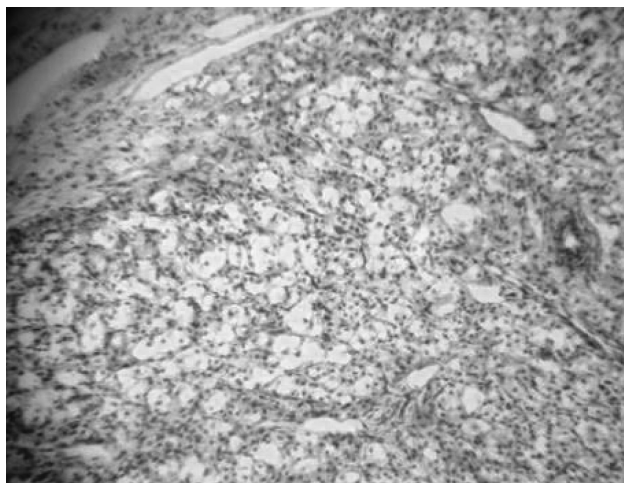
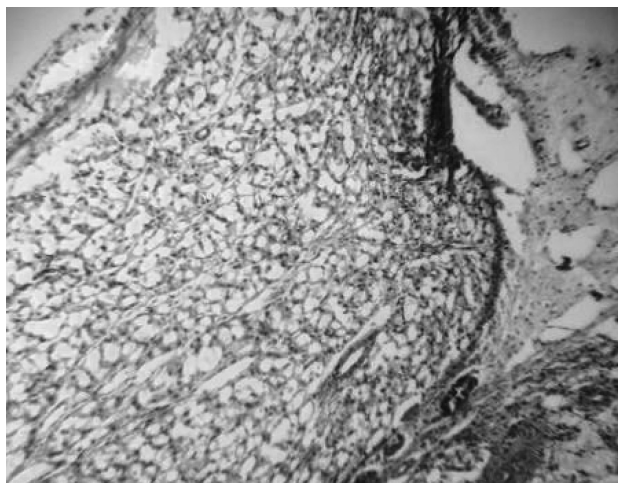




А



Б

Рис. 2. Гистологическая картина яичников опытных животных (крольчих) на сроке 6 месяцев (А) и 9 месяцев (Б) после коагуляции. Окраска гематоксилином и эозином. А, Б – х 80

дит к снижению генеративной и эндокринной функций яичников.

Данное исследование объясняет наблюдаемые негативные изменения в организме женщины, в частности, в репродуктивной системе, после лапароскопических операций по поводу кист яичников в позднем послеоперационном периоде.

Поступила 05.12.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Серебренникова К. Г. Комплексная терапия и реабилитация у женщин с фолликулярными кистами яичников после эндоскопических операций в амбулаторных условиях // Гинекология. 2002. Т. 4, № 4. С. 34–35.
2. Бухарина И. Ю., Тихоновская О. А., Плотников М. Б. и др. Экспериментально-клиническое обоснование использования комплекса диквертина и аскорбиновой кислоты при монополярной коагуляции яичников // Бюл. сиб. медицины. № 2, 2003. С. 26–35.

**A. D. MYASNIKOV, V. S. BELOUS,
G. A. LASAREVA**

POSTCOAGULATIVE CONDITION OF OVARIES CAUSED LAPAROSCOPIC INFLUENCE

The research of morphofunctional changes of ovaries by monopolar coagulation has been conducted using histological techniques.

It has been proved that electrocoagulation stimulates the growth of follicle for a short time but damages the generative and endocrine ovary apparatus.

For a period of 3, 6 and 9 months the growing follicles haven't been found in the region of influence of coagulation, and atretical follicles are more, than in other areas of the researched ovary. That leads to depression of generative and endocrine functions.

Key words: ovaries, monopolar coagulation, morphology.

