

зультат оперативных вмешательств (кесарево сечение, ручное отделение последа при предыдущих родах, выскабливание полости матки, а также перенесенные эндометрит, субсерозная миома, гипофункция яичников). Дифференциальную диагностику между плотным прикреплением и приращением плаценты производят во время операции (ручное ее отделение).

При гистологическом исследовании препаратов матки, удаленной в связи с гипотоническим кровотечением, обнаруживают очаги дистрофии и некроза мышечной ткани, значительную хориальную инвазию миометрия, обширную лейкоцитарную инфильтрацию, кровоизлияния в толщу матки, набухание мышечных волокон. Эти изменения являются следствием соматических, а также акушерских и гинекологических заболеваний в анамнезе, осложненного течения беременности. Их причины хорошо известны врачам-акушерам. Вот перечень основных факторов риска возникновения гипотонических кровотечений.

1. Нарушение функции сосудистого тонуса, водно-солевого гомеостаза (отек миометрия), эндокринного баланса в связи с соматическими заболеваниями, эндокринопатиями и поздними гестозами.

2. Дистрофические, рубцовые, воспалительные изменения миометрия в связи с опухолями матки, предыдущими родами и абортами, особенно осложненными операциями на матке, хроническим и острым воспалительным процессом (метрит, хориоамнионит).

3. Растяжение миометрия в связи с наличием крупного плода, многоплодной беременности, многоводия.

4. Недостаточность нервно-мышечного аппарата матки, обусловленная генетическими факторами, инфантилизмом, гипофункцией яичников, сниженной стимуляцией миометрия продуктами фетоплацентарной системы.

5. Нарушения функциональной способности миометрия в процессе родового акта, истощение нервно-мышечного аппарата миометрия в связи с чрезмерно интенсивной родовой деятельностью (стремительные роды) и длительным родовым актом (слабая родовая деятельность), внутривенным введением окситоцина и его аналогов, грубым, форсированным ведением последового и раннего послеродового периодов.

6. Нарушения функции нервно-мышечного аппарата миометрия в связи с поступлением в сосудистую систему тромбопластических субстанций, элементов околоплодных вод и продуктов аутолиза погибшего плода.

7. Развитие общей и маточной гипоксии из-за неправильного проведения анестезии при оперативном родоразрешении, кровопотери. Травматические и болевые воздействия на организм роженицы.

8. При нерациональном применении в процессе родов лекарственных средств, снижающих тонус миометрия (обезболивающих, спазмолитических, седативных, гипотензивных, токолитических).

9. Снижение сократительной функции миометрия в связи с нарушением процессов отделения плаценты.

Учитывая сложный процесс борьбы с акушерскими кровотечениями, который связан с гипотонией матки, следует серьезно относиться к мерам профилактики. Еще на этапах обследования беременных выделять группу риска с развитием кровотечений, выявлять и корректировать нарушения, предрасполагающие к патологической кровопотере, рационально вести I и II периоды родов, избегать длительного использования родостимулирующих препаратов, своевременно проводить оперативное родоразрешение. При патологической кровопотере необходимо адекватное лечение по принципам своевременности, комплексного подхода и индивидуального выбора интенсивной терапии.

Проведение последовательных и своевременных мероприятий, направленных на остановку кровотечения, дает возможность сохранить не только жизнь женщины, но и репродуктивную и менструальную функции.

Т.И. Батудаева, О.К. Ефремова, С.Ц. Доржиева

РЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА Г. УЛАН-УДЭ В 2003–2008 ГГ.

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

Ревматологическая служба г. Улан-Удэ в течение ряда лет представлена по штатному расписанию 3–3,25 ставками, постоянный прием врача-специалиста осуществляется только в поликлинике № 2. В городских поликлиниках № 1 и № 3 врачи ревматологи в течение анализируемых лет являются совместителями на 0,5–0,25 ставки, в поликлиниках №№ 5, 6 ставка ревматолога отсутствует, и диспансерное наблюдение больных ревматологического профиля осуществляют участковые терапевты, консультативный прием — врачи-кардиологи. Данная ситуация приводит к тому, что в ряде случаев диагноз пациентам ставится поздно, а лечение оказывается неадекватным.

