глубоко инфильтрирующий эндометриоз. Последний считается наиболее агрессивным проявлением эндометриоза, он характеризуется эндометриозидной инфильтрацией более 5 мм ткани в забрюшинное пространство и составляет примерно 20% случаев [8, 9].

Клиническая картина эндометриоза имеет довольно характерную симптоматику, так как все проявления этого заболевания непосредственно связаны с менструальным кровотечением, то есть проявления возникают до, во время и после месячных. К симптомам эндометриоза относятся:

- боли в нижней части живота и пояснице;
- дисменорея (болезненная менструация);
- диспареуния (боль в половых органах, ощущаемая непосредственно перед, во время или после полового акта);
- бесплодие;
- нарушения менструального цикла по типу аномальных маточных кровотечений (регулярно повторяющиеся длительно обильные);
- проблемы с кишечником (дисхезия — боль и трудности при акте дефекации).

Помимо представленного, еще больные отмечают дизурию (боли при мочеиспускании), радикулит, ишиалгии. Диспареуния наблюдается у 65% больных с наружным генитальным эндометриозом с преимущественным поражением ретроцервикальной области и крестцово-маточных связок. Однако нередко встречаются и бессимптомные формы [2, 10, 11].

Болевой синдром при генитальном эндометриозе преимущественно стойкий, что указывает на хроническую историю этого патологического процесса. Длительное регулярное поступление болевых импульсов в кору головного мозга вызывает нарушение нормального взаимодействия коры и подкорковых структур с антиноцицептивной и ноцицептив-

ной системами, что приводит к развитию невротических состояний [12].

Эндометриоз имеет значимое психологическое отражение, так как приводит к нарушению репродуктивной функции, препятствуя реализации основного назначения женского организма — деторождения. Заболевание затрагивает многие стороны жизнедеятельности женщины: экономическую, социальную и семейную; в результате нанесения значительного физического и морального ущерба, тем самым в общем снижая их качество жизни. Нередки случаи инвалидизации женщин с эндометриозом. Самые низкие показатели качества жизни отмечены у больных с выраженным болевым синдромом [13, 14].

У женщин с генитальным эндометриозом отмечают следующие личностные ограничения и психоэмоциональные сдвиги:

- психологическое напряжение;
- проблемы с личной жизнью, ее неустойчивость;
- значительное моральное напряжение;
- социальная неустойчивость;
- отсутствие возможности реализовать себя как личность;
- когнитивное и эмоциональное негативное/тревожное представление о будущем материнстве и взаимодействии с ребенком;
- эмоциональная неустойчивость;
- низкая самооценка;
- высокая личностная тревожность;
- искаженная поло-ролевая идентичность;
- субъективно невысокая значимость ребенка как жизненной ценности;
- низкая стрессоустойчивость [15].

При эндометриозе длительные клинические проявления заболевания приводят к комплексным системным нарушениям вегетативной нервной системы и психологического состояния больной в форме невротической симптоматики. Наиболее типичными формами являются:

- вегетососудистая дистония с астеническим синдромом;
- астеноневротический синдром;
- астеноипохондрический синдром;
- астеновегетативный синдром [16].

Бесспорно, самым невротизирующим фактором при генитальном

эндометриозе является бесплодие, встречающееся в 50% всех наблюдений. Однако при генитальном эндометриозе преимущественным симптомом, сопровождающимся психоневротическими нарушениями, является боль, так как ее распространенность при этом заболевании достигает почти 80% [17]. Российское исследование, проведенное в Национальном центре им. академика В. И. Кулакова, изучающее 88 женщин репродуктивного возраста с подтвержденным лапароскопически и гистологически наружным генитальным эндометриозом II–IV степени по классификации R-AFS с и без болевого синдрома, получающих лечение в отделении оперативной гинекологии, доказало, что женщины с болевой формой генитального эндометриоза отмечали значительное снижение самочувствия, снижение активности и перепады настроения.

