

длительности воздействия ультразвук может быть полезным и вредным.

Наиболее опасным является контактное воздействие и в малых зонах.

Таким образом, все вышеизложенное является физическим (звуковым) воздействием на окружающую среду – шумовое воздействие. Скорость распространения звука в различных средах не зависит от частоты и длины волны, но имеет место зависимость поглощения звука в различных средах от той же частоты и длины волны. С уменьшением частоты и увеличением длины волны, возрастает расстояние прохождения звука, поэтому наиболее опасен для живого мира инфразвук, который имеет техногенное, природное и космическое происхождение.

Инфразвук особо опасен для здоровья человека, поэтому предлагается создать посты приема и анализа инфразвука в городских, сельских и других поселениях, для мониторинга и разработки защитных мероприятий.

Прием инфразвука надо осуществлять в диапазоне от 20 Гц до одного и тысячных долей герца.

ИЗУЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ НЕСЕЛЕКТИВНЫХ И СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ЦИКЛООКСИГЕНАЗЫ В ТЕРАПИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМНОРЕЕ

Галачиева З.М., Болиева Л.З.

*Северо-Осетинская государственная
медицинская академия
Владикавказ, Россия*

Первичная дисменорея клинически проявляется болевым синдромом во время менструации при отсутствии какой-либо патологии со стороны внутренних половых органов. Основная роль в патогенезе первичной дисменореи отводится простагландинам (ПГ) E₂, F_{2α}, гиперпродукция и дисбаланс в соотношении которых способствует развитию спастических сокращений миометрия, ишемии и боли.

В течение многих лет средствами выбора в терапии болевого синдрома являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) - неселективные ингибиторы циклооксигеназы. Несмотря на достаточно высокую эффективность, эти средства даже при кратковременном применении могут вызывать серьезные нежелательные реакции, прежде всего со стороны желудочно-кишечного тракта, что существенно ограничивает их применение. В начале 90-х годов XX века было показано, что циклооксигеназа-2 (ЦОГ-2) экспрессируется в тканях при воспалении и является мишенью для противовоспалительного действия НПВП. В противоположность этому, ЦОГ-1 является конституциональной формой фермента, и именно с подавлением ЦОГ-1

связывают развитие большинства побочных эффектов НПВП, таких как изъязвление слизистой желудочно-кишечного тракта, подавление агрегации тромбоцитов и др. Внедрение в клиническую практику препаратов, обладающих селективным ингибирующим действием по отношению к ЦОГ-2, позволяет блокировать развитие воспаления, боли и лихорадки при отсутствии неблагоприятного влияния на желудочно-кишечный тракт и агрегацию тромбоцитов.

Целью настоящего исследования явилось сравнительное изучение безопасности неселективных ингибиторов ЦОГ диклофенака калия и ибупрофена и селективных ингибиторов ЦОГ-2 нимесулида, мелоксикама и целекоксиба при первичной дисменорее.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 117 пациенток с первичной дисменореей. Критериями включения в исследования были: возраст старше 16 лет, отрицательный тест на беременность, отсутствие какой-либо патологии при гинекологическом и ультразвуковом исследовании как возможной причины дисменореи, нормальные показатели рутинных лабораторных анализов, отсутствие отягощенного соматического анамнеза и аллергических реакций на НПВП. Все участницы исследования дали письменное согласие на проведение клинического и лабораторного обследования и лечения.

Все пациентки были разделены на 5 групп: по 22 девушки 1-й и 2-й групп получали диклофенак калия по 50 мг 2 раза в день или ибупрофен по 400 мг 2 раза в день, по 24 пациентки 3-й и 4-й групп получали нимесулид по 100 мг 2 раза в день или мелоксикам по 7,5 мг 2 раза в день, 25 больных 5-й группы получали целекоксиб по 200 мг 2 раза в день. Препараты назначались на 2-3 дня с 1-го дня менструации. В течение всего периода исследования проводили мониторинг побочных эффектов.

Полученные результаты исследования обработаны методом вариационной статистики. Достоверность различий оценивали по критериям t-Стьюдента, Уилкоксона, Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

Основные неблагоприятные реакции, выявленные в ходе исследования, были следующими. Диарея отмечалась у 9,1% больных, принимавших диклофенак калия и ибупрофен, 4,1% принимавших нимесулид, 8,3% принимавших мелоксикам и 8% пациенток, принимавших целекоксиб; тошнота отмечалась у 9,1% девушек 1-й и 2-й групп; боли в животе у 18,6% пациенток 1-й группы и 9,1% пациенток 2-й группы. Жалобы на головокружение были у 13,6% девушек, принимавших диклофенак калия, 9,1%, принимавших ибупрофен, 4,1%, принимавших нимесулид, и 8,3%, принимавших мелоксикам. Головная боль наблюдалась у 22,7% при приеме диклофенака

калия, 9,1% при приеме ибупрофена и 4% при приеме целекоксиба.