Н. В. НАУМОВА, Б. Г. ЕРМОШЕНКО, А. В. ПОМОРЦЕВ

ПРОГРАММА ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И/ИЛИ ВЛАГАЛИЩА

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, кафедра УЗД ФПК и ППС КГМУ

В связи с улучшением качества медицинского обслуживания населения, совершенствованием специализированной акушерско-гинекологической помощи врачам все чаще приходится встречаться с аномалиями развития женских половых органов. Аномалии у гинекологических больных диагностируются в 0,1–0,5%, причем наиболее тяжелыми пороками являются аплазии мат-

ки, влагалища (в 99% наблюдается их сочетание) и их атрезии (Герасимович И. И. и соавт., 1980). Пороки развития матки обнаруживаются у каждой 3-й женщины с бесплодием и у каждой 6-й с невынашиванием беременности (Давыдов С. Н. и соавт., 1987; Кулаков В. И., 2004). Среди гинекологической заболеваемости детей и подростков пороки развития гениталий составляют

от 0,1 до 3,8% среди амбулаторных больных и 2,7% среди госпитализированных (Муслимова А. Р. и соавт., 1998). В пубертатном возрасте чаще выявляются пороки развития влагалища и сочетанные пороки развития влагалища и матки (Богданова Е. А., 2000).

Проведенные нами исследования в течение 1999–2003 гг. позволили обобщить и изучить результаты первичного сонографического обследования пациенток в возрасте от 2 до 19 лет включительно в количестве 5467 человек. При этом на первом (амбулаторно-поликлиническом) этапе (скрининговое исследование) обнаружено 155 случаев аномалий развития матки и/или влагалища, что соответствовало 28,3 случая на 1000 обследованных. Всего выявлены 823 девочки и подростка с патологией репродуктивной системы. Удельный вес пороков среди этой группы больных составил 18,8%. Таким образом, установлено, что при скрининге каждая 35-я девочка или девушка имела порок развития матки и/или влагалища, каждая 7-я ту или иную патологию репродуктивной системы. Все вышеизложенное доказывает медико-социальную значимость аномалий развития и требует разработки стратегических и тактических программ по профилактике, диагностике, лечению (коррекции) пороков развития гениталий и прогнозированию репродуктивной функции. Некоторые авторы (Адамян Л. В. и соавт., 1999; Окулов А. Б. и соавт., 2004, и др.) справедливо считают, что главной стратегической задачей в программе должно быть выяснение генеза врожденных пороков развития матки и влагалища как ключ к профилактике и лечению данной патологии. Мы полностью согласны с такой позицией авторов, однако практически реализация этого научного направления займет не одно десятилетие.

В связи с этим нам представляется, что в настоящее время органам здравоохранения и научным работникам необходимо параллельно приложить максимум усилий, чтобы разработать и внедрить:

- популяционный скрининг по доклиническому выявлению врожденной патологии репродуктивной системы у девочек и девушек в возрасте 11 лет (в частности, пороков развития матки и/или влагалища);

- обосновать и юридически оформить положение о пороках развития органов репродуктивной системы как группе риска, из них группе пациенток с высокой вероятностью развития отклонений в состоянии здоровья (осложненные, комбинированные пороки и пр.) – группе высокого риска;

- обеспечить в регионе на всех уровнях организации медицинской помощи (территориальном, муниципальном, университетском) строгое соблюдение приказа от 15.11.91 г. № 186 МЗ РСФСР «О мерах по дальнейшему развитию гинекологической помощи населению РСФСР», особенно в части приложений 5, 7, 8.

Приведенные положения находятся в плоскости организации общественного здоровья и не требуют значительных экономических затрат. В этой связи нами произведены экономические расчеты предполагаемой стоимости данной программы в части ультразвукового скринингового обследования 11-летних жительниц г. Краснодара. Как уже подчеркивалось, проблема пороков развития матки и/или влагалища состоит не только в частой встречаемости этой патологии, но и в несвоевременной ее диагностике, что приводит к осложнениям процесса. Кроме того, нами подтверждено, что несвоевременная диагностика пороков развития матки и влагалища приводит к осложнениям процесса,

что значительно увеличивает экономические затраты на лечение и реабилитацию больных. Экономические расчеты велись в рамках цен, определенных ФОМС по Краснодарскому краю на 01.01.05 г.