Между тем, у женщин с болевой формой эндометриоза таких жалоб не регистрировалось, что подтверждает влияние болевого синдрома при данном заболевании на психологический аспект больных. И это было наглядно показано и оценено в работе при помощи опросников «Самочувствие, Активность, Настроение», шкалы тревожности Спилбергера — Ханина и шкалы SF-36, где было видно, что у пациенток с болевой формой эндометриоза значительно снижено качество жизни, практически все его стороны. Но наиболее страдали ролевое социальное функционирование и жизненная активность [18].

В этом же контексте проведены исследования Low W. Y. с коллегами [19] по оценке психологического профиля у пациенток с эндометриозом. Ими обследована 81 женщина с тазовой болью, из них 40 — с эндометриозом и 41 — с другими гинекологическими проблемами. Все из них прошли шесть стандартизированных психометрических тестов (личностный опросник Айзенка (EPQ), опросник депрессии Бека (BDI), опросник общего состояния здоровья, опросник состояний тревоги (STAI), опросник сексуальной удовлетворенности Голомбака (GRISS) и краткий опросник Макгилла о боли). Результаты показали присутствие у пациенток с эндометриозом более высоких показателей психотизма, интроверсии

и тревожности, чем у женщин с другими гинекологическими заболеваниями.

Кроме того, была проведена работа исследовательской группы Laganà A. S. [20] по оценке качества жизни, негативных эмоций, таких как гнев, тревога и депрессия, а также возможной психопатологической коморбидности в выборке 166 женщин с эндометриозом. Пациентки заполняли следующие инструменты самоотчета: Контрольный список симптомов (SCL-90-R), Опросник выражения гнева в зависимости от состояния 2 (STAXI-2), Шкалу самооценки тревоги, Шкалу самооценки депрессии и Индекс качества жизни. Авторами сделаны выводы, что соматизация, депрессия, сензитивность и фобическая тревожность у этих пациенток выше, чем у женщин без эндометриоза. Более того, они же обнаружили высокий уровень тревожности и значительное снижение качества жизни, что согласуется с другими научными группами по изучению психосоциального статуса женщин с эндометриозом.

Тайваньские исследователи Chen L. C. и др. [21] использовали Тайваньскую национальную базу данных исследований в области медицинского страхования (NHIRD) с лонгитюдным планом исследования для выявления женщин с эндометриозом, у которых психиатры диагностировали депрессию или тревожные расстройства. Они обнаружили, что эндометриоз связан с повышенным риском развития депрессии и тревожных расстройств.

В связи с этим становится ясно, что психические расстройства у женщин с эндометриозом требуют оказания специализированной психологической помощи и комплексного мультидисциплинарного подхода к ведению этих пациентов, желательно в условиях специализированных центров по лечению хронической боли и бесплодия. Дополнительно необходимо прибегать к помощи других профильных специалистов, например, сексопатолога, психотерапевта, психиатра, невропатолога для их лечения и реабилитации. Психосоматическая помощь должна быть интегрирована в биомедицинские лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия эндометриоза. Други-