Таким образом, при оценке неблагоприятных реакций выявлена несколько большая их

частота при использовании диклофенака калия и ибупрофена, однако имеющиеся различия не были статистически достоверны.

Таблица 1. Общая характеристика пациенток, включенных в исследование

Группа, число больных	1 n=22	2 n=22	3 n=24	4 n=24	5 n=25
Препарат	Диклофенак калия (Рап-тен-рапид, Nemofarm)	Ибупрофен (Nemofarm)	Нимесулид (Найз, Dr. Reddy Labor.)	Мелоксикам (Мовалис, Boeringer Ingelheim)	Целекоксиб (Целебрекс, Pfizer)
Форма выпуска	Драже по 50 мг	Таблетки по 400 мг	Таблетки по 100 мг	Таблетки по 7,5 или 15 мг	Капсулы по 100 или 200 мг
Режим дозирования	По 50 мг 2 раза в день	По 400 мг 2 раза в день	По 100 мг 2 раза в день	По 7,5 мг 2 раза в день	По 200 мг 2 раза в день
Возраст	18,4±2,0	19,2±3,0	18,9±2,5	19,4±2,9	19,6±3,2
Возраст наступления менструации	13,2±1,6	13,6±1,8	13,4±1,2	13,6±1,4	13,8±2,0
Продолжительность боли во время менструации	1,8±0,5	2,2±1,0	2,5±1,2	1,8±0,8	2,7±0,8
Продолжительность менструального цикла	28,4±1,4	28,6±1,2	27,6±1,2	28,1±1,2	28,8±1,6
Средняя оценка боли до начала лечения	2,7±0,5	2,6±0,6	2,8±0,7	2,7±0,8	2,8±0,6

В связи с доказанным повышением продукции ПГ при первичной дисменорее НПВП являются препаратами выбора при указанной патологии. Традиционно в лечении боли при менструации применяли диклофенак, ибупрофен и напроксен. Однако в течение последних нескольких лет показана аналогичная эффективность селективных ингибиторов ЦОГ-2 и корреляция между подавлением продукции ПГ при их применении и редукцией болевого синдрома. По имеющимся литературным данным селективные ингибиторы ЦОГ-2 нимесулид, мелоксикам и целекоксиб обладают высокой клинической эффективностью при достоверно меньшей частоте и выраженности неблагоприятных реакций, прежде всего со стороны желудочно-кишечного тракта. Высокая безопасность является неоспоримым преимуществом данной группы средств и делает их использование предпочтительным назначению традиционных НПВП. Однако следует отметить, что при кратковременном назначении НПВП риск развития неблагоприятных реакций при использовании препаратов обеих групп достаточно низок, потому более быстрое наступление обезболивающего эффекта при использовании диклофенака калия и ибупрофена и их более низкую стоимость в сравнении с селективными ингиби-

торами ЦОГ-2 делают их препаратами выбора для определенных категорий пациентов.

Исходя из полученных данных, выбор НПВП для купирования болевого синдрома при первичной дисменорее должен быть индивидуальным с учетом сопутствующей патологии, наличия противопоказаний и стоимости лекарственных средства. Основываясь на полученных данных, следует признать целесообразным проведение дальнейших исследований с целью идентификации и внедрения в клиническую практику новых эффективных и безопасных средств лечения первичной дисменореи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Насонов Е.Л. // Клиническая фармакология и терапия. – 2000.- №9.- С. 57-64.
2. Насонов Е.Л. // Тер. архив.- 2001.- № 5.- С. 57-61.
3. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. // Акушерство и гинекология.- 2000.- №6.- С. 51-56.
4. Сметник В.П., Тумилович Неоперативная гинекология. М.:
5. Coco A. S. Primary Dysmenorrhea // Am. Fam. Physician.- 1999.- Vol. 60.- P. 489-496.