Между тем, количество обслуживаемого поликлиниками города населения за последние 5 лет увеличилось более чем на 44 тысячи человек, а число зарегистрированных случаев ревматических заболеваний — более чем на 2 тысячи. При расчете на 100 000 населения очевиден значимый рост распространенности ревматических заболеваний в г. Улан-Удэ за последние годы, особенно заметный в 2005 — 2006 гг. (табл. 1). Первичная регистрация ревматической патологии также резко выросла в 2006 г., что в основном связано с ростом обращаемости пациентов, страдающих остеоартрозом (табл. 1, 3).

При анализе структуры ревматических заболеваний за представленный период (табл. 2) выявлена некоторая стабилизация числа зарегистрированных случаев ревматизма, как в активной, так и в неактивной фазе заболевания, в отличие от предыдущих пяти лет (1999 — 2003 гг.), когда ежегодно количество обращений больных с ревматизмом значительно сокращалось, что привело к уменьшению данного показателя на 180 случаев к 2004 г., при том, что количество умерших за эти годы составило 62 человека. Как следует из соответствующей документации, остальные, т.е. 2/3 пациентов-ревматиков, сняты с диспансерного учета в связи с изменением места жительства. Однако по новому месту пребывания большинство больных, по-видимому, за медицинской помощью не обращались. Учитывая течение ревматического порока сердца, можно ожидать увеличения обращений больных с декомпенсацией сердечной деятельности в ближайшие годы.

Таблица 1
Распространенность и заболеваемость ревматическими болезнями по г. Улан-Удэ на 100 000 населения

	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Распространенность	2302,2	2613,8	2856,5	2885,4	2708,8
Заболеваемость	255,5	283,1	424,2	401,0	301,4

Наряду с ситуацией по ревматизму, в 2005 — 2006 гг. отмечен резкий рост обращений за медицинской помощью пациентов с болезнями костно-мышечной системы (БКМС) (табл. 2). Необходимо отметить, что подобные тенденции характерны не только для нашей республики, но и для страны в целом.

Таблица 2
Структура ревматических болезней

		2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Ревматизм	абс.	764	762	760	762	736
	%	13,3	11,7	10,5	10,0	9,2
БКМС	абс.	4969	5755	6509	6837	7236
	%	86,7	88,3	89,5	90,0	90,8

В следующей таблице (табл. 3) представлено число зарегистрированных случаев ревматических заболеваний, в т.ч. впервые, в течение последних пяти лет. Из приведенных данных следует, что рост обращаемости в поликлиники обусловлен преимущественно суставной патологией, в первую очередь, остеоартрозом.

Таблица 3
Количество зарегистрированных случаев ревматических заболеваний

Нозология	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
ОРЛ	6	4	2	1	0
ХРБ	758	75	758	761	736
СКВ	48	55	61	60	65
ССД	40	46	45	44	43
РА	567	569	571	644	682
АС	113	111	111	120	113
ОА	4038	4801	5553	5792	5996
Подагра	96	87	95	102	120
РеА	43	63	48	52	194
Итого:	5733*	6517	7269	7599	7994

Примечание: * — здесь и далее итог не совпадает с суммой выше приведенных величин, т.к. в таблице указаны только основные нозологии.

По ревматоидному артриту (РА) в 2007 — 2008 гг. отмечен значительный рост числа зарегистрированных случаев в сравнении с несколькими предыдущими годами. Наблюдается дальнейший рост этого

показателя и по анкилозирующему спондилоартриту (АС). Среди системных заболеваний соединительной ткани (СЗСТ) отмечается дальнейшее увеличение числа зарегистрированных случаев системной красной волчанки (СКВ) (табл. 3).

