

R. Pointner // J. fur Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen. — 2004. — Vol. 2, № 2. — P. 15–20.

8. Xu, Z. J. Anxiety and depression related to the symptoms of gastroesophageal reflux disease / Z.J. Xu [et al.] // Zhonghua Yi Za Zhi. — 2005. — Vol. 84, № 5. — P. 3210–3215.

9. Симоненков, А. П. Серотонин и его рецепторы в генезе стресса и адаптации. / А.П. Симоненков, В.Д. Фёдоров // Клиническая медицина. — 2000. — № 6. — С. 9–11.

10. Лапина, Н. С. Тревожно-депрессивные состояния у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Н. С. Лапина, Н. Н. Боровков // Клиническая медицина. — 2008. — № 2. — С. 59–62.

11. Джулай, Г. С. Клинико-эндоскопическая характеристика эзофагита и эмоционально-личностная сфера больных с ГЭРБ / Г. С. Джулай, Е. В. Секарёва // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2009. — № 4. — С. 35–39.

12. Фармакокинетика ингибиторов протонной помпы и психический статус больного как факторы, влияющие на эффективность лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни пантопрололом / Д. С. Бордин [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2010. — № 9. — С. 90–96.

13. Погромов, А. П. Психовегетативные аспекты у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и функциональными расстройствами пищевода / А. П. Погромов [и др.] // Клиническая медицина. — 2005. — № 12. — С. 41–44.

ОСТАПЕНКО Владимир Артемьевич, доктор медицинских наук, профессор (Россия), заведующий кафедрой факультетской терапии.

ВИКТОРОВА Инна Анатольевна, доктор медицинских наук, профессор (Россия), заведующая кафедрой внутренних болезней и поликлинической терапии.

ГРИШЕЧКИНА Ирина Александровна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней и поликлинической терапии.

Адрес для переписки: iz 1978@mail.ru.

Статья поступила в редакцию 02.03.2012 г.

© В. А. Остапенко, И. А. Викторова, И. А. Гришечкина

УДК 618.12-002-085+615.331:612.42

**О. В. ОЩЕПКОВА
И. Н. ПУТАЛОВА
С. В. БАРИНОВ
Ш. С. САБИТОВ**

Медико-санитарная часть № 9,
г. Омск

Омская государственная
медицинская академия

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИМФОТРОПНОГО ВВЕДЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА

При лечении осложненных форм воспалительных заболеваний придатков матки необходимо учитывать, что многие возбудители инфекций в настоящее время резистентны к антибактериальным препаратам. В результате этого возникает нарушение баланса между синтезом про- и противовоспалительных цитокинов. Для улучшения результатов лечения разработан сочетанный способ введения антибактериального препарата.

Ключевые слова: тубоварильный абсцесс, микрофлора, цитокиновый статус, лимфотропная терапия, оперативное лечение.

Введение. По частоте гнойно-септические осложнения в структуре воспалительных заболеваний женских половых органов составляют 5–7%. Они приводят не только к нарушению специфических функций женского организма, но и к инвалидности больных [1–3]. Для лечения осложненных форм воспалительных заболеваний придатков матки предложено большое количество методов. При этом следует иметь в виду, что при применении антибактериальной терапии возбудители инфекции претерпе-

вают адаптационные изменения, в основе которых лежит нарушение баланса между синтезом про- и противовоспалительных цитокинов, приводящее к усилению системных и локальных признаков инфекционного процесса [4, 5].

Цель исследования. Улучшить результаты комплексного лечения больных с осложненными формами воспалительных заболеваний придатков матки путем применения лимфотропного способа введения антибактериального препарата.

Материал и методы. Основную группу в исследовании составили 35 женщин с осложненными формами воспалительных заболеваний внутренних половых органов, в комплексном лечении которых был использован метод лимфотропного введения антибактериального препарата как во время оперативного лечения, так и в послеоперационном периоде. Группу сравнения составили 34 пациентки, получавшие традиционное лечение.