6. Dawood M.Y. // J. Reprod. Med.- 1985.- Vol. 30 (3).- P. 154-160.
7. Dawood M.Y. // Am. J. Med.- 1988.- Vol. 84 (5A).- P. 23-29.
8. McAdam B.F., Catella-Lawson F., Mardini I.A. et al. // Proc. Natl. Acad. Sci. USA.- 1999.- Vol. 96.- P. 272-277.
9. Vane L.R. Towards a better aspirin // Nature.- 1994.- Vol. 367.- P. 215-216.
10. Warner T.D., Giuliano F., Vojnovic I. et al. // Proc. Natl. Acad. Sci. USA.- 1999.- Vol. 96.- P. 1563-1568.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМ АСПЕКТЕ

Гончаренко Д.В., Дмитриева О.А.

*ГУЗ «Приморское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы»
Владивосток, Россия*

В нашей стране взаимоотношения пациента и врача определяются с одной стороны конституционным правом каждого человека на получение медицинской помощи, с другой – конституционной обязанностью государства в лице учреждений здравоохранения, работающих в соответствии с Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан». Одной из самых сложных и актуальных задач судебно-медицинской экспертизы является оценка правильности диагностики и лечения, в том числе целесообразности применения методов, связанных с повышенным риском для пациента. В целом по России, по данным Российского центра судебно-медицинской экспертизы (ФГУ РЦСМЭ РОСЗДРАВА), в последние годы акушеры-гинекологи располагаются на 2-ом месте в таблицах, анализирующих работу врачей в связи с профессиональными правонарушениями (20,9% – 22,0%). Чаще всего поводом для проведения судебного расследования были жалобы пострадавших или их родственников на ненадлежащее оказание медицинской помощи (63,0%), реже – проверки, проводимые органами прокуратуры в связи со смертью родильниц или новорожденных в учреждениях здравоохранения (20,0%), результаты проведения служебных расследований (10,0%), ходатайства адвокатов или медицинских работников, недовольных предыдущим решением суда (7,0%). На основании анализа 52 изученных нами судебно-медицинских акушерско-гинекологических экспертиз, проведенных в Приморском крае за последние три года, дефекты оказания медицинской помощи выявлены в 58,9%. Из них: дефекты догоспитального этапа составили 29,7%, госпитального - 70,3%. На всех этапах оказания медицинской помощи акушерско-гинекологического профиля встречались дефекты диагностики (39,0% от всех дефектов ока-

зания медицинской помощи, их них: не установлено основное заболевание – в 25,7%, не распознаны осложнения – в 8,6%, не диагностированы важные сопутствующие заболевания – в 4,7%) и лечения (20,9%), а также организационно-тактические (27,0%) и деонтологические нарушения (13,0%). Выявление и анализ недостатков оказания медицинской помощи на судебно-медицинском экспертном материале способствует улучшению лечебно-диагностического процесса в акушерско-гинекологической практике.

ЧТО СУЛЯТ ПРОГНОЗЫ ОТЕЧЕСТВЕННЫМ ПРОИЗВОДИТЕЛЯМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ?

Гришакина Н.И., Манова Т.С.

*Новгородский государственный университет
В.Новгород, Россия*

По результатам проведенных маркетинговых исследований емкость рынка стоматологического оборудования в России составляет около 10 млрд. руб. в год. По сравнению с 2005 годом эта цифра увеличилась на 25%, что позволяет сделать вывод о перспективах роста производства стоматологического оборудования. В настоящее время около 90 % потребностей в оборудовании у российских стоматологических клиник удовлетворяют иностранные компании. Основными лидерами по поставкам оборудования в Россию являются такие мировые производители как: Summit Dental Systems, Cattani, Mocom, Bluex, Villa. Российским производителям стоматологического оборудования в свою очередь достается только 10% заказов. Данная ситуация связана с тем, что государственные медицинские учреждения пока недостаточно финансируются, а частные клиники закупают дорогостоящее импортное оборудование. Основными достоинствами импортного оборудования являются наличие узнаваемой торговой марки, современные технологии производства. В свою очередь российские производители стоматологического оборудования могут заинтересовать потребителя низкой ценой (в 3-5 раз ниже импортных аналогов).

Основные направления, по которым идет производство оборудования, это: стоматологические установки, вакуумные аспирационные системы, компрессоры, стерилизационное оборудование и рентгеновские аппараты. Наиболее перспективным и востребованным является производство стоматологических установок, большинство торгующих организаций именно по количеству проданных установок определяют прибыльность своего бизнеса. Средняя российская клиника имеет 2-3 рабочих места врача-стоматолога, последнее время прослеживается явная тенденция к увеличению среднего числа рабочих мест до 4-5 установок. Отечественные предприятия