Результаты расчетов показали, что стоимость лечения своевременно выявленного при УЗ-скрининге (например, удвоение матки и влагалища с частичной аплазией одного влагалища) заболевания в 17,6 раза меньше стоимости лечения больной с аналогичной патологией, но с осложнениями и выявленной в более позднем возрасте пациентки.

Таким образом, лечение своевременно выявленных при УЗ-скрининге случаев аномалий развития матки и влагалища значительно дешевле лечения осложненных (несвоеременно выявленных) аналогичных нозологий.

Изучение других основных трудностей несвоевременной диагностики пороков развития матки и/или влагалища на амбулаторно-поликлиническом этапе, начиная с врача первого контакта – педиатра, акушера-гинеколога, хирурга и пр., показало, что на них есть как объективные, так и субъективные причины.

Объективные причины:

- разнообразие клинических вариантов пороков;
- позднее проявление клинических признаков большинства аномалий развития (в конце пубертатного периода, с началом половой жизни или после ее начала в связи с бесплодием);
- неправильный «диагностический маршрут» девочек и девушек с аномалиями развития матки и/или влагалища.

Субъективные причины:

- расплывчатость анамнеза, субъективная оценка симптомов заболевания (порока) больными пациентками и их матерями;
- слабое знание диагностических критериев аномалий развития матки и/или влагалища, в связи с чем в 43,5% случаев при обращении к врачу первого контакта (педиатру, терапевту, невропатологу и др.) заболевание было интерпретировано как гастрит, цистит, проктит и пр.;
- при обращении пациенток в urgentных ситуациях обнаружена недостаточная квалификация специалистов акушеров-гинекологов в вопросах детской и подростковой гинекологии. При этом у 40 (27,4%) пациенток не удалось избежать диагностических ошибок, а у 15 (10,3%) – необоснованных оперативных вмешательств.

Учет этих причин поздней диагностики очень важен для практических врачей, т. к. своевременная диагностика гинекологических заболеваний периода детства и полового созревания, их ранняя коррекция в медицинском и социальном аспектах являются основой действенной профилактики нарушений репродуктивной функции взрослых женщин.

Изучение анамнеза и «диагностического маршрута» у 146 пациенток с аномалиями развития матки и/или влагалища позволило нам сделать вывод: при обращении девочки к врачу первого контакта (педиатру, детскому гинекологу, врачу общей практики и пр.) необходимо обязательно направлять пациентку на ультразвуковое исследование органов малого таза и почек. Реализация этих рекомендаций полностью укладывается в схему «диагностического маршрута» при четырехуровневой структуре организации медицинской помощи с учетом имеющегося кадрового и материаль-

ного потенциала ЛПУ г. Краснодара и края (территориальный (городской и сельский районный), муниципальный, университетский и региональный).

Наши исследования показали, что первичная диагностика пороков развития матки и/или влагалища в большинстве случаев – 134 (91,8%) начиналась на амбулаторно-поликлиническом этапе и только 12 (8,2%) пациенток первично обследовались в стационарных условиях. Эти данные согласуются с результатами исследования других авторов (Чайка В. К., 1996; Чичерин Л. И. и соавт., 1999) и подчеркивают важность поликлинического этапа обследования. Из 146 больных, обследованных в кабинете УЗИ БАГК, первично по направлению гинекологов с амбулаторно-консультативного приема было осмотрено 32 (21,9%) человека, остальные 102 (78,1%) были выявлены при непосредственном обращении в сонографический кабинет по поводу жалоб – 17 (16,7%) человек и для профилактического осмотра (скрининговые исследования) – 85 (83,3%) человек. Проведенный нами сравнительный анализ информативности различных методов диагностики формы и вида порока развития матки и/или влагалища позволил выявить наиболее информативные из них и выдвинуть следующие положения:

