

ных привычек – курение – имеют 32,1% опрошенных. Стаж курения составлял от одного года до 3 лет. Употребляют спиртные напитки 82,1% опрошенных, причем ежедневно – 1,4%. Средний возраст дебюта при употреблении спиртных напитков – $15,2 \pm 1,2$ года.

Источником информации о сексуальных вопросах, средствах контрацепции, заболеваниях, передающихся половым путем, для подавляющего большинства подростков являются средства массовой информации и подруги. Минимально участие в этом вопросе учителей и медицинских работников. Серьезное внимание заслуживает мнение анкетированных по поводу оказания медицинской помощи как врачами общей практики, так и гинекологами (одним из мотивов не обращения к врачам – недоверие и несоблюдение конфиденциальности соответственно). О необходимости организации занятий по половому воспитанию в школах, средних специальных учебных заведениях и вузах заявили подавляющее большинство опрошенных.

Изучение последствий медицинского аборта у 152 девушек-подростков без применения системы выявило высокий процент (8,3%) осложнений аборта – хронические сальпингоофориты, фоновые заболевания шейки матки, нарушение менструальной функции и психоэмоциональные нарушения (56,6%).

Нами разработана и применена у 183 девушек-подростков, решивших прервать первую беременность аборт, научно обоснованная трехэтапная система профилактических, лечебных, психологических и реабилитационных мероприятий. Первый этап осуществляется в женской консультации. Комплексное обследование девушек-подростков, обратившихся с целью прерывания беременности, проходит в спокойной, доброжелательной обстановке со строгим соблюдением конфиденциальности, более углубленно, чем при общепринятых установках, и включает исследования на наличие заболеваний, передающихся половым путем, УЗИ, изучение биоценоза влагалища, а также психодиагностическое обследование с использованием теста Люшера, шкалы для самооценки депрессии Цунга и личностной многофакторной методики Р. Кеттелла для определения типа психоэмоционального реагирования. В результате компенсированный тип психоэмоционального реагирования на первый медицинский аборт был определен у 44% девушек-подростков, субкомпенсированный – у 34% и декомпенсированный – у 22%.

Эмоциональная реакция девушки-подростка на предстоящий аборт была следующей: не боялись – 10,1%, испытывали чувство страха – 43,2%, угрызение совести – 46,7%, т.е. у большинства опрошенных перед абортom присутствовали отрицательные эмоции. Большинство (73,4%) определяют аборт как убийство, 16,2% боятся его; 10,4% считают, что в этом нет ничего особенного, 91,2% – вреден для здоровья; 8,8% отрицают вред аборта.

Таким образом, большинство опрошенных к прерыванию беременности относятся негативно. Вместе с тем настаивает тот факт, что каждая десятая девушка-подросток не видит ничего отрицательного в проведении аборта.

Второй этап осуществляется в стационаре, где обязательно с обезболиванием производится операция медицинского аборта высококвалифицированным акушером-гинекологом. В рамках предоперационной подготовки проводится психотерапевтическая беседа, направленная на снятие тревоги, депрессии, вселяющая уверенность в благополучном исходе операции.

Третий этап проводится в женской консультации – на 5-й день после медицинского аборта назначаются психокорректирующие мероприятия у девушек-подростков с субкомпенсированным и декомпенсированным типами психоэмоционального реагирования (настой из седативных трав, иглорефлексотерапия). После первых очередных месячных после аборта осуществляется комплексное обследование половой системы с лечением выявленной патологии и выбором вида контрацепции.

После аборта о прерванной беременности сожалели 9,1% девушек-подростков, раскаивались 18,3%, были угнетены 72,6%. Отрицательные эмоции, связанные с абортom, одну неделю испытывали 11% девушек-подростков, один месяц – 64,5%, более месяца – 24,5%, что свидетельствует о пролонгированности негативных реакции на аборт.

Применение разработанной системы у 183 девушек-подростков, прервавших беременность в I триместре, позволило снизить число осложнений аборта с 8,3 до 4,3% и достичь компенсации психоэмоциональных нарушений в 92,1% случаев. Девушки-подростки, прерывающие первую беременность медицинским абортom, относятся к группе высокого риска по развитию осложнений аборта и нуждаются в проведении системы профилактических, лечебных, психологических и реабилитационных мероприятий.