ми словами, психотерапия и психокоррекция как методы воздействия должны быть обязательной составляющей любого лечебно-оздоровительного процесса [2, 7]. В данном контексте наиболее важная задача психотерапии заключается в создании условий для правильного восприятия болезни и особенностей ее течения в женском сознании, принятия больной своего заболевания и его последствий, а также осознания важности лечения [8, 22].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подытоживая изложенное, можно сделать вывод, что эндометриоз — довольно сложное мультифакторное заболевание у женщин репродуктивного возраста, и психологические факторы играют не последнюю роль в определении тяжести симптомов и эффективности лечения. По последним данным, женщины с этим патологическим процессом подвержены риску психоземональных нарушений, тревожных, депрессивных симптомов и других психических расстройств. Хотя до сих пор неясно, являются ли эти сопутствующие заболевания результатом самого эндометриоза или других факторов, таких как хроническая тазовая боль, неправильное воспитание и семейный конфликт, что нередко фиксируется в анамнезе у этих женщин. Наверное, это предмет для дальнейшего изучения причинно-следственных обстоятельств представленной в обзоре патологии, чтобы лучше понять взаимосвязь между эндометриозом и психологическими заболеваниями. Почти всеми авторами подчеркивается важность мультидисциплинарного подхода к ведению женщин с эндометриозом. В этом отношении рекомендуется психологическая оценка для выявления женщин с риском развития симптомов тревоги и депрессии и оказания им адекватной психологической поддержки. Целью этой поддержки должно быть максимальное снижение влияния эндометриоза на качество жизни и психологическое благополучие этих пациенток.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аванесова Т. Г., Левкович М. А., Ермолова Н. В., Палиева Н. В., Петров Ю. А. Роль интерлейкина-8 и полиморфизма его гена в формировании наружного генитального эндометриоза у пациенток репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. 2021. №3. С. 124–129.
2. Эндометриоз. Клинические рекомендации. Российское общество акушеров-гинекологов, утверждены Минздравом РФ. 2020 (02.11.2020). 32 с.
3. Марченко Л. А., Ильина Л. М. Современный взгляд на отдельные аспекты патогенеза эндометриоза (обзор литературы) // Проблемы репродукции. 2015. №18. С. 61–66.
4. Шукина Н. А., Буянова С. Н. Современный взгляд на диагностику и лечение эндометриоза // Русский медицинский журнал. 2014. №22. С. 1002–1005.
5. Ермолова Н. В., Петров Ю. А. Наружный генитальный эндометриоз: клинко-биохимические и иммунологические аспекты формирования стадий заболевания. М.: Медицинская книга, 2021. 160 с.
6. Миронова В. Г., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Особенности психологии и супружеских отношений у пациенток с гинекологическими заболеваниями // Главный врач Юга России. 2023. №1 (87). С. 22–24.
7. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И. Генитальный эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты. М.: Медицина, 2014. 330 с.
8. Laganà A. S., La Rosa V. L., Rapisarda A. M. C., Valenti G., Sapia F., Chiofalo B. et al. Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges // Int. J. Womens Health. 2017. V. 9. P. 323–330.
9. Андреева Е. Н. Распространенные формы генитального эндометриоза: медико-генетические аспекты, диагностика, клиника, лечение и мониторинг больных. М., 2017. 333 с.
10. Дамиров М. М. Генитальный эндометриоз – болезнь активных и деловых женщин. М.: Бино. Лаборатория знаний, 2016. 778 с.
11. Петров Ю. А., Палиева Н. В. Планирование семьи. Контрацепция – инструмент регуляции рождаемости. История, настоящее и будущее. М.: Медицинская книга, 2022. 304 с.
12. Миронова В. Г., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Нюансы супружеских отношений и психологические особенности у женщин с гинекологическими заболеваниями / Научные основы создания и реализации современных технологий здоровьесбережения: Материалы IX международной научно-практической конференции 18 ноября 2022 г., г. Ростов-на-Дону, РостГМУ; НИИММП. Часть 1. Волгоград: СФЕРА, 2022. С. 91–98.
13. Сонова М. М., Тихонова Е. С., Антонова С. О. Исследование качества жизни больных эндометриозом / Материалы XII Всероссийского научного форума «Мать и дитя». 2014. С. 421.
14. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2015. С. 432.
15. Friedl F., Riedl D., Fessler S. et al. Impact of endometriosis on quality of life, anxiety, and depression: an Austrian perspective // Arch. Gynecol. Obstet. 2015. V. 292 (6). P. 1393–1399.
16. Vitale S. G., La Rosa V. L., Rapisarda A. M., Laganà A. S. Impact of endometriosis on quality of life and psychological well-being // Psychosom. Obstet. Gynaecol. 2017. V. 38 (4). P. 317–319.
17. Facchin F., Barbara G., Saita E. et al. Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 2015. V. 36 (4). P. 135–141.
18. Адамян Л. В., Гарданова Ж. Р., Яроцкая Е. Л., Овакимян А. С., Козаченко И. Ф. Особенности болевого синдрома, психоэмоционального состояния и качества жизни женщин с наружным генитальным эндометриозом // Проблемы репродукции. 2016. Т. 22 (3). С. 77–83.
19. Low W. Y., Edelmann R. J., Sutton C. A psychological profile of endometriosis patients in comparison to patients with pelvic pain of other origins // J. Psychosom. Res. 1993. V. 37 (2). P. 111–116.
20. Laganà A. S., Condemi I., Retto G. et al. Analysis of psychopathological comorbidity behind the common symptoms and signs of endometriosis // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2015. V. 194. P. 30–33.
21. Chen L. C., Hsu J. W., Huang K. L. et al. Risk of developing major depression and anxiety disorders among women with endometriosis: a longitudinal follow-up study // J. Affect Disord. 2016. V. 190. P. 282–285.
22. Zhao L., Wu H., Zhou X., Wang Q., Zhu W., Chen J. Effects of progressive muscular relaxation training on anxiety, depression and quality of life of endometriosis patients under gonadotrophin-releasing hormone agonist therapy // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2012. V. 162 (2). P. 211–215.

## АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии №2.

Палиева Наталья Викторовна — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры; e-mail: nat-palieva@yandex.ru; ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-2278-5198>.

Петров Юрий Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой; e-mail: mr.doktorpetrov@mail.ru; ORCID ID <http://orcid.org/0000-0002-2348-8809>.

Халилова Вусала Фуадовна — соискатель кафедры.

Медико-психологический центр «Люмос», г. Ростов-на-Дону.

Тарасова Анастасия Юрьевна — психолог центра, магистр психологических наук; e-mail: na.design91@gmail.com.



# ЛЕЧЕБНАЯ КОСМЕТИКА «ИНФАРМА»: ЭФФЕКТИВНОЕ РЕШЕНИЕ СЕРЬЕЗНЫХ ПРОБЛЕМ

Несмотря на успешное развитие медицинской науки, практика показывает, что дополнение медикаментозной терапии нелекарственными средствами позволяет успешнее бороться с широко известными проблемами. Более чем 30-летний опыт разработки комбинированных наружных средств позволил ООО «Инфарма 2000» создать лечебно-косметические составы, успешно применяемые для решения наиболее актуальных проблем.

## ПРОБЛЕМЫ С НОГТЯМИ И КОЖЕЙ СТОП

**Деформированные, утолщенные, пожелтевшие, крошащиеся ногти не позволяют носить открытую обувь, вызывают дискомфорт. Мозоли, трещины на огрубевшей коже стоп мешают ходить. Врастающие ногти вызывают боль.** Такие проблемы далеко не редки, и это не только косметические дефекты: у больных сахарным диабетом, с заболеваниями сосудов они многократно увеличивают риск трофических язв, гангрены.



В ФГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ совместно с ООО «Инфарма 2000» (г. Москва) создан оригинальный косметический препарат «ФУНДИЗОЛ», основой которого послужил состав мази Аравийского. Уникальным является не только состав крема, включающий антисептики, компоненты, размягчающие пораженный ноготь и огрубевшую кожу стоп, заживляющие и питательные компоненты, экстракты трав, но и методика его применения. Крем помогает одновременно устранять изменения ногтей и кожи стоп (мозоли, трещины, натоптыши), при этом не требуя применения травмирующих кожу инструментов.

Клинические исследования проводились в МНПЦДК, ЦТП ФХФ РАН, клинике «Веларт». Показано, что лечение измененных ногтей на руках занимает 1–2 месяца, на ногах — от 5 месяцев. «ФУНДИЗОЛ» необходим для ухода за ногтями и кожей стоп у пожилых людей, у пациентов с сахарным диабетом, с сосудистыми заболеваниями, а также как средство профилактики заражения при посещении общественных мест.

## ПРОБЛЕМЫ С СУСТАВАМИ, МЫШЦАМИ, СПИНОЙ

Проблемы с суставами, затруднение и ограничение движений у лиц старшего возраста, вызванные поражениями опорно-двигательного аппарата, ухудшают качество жизни и осложняют течение заболеваний сердечно-сосудистой системы. Во многих случаях эти проблемы — проявление серьезных нарушений обмена веществ, остеоартроза и подагрического артрита, сопровождающихся отложением солей кальция и мочевой кислоты. Соли образуют остеофиты, вызывающие боль и воспаление. В этих случаях прием обезболивающих препаратов не сохранит суставы, не устранил полностью болезненные ощущения. **Эффективное обезболивание получают не более 70% пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.** В то же время в работе Trelle S. с соавторами (2011) из Института социальной и профилактической медицины Бернского университета (Швейцария) показано повышение риска развития инфаркта миокарда, инсульта, общей и кардиоваскулярной смертности при длительном применении некоторых НПВП. **Исходя из этого, перед врачом встают две важнейшие задачи: усилить обезболивающий эффект терапии у пациентов, которым прием НПВП не приносит достаточного облегчения, и уменьшить дозировку применяемых НПВП для уменьшения риска смерти, связанного с их применением.**