- эхография является методом необходимого диагностического (в т. ч. скринингового) обследования больных на первом амбулаторно-поликлиническом и последующем стационарном этапах. Эхогистеросальпингоскопия применяется как современный диагностический метод только у девушек, живущих половой жизнью, и взрослых женщин;

- в сложных случаях комбинированных пороков развития матки и/или влагалища, сочетающихся с сопутствующей патологией гениталий, особенно при наличии обширного спаечного процесса, лимитирующего проведение инвазивных методов диагностики, необходимо применение таких методов медицинской визуализации, как КТ и МРТ, позволяющих практически в 100% случаев уточнить вариант порока развития и наличие сопутствующей патологии. В данной ситуации УЗИ, КТ и МРТ являются не взаимоисключающими, а взаимодополняющими методами диагностики у больных с пороками развития гениталий;

- применение эхографии позволило практически со стопроцентной точностью выявить аплазию матки, влагалища, атрезию девственной плевы и в большинстве случаев установить удвоение матки (89,1%). Наиболее информативны эхограммы больных с наличием гематокольпоса и/или гематометры. При этом на эхограмме определяется расширенное, заполненное жидким содержимым влагалище или влагалище и матка. В этой ситуации эхография помогает поставить диагноз, своевременно оказать квалифицированную помощь, избежать осложнений (нагноение, поступление содержимого в маточные трубы и малый таз, образование свищей и пр.) и диагностировать врожденную аномалию до появления выраженной симптоматики. В связи с этим детским гинекологам при первичных осмотрах, на консультативных приемах и при профилактических осмотрах детских дошкольных учреждений и школ при подозрении на атрезию девственной плевы необходимо направлять девочек и девушек на ультразвуковое исследование;

- эхография информативна при первичной диагностике аплазии части влагалища при функционирующей матке. В наших исследованиях точность диагностики

этого порока составила 89,4%. Особое значение имеет обнаружение шейки матки на эхограмме, так как отсутствие ее является показанием к удалению матки. При частичной аплазии влагалища и функционирующей матке эхография позволила определить протяженность гематокольпоса, длину аплазированного участка влагалища, что способствовало в дальнейшем правильному выбору метода оперативного лечения. Метод двойного контрастирования не только уточнял размеры аплазированного участка, но и позволил определить размеры и протяженность стриктур в послеоперационном периоде;

- при полной аплазии матки и влагалища на эхограмме матка визуализировалась в виде тяжа или в виде двух мышечных валиков, расположенных пристеночно. Яичники нормальных размеров, визуализировались высоко в полости малого таза. Точность метода эхографии при этой патологии составила 94,3%;

- эхография способствовала своевременной диагностике удвоения матки и влагалища с частичной аплазией одного влагалища. Точность диагностики с применением эхографии составила 81,8%. При этом на эхограмме определялись 2 матки, одинаковые по акустическим свойствам. В области влагалища определялось образование с жидким содержимым – второе замкнутое влагалище. У всех 12 пациенток на стороне замкнутого влагалища отсутствовала почка. С одной стороны, своевременная диагностика удвоения матки и влагалища с частичной аплазией одного влагалища способствовала проведению своевременного оперативного вмешательства, с другой – по причине отсутствия одной почки эти больные вышли в формирующуюся группу риска по беременности, четверем из них сразу по результатам функциональных проб единственной почки было определено, что им беременность противопоказана.

