Кондратьева Т.А., Артымук Н.В.
ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ

В статье представлен обзор современных доступных литературных данных по эпидемиологии, диагностике и лечению бесплодия.

Ключевые слова: бесплодие, пелоидотерапия.

Kondratieva T.A., Artimuk N.V.
Kemerovo regional clinical hospital,
Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo

MODERN APPROACH TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INFERTILITY

This paper present review currently available literary data what is devoted to epidemiology, diagnosis and treatment of infertility.

Key words: infertility, peloid therapy.

В настоящее время актуальность проблемы бесплодного брака не вызывает сомнения. По данным ВОЗ, их частота колеблется в широких пределах и не имеет тенденции к снижению во всех странах мира. Бесплодный брак значительно влияет на демографические показатели, в связи с чем данная проблема приобретает не только медико-биологическое, но и большое социальное значение [2, 13]. Группой экспертов ВОЗ (1993) установлен критический уровень 15 %, при котором бесплодие может рассматриваться как фактор, значительно влияющий на демографические показатели в стране и представляющий собой государственную проблему [23]. Согласно сводным данным литературы, частота бесплодия в мире колеблется от 8 до 29 % [2, 3, 13, 14]. Причем, за последние годы число бесплодных браков в мире возросло на 5,3 %. В Европе бесплодными являются около 10 % супружеских пар, в США – 8-15 %, в Канаде – около 17 % [14, 23, 32].

Доля бесплодных браков на территории России колеблется от 8 до 21 % и в настоящее время не имеет тенденции к снижению [2, 3]. Проведенные в последнее десятилетие исследования отечественных авторов позволяют дать характеристику бесплодия на Дальнем Востоке, в Московской области и в Сибири [18, 19, 21]. Частота бесплодия среди женщин малых народностей Хабаровского края составляет 4,6 % [2]. По данным эпидемиологического исследования в с. Троицк Московской области показатель бесплодного брака в популяции составил 8,2 % [18]. Для Западно-Сибирского региона этот показатель составил 16,7-19 % в городах и 17 % в сельской местности, в Восточно-Сибирском регионе – 21 % [19, 21].

В 42,6-65,3 % случаев бесплодие в браке обусловлено нарушениями репродуктивной функции женщины, до 30-50 % – мужчины, в 27,7-48,4 % – нарушениями у обоих супругов. Приблизительно в 2,3 % случаев причину бесплодия выявить не удается [2].

Отмечено, что в Европейских странах преобладает первичное бесплодие, на долю которого приходится 69-73 %. По мнению ряда авторов, это обусловлено относительно низкой частотой инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) и абортов [14]. В то же время, О.С. Филиппов (1999), изучая причины возникновения бесплодия в Западно-Сибирском регионе, выявил преобладание вторичных нарушений репродуктивной функции, что, по мнению автора, обусловлено все возрастающей частотой ИППП [21]. По данным Сутуриной Л.В. (2007), в Восточно-Сибирском регионе также преобладает вторичное бесплодие [19].

Среди женщин сельских районов бесплодие встречается в несколько раз реже, чем среди горожанок, что особенно характерно для представительниц интеллектуального труда [14]. Однако Сутурина Л.В. (2007), изучая характер бесплодия в Восточно-Си-

Корреспонденцию адресовать:
Кондратьева Татьяна Александровна,
E-mail: neybc@inbox.ru

бирском регионе, не выявила различий в частоте бесплодия в городе и селе [19].

Во многих исследованиях сообщается об увеличении частоты бесплодных браков вследствие влияния на генеративную функцию человека экологии и окружающей среды, в частности, химизации, радиации, вредного промышленного производства. Подчеркивается роль современного города, как комплексного фактора роста численности бесплодных браков, особенно в странах с бурной урбанизацией, что обусловлено увеличением числа женщин, контактирующих с профессиональными вредностями [18, 21, 26, 33, 35].

Одним из наиболее значимых факторов в проблеме бесплодия у женщин является возраст пациенток старше 30 лет, что является кумулятивным показателем «накопления» факторов риска бесплодия.

Вторым по значимости фактором, по мнению ряда авторов, влияющим на фертильность, является аборт.