Распространенность острой ревматической лихорадки (ОРЛ) и хронических ревматических болезней (ХРБ) в расчете на 100 000 населения продолжает уменьшаться (табл. 4). В 2007 – 2008 гг. увеличился показатель распространенности РА, превысив цифры предыдущих лет. По остальным, представленным в таблице нозологиям, значимых колебаний болезненности не выявлено. В целом, рост распространенности ревматических заболеваний связан с улучшением регистрации случаев ДОА.

Таблица 4

Распространенность по нозологиям на 100 000 населения

Нозология	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
ОРЛ	2,4	1,6	0,8	0,4	0
ХРБ	303,1	302,7	296,9	289,0	250,1
РА	226,7	227,2	223,6	244,5	231,7
АС	45,2	44,3	43,5	45,6	38,4
СЗСТ	41,6	46,3	47,0	43,7	39,4
ОА	1614,5	1917,0	2175,0	2199,2	2037,4
Подагра	38,4	34,7	37,2	38,7	40,8
РеА	17,2	25,2	18,8	19,7	65,9
Всего:	2292,2	2602,2	2847,1	2885,4	2708,8

При сравнении распространенности ХРБ в г. Улан-Удэ с общероссийскими показателями можно видеть сравнимые цифры данного показателя: 2,89 по г. Улан-Удэ и 2,1 по РФ в пересчете на 1000 населения. Распространенность ОРЛ в г. Улан-Удэ значительно меньше, чем по стране в целом: 0,004 – 0 и 0,082 соответственно на 1000 населения, что может свидетельствовать о несвоевременной диагностике этого грозного заболевания в нашем регионе.

Первичной заболеваемости ОРЛ в течение трех последних лет не регистрируется (табл. 5), показатель заболеваемости РА в 2007 г. значимо вырос по сравнению с предыдущими годами, остеоартрозом (ОА) – снизился в 2007 – 2008 гг. по сравнению с 2006 г., когда был отмечен резкий рост первичной регистрации данного заболевания. В соответствии со снижением заболеваемости ОА показатель первичной заболеваемости ревматической патологией в целом также снизился в 2007 – 2008 гг.

Таблица 5

Заболеваемость по нозологиям на 100 000 населения

Нозология	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
ОРЛ	0,4	0,4	0	0	0
ХРБ	2,0	1,6	0,8	1,1	2,0
РА	7,6	6,0	5,5	9,9	7,5
АС	1,6	1,6	2,0	1,9	1,0
СЗСТ	4,4	1,6	2,4	1,5	0,7
ОА	230,3	260,3	396,0	373,6	271,8
Подагра	2,8	0,8	3,5	2,3	4,1
РеА	4,0	8,4	13,3	10,3	13,9
Итого:	253,1	281,1	423,4	401,0	301,4

В течение последних лет во всех поликлиниках города продолжается уменьшение количества зарегистрированных случаев ХРБ, что указывает на снижение обращаемости больных ревматическими пороками сердца за медицинской помощью. В то же время обращает на себя внимание рост количества впервые выявленных случаев ХРБ в 2008 г. в 2 раза по сравнению с предыдущими двумя годами. При этом отсутствие в течение 3-х последних лет впервые выявленных случаев ОРЛ и регистрация 6 случаев ревматизма в стадии сформировавшегося порока сердца в 2008 г. является показателем отсутствия настороженности врачей в отношении выявления ревматизма в активной фазе воспаления. Данная ситуация не может представляться благополучной, т.к. своевременная диагностика и активная терапия ОРЛ может предотвратить развитие порока сердца.

Охват диспансерным наблюдением в группах больных ревматизмом, СЗСТ — 100 %. Среди больных суставными заболеваниями сохраняется 100 %-ный охват диспансерным наблюдением больных РА и АС.

