

16. Очаповская Н.В. Новые пути в лечении ожогов глаз и кератитов //Офтальмологический журнал. 1984. – № 5. – С.20-24.

17. Пучковская Н.А., Якименко С.А., Непомнящая В.М. Ожоги глаз. – М., 2001. – 378 с.

18. Пучковская Н.А., Шульгина Н.С., Непомнящая В.М. Патогенез и лечение ожогов глаз и их последствий. – М.: Медицина, 1973. – 193 с.

19. Тартаковская А.И. Химический ожог глаз в свете биомикроскопического исследования капилляров переднего отдела // Вестн. офтальмологии. – 1997. – №3. – С.32.

20. Тарасова Л.Н. Роль противовоспалительных цитокинов в развитии бактериальных кератитов // Вестн. офтальмологии. – 2005. – № 6. – С. 16-18.

21. Чернакова Г.М. Корнерегель в комплексном лечении поражений роговицы // Синдром сухого глаза. – 2002. – № 1. – С. 19-22.

22. Ченцова Е.В. Система оказания первой помощи при ожогах глаз на этапах эвакуации при экстремальных ситуациях // Повреждение глаз при экстремальных ситуациях. – М.: Медицина, 1995. – 156 с.

23. Чередниченко Л.П., Яковлева Л.В., Семик Л.А. Способ лечения химических ожогов роговицы. – М.: Медицина, 1995. – 146 с.

24. Чернова А.А. Применение сыворотки крови ожоговых рековалесцентом при экспериментальных химических ожогах глаз //Офтальмологический журнал. – 1979. – №8. – С.6-10.

25. Шаимова В.А. Клинико-этиологические особенности различных типов течения гнойной язвы роговицы // Вестник офтальмологии. – 2002. – № 1. – С. 39-41.

26. Якименко С.А. Неотложная помощь, лечение и реабилитация больных с тяжелыми ожогами глаз // Вестник офтальмологии. – 2005. – №1. – С.81-82.

27. Якименко С. А. Дегтяренко Т.В., Чаланова Р.И. и др. Применение нового природного биорегулятора – липохрома – для лечения ожоговых и травматических повреждений роговицы // Вестник офтальмологии. – 2005. – №1. – С.1-3.

Очинова Елена Клементьевна – старший преподаватель кафедры факультетской хирургии Бурятского государственного университета. 670002, г. Улан-Удэ, ул. Комсомольская 1, 44-24-27, ochirova_mf@mail.ru

Ochirova Elena Klementievna – senior teacher, department of faculty surgery, Buryat State University. 670002, Ulan- Ude, Komsomolskaya str., 1. 44-24-27, ochirova_mf@mail.ru

УДК 618.31-053.81-084

Т.Р. Камаева, Т.Г. Казакова

ОЦЕНКА ОТВЕТСТВЕННОСТИ МОЛОДЕЖИ ЗА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность называют эктопической (внематочной), если имплантация произошла вне полости матки. Наиболее частое место имплантации – фаллопиевы трубы (98%), реже – яичник, рудиментарный рог матки, брюшная полость. Основу механизма формирования внематочной беременности составляют различные патологические процессы, нарушающие транспорт оплодотворенной яйцеклетки по маточной трубе и/или изменяющие свойства плодного яйца. Причинами, ведущими к развитию эктопической беременности, являются неуклонный рост числа воспалительных заболеваний внутренних половых органов, в основном специфической этиологии (подобная тенденция, в свою очередь, объясняется возрастанием сексуальной активности, наличием нескольких половых партнеров, увеличением числа аборт, увеличением числа женщин, применяющих внутриматочные средства контрацепции).

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, эктопическая (внематочная) беременность, контрацепция.

T.R. Kamaeva, T.G. Kazakova

THE ESTIMATE OF YOUTH RESPONSIBILITY FOR REPRODUCTIVE HEALTH IN TERMS OF PREVENTION OF ECTOPIC PREGNANCY

Pregnancy is called ectopic (tubal), if implantation has occurred outside the uterus. The most frequent site of implantation – the fallopian tubes (98%), rarely – the ovary rudimentary horn of the uterus, abdominal cavity. The basis of the mechanism of formation of an ectopic pregnancy concludes in different pathological processes that violate transport of fertilized ovum along the fallopian tube and / or change the properties of ovum. The causes leading to the development of ectopic pregnancy are the steady increase in number of inflammatory diseases of internal genital organs, mainly of the specific etiology (such tendency, in its turn, is explained by increase of sexual activity, change of sexual partners, increase of number of abortions, increase of number of women who use intra uterus means of contraception).

