

отмечалось более значительное изменение характеризующих ее показателей в сторону нормы по отношению к дооперационным. У всех пациенток обеих групп с пролапсом слизистой прямой кишки до операции отмечено увеличение остаточного внутривеносного давления в анальном канале, которое составило  $18,1 \pm 2,5$  мм рт. ст. (у здоровых женщин,  $n=50$ ,  $12,2 \pm 2,7$  мм рт. ст.). В послеоперационном периоде этот показатель у больных с ненарушенной функцией держания составил  $12,9 \pm 1,7$  мм рт. ст. у больных основной группы и  $12,7 \pm 1,9$  мм рт. ст. в контрольной группе ( $P > 0,05$ ). При сравнении больных с инконтиненцией результаты были лучше в основной группе, чем в контрольной:  $13,6 \pm 1,5$  мм рт. ст. и  $15,3 \pm 1,7$  мм рт. ст., что мы связываем с более полной коррекцией положения тазового дна при крестцово-остистой фиксации в собственной модификации. Больные осмотрены в отдаленные сроки, максимально через 4 года и минимально через полгода. Рецидива не отмечено ни у одной больной основной группы, в контрольной группе – у 2 больных в результате прорезывания швов, фиксирующих влагалище.

**Выводы:** При постгистерэктомическом выпадении влагалища, особенно рецидивном, пластику желательно осуществлять с использованием синтетических трансплантатов, так как у этих больных отмечается слабость соединительной ткани и с трудом дифференцируется связочный аппарат. Мы рекомендуем отдавать предпочтение крестцово-остистой фиксации с обеих сторон, используя синтетическую сетку. При этом операция может быть выполнена при любой длине влагалища и сохраняет его физиологическое положение. Использование разработанной методики позволили улучшить результаты лечения этой патологии.

**ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ  
НОРМАТИВНЫХ ЗНАЧЕНИЙ  
ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ**

Парабонский А.П.  
*Медицинский институт высшего сестринского  
образования,  
Кубанский медицинский университет  
Краснодар, Россия*

Критерии формирования нормативных значений в медицине являются вопросами, которые постоянно находятся в стадии обсуждения по мере развития медико-биологических наук и приобретения новых знаний. Важным является не только диагностика уже развившейся патологии, но и выявление таких переходных состояний организма, как адаптация, дезадаптация, предболезнь. Как показали наши исследования при обследовании больших контингентов лиц, считающих себя здоровыми, достаточно велика распространённость таких состояний. Широкое исполь-

зование среднестатистической нормы не способствует определению границ пограничных состояний. В медицине клиническая и лабораторная норма не всегда совпадают. В современных условиях возможно формирование некоторых изменений, которые можно расценить как адаптацию или даже адаптационную модификацию, возникающую под воздействием постоянных и закреплённых в качестве необходимых новых факторов для сохранения гомеостаза.

В представленной работе изложены принципы, на основании которых разработаны критерии, позволяющие учитывать донозологические изменения со стороны иммунной системы (ИС). В исследуемую группу (186 человек) вошли клинически здоровые лица, у которых маркеры инфекционных заболеваний не обнаружены и отмечен нормативный уровень аминотрансфераз. Выявлено, что у части обследованных лиц содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) статистически значимо превышает существующие нормативные значения. Для разработки оптимальных критериев формирования корректных нормативных значений иммунологических показателей (ИП) и для уменьшения разбросов был применен метод сигмальных отклонений с учетом пороговых колебаний показателей в пределах  $\pm\sigma$ . Такой подход был использован для исключения из группы клинически здоровых лиц пациентов, как с недостаточностью, так и с активацией ИС. Использование на предварительном этапе скринингового исследования, которое позволило бы исключать из группы клинически здоровых лиц с лабораторными признаками нарушений ИС, является необходимым для формирования корректных нормативных значений ИП. Выбор ЦИК в качестве интегрального показателя при скрининге основывался на положении, что повышенный их уровень является отражением специфического взаимодействия антигена-антитела.

Показано, что с целью корректного формирования нормативных значений ИП необходимо соблюдение некоторых положений: полное клиническое обследование доноров с тщательным сбором анамнеза; отсутствие в анамнезе указаний на наличие хронического воспалительного процесса; отсутствие острых воспалительных процессов не менее чем за четыре недели до момента обследования; отсутствие у доноров маркеров латентных инфекций; обязательное включение в первичное иммунологическое обследование определения уровня ЦИК в сыворотке крови с исключением из группы доноров лиц, у которых этот показатель превышает нормативные значения; использование помимо средних значений показателя порогового ограничения  $\pm\sigma$ , что позволяет определить нижнюю границу стимуляции, а также тот предел, который является верхней границей иммунной недостаточности.