На базе Российского государственного медицинского университета совместно с НИИ Фармации МЗ РФ разработан крем «ЦИТРАЛГИН». Основной механизм его действия — способность нормализовать метаболические процессы в митохондриях клеток тканей и органов. Активация синтеза внутриклеточного АТФ восстанавливает деятельность ферментных систем клеток, в том числе антиоксидантных систем. Другим возможным механизмом противовоспалительного действия крема «ЦИТРАЛГИН» является его способность нормализовать некоторые показатели свертывания крови и микроциркуляции, что имеет значение для восстановления кровотока в околосуставных тканях пораженного сустава. Исследования показали способность крема «ЦИТРАЛГИН» уменьшать перекисное окисление липидов у больных ревматоидным артритом и деформирующим остеоартрозом. **«ЦИТРАЛГИН» обладает выраженной обезболивающей активностью, уменьшает отек сустава, утреннюю скованность, увеличивает объем движений в пораженных суставах.** Применение крема «ЦИТРАЛГИН» на фоне стандартной терапии способствовало повышению эффективности НПВП (что

проявлялось в уменьшении их терапевтической дозы у 50 % больных, а у 23 % пациентов с деформирующим остеоартрозом позволило отказаться от приема НПВП), а также снижению уровня гидроперекисей липидов, малонового диальдегида в сыворотке крови за счет увеличения уровня супероксиддисмутазы.



«ЦИТРАЛГИН» наиболее востребован при длительных хронических заболеваниях суставов и позвоночника, когда прием НПВП перестает приносить облегчение, и при появлении осложнений от их приема. Наиболее эффективен «ЦИТРАЛГИН» при деформирующем остеоартрозе и при заболеваниях суставов ног, сочетающихся с варикозом, тромбофлебитом, посттромботической болезнью.

### ГЕРПЕС: ВОЗМОЖНО ЛИ СНИЗИТЬ ЧАСТОТУ РЕЦИДИВОВ?

С проявлениями герпетической инфекции приходится сталкиваться врачам многих специальностей: инфицированность населения вирусом простого герпеса составляет более 90 %, он занимает одно из ведущих мест среди вирусных заболеваний в связи с повсеместной распространенностью и способностью к пожизненной перси-

стенции. Частый, иногда непрерывно рецидивирующий, особенно генитальный герпес может просто разрушить жизнь человека: у 30–50 % таких больных имеются нарушения со стороны психоэмоциональной сферы. В настоящее время для лечения герпеса используется противовирусная химиотерапия, иммунотерапия и комбинация этих методов. Согласно действующим стандартам применяются такие препараты, как ацикловир, валацикловир, фамцикловир и др., однако опыт показал, что они не предупреждают рецидивов и не снижают их частоту.

В этой связи оказался интересным опыт использования нелекарственного препарата — крема «ВИРОСЕПТ». Исследования проводились в Институте иммунологии ФМБА (г. Москва) и на кафедре репродуктивной медицины и хирургии МГМСУ (г. Москва). Было показано, что применение крема «ВИРОСЕПТ» в качестве наружного средства позволяет ускорить исчезновение объективных клинических симптомов (гиперемии, отека в области высыпаний) и субъективных (боли, зуда, жжения), а также ускорить эпителизацию. Действие обусловлено присутствием в креме компонентов, подавляющих развитие бактериальной микрофлоры и ускоряющих заживление (метилурацил, облепиховое масло). Длительное (от 3-х месяцев) профилактическое применение крема «ВИРОСЕПТ» позволило уменьшить частоту рецидивов герпеса за счет уменьшения воздействия факторов, провоцирующих обострения: при лабиальном герпесе это сопровождалось уменьшением частоты случаев ОРВИ, а при генитальном — уменьшением проявлений бактериального вагиноза.

### ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

Кашель, приступы затрудненного дыхания — наиболее частые симптомы воспалительных заболеваний бронхолегочной системы.

Диагностика и лечение бронхитов, внебольничных пневмоний, обострений ХОБЛ, бронхиальной астмы не представляет больших трудностей. Назначается стандартная терапия антибактериальными препаратами, отхаркивающими средствами, муколитиками, бронхолитиками и т.д. Быстро снижается температура, улучшается общее состояние больного. Гораздо труднее бороться с кашлем. Как правило, под действием антибиотиков отхождение мокроты затрудняется в связи с повышением ее вязкости, кашель становится сухим, надсадным, мучительным. Бороться с ним очень трудно, иногда он продолжается долгие месяцы.

Для борьбы с кашлем и нарушением легочной вентиляции на кафедре пропедевтики внутренних болезней РНИМУ им. Н. И. Пирогова разработан крем наружного применения «МУКОФИТИН», обладающий бронхорасширяющим (теофиллин), антисептическим (камфара, пихта, алоэ, эвкалипт) и муколитическим действием (йодид калия).

Крем наносят дважды в день на заднюю, боковую и переднюю поверхности грудной клетки, стопы. При нанесении крема возможно появление чувства тепла и покраснение кожи передней поверхности грудной клетки за счет сосудорасширяющего действия витамина РР.





Эффективность крема «МУКОФИТИН» показана у больных внебольничной пневмонией, с обострением ХОБЛ и бронхиальной астмы. Наиболее устойчивым симптомом, присутствующим у всех обследованных больных с вышеуказанными заболеваниями, оказался кашель. При выписке из стационара он полностью купировался только у 7,7% пациентов, получавших стандартную терапию, и сохранялся у 92,3% больных, в то время как у больных, применявших «МУКОФИТИН», показатель полного купирования кашля был в 3,5 раза выше и достигал 26,7%.

Оценка показателей функции внешнего дыхания при применении крема «МУКОФИТИН» выявила прирост жизненной емкости легких, резервного объема выдоха, форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), форсированного объема выдоха (ОФВ1), максимальной скорости форсированного выдоха и максимальной объемной скорости в точках 25, 50 и 75% ФЖЕЛ. Так, увеличение жизненной емкости легких у больных, получавших стандартную терапию, составило 9,12%, в то время как у больных, применявших на фоне стандартной терапии «МУКОФИТИН», — 31,47%. Еще большим был прирост резервного объема выдоха: при стандартной терапии — 18,95%, а при применении крема «МУКОФИТИН» — 91,29%. Прирост ФЖЕЛ у больных, применявших «МУКОФИТИН», составил 25,08% по сравнению с 17,29% у больных, получавших стандартную терапию. Прирост максимальной скорости форсированного выдоха у больных, применявших «МУКОФИТИН», составил 30,82% по сравнению с 11,14% при стандартной терапии. Прирост ОФВ1 у больных, применявших «МУКОФИТИН», составил 43,79%, а у больных, получавших стандартную терапию, — 24,36%.

Проведенные исследования показали, что для эффективной борьбы с кашлем, помимо стандартной антибактериальной терапии, целесообразно применение комбинированных средств, в частности «МУКОФИТИНА», обладающего отхаркивающим, муколитическим и бронхолитическим действием. Его использование способно

существенно влиять на основные показатели функции внешнего дыхания, уменьшать проявления бронхиальной обструкции, в первую очередь на уровне крупных и средних бронхов, что, в свою очередь, ведет к уменьшению кашля.

### АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

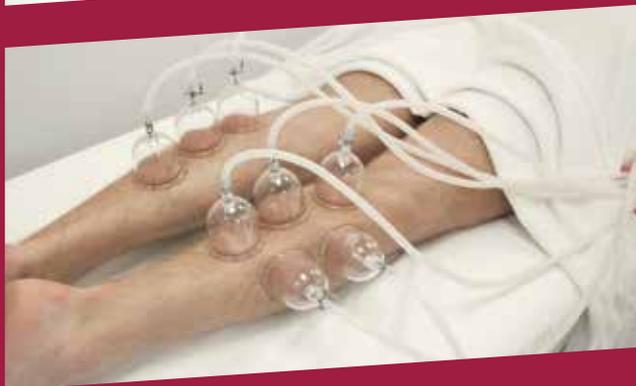
Атопический дерматит — распространенное заболевание, от которого страдают дети (15–30%) и взрослые (2–10%). **Согласно концепции «атопического марша», у пациентов с атопическим дерматитом на протяжении жизни может произойти последовательное развитие других атопических заболеваний — аллергического ринита и бронхиальной астмы.** Несмотря на большое количество местных лечебных средств (топические стероиды, кремы, мази и др.), назначаемые элиминационные диеты, пациенты продолжают годами страдать от этого заболевания.