Keywords: reproductive health, ectopic (tubal) pregnancy, contraception.

Введение

В современных условиях проблема сохране-

ния репродуктивного здоровья населения становится важной государственной задачей. Во вто-

рой половине 20-го столетия наметилась стойкая тенденция к возрастанию частоты внематочной беременности во всем мире, особенно среди подростков и молодых нерожавших женщин. Согласно данным эпидемиологических исследований, в развитых странах средняя статистическая частота эктопической беременности составляет 1,2-1,4% по отношению к общему числу и 0,8-2,4% – по отношению к родам [32]. По данным Г.М. Савельевой (1997), частота эктопической беременности составляет 1 на 200 беременностей. Материнская смертность при эктопической беременности занимает второе место в мире (третье в России) и обусловлена быстро развивающимся кровотечением и шоком [22]. В нашей республике в последние годы наблюдается уменьшение случаев смертельных исходов.

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезней с диагнозом «Эктопическая (внематочная) беременность», по данным ГУЗ «Республиканская клиническая гинекологическая больница» за период с 2006 по 2010 г. В данный промежуток времени было прооперированно 1377 больных с таким диагнозом, что составило 4,64% общего числа гинекологических больных. Наблюдается рост случаев эктопической беременности по сравнению с 2005 г. на 34%.

Особенно актуальна проблема «первой» эктопической (внематочной) беременности, поскольку у более чем 50% больных после хирургического лечения нарушается репродуктивная функция, а частота повторных эктопических нидаций составляет 7-17% [21]. В связи с этим сохранение репродуктивной функции после эктопической беременности представляет собой важную медико-социальную проблему.

Представим также результаты анонимного добровольного анкетирования пациентов ГУЗ «Республиканская клиническая гинекологическая больница» г. Улан-Удэ.

Анкету заполнило 100 пациенток, возраст которых от 15 до 38 лет (в среднем 23 года). У большинства пациенток половой дебют состоялся в возрасте до 16 лет – 33%. Чуть меньше 23% – в 17-19 лет. Можно сделать вывод, что это также является основополагающим фактором развития эктопической беременности, так как у более 50% отмечается раннее вступление в половую жизнь.

На смену половых партнеров указывает 29 человек. Наличие половых партнеров более четырех имело место у 4 проанкетированных женщин.

Контрацепцию при первом половом акте при-

меняло 53 человека, подавляющее большинство – презервативы (36 чел.). В настоящее время различными методами пользуется 68 девушек, из них барьерные отметил 41 человек, гормональные – 9, прерванный половой акт – 18, ни одна из опрошенных не пользуется так называемым «голландским» методом – одновременным применением гормональной контрацепции и презерватива для профилактики инфекций, передаваемых половым путем.

Таким образом, у 68% пациенток – наличие в анамнезе специфической генитальной инфекции. По распространенности на первом месте 37% случаев трихомониаза. На втором месте – 16% случаев гонореи, на третьем месте – 7% случаев хламидиоза, далее генитальный герпес – 4%, микоплазмоза – 3%, сифилис – 1%, не выявлено генитальной инфекции у 32%.

Также важную роль играет частота обращений к гинекологу. Из живущих половой жизнью регулярно (1 раз в полгода-год) посещает гинеколога 10%, нерегулярно – 27% девушек (1 раз в два года), при возникновении экстренной ситуации – 63% респондентов.

Пациенток с воспалительными заболеваниями маточной трубы – 84%, тогда как с воспалениями яичников, шейки матки и тела матки значительно меньше. Ведущая роль в возникновении трубной беременности отводится хроническому сальпингиту в анамнезе, что является важным фактором развития заболевания, больные с таким диагнозом должны быть обследованы на риск возникновения эктопической беременности. В анамнезе у 70 % женщин с эктопической беременностью был перенесен медицинский аборт, из них 42% – два и более аборта. Таким образом, женщины, имеющие в анамнезе медицинский аборт, входят в группу высокого риска развития эктопической беременности в совокупности с другими факторами.