Наш опыт показывает, что диагностика других пороков представляет значительные трудности и для выявления или уточнения аномалий часто необходимо применить другие методы исследования. Однако план обследования пациентки с пороком развития матки и/или влагалища все равно необходимо после гинекологического осмотра начинать с УЗИ-исследования малого таза, т. к. при отсутствии прямых могут иметь место косвенные эхографические признаки той или иной аномалии развития. В некоторых случаях ведущим фактором в дифференциальной диагностике может явиться клиническая симптоматика заболевания. Мы встретились с трудностями диагностики такого порока развития гениталий, как полная аплазия влагалища при функционирующей рудиментарной матке. Наиболее информативно при этой патологии было клиническое обследование в сочетании с анамнестическими данными и результатами гинекологического исследования: появление интенсивных болей в пубертатном возрасте, определение при ректальном исследовании матки, расположенной пристеночно, на расстоянии 10–11 см от ануса. Сложна диагностика второй рудиментарной функционирующей матки и второго замкнутого рудиментарного влагалища. При этих аномалиях ведущей в диагностике также является клиника заболевания. На фоне клинического проявления данной патологии – прогрессирующей альгomenорее и ациклических кровянистых выделений из половых путей на эхограмме выявлялось образование, по структуре похожее на матку, интимно с ней связанное,

но расположенное асимметрично по отношению к основной матке. Эти эхографические признаки указывали на наличие второй рудиментарной матки, что и подтвердилось при дообследовании у всех семи больных с этой патологией (лапароскопия, эхогистероскопия, МРТ). В диагностике внутриматочной перегородки у больных определенную помощь нам оказало изучение строения и расположения срединного маточного эхо (М-эхо), которое было наиболее выражено непосредственно перед менструацией. Выявление на поперечных сканограммах дефекта в средней части М-эхо указывало на наличие внутриматочной перегородки, в которой при ЦДК определялся кровоток. Если дефект определялся на всем протяжении, это свидетельствовало о полной перегородке, а наличие его только в верхней части – о неполной. В результате произведенных исследований нами были подтверждены и уточнены основные ультразвуковые маркеры в диагностике аномалий развития матки и влагалища (таблица).

Из таблицы следует, что использование УЗ-исследования в диагностике синдрома Рокитанского-Кюстера-Майера обязательно, так как при этом возможно не только диагностировать аплазию матки и влагалища, определить состояние яичников, но и выявить патологию органов мочевыделительной системы, которая часто сочетается с пороками развития женских половых органов.

Результаты клинических наблюдений, согласуясь с данными других авторов (Мартыш Н. С., 1996; Озерская И. А. и соавт., 2004, и др.), позволяют считать эхо-

графию центральным методом диагностики, использование которого позволяет в большинстве случаев выявить порок развития матки и/или влагалища и на основании полученных данных решить вопрос о необходимости дополнительных методов исследования и своевременной хирургической коррекции.

Алгоритм ультразвукового скрининга аномалий развития матки и/или влагалища представлен на рисунке.