Критериями включения в исследование явились: репродуктивный возраст женщин (18–45 лет), с учетом согласия их на участие в исследовании. Пациентки до 18 лет и старше 45 лет, а также с распространенными формами перитонита, анемией тяжелой степени, осложнениями послеоперационного периода (острая тонкокишечная непроходимость, парез кишечника, сепсис) исключали из исследования.

Для выявления этиологического фактора у пациенток проведены посевы влагалищного отделяемого, содержимого полости абсцесса, перитонеального выпота с использованием систем МПФ «Литех», Москва.

Методами статистической обработки подвергали данные: показатели периферической крови у женщин (гемоглобин, количество лейкоцитов, количество незрелых форм лейкоцитов, значения лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ)), значения лактоферрина, интерликина 1 (ИЛ-1), интерликина 6 (ИЛ-6) и показатели (СВР) синдрома системной воспалительной реакции (значения температуры тела до 35,5 °С и выше 38,0 °С, тахикардию, тахипноэ, число лейкоцитов в периферической крови больше $12 \cdot 10^9/\text{л}$ или меньше $4 \cdot 10^9/\text{л}$, число незрелых форм клеток). Биометрический анализ осуществлялся с использованием пакетов STATISTICA-6, БИОСТАТИСТИКА, возможностей программы Microsoft Excel. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости p принимался равным 0,05. При этом значения p могли ранжироваться по трем уровням достигнутых статистически значимых различий: $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$.

Проверка нормальности распределения производилась с использованием критерия Шапиро-Уилки, проверка гипотез о равенстве генеральных дисперсий — с помощью F-критерия Фишера [6]. Средние выборочные значения количественных признаков приведены в тексте в виде $M \pm SE$, где M — среднее выборочное, SE — стандартная ошибка среднего [6, 7]. При ненормальном распределении значений в ряду указывалась также медиана (P50), 25-перцентиль (P25) и 75-перцентиль (P75) [8].

Для оценки различий в долях двух выборок использован метод вычисления значимости различий долей (метод углового преобразования Фишера). Принцип метода заключается в преобразовании процентов (долей) в величину ϕ , распределение которой близко к нормальному.

Для проверки статистических гипотез применяли непараметрические методы. Для сравнения числовых данных двух связанных групп использовался критерий ранговых знаков Вилкоксона (T), числовых данных двух независимых групп — U-критерий Манна-Уитни, числовых данных более чем двух групп — критерий Краскела — Уоллиса (H) [9].

Результаты. При микроскопии влагалищного мазка установлено, что у больных обеих групп преобладал неспецифический вагинит: у 29 (82,9 %) женщин основной группы и у 31 (91,2 %) женщины группы сравнения. Бактериальный вагиноз выявлен у 5 (14,3 %) женщин основной группы и у 2 (5,9 %) женщин группы сравнения.

При расширенном посеве микрофлоры влагалища на патогенную микрофлору у 54,3 % женщин основной группы и у 61,8 % женщин группы сравнения на фоне уменьшения лактобактерий выявлено увеличение численности условно патогенной флоры (УПФ). Патогенная микрофлора была представлена в основном *G.vaginalis*, *E.coli*, *Peptostreptococcus* spp., *S. Saprophyticus*, *S. Epidermidis*, *E. faecalis*.

В то же время в полости абсцесса у больных с осложненными формами воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) нами была отмечена ассоциация анаэробной и аэробной микрофлоры: у 34,3 % женщин основной группы и у 32,4 % группы сравнения. Представителями анаэробной микрофлоры были в обеих группах: *Peptostreptococcus* spp., *Fusobacterium*, *Bacteroides*, анаэробные коринеформные бактерии. Аэробная микрофлора была представлена *E.coli*, *Str. agalactiae*, *Str. viridans*, *S. epidermidis*.