Третье ранговое место среди факторов, влияющих на возникновение бесплодия, занимают ИППП и их последствия. Согласно данным эпидемиологического исследования, частота таких заболеваний, как трихомониаз, хламидиоз и уреаплазмоз в 8-10 раз выше, чем в группе фертильных женщин.

Четвертое ранговое место занимают различные гинекологические заболевания, причем ведущее место среди них принадлежит хроническим воспалительным процессам придатков и матки [2, 18, 21, 25, 30, 34].

Для систематизации результатов многоцентровых международных исследований и стандартизированной оценки алгоритмов обследования бесплодных супружеских пар ВОЗ разработала перечень причин нарушений репродуктивной функции. К ним относятся: сексуальная дисфункция, гиперпролактинемия, органические нарушения гипоталамо-гипофизарной области, аменорея с повышенной выработкой фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), нерегулярный менструальный цикл и/или ановуляция, врожденная аномалия половых органов, двусторонняя непроходимость маточных труб, спаечный процесс в малом тазу, эндометриоз, приобретенная патология матки и канала шейки матки, туберкулез половых органов, ятрогенные причины, отрицательный посткоитальный тест (ПКТ), необъяснимое (отсутствие видимых причин при применении всех методов обследования) [23].

В настоящее время для анализа заболеваемости в качестве единого руководства во всех странах мира экспертами ВОЗ рекомендована Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) [10].

Наиболее распространенными формами нарушения репродуктивной функции у женщин выступают трубно-перитонеальная (35-40 %), эндокринная (30-40 %) и наружный генитальный эндометриоз (17-55 %) [2, 4, 8, 11, 12].

Анализ причин, вызывающих бесплодный брак, показал, что его структура значительно отличалась в зависимости от исследуемого региона. Так, в Африке наиболее часто выявлялась патология в виде трубно-перитонеального фактора перенесенной инфекцией гениталий. В то же время, в странах Азии наиболее часто встречался эндометриоз, а в развитых странах наиболее часто ставился диагноз «необъяснимого» бесплодия [26]. В России в структуре причин женского бесплодия наиболее часто выявляются трубно-перитонеальный фактор и нарушения овуляции [4, 19].

Диагностические мероприятия при бесплодии начинают со сбора данных анамнеза. Уточняют семейный анамнез и наследственность, перенесенные заболевания, особенности менструального цикла, детородную функцию.

При общем осмотре обязательно определяют отношение окружности талии к окружности бедер, подсчитывают индекс массы тела, оценивают степень оволосения по шкале Ферримана-Голвея и степень развития молочных желез по шкале Таннера и наличие галактореи.

Инфекционный скрининг у женщин с бесплодием включает: бактериоскопическое и бактериологическое изучение содержимого влагалища, ДНК-диагностика ИППП, исследование крови на наличие IgG и IgM к возбудителям токсоплазмоза и вирусу краснухи.

При олиго- и аменорее обязательно определение содержания в крови гормонов: пролактина, фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего гормонов (ЛГ), тиреотропного гормона (ТТГ), эстрадиола (Е2), тестостерона, кортизола, дегидроэпиандростерона сульфата (ДЭАС), трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4). По показаниям оценивают содержание оксипрогестерона (17-ОП). Существуют различные методы диагностики овуляции, основанные на учете циклических гормональных и морфологических изменений, происходящих в организме женщины. Тесты функциональной диагностики включают оценку графика базальной температуры, подсчет цервикального числа по Insler. В настоящее время используют домашний тест на овуляцию «Клиаплан». Ультразвуковой мониторинг с использованием влагалищного датчика позволяет непосредственно наблюдать рост фолликула и овуляцию [9, 16].

До настоящего времени отсутствуют объективные научно обоснованные методы, доказывающие существование иммунологических форм бесплодия у жен-

Сведения об авторах:
Кондратьева Татьяна Александровна, врач акушер-гинеколог, ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница, г. Кемерово, Россия.
Артымук Наталья Владимировна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, г. Кемерово, Россия. E-mail: roddom_kokb@mail.ru

щин. Не утратил своего значения посткоитальный тест (ПКТ). Он позволяет оценить биологическую совместимость сперматозоидов и цервикальной слизи женщины. В настоящее время основным скрининговым иммунологическим методом обследования является МАР-тест, при помощи которого определяют антиспермальные антитела в эякуляте. Выявление антиспермальных антител у женщин не имеет большой клинической значимости [5].