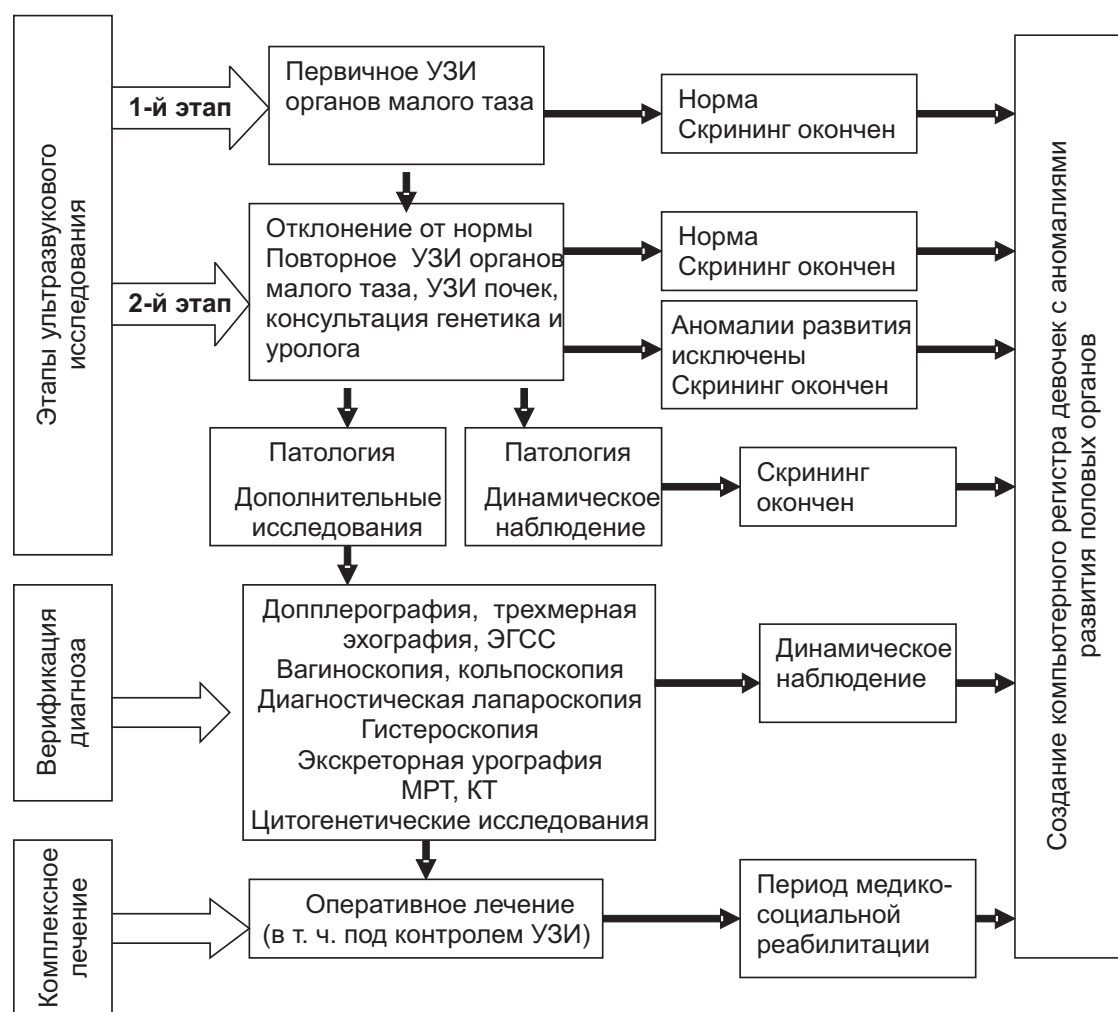
Таким образом, диагностика аномалий развития гениталий должна быть комплексной и включать в алгоритм обследования клинические, эхографические, рентгенологические, эндоскопические, медико-генетические методы исследования. Этот подход позволяет наиболее точно диагностировать клиническую форму порока развития, выявить наличие сочетанных форм, определить тип его наследования, разработать индивидуальную программу хирургического и восстановительного лечения. Это необходимо, т. к. различные формы пороков развития матки и влагалища клинически могут проявляться в пубертатном периоде, с началом половой жизни или после ее начала в связи с бесплодием, но все они требуют своевременной клинко-инструментальной диагностики и соответствующей хирургической коррекции. В то же время диагностика и лечение у этой категории больных должны проводиться индивидуально, с учетом медико-социальных и психологических проблем, возникающих у больных и серьезно влияющих на качество их жизни.