Несмотря на оптимистичные цифры диспансерного наблюдения за пациентами с ревматической патологией, опыт консультативного осмотра больных позволяет высказать сомнение в качестве оказания медицинской помощи данному контингенту пациентов. В связи с отсутствием ревматологов в поликлиниках многие больные с суставной патологией не получают адекватной патогенетической терапии на ранних стадиях заболевания, в связи с чем наступает потеря трудоспособности в более ранние сроки болезни. Тем не менее, необходимо отметить, что в 2008 г. республиканский бюджет выделил средства на приобретение препаратов антицитокиновой терапии для больных ревматоидным артритом, т.о. сделан первый шаг в направлении использования последних достижений медицины в лечении суставной патологии.

Имеется также положительная тенденция увеличения объемов оказания хирургической помощи при приобретенных пороках сердца и остеоартрозе — в 2007 г. проведена коррекция пороков сердца 16 пациентам, что составило 48,5 % от числа нуждающихся, 13 человек прооперированы по поводу остеоартроза, в 2008 г. — хирургическая помощь оказана 30 и 22 больным соответственно.

Учитывая приведенную информацию, можно сделать выводы о необходимости дальнейшей работы по преодолению бытующего отношения недооценки значимости ревматических заболеваний на всех уровнях оказания медицинской помощи населению и улучшению качества оказываемых услуг больным с ревматической патологией.

А.В. Бодоев, Л.Н. Шантанова, А.Н. Плеханов, П.В. Алексеев

РАНОЗАЖИВЛЯЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ ЛИНИМЕНТА *ODONTITES VULGARIS MOENCH*

**Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН (Улан-Удэ)**

Проблема лечения ран относится к числу разделов медицины, не утративших своего значения и в настоящее время. Современная фармакотерапия раневых повреждений предусматривает применение целого ряда препаратов, оказывающих антибактериальное, противовоспалительное действие, а также способствующих лизису некротических масс и регенерации тканей. В этой связи актуальной задачей является разработка ранозаживляющего средства, обладающего широким спектром фармакологического действия и оказывающего фармакотерапевтическое влияние на разные звенья раневого процесса. Перспективным направлением представляется изучение средств природного происхождения из арсенала традиционной тибетской медицины. В практике тибетской медицины широкое применение имеет трава зубчатки обыкновенной (*Odontites vulgaris* Moench), препараты которой используются в качестве желчегонного, противовоспалительного, жаропонижающего и ранозаживляющего средства. В Отделе биологически активных веществ был разработан сухой экстракт из надземной части этого растения и его лекарственная форма в виде линимента для наружного применения.

Целью настоящей работы явилась оценка ранозаживляющей активности линимента зубчатки обыкновенной при плоскостных кожно-мышечных ранах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Плоскостную кожно-мышечную рану воспроизводили под гексеналовым наркозом (70 мг/кг) путем иссечения в области спины животных кожно-фасциального лоскута площадью 400 мм² на предварительно выстриженных участках [1]. Фармакотерапию линиментом с 2, 5 и 10%-ным содержанием зубчатки обыкновенной начинали тотчас после нанесения ран и затем ежедневно на протяжении 21 дня. В качестве препарата сравнения использовали мазь «Календула» по аналогичной схеме. Контролем служили животные с естественным заживлением ран. Для оценки динамики заживления ран определяли площадь раневой поверхности планиметрическим методом, а также проводили патоморфологическое исследование. Для этого участки раны и прилегающей ткани фиксировали в 10%-ном растворе формалина, окрашивали гематоксилин-эозином по ван Гизону и толуидиновым синем [2]. Также был проведен подсчет вновь образованных капилляров с подсчетом индекса капиллярной асимметрии (ИКА) по методу Ю.Г. Шапошникова [4]. Полученные данные статистически обработаны с использованием критерия Уилкоксона — Манна — Уитни [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ВЫВОДЫ

Как следует из данных, приведенных в таблице 1, линимент зубчатки обыкновенной во всех исследованных концентрациях оказывает ранозаживляющее действие, о чем свидетельствует достоверное уменьшение площади раневой поверхности у крыс опытных групп по сравнению с аналогичными показателями животных контрольных групп. При этом наиболее выраженный фармакотерапевтический эффект