Инструментальные методы исследования являются неотъемлемой частью исследования. Гистеросальпингография (ГСГ) – рутинный рентгенологический метод оценки проходимости и определения характеристик внутреннего просвета маточных труб. Обсуждение ее диагностической ценности остается предметом дискуссий. Эхогистеросальпингоскопия – метод исследования состояния маточных труб методом ультразвуковой гистеросальпингоскопии. Кимопертубация с применением компьютерной обработки данных используется в качестве дополнительного метода оценки функционального состояния маточных труб.

Ультразвуковое исследование органов малого таза, щитовидной железы, молочных желез позволяет визуализировать различные патологические процессы.

Рентгенография черепа и турецкого седла показана больным с нарушением ритма менструаций для диагностики нейроэндокринных заболеваний. Метод позволяет выявить признаки повышения внутричерепного давления.

Магниторезонансная томография (МРТ) показана пациенткам с увеличением концентрации ПРЛ в плазме крови при подозрении на опухоли гипоталамо-гипофизарной системы [9, 11, 16].

Без применения эндоскопических методов диагностики причину бесплодия в браке считают не установленной. Лапароскопия – является не только заключительным этапом диагностики, но и первым этапом лечения трубно-перитонеального бесплодия. Гистероскопия проводится как в качестве самостоятельного метода диагностики, так и в комплексе с лапароскопией пациенткам с бесплодием для уточнения состояния полости матки и эндометрия [17]. Диагноз можно считать установленным только после проведения указанного выше объема исследований и сроки обследования не должны превышать 2-6 месяцев [27]. У 5-12 % пар причина бесплодия может оставаться невыясненной.

Лечение бесплодия включает методы восстановления естественной фертильности (МВЕФ) и методы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Применение МВЕФ считается наиболее рациональным. К ним относят лапароскопию в сочетании с гистероскопией для проведения хирургической коррекции выявленных изменений органов малого таза, различные методы и схемы индукции овуляции, коррекцию метаболических расстройств, лечение гиперпролактинемии, гиперандрогении, нарушений функции щитовидной железы, гипоталамо-гипофизарных расстройств [9, 11, 12, 22, 37, 38].

Характер терапии после лапароскопии определяется результатами эндоскопического вмешательства и данными патоморфологического исследования эндометрия и других биоптатов, полученных во время операции.

При отсутствии эффекта от лечения в течение 1 года могут предлагаться методы вспомогательных репродуктивных технологий. В настоящее время применяются: стандартная программа экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) – собственно ЭКО, ЭКО и перенос эмбрионов (ПЭ); трансцервикальный перенос гамет (ГИФТ) и зигот (ЗИФТ) в маточные трубы; программа суррогатного материнства; ЭКО с интрацитоплазматической инъекцией сперматозоидов (ЭКО + ICSI); программа донации ооцитов (ДО) [24].

Эффективность различных методов лечения бесплодия различна: при эндокринных формах бесплодия достигает 50-80 %, при трубно-перитонеальном не превышает 10-25 %, при использовании методов вспомогательных репродуктивных технологий на один лечебный цикл составляет 20-35 % [2]. Это диктует необходимость поиска новых эффективных направлений в лечении бесплодия.

Одним из древнейших методов терапии гинекологических больных естественными природными факторами является грязелечение (пелоидотерапия). С 60-х годов пелоидотерапия широко и с успехом применяется в комплексе лечения бесплодия, что отражено в многочисленных публикациях отечественных и зарубежных авторов [6, 7, 20].

По содержанию органических веществ выделяют 4 вида лечебной грязи: иловая, торфяная, сапропелевая и сопочная. В курортной практике чаще других используют иловую грязь. Сульфидные иловые грязи образуются преимущественно в минеральных (соляных) приморских и маретиковых озерах. Грязь характеризуется небольшим содержанием органических веществ (менее 10 %), насыщенностью сульфидами железа и водорастворимыми солями [7].