Анализ полученных данных позволил сделать вывод, что абсцедирование при воспалении маточных труб и яичников чаще возникает в присутствии ассоциации анаэробной и аэробной микрофлоры. Выявить микроорганизмы в перитонеальном экссудате при тубоовариальных абсцессах нами не удалось.

Антибиотикотерапия у пациенток с осложненными формами ВЗОМТ имеет существенное значение. Учитывая преобладание полиморфизма инфекции, возникла необходимость применения антибиотиков широкого спектра действия. Во всех случаях выявленная микрофлора была чувствительна к амикацину (табл. 1).

Для улучшения результатов комплексного лечения больных с осложненными формами воспалительных заболеваний придатков матки мы применили лимфотропный способ введения антибактериального препарата (патент № 2397771 от 27 августа 2010 г.). Сущность его заключается в том, что интраоперационно в широкую связку матки с двух сторон между круглой маточной связкой и истмическим отделом маточной трубы вводили лекарственную смесь препаратов: лидазы 16 ЕД в 1 мл 0,25 % новокаина, а затем, не вынимая иглы, смесь преднизолона 15 мг, амикацина 0,25 г в 1 мл 0,25 % новокаина в параметрий придатков матки с двух сторон. Выполняли дренирование малого таза марлево-перчаточным тампоном по латеральным карманам к позадматочному пространству и ложу удаленного образования. При этом в послеоперационном периоде назначали антимикробный препарат метрогил (100 мл внутривенно 3 раза в сутки) и смесь лекарственных препаратов, которую применяли во время оперативного лечения. Последнюю вводили подкожно, лимфотропно с двух сторон от передней комиссуры больших срамных губ в послеоперационном периоде в течение 7–8 суток с периодичностью 1 раз в сутки.

Нами проведено рандомизированное проспективное открытое контролируемое исследование клинической эффективности и безопасности способа лечения больных с осложненными формами воспалительных заболеваний придатков матки, включающем оперативное вмешательство и введение антимикробного препарата лимфотропно. Данным способом пролечено 35 больных с осложненными формами воспалительных заболеваний придатков матки. 34 женщины группы сравнения в послеоперационном периоде получали традиционную терапию: внутримышечное введение амикацина 0,5 три раза в сутки и метрогила по 100 мл внутривенно три раза в сутки. Объем оперативного лечения у женщин

Таблица 1

Чувствительность микрофлоры к антибактериальным препаратам

Из влагалища	Из полости абсцесса	Чувствительность микрофлоры к антибактериальным препаратам
<i>E. faecalis</i> , <i>G. vaginalis</i>	<i>Peptostreptococcus</i> , <i>Bacteroides</i> spp.	Цефтриаксон, амикацин, ципрофлоксацин
<i>E. coli</i> , <i>Leptothrix</i>	<i>Fusobacterium</i> , <i>peptostreptococcus</i>	Гентамицин, цефтриаксон, амикацин
<i>Corinabacterium</i> , <i>U.urealyticum</i>	<i>Lactobacillus</i> , <i>Peptostreptococcus</i>	Гентамицин, амикацин
<i>M.hominis</i> , <i>U.urealyticum</i>	<i>St. epidermidis</i>	Гентамицин, клиндамицин, амикацин
<i>U.urealyticum</i>	<i>St. epidermidis</i>	Гентамицин, клиндамицин, амикацин
<i>U.urealyticum</i> , <i>Str. viridans</i> , <i>S. aureus</i>	<i>Peptostreptococcus</i> , <i>Acinetobacter lwoffi</i>	Гентамицин, амикацин, цефтриаксон
<i>E. faecalis</i> , <i>G. vaginalis</i> , <i>E. coli</i> , <i>S. saprofiticus</i>	<i>Str. agalactica</i>	Гентамицин, цефтриаксон, амикацин
<i>E. faecalis</i> , <i>E. coli</i>	—	Цефтриаксон, амикацин
<i>G.vaginalis</i> , <i>U.urealyticum</i>	—	Амикацин, цефтриаксон
<i>St. epidermidis</i>	<i>Peptococcus</i>	Гентамицин, цефтриаксон, амикацин
<i>E. faecalis</i> , <i>E. coli</i>	—	Гентамицин, клиндамицин, ципрофлоксацин, амикацин
<i>M.hominis</i> , <i>U.urealyticum</i>	<i>Bacillus subtilis</i>	Гентамицин, доксицилин, норфлоксацин, амикацин
<i>G. vaginalis</i> , <i>U.urealyticum</i> , <i>Peptostreptococcus</i>	<i>Peptostreptococcus</i>	Гентамицин, цефтриаксон, ципрофлоксацин, амикацин
<i>E. faecalis</i>	<i>E. coli</i>	Гентамицин, клиндамицин, ципрофлоксацин, амикацин
<i>C. albicans</i>	<i>Str. viridans</i>	Гентамицин, кларитромицин, цефтриаксон, амикацин
<i>G. vaginalis</i> , <i>E. faecalis</i> , <i>Bacteroides</i>	<i>G.vaginalis</i> , <i>Bacteroides</i>	Гентамицин, клиндамицин, цефтриаксон, амикацин
<i>U.urealyticum</i> , <i>G. vaginalis</i>	<i>E. faecium</i>	Кларитромицин, цефтриаксон, амикацин