В результате исследования было выявлено, что в группу риска по заболеванию эктопической беременностью входят молодые девушки до 25 лет, в т. ч. имеющие 1 роды, с первым менархе в 13-15 лет и половым дебютом 16-17 лет, посещающие гинеколога лишь в экстренных случаях, имеющие в анамнезе искусственный аборт, со специфическими заболеваниями, наличием воспалительных заболеваний яичников и маточной трубы.

Используя информативную значимость каждого фактора риска, разработаны:

1. Методические рекомендации по профилактике повторной эктопической беременности.

2. Методические рекомендации по лечебной гимнастике в послеоперационном периоде после перенесенной внематочной беременности.

Методические рекомендации с профилактической целью были предложены пациенткам ГУЗ «Республиканская клиническая гинекологическая больница». Было выдано 300 экземпляров.

Заключение

Возможные рекомендации по результатам анкетирования: следует активно информировать девушек в возрасте до 25 лет о том, что желательно применять барьерные методы контрацепции, эффективные против ИППП, риск эктопической беременности значительно повышается при 2 и более искусственных абортах. Специалисты с высшим сестринским образованием женских консультаций и других учреждений, оказывающие гинекологическую помощь, должны активно в средствах массовой информации пропагандировать позитивное формирование ценностей здорового образа жизни в процессе воспитания молодой аудитории.

Литература

1. Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – С. 1056.

2. Пересада О.А. Применение эстраген-гестагенных препаратов для улучшения репродуктивного здоровья женщин. Минск, 2004. – С. 42.

3. Стрижаков А.Н., Давыдова А.И., Белоцерковцева Л.Д. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. – М.: Медицина, 2000. – С. 379.

Камаева Татьяна Рафаиловна – доцент, кандидат медицинских наук, КрасГМУ, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка 1, тел. 89029913224, e-mail – kamaeva1970@gmail.com

Казакова Туяна Геннадьевна – главная медицинская сестра ГУЗ «Республиканская клиническая гинекологическая больница». 670000, г. Улан-Удэ, пр. Победы, 6, тел. 61-91-92, 21-66-59, e-mail: kazakova-tg@mail.ru

Kamaeva Tatyana Rafailovna – associate professor, candidate of medical sciences, Krasnoyarsk State Medical University. 660022, Krasnoyarsk, Partizan Zheleznyak str., 1.

Kazakova Tuyana Gennadevna – chief medical nurse, GUZ Republican Clinical Gynaecological Hospital, Ulan-Ude, Prospekt Pobedy, 6.

УДК 616.284-002.3:616.285-089

С.А. Бороноев, М.П. Рябов, Б.А. Бороноев

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРФОРАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Проведен анализ результатов хирургического лечения 255 больных хроническим средним перфоративным отитом. Выполнена слуховосстанавливающая реконструктивная тимпаноластика. Материалом для восстановления барабанной перепонки служила фасция височной мышцы в 173 случаях, в 82 случаях – аутохрящ из козелка уха и перихондрий.

Результаты лечения оценивали по двум показателям – по степени восстановления целостности барабанной перепонки и улучшения слуха. Использование хряща и перихондрия козелка уха для замещения дефекта барабанной перепонки было успешным в 91,5% случаев, что позволяет рекомендовать его при больших и средних дефектах барабанной перепонки.

Ключевые слова: перфоративный отит, тимпаноластика, аутохрящ, фасция, перихондрий.

S.A. Boronoev, M.P. Ryabov, B.A. Boronoev

THE FUNCTIONAL RESULTS AFTER RECONSTRUCTIVE SURGERIES AT THE PATIENTS WITH CHRONIC PERFORATIVE MIDDLE OTITIS

The analysis of the results of surgical treatment at 255 patients with chronic perforative middle otitis has been done. The reconstructive tympanicplastics of ear recovery has been performed. In 173 cases fascia of temporal muscle has been used as the material for reconstruction of tympanum membrane, in 82 cases – autocartilage, taken from perichondrium. The results of the treatment have been estimated according to two indicators – the degree of recovery of tympanum membrane wholeness and improvement of hearing. The use of cartilage and perichondrium for substitution the tympanum