Основные ультразвуковые маркеры аномалий развития матки и влагалища

Название порока	Влагалище	Шейка матки	Тело матки	Полость матки	Яичники	Аплазия почки
Синдром Рокитанского-Кюстера-Майера-	-	-	-	-	+	Редко
Синдром тестикулярной феминизации	+/-	-	-	-	-	
Атрезия гимена	Гематокольпос	+	+	+	+	-
Аплазия части влагалища при функционирующей матке	Гематокольпос	+/-	+	+	+	
Удвоение матки и влагалища без нарушения оттока менструальной крови	+/+	+/+	+/+	+/+	+	Редко
Удвоение матки и влагалища с частичной аплазией одного из влагалищ	Гематокольпос	+/+	+/+	+/+	+	+
Рудиментарная матка	+	+	Меньше нормы	-	Меньше нормы	
Однорогая матка	+	+	Контуры асимметричны	+	+	+
Двурогая матка	+	+	Деформация контуров	+/+	+	
Матка с рудиментарным рогом	+	+	Деформация контуров (добавочный рог)		+	
Внутриматочная перегородка	+	+	+	2 М-эхо	+	

Примечание: + орган визуализируется полностью; +/- визуализируется часть органа; – не визуализируется.

Программа ультразвукового скрининга, диагностики и лечения больных с аномалиями матки и влагалища



Выводы

1. Разработанная программа УЗ-скрининга аномалий развития матки и влагалища у девочек и девушек позволяет своевременно решить вопросы хирургической коррекции, предотвратить состояния, угрожающие здоровью, и улучшить качество жизни пациенток, является экономически оправданной.

2. Эхография является одним из ведущих методов в диагностике врожденных пороков развития матки и влагалища. Она позволяет диагностировать аномалии развития до начала их клинических проявлений и связанных с ними осложнений. Точность диагностики эхографического исследования при этих пороках развития достигает 94,3%. Информативность ультразвуковой диагностики при амбулаторных исследованиях достигает 84,8%, что делает возможным использовать эхографию как скрининговый метод исследования.

Поступила 22.12.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамьян Л. В. Генетические аспекты гинекологических заболеваний / Л. В. Адамьян, В. А. Сплицын, Е. Н. Андреева М.: Медицина, 1999. 215 с.
2. Богданова Е. А. Гинекология детей и подростков. М.: Мед. информ. агентство, 2000. 332 с.

3. Герасимович Г. И. Пороки развития женских половых органов / Г. И. Герасимович, Г. А. Лукашевич, С. С. Усоев // Здравоохранение Белоруссии. 1980. № 2. С. 18–19.

4. Давыдов С. Н. Врачебная тактика при пороках развития половых органов у девочек-подростков // Акушерство и гинекология. 1987. № 3. С. 32–34.

5. Кулаков В. И. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / В. И. Кулаков, Л. В. Адамьян // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. М., 2004. С. 3–19.

6. Мартыш Н. С. Клинико-эхографические аспекты нарушений полового развития и аномалий развития матки и влагалища у девочек: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1996. 38 с.

7. Муслимова А. Р. Гинекологическая заболеваемость детей и подростков в г. Уфе / А. Р. Муслимова, У. Р. Хамадьямов, В. И. Иваха // Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии. СПб, 1998. С. 21–22.

8. Озерская И. А. Ультразвуковая диагностика аномалий развития матки и яичников: Лекция / И. А. Озерская, М. И. Агеева // Ультразвуковая диагностика. 2004. № 1. С. 114–119.

9. Окулов А. Б. Междисциплинарные подходы к диагностике и лечению нарушений формирования органов репродуктивной системы у детей / А. Б. Окулов, К. К. Миранов, Б. Б. Негмаджанов, А. А. Осипова, Е. А. Володько, Д. Н. Бровин, И. Г. Коломинов // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. М., 2004. С. 147–149.

N. V. NAUMOVA, B. G. YERMOSHENKO,
A. V. POMORTSEV

THE PROGRAM OF ULTRASONIC EXAMINATIONS APPLICATION IN THE PATIENTS WITH ANOMALIES OF UTERUS AND/OR VAGINA DEVELOPMENT

The work represents the results of ultrasonic examinations in 146 patients with anomalies of uterus and/or vagina development, obtained on examination

of 5467 girls at the age of 2 through 19 years. Both the results of screening examinations and efficiency of dynamic ultrasonic indices were studied in the process of patients' treatment and rehabilitation. The scientific research enables to distinguish some basic stands to determine the policies of children's gynecologist and US-room gynecologist, with the developmental defects of genitals and on initial examination of patient in general.