Использование предложенных критерииев представляется вполне оправданным для отбора доноров в группы с целью формирования нормативных значений ИП, а также для определения границ их колебаний для дальнейшего использования в клинической практике.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ПРАКТИКА**

Парахонский А.П., Шаповалов К.В.  
*Медицинский институт высшего сестринского  
образования,*  
*Кубанский медицинский университет  
Краснодар, Россия*

Целью клинической эпидемиологии является отбор и систематизация достоверных результаты различных методов диагностики и лечения, разработка и применение методов клинического наблюдения, которые дают возможность делать справедливые заключения, избегая влияния систематических и случайных ошибок. Для исключения систематических ошибок учитывают особенности отбора пациентов. Проводят оценку вмешивающихся факторов. Обязательным является внимание к методам измерения. Случайных ошибок избежать нельзя, но степень их влияния можно оценить количественно с помощью статистических методов. Главный постулат клинической эпидемиологии – каждое клиническое решение должно базироваться на строго доказанных научных фактах. Согласно принципам доказательной медицины в диагностике, лечении и профилактике заболеваний должны использоваться только методы, эффективность которых доказана рационально организованными объективными сравнительными исследованиями.

Исследования, результаты которых можно рассматривать в качестве руководства к действию, должны соответствовать определённым требованиям. Это: правильная организация исследования и математически обоснованный способ рандомизации; чётко обозначенные и соблюденные критерии включения и исключения из исследования; правильный выбор критериев исхода болезни и эффективности терапии; корректное использование статистических методов обработки данных. Различают экспериментальные (контролированные, с преднамеренным вмешательством) клинические исследования и обсервационные. В экспериментальных - исследователь может контролировать или манипулировать тем фактором, влияние которого на исход болезни подлежит изучению и анализу. При отсутствии этой возможности исследования относят к обсервационным. Последние могут быть ретроспективными и проспективными, которые предпочтительнее ввиду большей точности. По организации обсервационные исследования делятся на одновременные и протяжённые. К 1-м относят описа-

ние случая или серии случаев, ко 2-м – исследование “случай-контроль”, когортное исследование.

Обязательным условием хорошо спланированного экспериментального исследования является проведение рандомизации - процедуры, обеспечивающей случайное распределение больных в экспериментальную и контрольную группы. Исследования могут быть одноцентровыми или многоцентровыми, когда в испытания включаются несколько учреждений. Рандомизированные исследования могут быть открытыми и “слепыми” (маскированными). Для внедрения в практику результатов доказательных исследований необходимо чёткое описание категорий пациентов, лечение которых изучалось для сравнения их с другими больными, которые нуждаются в лечении. К косвенным критериям эффективности лечения относят положительные изменения какого-либо исследуемого показателя. К прямым - выздоровление, снижение летальности и осложнений, сокращение срока госпитализации, улучшение качества жизни.

Итак, в мировой практике “золотым стандартом” считаются рандомизированные контролируемые (проспективные) испытания с двойным или тройным “слепым” контролем. Материалы этих испытаний и проведенный на их основе метаанализ должны использоваться в медицинской практике в качестве источника наиболее достоверной информации. Организация, проведение и оценка результатов клинических исследований, выполненных на основе достижений доказательной медицины – сложный и дорогостоящий процесс, поэтому крайне важно использовать в широкой практике уже полученные данные.

### **ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА В РАСПРОСТРАНЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

Парахонский А.П., Венглинская Е.А.  
*Медицинский институт высшего сестринского  
образования,*  
*Кубанский медицинский университет  
Краснодар, Россия*

Проанализирована роль модифицируемых факторов риска (ФР): артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД), курения, абдоминального ожирения, низкой физической активности, недостаточного употребления овощей и фруктов, индекс отношения Апо-В/Апо-А, чрезмерного употребления алкоголя, психосоциальных факторов. Ассоциируемые с этими факторами риски являются общими для всех географических регионов и этнических групп. С этими ФР связано 90% всех случаев инфаркта миокарда (ИМ). Около 20-25% населения страны страдает АГ. По стратификации ФР ССЗ повышение системического АД до 160-180 мм рт. ст. приводит к