

237(80%) были выявлены признаки гиперпластических процессов эндометрия, такие как: увеличение М-эха более 5мм у женщин в менопаузе, и более 15мм у женщин репродуктивного периода, неоднородная структура М-эха. У 92 (22,8%) пациенток были выявлены признаки гиперпластических процессов эндометрия только по УЗИ, клинических проявлений у них не наблюдалось. По результатам гистероскопии у 400 (100%) пациенток были выявлены гиперпластические процессы эндометрия, у 40 (9,9%) женщин признаки хронического метрита. Совпадение результатов эхографического и гистероскопического исследований составило 348 (86,9%). По результатам гистологического исследования фоновые гиперпластические процессы были выявлены в 395 (96,1%), в 5 (1,3%) случаях выявлен аденоматозный полип эндометрия, 1 (0,4%) – атипичная гиперплазия эндометрия, 4 (0,9%) – аденокарцинома, 10 (2,5%) хронический метрит, при этом совпадения гистологического и гистероскопического диагнозов составили 392 (97,9%).

Выводы: анализируя полученные данные, выяснено, что ведущими факторами развития гиперпластических процессов эндометрия являются абсолютная и относительная гиперэстрогения и наличие хронического воспалительного процесса в полости матки, следовательно, необходимо своевременно и эффективно решать вопрос о лечении воспалительных заболеваний и осуществлять коррекцию гормонального фона. В результате данного исследования выявлено, что ультразвуковое исследование достоверный неинвазивный скрининговый метод и должен рекомендоваться для обязательного использования при профилактическом выявлении гиперпластических процессов эндометрия, что сделает возможным более раннее выявление данных заболеваний. Лечебно-диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии является высокоточным инвазивным методом позволяющим диагностировать и лечить гиперпластические процессы эндометрия.

Кардиоваскулярная чувствительность к дефициту оксида азота у здоровых и гипертензивных крыс в условиях покоя и стресса

Бердникова В.А., Смирнова А.Е., Семячкина-Глушкова О.В., Анищенко Т.Г.

*Саратовский государственный университет им. Н.Г.Чернышевского
Саратов, Россия*

Целью настоящего исследования явилось изучение реакций сердечно-сосудистой системы на блокаду синтеза оксида азота (NO) у здоровых и гипертензивных самцов крыс в покое и при 60 мин иммобилизационном стрессе.

Эксперименты были выполнены на 15 здоровых и 13 гипертензивных самцах белых крыс. Для индуцирования высоких значений артериального давления использовали модель экспериментальной гипертензии Голдблота – 2 почки, 1 клипса, путем наложения серебряной клипсы на главную почечную артерию. Для блокады синтеза NO использовали N^o-нитро-L-аргинин (2.5 мг/1000г, i.p.). Регистрацию среднего артериального давления (ср.АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) производили на специальной установке с помощью катетера, вживленного в сонную артерию под общей анестезией (нембутал, 0.40 мг/100г, i.p.). Для статистической обработки данных использовали пакет программ Statistics for Windows 95. Различия считались достоверными при P<0,05.

Наложение клипсы на почечную артерию привело через 7 недель к повышению ср.АД с 99±2 мм рт.ст. (P<0.05) до 140±3 мм рт.ст. (P<0.05). Введение блокатора синтеза NO здоровым и гипертензивным самцам сопровождалось длительными гипертензивными реакциями, в ответ на которые развивалась компенсаторная брадикардия. В этих условиях сосудистые эффекты у гипертензивных самцов были менее выраженными как по амплитуде, так и по длительности. При этом, по хронотропным изменениям между двумя группами животных не было обнаружено существенных отличий.

Развитие гипертензии сопровождалась усилением кардиоваскулярной стресс-реактивности как по сердечному, так и по сосудистому компоненту. Так, хронотропные эффекты стресса у гипертензивных самцов были более значительными, чем у нормотензивных самцов. При этом, сосудистые реакции при стрессе у гипертензивных самцов по сравнению со здоровыми были более продолжительными.

В условиях стресса отмечалось повышение сосудистой реактивности к дефициту NO, выраженное в большей степени у здоровых, чем у гипертензивных самцов. Действительно, если у здоровых самцов при стрессе на фоне введения блокатора NO как амплитуда, так и продолжительность гипертензивных реакций значительно увеличивались, то у гипертензивных самцов сосудистые эффекты стресса не были существенно изменены по амплитуде, но были более продолжительными. Отметим, что хронотропные эффекты стресса при этом были снижены в одинаковой степени у здоровых и гипертензивных крыс.