Таблица 2

Объем оперативного вмешательства у женщин с осложненными формами ВЗОМТ

Объем оперативного вмешательства	Основная группа		Группа сравнения		Статистический критерий	P
	Абс.	% к общему числу	Абс.	% к общему числу		
Аднексэктомия с одной стороны	4	11,4	1	2,9	2I=2,12	>0,05
Аднексэктомия и тубэктомия	15	42,9	17	48,6		
Тубэктомия с двух сторон	2	5,7	2	5,7		
Тубэктомия с одной стороны	4	11,4	6	17,1		
Ампутация матки с придатками	10	28,6	8	22,9		
Всего:	35	100	34	100		

с осложненными формами ВЗОМТ представлены в табл. 2.

В основной группе ампутация матки с придатками выполнена у 28,6 % больных, в группе сравнения — у 22,9 %; аднексэктомия в сочетании с тубэктомией — у 42,9 % женщин основной группы и 48,6 % женщин группы сравнения.

Проведена оценка лабораторных тестов степени выраженности эндотоксикоза в исследуемых группах. Так, при сравнении динамики количества лейкоцитов в периферической крови у женщин обеих групп существенного различия не обнаружено. В то же время в основной группе снижение (на 79,8 %) этого показателя начинается со вторых суток, а в

группе сравнения — зарегистрировано только с 6 суток послеоперационного периода (на 59,58 %). При изучении динамики уменьшения числа палочкоядерных лейкоцитов снижение этого показателя (на 51,69 %) в основной группе зарегистрировано на 3 сутки послеоперационного периода, а в группе сравнения (на 29,93 %) — на 6 сутки. Значительные различия отмечены в изменении общего числа лимфоцитов, как между группами, так и в сравнении этого показателя внутри каждой из них. Увеличение числа лимфоцитов в основной группе зарегистрировали со 2 суток, в группе сравнения — с 3 суток. Снижение (на 55,8 %) значения ЛИИ в основной группе зарегистрировали со 2 суток послеоперационного

Таблица 3
Динамика показателей периферической крови у женщин с осложненными формами ВЗОМГ, МЗЕ