Key words: sonography, screening, anomaly of uterus and vagina.

И. Я. НОВИЦКИЙ

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ СУТОЧНОЙ ЧАСТОТЫ ВЫЗОВОВ «СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ» ОТ КОМПЛЕКСА МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК

Кафедра психиатрии Кубанского государственного медицинского университета

Введение

Впервые о месячных колебаниях в развитии психозов упоминает Гиппократ (460–377г. до н. э.). В последующие годы этим вопросом занимались многие ученые: Авиценна, Сиденхем, Бодно, Д. Раймонд, Ф. Пинель и др., но первый научный анализ по месячным обострениям психозов принадлежит Ж. Ескиролю [9], опубликовавшему свои наблюдения о поступлении за 9 лет (1806–1814 гг.) в Сальпетриер 2499 душевнобольных. По его данным, самое многочисленное поступление (30,4%) было в мае–июле и самое малое (20,9%) в январе–марте. При этом Ж. Ескироль утверждал, что изменение температуры воздуха в различные времена года влияет не только на возникновение, но и на течение психозов. Ряд авторов, (Кетеле А., Вагнер Л., Якоби, Ломброзо Ц. и др.) на основании своих исследований подтвердили мнение Ж. Ескироля [9].

Наблюдения накапливались, сопоставлялись с конкретной метеорологической ситуацией, и после ряда подробных исследований [8, 9] сезонность обострений психозов считается доказанной. Также установлено, что сезонные колебания психозов различаются в зависимости от особенностей конкретных климатических условий местности [7].

В литературе, посвященной изучению метеопатических реакций, ситуация обстоит таким образом, что большинство работ касается исследований пациентов с соматической патологией [2, 3, 4, 11] и лишь немногие работы – пациентов с психическими и поведенческими расстройствами [8, 9, 13].

Цель данного исследования заключалась в установлении зависимости суточной частоты вызовов «скорой психиатрической помощи» от комплекса метеорологических характеристик, что позволит прийти к более определенному выводу о значении основных метеорологических факторов в развитии начала или обострения психических заболеваний, послуживших поводом вызова. Это даст возможность, особенно в условиях

диспансерного наблюдения, принять необходимые лечебно-профилактические мероприятия, в первую очередь в отношении метеочувствительных пациентов. Кроме того, как указывал О. В. Кербиков (1971), «внешним факторам прежде всего придаются значения выявляющих моментов. Изучение таких провоцируемых психозов может явиться одним из путей, ведущих к вскрытию их патогенеза» [7].

Материалы и методы исследования

Материалом для исследования послужили данные о суточном количестве вызовов за период с 2002 по 2004 г. Раздельному учету подлежали: число вызовов бригад: всей «Скорой медицинской помощи» (NG, количество – 926 444 вызовов); только «скорой психиатрической помощи» (NP, 15 881); непсихиатрических бригад к пациентам с диагнозами, относящимися к психическим и поведенческим расстройствам (NO, 28 227); к пациентам, находящимся в алкогольном опьянении (NA, 37 107); с поводом «суицид» (NS, 2100); «скорой психиатрической помощи» только к пациентам с острыми и транзиторными психотическими расстройствами (NPa, 3369).

При эпидемиологических исследованиях важно выявить максимальное количество пациентов среди населения, обратившихся за скорой психиатрической помощью. Отсутствие какой-либо группы больных из числа изучаемых может создать неправильное представление о естественных пропорциях распределения больных и привести к ошибочным выводам. Появляется необходимость учета вызовов не только психиатрических, но и остальных бригад «Скорой медицинской помощи» с выставленными диагнозами, относящимися к психическим и поведенческим расстройствам. В данном исследовании последних почти в два раза больше, чем вызовов, обслуженных психиатрическими бригадами. Необходимость таких дополнительных исследо-