Лечебное влияние грязей складывается из действия теплового, механического и химического факторов. Теплопроводность сульфидных иловых грязей за счет высокого содержания в них минеральных веществ почти вдвое больше, чем торфяных. Вследствие этого, при одной и той же температуре, процедура с применением сульфидной иловой грязи является более нагрузочной на организм, чем процедура с применением торфяной или сапропелевой грязи. Механический фактор является существенным при полостном грязелечении. Химический фактор – воздействие содержащихся в грязях органических и неорганических соединений, биологически активных веществ, микроэлементов, газов и др. Неорганические химические компоненты в основном абсорбируются кожей, вызывая раздражение ее многочисленных рецепторов и сосудов [7]. Грязям, особенно сульфидным иловым, присуще бактерицидное действие, обусловленное присутствием в них некоторых агентов типа бактериофагов и веществ типа антибиотиков. Лечебные грязи оказывают десенсибилизи-

рующее, обезболивающее, рассасывающее и противовоспалительное действие. Пелоидотерапия улучшает гемодинамику органов малого таза, снижает активность экссудативного и инфильтративного процессов, размягчает спаечные структуры, усиливает гормональную функцию яичников [6].

Анализ данных литературы дает основание говорить о необходимости отказа от использования высоких температур большой длительности и количества процедур. В настоящее время как усредненный рассматривается курс, состоящий из 10-12 (до 14) процедур, температуры 38-42°С, длительностью 15-20 минут и расстановкой – через день или два дня подряд с днем перерыва. Обычно курс грязелечения проводят один раз в год, иногда, по показаниям, чаще. Интервал между курсами не менее 6 месяцев [7]. Поскольку лечебные грязи – один из наиболее мощных факторов, стимулирующих эстрогенную насыщенность организма, важным аспектом их клинического применения являются строгий учет противопоказаний.

Различают общие и местные грязевые процедуры. В гинекологической практике более распространена аппликационная методика грязелечения в виде общих и местных грязевых аппликаций. Наиболее предпочтительным является полостное грязелечение – введение грязи во влагалище или прямую кишку.

В современных условиях вне курорта все чаще применяют фармацевтические препараты грязи. Технологии вакуумной экстракции позволили получить полный комплекс лекарственных веществ из нативной грязи, не нарушая активности ее биологических ингредиентов, а удобная форма препарата (свечи) расширила применение грязелечения до поликлинического и домашнего использования. Во внекурортной практике в комплексной терапии воспалительных заболеваний шейки матки и влагалища, а также для ускорения очищения раны и эпидермизации эктопий после энзимической деструкции, используются свечи «Тамбуил». Новинкой в курортной гинекологии является препарат «Паратамга», сочетающий в себе все лечебные свойства Тамбуканской иловой грязи, экстрактивных веществ и теплоносителя парафина [7].

В гинекологической практике широко используются грязи Мертвого моря. Это уникальный богатейший источник минералов и микроэлементов. Лечебная грязь Мертвого моря относится к группе хлор-сульфидных илов. Черная грязь Мертвого моря является высокоминерализованной – в 1 л грязи содержится 242,4 г действующих веществ. Для сравнения – минерализация грязей Тамбуканского озера Кавказских минеральных вод – 60 г/л, Анапской иловой сульфидной грязи – 31,5 г/л. Содержание калия в Мертвом море почти в 20 раз выше, чем в Атлантическом океане, магния – в 35 раз, кальция – в 42 раза, брома – в 80 раз. Лечебная грязь Мертвого моря, единственная в мире, обладает столь уникальным составом, благодаря которому и достигается мощнейший целебный эффект. Клиническое изучение грязей Мертвого моря для лечения гинекологических больных показало их высокую эффективность и безопасность [6].