УДК 618.146 – 006.03 – 085.832.96

С.Е. Ваганова, Т.С. Качалина, В.И. Коченов, С.Н. Цыбузов (г. Н. Новгород)
Показатели местного иммунитета у пациенток с доброкачественными заболеваниями шейки матки после комбинированного криогенного лечения и диатермоэлектрoкоагуляции

Мы изучали состояние локального иммунитета у пациенток с доброкачественными заболеваниями шейки матки после комбинированного криохирургического лечения и диатермоэлектрoкоагуляции. Использовалась методика комбинированной криотерапии, включающая дискретное криоорошение на открытой поверхности и аппликационную деструкцию с адгезией в цервикальном канале, а также в местах наиболее глубокого повреждения слизистой оболочки. Кратность циклов криоорошения и криодеструкции была индивидуальной в зависимости от характера и размеров патологического очага. Определяли показатели миелопероксидазы (МПО) и интерлейкин-6 (ИЛ-6) до лечения, через одну и 3 недели после лечения (метод Kazuo Suzuki и твёрдофазный иммуноферментный метод).

Исследование местного иммунитета проводилось у 45 женщин в возрасте от 18 до 34 лет. Среди них 35 пациенток прошли лечение с помощью криовоздействия и 10 – с использованием ДЭК. У всех наблюдаемых была эктопия шейки матки. Статистический анализ материалов исследования производили с помощью пакета прикладных программ Statistica 6,0 и Microsoft Excel. Достоверность различий средних величин оценивали с помощью критерия Фишера и признавали достоверным при $p \leq 0,05$.

Через одну неделю после криовмешательства и после ДЭК произошло повышение показателя ИЛ-6, а через 3 недели у пациенток, пролеченных с помощью сверхнизких температур, – его снижение в среднем в 2,2 раза ($p < 0,01$). У женщин после воздействия токов высокой частоты наблюдалась лишь тенденция к снижению данного показателя.

У пациенток, лечение которых осуществлялось путём комбинированного криогенного воздействия, через одну неделю произошло уменьшение активности МПО в 1,9 раза ($p < 0,05$), через 3 недели после криовоздействия тенденция к уменьшению сохранялась.

У женщин после ДЭК через одну неделю активность МПО по сравнению с исходным показателем повысилась в 1,5 раза ($p < 0,05$). Через 3 недели после воздействия тенденция к ее росту сохранялась.

Таким образом, в сравнении с первоначальными данными активность МПО через 3 недели после воздействия сверхнизких температур снизилась в 4,5 раза ($p < 0,05$), а после воздействия высокочастотного тока

повысилась в 3,1 раза ($p<0,05$). Через 3 недели активность МПО пришла к норме у 76,5% женщин после криодеструкции и у 28,6% после ДЭК ($p<0,01$).

Исследование показало выраженный положительный эффект в отношении изученных показателей местного иммунитета шейки матки в группе пациенток, пролеченных с помощью комбинированного криовоздействия. Однако полной нормализации данных показателей не произошло ни в той, ни в другой группе, что может быть связано, с одной стороны, с хронизацией патологического процесса на шейке матки, а с другой – с дополнительной антигенной стимуляцией при использовании сверхнизких температур. Так как МПО секретируется нейтрофилами, которые первыми попадают в очаг воспаления, уменьшение активности фермента в зоне воздействия свидетельствует о затихании воспалительного процесса. Очевидно, что репаративные процессы после криовоздействия начинаются раньше.

Криогенный метод имеет неоспоримое преимущество в лечении патологических процессов шейки матки в связи с активным корригирующим влиянием сверхнизких температур на показатели локального иммунитета шейки матки.

УДК 618.11-089.87-07

В.Б. Трубин, А.Н. Додонов (Уфа). Качество жизни женщин, перенесших в репродуктивном возрасте радикальные операции с удалением яичников

Целью данного исследования являлось изучение влияния абдоминальных гинекологических операций с удалением яичников на соматическое и психическое здоровье женщин и оценка качества их жизни. Было обследовано 70 женщин в возрасте от 25 до 48 лет (средний возраст – $42\pm3,3$ года), перенесших абдоминальные гинекологические операции с удалением яичников. Для оценки психоэмоционального состояния проводилось комплексное экспериментально-психологическое тестирование, включавшее сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), тест реактивной и личностной тревожности Спилбергера в модификации Ханина (1967), тест уровня невротизации и психопатизации (УНП), шкалу депрессии Цунга, модифицированный восьмицветный тест Люшера. Для определения качества жизни пациенток после операции использовали модифицированный вопросник «Качество жизни женщин», разработанный в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН.