Показатели	до операции		I сутки		II сутки		Шестьи		IV сутки		VI сутки		X сутки	
	Сравнения n = 34	Основная n = 35												
гемоглобин, г/л	112,82 ±1,81	109,86 ±2,42	114,59 ±1,81	96,74 ±2,83	113,51 ±2,59	98,20 ±2,63	111,65 ±1,96	92,69 ±2,32	106,03 ±1,63	92,91 ±2,10	116,24 ±1,92	104,77 ±2,32	121,35 ±1,89	169,91 ±2,32
лейкоциты, ×10 ⁹	15,34 ±1,19	13,38 ±0,79	13,53 ±1,14	12,08 ±0,70	11,24 ±0,76	10,68 ±0,65	9,41 ±0,59	8,31 ±0,44	9,14 ±0,52	8,40 ±0,25	8,11 ±0,48	7,99 ±0,32	6,81 ±0,50	7,21 ±0,30
палочкоядерные	5,86 ±0,84	5,63 ±0,83	8,62 ±1,16	7,43 ±1,01	6,85 ±1,50	4,86 ±0,75	4,18 ±0,89	2,91 ±0,60	3,26 ±0,73	1,94 ±0,60	1,76 ±0,35	2,06 ±0,35	0,82 ±0,37	1,40 ±0,34
ЛМИ	6,92 ±0,76	6,77 ±0,67	5,13 ±0,56	6,91 ±0,67	5,87 ±0,64	3,78 ±0,43	3,25 ±0,37	2,48 ±0,33	3,50 ±0,42	2,88 ±0,32	1,33 ±0,18	1,36 ±0,17	1,19 ±0,15	0,98 ±0,12

Примечание: * — значение $p < 0,05$; ** — значение $p < 0,01$; *** — значение $p < 0,001$ в сравнении с показателями группы сравнения.

*Δ — значение $p < 0,01$ в сравнении с показателями основной группы до оперативного лечения.

*s# — значение $p < 0,01$ в сравнении с показателями группы сравнения до оперативного лечения.

Динамика показателей иммунного статуса у женщин с осложненными формами ВЗОМТ М±Е

Группы	Лактоферрин		ИЛ-1		ИЛ-6	
	Поступление	7 сутки	Поступление	7 сутки	Поступление	7сутки
Сравнения	5445,00 ±269,45	1828,51 ±324,97	945,770 ±334,92	624,28 ±280,58	37,57 ±5,9	29,35 ±3,59
Основная	4194,67 ±644,10	1508,56 ±1154,00	697,01 ±298,42	45,87 ±9,57 *	48,39 ±9,67	27,39 ±,55

Примечание: * — $p < 0,005$ в сравнении с 7 сутками группы сравнения

Таблица 5

Переход женщин из группы СВР в послеоперационном периоде

Признаки	Основная группа								Группа сравнения							
	1 сутки		2 сутки		3 сутки		4 сутки		1 сутки		2 сутки		3 сутки		4 сутки	
	Абс.	% к об. числу	Абс.	% к об. числу	Абс.	% к об. числу	Абс.	% к об. числу	Абс.	% к об. числу	Абс.	% к об. числу	Абс.	% к об. числу	Абс.	% к об. числу
нет	0	0	2	5,7	5	14,3	13	37,1	0	0	1	2,9	2	5,9	4	11,8
СВР I	5	14,3	19	54,3	25	71,4	22	62,9	8	23,5	16	47,1	23	67,6	24	70,6
СВР II	30	85,7	14	40,0	5	14,3	0	0	26	76,5	17	50,0	9	26,5	6	17,6

периода, в группе сравнения — на 46,97 % с 3 суток (табл. 3).

Для оценки эффективности проводимой терапии нами проведено изучение динамики цитокинов в обеих группах (при поступлении и на 7 сутки послеоперационного периода) (табл. 4).

При поступлении эти показатели в обеих группах были сопоставимы. На 7 сутки послеоперационного периода выявлены различия. В основной группе средние значения ИЛ-1 приближались к показателям нормы, в то время как в группе сравнения отмечали снижение ИЛ-1 только на 66,0 %. Показатель содержания лактоферрина в крови женщин основной группы снизился на 35,96 % (приблизился к значению нормы), а группы сравнения — на 33,58 % (значение больше нормы). Однако содержание противовоспалительных цитокинов в обеих группах оставалось повышенным, что требовало проведения дальнейшей терапии. Учитывая динамику лабораторных показателей у женщин двух групп в послеоперационном периоде и клинические проявления синдрома воспалительной реакции (СВР), нами проведена оценка состояния женщин и динамики показателей СВР.