Тем не менее, количество исследований отечественных и зарубежных авторов по изучению эффективности, безопасности, механизмов воздействия пелоидов при различных гинекологических заболеваниях незначительно. До настоящего времени плацебо контролируемых исследований в данном направлении не проводилось, а механизм влияния лечебных грязей на репродуктивную функцию женщин в настоящее время до конца не изучен, что диктует необходимость проведения дальнейших исследований в этой области.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баскаков, В.П. Эндометриоидная болезнь /Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. – СПб., Н-л., 2002.
2. Бесплодный брак /под ред. В.И. Кулакова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 19 с.
3. Гинекология /под ред. В.Н. Серова, Е.Ф. Кира. – М.: Литтерра, 2008. – 778-780с.
4. Гинекологическая эндокринология /под ред. В.Н. Серова – М.: МЕД-пресс-информ, 2004. – 528 с.
5. Голубева Е.Л. Аутоантитела при бесплодии и их влияние на функции сперматозоидов /Е.Л. Голубева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – 24 с.
6. Клиническое применение соли и грязи мертвого моря в лечении хронических заболеваний половых органов у женщин и мужчин: руководство для врачей /Дикке Г.Б. и соавт. – М., 2008. – 19 с.
7. Евсеева, М.М. Естественные и преформированные физические факторы в восстановительном лечении женщин с последствиями хронических воспалительных заболеваний органов малого таза /М.М. Евсеева: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2008.
8. Ищенко, А.И. Эндометриоз. Диагностика и лечение /Ищенко А.И., Кудрина Е.А. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.
9. Корнеева, И.Е. Современная концепция диагностики и лечения бесплодия в браке /И.Е. Корнеева: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2003. – 38 с.
10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр. В 3-х томах: Пер. с англ. – ВОЗ, Женева: Медицина, 1995.
11. Назаренко, Т.А. Женское бесплодие, обусловленное нарушениями процесса овуляции (клиника, диагностика, лечение) /Т.А. Назаренко: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М.,1998. – 39 с.
12. Овсянникова, Т.В. Эндокринное бесплодие у женщин при гиперпролактинемии /Овсянникова Т.В. //Гинекология. – 2004. – Т. 6, № 3. – С. 121-123.
13. Практическая гинекология /под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской. – М. МЕД-пресс-информ, 2001. – С. 266-300.
14. Результаты клинико-эпидемиологического исследования репродуктивного здоровья населения по методологии ВОЗ //Вестник Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 1998. – № 1. – С. 60-63.
15. Репродуктивная эндокринология: пер. с англ.: в 2-х тт. /под ред. S.S.C. Yen, R.B. Jaffe. – М.: Медицина, 1998.
16. Руководство ВОЗ по стандартизированному обследованию и диагностике бесплодия супружеских пар: пер. с англ. – М., 1997. – 91 с.
17. Савельева, Г.М. Лапароскопия в гинекологии /Савельева Г.М. – М.: ГЭОТАР-Медицина, 2000. – 250 с.