Таким образом, результаты наших экспериментов показали, что у гипертензивных крыс в условиях покоя и стресса снижена сосудистая реактивность к дефициту NO, что в значительной мере может компенсировать понижение базальной и стрессорной секреции

НО при развитии гипертензии у крыс, обнаруженное в наших предыдущих опытах.

Исследования выполнены при поддержке грантом МОРФ по программе «Развитие потенциала высшей школы».

Взаимоотношение врач-пациент при выработке совместного решения о дальнейшем лечении соматических болезней

Биккинина Г.М., Исхаков Э.Р.

Башкирский государственный медицинский университет

Уфа, Республика Башкортостан, Россия

Пунктуальное выполнение предписанных врачом медикаментозных рекомендаций, т. е. приверженность (комплаенс) больного к лечению, зависит во многом от эффективности процесса общения между врачом и пациентом (SABA). Улучшение комплаенса через усиление мотивации достигается либо путем проведения специальной образовательной программы для больных, либо через беседу врач-пациент. Например, выработка совместного решения по дальнейшему лечению, во время визита, в котором врач разъясняет особенности действия и применения лекарств, спрашивает и выслушивает мнение пациента об особенностях употребления им медикаментов, повышает приверженность пациентов к приему препаратов и, следовательно, улучшает эффективность лечения (5, 7).

Целью исследования явилось установить особенности коммуникативного процесса «врач-пациент» по выявлению процесса принятия совместного решения о дальнейшем лечении соматических болезней. Было проанализировано 98 приемов в платной поликлинике и частных визитов врачей, во время которого проводилось наблюдение за процессом общения «врач-пациент». Оценка выработки совместного решения о дальнейшем лечении в системе «врач-больной» проводилась с учетом работ Elwin (2, 3, 4), Bradock (1), Saba(6). Обосновано, что совместное принятие решение о дальнейшем лечении вырабатывается при выполнении в ходе общения таких условий, как обмен информацией о ходе лечения, выработка убежденности о необходимости, полезности (безвредности) и эффективности предлагаемых для приема медикаментов (или каких либо других рекомендаций), взаимного достижения согласия и договоренности о лечении (обследовании). В процессе наблюдения нами определялись 5 коммуникативных поведенческих категорий, которые оценивались по 3 разрядам: «0» - не выражен, «1» - слабо выражен, «2» - сильно выражен. Первая категория – демонстрация уверения и убеждения врачом пациента о

необходимости применения той или иной рекомендации. Вторая категория – вызывание врачом мнения об уверенности и убежденности со стороны пациента о необходимости выполнения той или иной рекомендации. Третья категория – информирование врачом пациента об особенностях той или иной рекомендации. Четвертая категория – получение от пациента информации об его отношении и особенностях применения и выполнения той или иной рекомендации. Пятая категория – достижение взаимного согласия на выполнение той или иной рекомендации. Максимальное количество баллов соответствующее полному совместному решению являлось 10, а при 0 баллов было отсутствие решения.

Из числа визитов и посещений 51 (52%)случай были по поводу сердечно-сосудистых болезней (АГ, ИБС), а 47 (48%) - по поводу болезней ЖКТ. Установлено, что среди мероприятий, которые рекомендовались пациентам, на первом месте было медикаментозное лечение– 59 (60%), диагностические исследования – 15 (15%), изменение образа жизни– 9 (10%), другие виды лечения – 15 (15%).

Определено, что в беседе врач-пациент полное принятие совместного решения о дальнейшем лечении соматических болезней (количество баллов 9-10) проявилось в 10 (9,8%) случаях, и процесс близкий к этому (количество баллов 6-8) – в 31 (22%) случае. В каждом пятом приеме или визите отсутствовала ситуация совместного решения о дальнейшем лечении (количество баллов 0-2) – 20 (20%)случаев. В большинстве визитов процесс общения был лишь приближен к совместному принятию решения (количество баллов 3-5), таковых наблюдалось 40 (44%) случаев. Полученные данные отличаются от результатов Saba, исследовавших частнопрактикующих врачей США, где достигалось более половины совместных решений о лечении.

Таким образом, установлено, что в большинстве случаев процесс общения «врач-пациент» протекает с низким уровнем совместного принятия решения о дальнейшем лечении.

Дыхательные расстройства у работников газовой промышленности

Бисалиев Р.В.

*Астраханский государственный университет
Астрахань, Россия*

Одной из актуальных проблем современной биологии и медицины является изучение влияния промышленных поллютантов на здоровье человека. На настоящий момент насчитывается более 40 городов с уровнем загрязненности атмосферного воздуха в несколько раз превышающим допустимые