Так, на 1 сутки послеоперационного периода в основной группе с признаками СВР I было 5 (14,3 %) женщин, в группе сравнения — 8 (23,5 %), с признаками СВР II — 30 женщин (85,7 %) и 26 (76,5 %) соответственно. На 2 сутки отсутствие признаков СВР II в основной группе отмечали у 2 больных (5,7 %), в группе сравнения — у 1 (2,9 %). У больных основной группы признаки СВР исчезают быстрее, чем в группе сравнения. Так, на 4 сутки послеоперационного периода у всех женщин основной группы отсутствуют признаки СВР II, в то время в группе сравнения они определяются еще у 6 (17,65 %) женщин (табл. 5).

Использование предложенного способа лечения позволяет снизить курсовую дозу антибактериальной терапии при достижении положительной динамики показателей.

Нами проведен анализ экономической эффективности предложенного метода. Расчет стоимости лечения такой категории больных по формуле, пред-

ложенной О. В. Горбуновым (2003). Стоимость лечения при стандартном подходе таких больных составила 15450 рублей на одну пациентку. Стоимость лечения по предложенному методу 14645 рублей. Медицинский эффект метода заключается в уменьшении продолжительности лечения таких больных в стационаре. Койко-день в основной группе составил — $15 \pm 1,1$, а в группе сравнения — $17 \pm 1,4$.

Выводы

1. Абсцедирование при воспалении маточных труб и яичников чаще развивается при сочетании ассоциации анаэробной и аэробной микрофлоры.

2. В перитонеальном экссудате при тубоовариальных абсцессах микроорганизмов не обнаружили.

3. Применение лимфотропной антибактериальной терапии у больных с осложненными формами воспалительных заболеваний придатков матки позволяет снизить интоксикационный синдром раньше, чем при использовании традиционной терапии, начиная со вторых суток послеоперационного периода (снижение количества лейкоцитов на 79,8 %, ЛИИ — на 55,8 %).

4. Лимфотропное введение антибактериального препарата позволяет усилить иммунный ответ, о чем свидетельствует увеличение (на 63,4 %) количества лимфоцитов в периферической крови со вторых суток послеоперационного периода.

5. Способ позволяет повысить эффективность лечения пациенток с осложненными формами воспалительных заболеваний придатков матки и снизить стоимость лечения такой категории больных.

Библиографический список

- Буданов, П. В. Проблемы эффективности терапии воспалительных заболеваний органов малого таза в гинекологии / П. В. Буданов // Лечащий врач. — 2006. — № 10. — С. 10–13.
- Кузьмин, В. Н. Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин / В. Н. Кузьмин // Лечащий врач. — 2007. — № 7. — С. 7.
- Чернеховская, Н. Е. Эндоскопическая и лапароскопическая диагностика и лечение гинекологических заболеваний /

Н. Е. Чернеховская, Д. П. Черелянцев // Лечащий врач. — 2004. — № 10. — С. 111–112.

4. Малашенкова, И. К. Принципы иммунокорригирующей терапии вторичных иммунодефицитов, ассоциированных с хронической вирусно-бактериальной инфекцией / И. К. Малашенкова, Н. А. Дидковский // РМЖ. — 2002. — Спец. вып. — Т. 10. — № 21. — С. 973–977.

5. Ярема, И. В. Предоперационная иммуноподготовка / И. В. Ярема, В. И. Сипратов, Н. Н. Сильманович // Лечащий врач. — 1998. — № 5. — С. 14–15.

6. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. — М.: Медиа Сфера, 2006. — 312 с.

7. Лапач, Н. С. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel: эксперим. исслед., клин. испытания, анализ фармац. рынка / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев: МОРИОН, 2000. — 319 с.

8. Гланц, С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. / С. Гланц: пер. Ю. А. Данилов; ред. Н. Е. Бузикашвили, Д. В. Самойлов. — М.: Практика, 1999. — 459 с.