18. Селезнева И.Ю. Бесплодный брак: Эпидемиологическое исследование /И.Ю. Селезнева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 20 с.
19. Сутурина, Л.В. Эпидемиология бесплодия и перспективы развития ВРТ в Иркутской области /Л.В. Сутурина, Н.В. Протопопова, Е.Т. Кузьменко //Репродуктивные технологии сегодня и завтра: Тез., 6-8 сентября 2007. – С. 10-11.
20. Уткин, Е.В. Реабилитация женщин с нарушениями репродуктивной функции в условиях санатория: метод. реком. /Уткин Е.В., Артымук Н.В. – 2007. – 26 с.
21 Филлипов, О.С. Бесплодный брак в Западной Сибири /О.С. Филлипов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1999. – 31 с.
22. Чечурова, Т.Н. Оптимизация методов консервативного лечения бесплодия у больных с СПКЯ /Т.Н. Чечурова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 23 с.
23. Эпидемиология бесплодия: Докл. научн. группы ВОЗ. – М., 1977. – С. 4-15.
24. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия (теоретические и практические подходы): руков. для врачей /под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 782 с.
25. Barret, S. A review on pelvic inflammatory disease /Barret S., Taylor C. //Royal Society of Medcine Press. – 2005. – Vol. 16. – P. 715-720.
26. Bergstrom, S. Reproductive failure as a health priority in Third World: a review /Bergstrom S. //East Afr. Med. – 2003. – Vol. 69. – P. 174-180.
27. Investigation of the infertile couple: when is the appropriate time to explore female infertility? /Brosens I. et al. //Human Reproduction. – 2004. – Vol. 19(8). – P. 1686-1692.
28. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care /Boivin J., Bunting L. et al. //Human Reproduction. – 2007. – Vol. 22. – P. 1506-1512.
29. Prospective multicentre randomized controlled trial to evaluate factors influencing the success rate of office diagnostic hysteroscopy /Campo R., Van Belle Y. et al. //Human Reproduction. – 2005. – Vol. 5. – P. 258-263.
30. Cates, W. Sexually transmitted diseases, pelvic inflammatory disease, and infertility: an epidemiologic update /Cates W., Rolfs R., Aral S. //Epidemiol. Rev. – 2000. – Vol. 12. – P. 199-200.
31. Obstetric outcome after endoscopic transaction of uterine septum /Doridot V., Gervais A., Taylor S. et al. //J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. – 2003. – Vol. 10(2). – P. 271-275.
32. Evers, J.L.H. Female infertility /Evers J.L.H. //Lancet. – 2002. – Vol. 360. – P. 151-159.
33. The risk of infertility among hairdressers /Hougaard K., Hannerz H. et al. //Human Reproduction Update. – 2006. – Vol. 21(12). – P. 3122-3126.
34. Environmental factors in infertility /Hruska K., Furth P. et al. //Clin. Obstetrics and Gynecology. – 2001. – Vol. 43. – P. 821-829.
35. Infertility and the provision of infertility services in developing countries /Ombelet W., Cooke I. et al. //Human Reproduction Update. – 2008. – Vol. 10. – P. 312-320.
36. Preuttipan, S. A prospective comparative study between hysterosalpingography and hysteroscjpy in the detection of intrauterine pathology in patients with infertility /Preuttipan S., Linastica V. //J. Obstet. Gynecol. Res. – 2003. – Vol. 29(1). – P. 33-37.
37. Poppe, K. Thyroid disorders in infertile women /Poppe K., Velkneirs B. //Ann. Endocrinol. – 2003. – Vol. 64(1). – P. 45-50.
38. Reaven G. Diete and syndrome X /Reaven G. //J. Curr. Ateroscler. Rep. – 2000, Nov. – Vol. 6. – P. 503-507.
39. Effectiveness of treatment strategies of some women with pelvic inflammatory disease /Roberta B. Ness et al. //Obstetrics and Gynecology. – 2005. – Vol. 106. – P. 573-580.

❖ ❖ ❖

СТУДЕНТЫ-МЕДИКИ ЧАСТО СТРАДАЮТ ОТ ДЕПРЕССИИ

Более трети студентов-медиков и молодых врачей испытывают симптомы депрессии. Такие данные были получены бразильскими учеными по результатам исследования, опубликованного в журнале BMC Medical Education.

Сержио Балдассин (Sergio Baldassin) и его коллеги из Региональной медицинской школы ABC, близ Сан-Паулу, провели опрос среди 480 студентов-медиков.

Выяснилось, что 38 % студентов испытывают как минимум 10 из 63 симптомов депрессии. Наиболее часто медики страдали от так называемых аффективных проявлений депрессии: уныния, неудовлетворенности, раздражительности, плаксивости и замкнутости. Кроме того, у них нередко встречались соматические проявления депрессии, в частности, заторможенность, бессонница, хроническая усталость, снижение веса и потеря интереса к сексу. Когнитивные симптомы депрессии - пессимизм, чувство вины, страх перед взысканиями, неудовлетворенность и неуверенность в собственных знаниях, безынициативность и суицидальные мысли - встречались несколько реже. В наибольшей степени от симптомов депрессии страдали студенты женского пола. В свою очередь, потомственные медики испытывали их значительно реже, показало исследование.

Ученые отметили, что наиболее опасным с точки зрения психического здоровья студентов является период окончания ВУЗа и интернатуры. Начинающие врачи боятся попасть впросак из-за нехватки знаний, а также испытывают неуверенность при проведении физикального обследования пациентов, заявили исследователи. По их мнению, в этот период преподавателям ВУЗов следует быть особенно внимательными к студентам, чтобы не допустить попыток суицида.

Источник: Medportal.ru