В плановом порядке на оперативное лечение поступили 58 (82,9%) женщин, в экстренном – 12 (17,1%). Показаниями к плановым операциям были сочетанная патология яичников и матки: эндометриозные кисты яичников в сочетании с миомой матки – у 17 (24,3%), кисты или кистомы яичников в сочетании с миомой матки – у 41 (58,6%). Показания к экстренным операциям: гнойные тубовариальные опухоли придатков – у 4 (5,7%), гнойные тубовариальные опухоли придатков в сочетании с гнойным эндометритом – у 2 (2,9%), гнойные тубовариальные опухоли придатков в сочетании с миомой матки – у 1 (1,4%), гнойный метроэндометрит, сальпингоофорит, перитонит после криминального аборта – у 1 (1,4%), миома матки с нарушением питания миоматозного узла в сочетании с кистами яичников – у 2 (2,9%), двусторонние кистомы яичников с перекрутом ножки в сочетании с миомой матки – у 1 (1,4%), двусторонние кистомы яичников, перекрут ножки кистомы – у 1 (1,4%). При плановых оперативных вмешательствах был выполнен следующий объем: экстирпация матки с придатками – 52 (74,3%), ампутиация матки с придатками – 6 (8,6%),

Таблица 1

Клинические проявления синдрома постовариктомии у женщин через 3 и 12 месяцев после операции

Жалобы	Через 3 месяца		Через 12 месяцев	
	абс.	%	абс.	%
Приливы	59	84,3	25	35,7
Потливость	47	67,1	19	27,1
Головная боль	32	45,7	12	17,1
Головокружение	19	27,1	8	11,4
Парестезии	25	35,7	10	14,3
Кардиалгии	10	14,3	4	5,7
Повышение АД	9	12,8	3	4,3
Слабость	44	62,9	18	25,7
Раздражительность, плаксивость	37	52,9	14	20
Сниженное настроение	17	24,3	10	14,3
Тревожность	11	15,7	7	10
Снижение памяти	15	21,4	11	15,7
Нарушение сна	12	17,1	9	12,8
Урогенитальные расстройства	-	-	13	18,6

Различия достоверны при $p<0,05$ по всем параметрам сравниваемых групп.

при экстренных операциях: экстирпация матки с придатками – 6 (8,6%), ампутиация матки с придатками – 1 (1,4%), двусторонняя аднексэктомия – 5 (7,1%).

Комплексное обследование 70 женщин проводилось через 12 месяцев после перенесенной двусторонней овариктомии для выявления физического и психического состояния, общей самооценки состояния здоровья. Признаки синдрома постовариктомии в виде нейровегетативных и аффективных расстройств через 3 месяца после операции имели место у 61 (87,1%) пациентки (табл.1). Через 12 месяцев после операции число женщин с жалобами на нейровегетативные и эмоциональные расстройства уменьшилось до 64,3%.

У 13 (18,6%) женщин через год после операции появились клинические признаки урогенитальных расстройств. Симптомы синдрома постовариктомии отсутствовали у 9 (12,9%) женщин, были выражены в легкой степени у 20 (28,6%).

По данным многофакторного анкетирования через 12 месяцев после операции свое настроение оценили как хорошее 34,3% пациентки, как удовлетворительное – 38,6%, как плохое – 27,1%. Без изменения остались взаимоотношения с окружающими у 28,6% женщин, ограничили встречи с друзьями 24,3%, стали раздражительными и нетерпимыми к другим людям 15,7%. У 18,6% женщин появилось желание побыть в одиночестве, у 12,8% – чувство, что окружающие стали к ним хуже относиться.

Свое отношение к работе женщины определили следующим образом: 25,7% – из-за болезни хуже справлялись с работой, 8,7% – несмотря на болезнь считали необходимым продолжать работу, 32,6% – здоровье позволяло работать, 7,2% – окружающие не считались с их болезнью, придирались к мелочам, 7,2% – боялись из-за болезни потерять работу, 8,6% – на работе старались скрыть свое болезненное состояние.

Дальнейшая судьба не интересовала 12,9% женщин, имели стремление преодолеть свое состояние и вернуться к нормальной жизни 28,6%, при мыслях о будущем появлялись тоска и раздражение у 4,3%, бла-