9. Зайцев, В. М. Прикладная медицинская статистика: учеб. пособие для студентов мед. вузов / В. М. Зайцев, В. Г. Лифлянд-

ский, В. И. Маринкин; УМО по мед. и фармац. образованию вузов России. — СПб.: Фолиант, 2003. — 429 с.

ОЩЕПКОВА Ольга Васильевна, врач акушер-гинеколог Медико-санитарной части № 9 г. Омска (МСЧ № 9).

ПУТАЛОВА Ирина Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой «Анатомия человека» Омской государственной медицинской академии (ОмГМА).

БАРИНОВ Сергей Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой «Акушерство и гинекология № 2» ОмГМА.

САБИТОВ Шамиль Султанович, врач акушер-гинеколог, заведующий гинекологическим отделением МСЧ № 9.

Адрес для переписки: kal_1971@rambler.ru

Статья поступила в редакцию 23.12.2011 г.

© О. В. Ощепкова, И. Н. Путалова, С. В. Баринов, Ш. С. Сабитов

Книжная полка

Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия. Атлас: учеб. пособие для вузов / О. В. Зайратьянц. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 472 с. — ISBN 978-5-9704-1796-6.

Атлас соответствует утвержденной в 2005 г. примерной программе по дисциплине «Патология» (патологическая анатомия и патологическая физиология) для специальности 060105 (040400) — стоматология и рассчитан на изучение патологической анатомии в течение 3 семестров. Атлас содержит краткое изложение учебного материала и перечни препаратов для практических занятий, проиллюстрированные уникальными фотографиями макропрепаратов, микропрепаратов (секционный, операционный, биопсийный материалы) и электронограмм, главным образом из фотоархива и музея кафедры патологической анатомии Московского государственного медико-стоматологического университета и Московского городского центра патолого-анатомических исследований. Атлас призван помочь студентам-стоматологам в изучении общего и частного курсов патологической анатомии, курса орофациальной патологии; он ориентирован на изучение курса патологической анатомии с клинической точки зрения и направлен на формирование клинического мышления у студентов. Атлас предназначен студентам и преподавателям медицинских вузов.

Антимикробные препараты и стандарты лечения инфекционных осложнений у онкологических больных: рук. — М.: Практическая медицина, 2011. — 272 с. — ISBN 978-5-98811-187-0.

В данном руководстве, включающем формуляр по антимикробным препаратам и стандарты лечения основных инфекционных осложнений у онкологических больных, содержатся рекомендации по выбору антимикробных препаратов для лечения инфекций. Эти стандарты основаны на национальных и международных рекомендациях, а также на результатах микробиологического мониторинга, осуществляемого в лаборатории микробиологической диагностики и лечения инфекций в онкологии НИИ КО РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. В формуляре представлены подробные инструкции на оригинальные антимикробные препараты, рекомендованные Комиссией к использованию в РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. Планируется ежегодное обновление настоящего руководства. Руководство было одобрено на заседании комиссии 30.04.2010 г., которая была создана по приказу директора РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, академика М. И. Давыдова (приказ № 723 от 17.12.2009 г. по РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН).

Алейникова, Т. Л. Руководство к практическим занятиям по биохимии: учеб. пособие для студентов мед. вузов / Т. Л. Алейникова, Н. А. Павлова, Г. В. Рубцова. — М.: Медицина, 2000. — 128 с. — Гриф департамента Мин. здравоохранения. — ISBN 5-225-04190-6.

В 9 разделах руководства приведено 50 лабораторных работ, выполнение которых будет способствовать усвоению студентами теоретического материала по курсу «Биохимия». Каждый раздел заканчивается контрольно-практическими задачами для самоконтроля. В Приложении 1 в помощь лаборантам к каждой работе перечислены материал для исследования, реактивы и оборудование. Приведены также справочные таблицы нормальных биохимических показателей.