**Отечественное косметическое средство «ГЛУТАМОЛ»** содержит в своем составе гамма-L-глутамилгистамин, блокирующий выброс гистамина тучными клетками, и помогает устранить зуд, сухость, покраснение, шелушение и раздражение кожи. Крем способствует активному увлажнению, заживлению микротрещин и расчесов, нормализации электролитного баланса и pH, восстановлению эластичности кожи. Входящий в состав пиритионат цинка подавляет гиперпролиферацию эпителиальных клеток. Не оказывая подавляющего действия на нормально функционирующие клетки, «ГЛУТАМОЛ» обладает высокой противомикробной активностью против ряда патогенных микроорганизмов (стрептококк, стафилококк, синегнойная и кишечная палочки, протей и др.), противогрибковой активностью, особенно в отношении *Pytyrosporum ovale*, ответственных за воспаление и избыточное шелушение кожи. «ГЛУТАМОЛ» не содержит гормонов и может применяться длительно, в том числе у детей первого года жизни.



ООО «Инфарма 2000»: тел 8 800 201-81-91  
(звонок бесплатный)  
www.inpharma2000.ru, e-mail: inpharma2000@live.com

# ВАКУУМНЫЙ АППАРАТ ДЛЯ МАССАЖА ГЛАВЗДРАВ™



*За счет вакуума вызывается местный прилив крови и лимфы к коже из глуболежащих тканей, что оказывает рефлекторное воздействие на сосуды внутренних органов. Метод, действующий за счет мобилизации собственных ресурсов.*

- Вакуум работает в импульсном режиме, с настройкой всасывания и сброса от 0,1 сек. до 9,8 сек.
- Номинальная частота: 50 Гц
- Максимальная мощность двигателя: 350 Вт
- Минимальное давление всасывания: 0,07 МПа
- Максимальное давление всасывания 0,86 МПа



**В ПОДАРОК – онлайн курс ВАКУУМНЫЙ МАССАЖ**

Без % РАССРОЧКА на 4 месяца

Сделано в России. Наличие сервисного центра. Расходные материалы в наличии

Гарантия 1 год

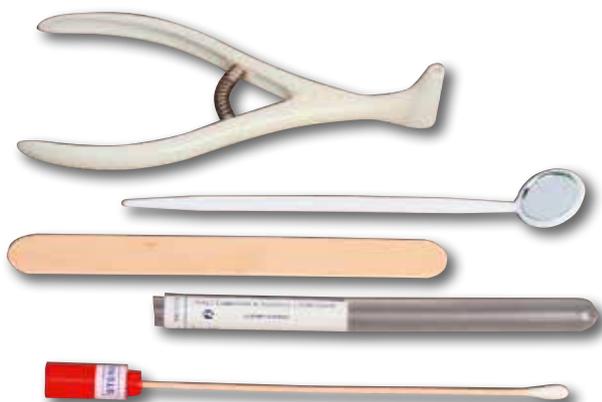
Тел.: +7(916) 640 3882, +7(964) 553 3681

123103 Москва, проспект Маршала Жукова, д. 78, корп. 2

Подробная информация - [Glavzdrav.info](http://Glavzdrav.info)



### ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДНЫЕ ОДНОРАЗОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ И МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ:



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



*Прямые поставки  
от китайского  
производителя.  
Низкие цены.  
Качество продукции.*



*Особые условия  
при оптовых  
поставках.*

*Бесплатная  
доставка по СПб  
и до  
транспортной  
компании.*

*Акции.*



**ООО «ЮНИКОРНМЕД»**

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

