

10. Lane R., Sechrest L., Reidel R. et al. Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia // *Psychosom. Med.* – 1996; 58: 203–210.
11. Rydén L., Standl E., Bartnik M. et al. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD) // *Eur. Heart J.* – 2007; 28 (1): 88–136.
12. Salminen J., Saarijarvi S., Aarela E. et al. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland // *J. Psychosom. Res.* – 1999; 46: 75–82.
13. Taylor G., Bagby R. New trends in alexithymia research // *Psychother. Psychosom.* – 2004; 73: 68–77.
14. Topsever P., Filiz T., Salman S. et al. Alexithymia in diabetes mellitus // *Scott. Med. J.* – 2006; 51: 15–20.
15. Wild S., Roglic G., Green A. et al. Global prevalence of diabetes: estimated for the year 2000 and projections for 2030 // *Diabetes Care.* – 2004; 27: 1047–53.

ALEXITHYMIA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

I. Sapozhnikova^{1,2}, Candidate of Medical Sciences; Professor **E. Tarlovskaya**¹, MD; **T. Vedenskaya**²

¹Kirov State Medical Academy; ²Kirov Regional Clinical Hospital

The paper presents the results of studying the degree of alexithymia (difficulty recognizing and verbalizing emotions) in patients with type 2 diabetes mellitus versus a control group matched for gender and age. It gives data on the association of significant alexithymia with social and demographic characteristics, complications of diabetes, carbohydrate metabolic compensation, and anxiety-depressive disorders.

Key words: type 2 diabetes mellitus, alexithymia, complications of diabetes mellitus.

ВЛИЯНИЕ ПОЛОВОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ НА ИХ РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Н. Загоркина, доктор медицинских наук, профессор,
И. Банюшевич, кандидат медицинских наук
Омский государственный педагогический университет,
Омская государственная медицинская академия
E-mail: rpn-press@mail.ru

Представлены результаты изучения репродуктивного здоровья девочек-подростков 15–17 лет, проживающих в сельской местности. Определены ведущие факторы риска формирования репродуктивных потерь, влияние полового воспитания школьников на репродуктивное здоровье.

Ключевые слова: половое воспитание, репродуктивное поведение, показатели репродуктивных потерь.

В последние годы проблема рождения здорового поколения приобретает особую актуальность [1, 9]. В большинстве регионов РФ репродуктивное здоровье населения ухудшается. Так, гинекологические заболевания наблюдаются у 80% выпускниц средних учебных заведений [4, 7]. На территории Омской области распространенность гинекологической патологии также высока, ведущее место в ней занимают расстройства менструальной функции и воспалительные заболевания (сальпингиты, оофориты), особенно распространенные среди девочек 15–17 лет, проживающих в сельской местности (табл. 1).

Распространенность нарушений менструального цикла имеет тенденцию к росту как у сельских, так и у городских девочек-подростков, однако у сельских девочек она выше почти в 2 раза, а распространенность воспалительных заболеваний у них выше, чем у их городских сверстниц, почти в 4 раза ($p < 0,01$).

Нами определены наиболее значимые показатели, отражающие особенности репродуктивного поведения и репродуктивного здоровья девочек-подростков, проживающих в 32 муниципальных районах области, в сопоставлении с таковыми в городской популяции. Особое место среди факторов, нарушающих репродуктивное здоровье подростков, занимают аборт (табл. 2).

За исследуемый период частота абортов уменьшилась в муниципальных районах, но незначительно; существеннее снижение данного показателя в Омске. В 50% сельских районов частота абортов превышает среднегодовой показатель в 1,5–2 раза.

Неосведомленность молодежи способствует девиантному стилю поведения, при котором приемлемы курение, алкоголь, наркотики, смена полового партнера. Частота абортов, осложнений беременности и родов возрастает на фоне ранней сексуальной активности. В целом семья, родители недостаточно активно занимаются подготовкой детей к сек-

суальной жизни и реализации ими своих репродуктивных прав и возможностей, причем семьи не делают этого прежде всего в силу собственной слабой осведомленности [5]. Недостаток гигиенических знаний подростков в области охраны репродуктивного здоровья способствует формированию факторов риска.

Организация медико-профилактической помощи подростковому населению невозможна без участия школы. Школа должна не только передавать знания, укреплять нравственные ценности, но и содействовать выработке адекватного социального поведения. Между тем сегодня она недостаточно препятствует формированию безответственного стиля поведения, проявлению насилия, нередко остается безучастной к решению школьниками сложных жизненных задач. В образовательных учреждениях, особенно в сельской местности, до последнего времени замалчивались такие важные стороны жизни, как физиология пола, взаимоотношения между полами, причины инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), методы контрацепции и т.д.

Проводимая в последние годы в школах работа с подростками выявила необходимость параллельного просвещения по вопросам гигиены и репродуктивного здоровья не только девочек, но и их родителей и педагогов [10]. Около 70% подростков имеют неверное представление о безопасном сексуальном поведении [3].

В проведенном ранее социологическом исследовании нами проанализирована значимость социально-бытовых, семейно-личностных, медицинских и, особенно, учебно-воспитательных факторов, которые могли бы повлиять на уровень репродуктивных потерь подростков 15–17 лет. Анализ выявил важную роль учебно-воспитательного фактора: его вклад в снижение репродуктивных потерь может составлять 15% [6].

В дальнейшем для углубленного анализа его влияния были изучены следующие составляющие:

- работа по половому воспитанию школьников в средних учебных заведениях:
 - по базовым обучающим программам;
 - по факультативным программам («Равный обучает равного», «Подросток – подростку», «Снижение вреда», «Разумный человек – разумный выбор» и др.);
- подготовка и издание научно-популярной литературы.

Настоящее исследование выполнялось в 32 муниципальных образованиях на территории Омской области. В средних учебных заведениях определяли уровень полового воспитания по следующим критериям: наличие или отсутствие базовых и факультативных программ; источник получения информации по интимным вопросам (учебное заведение, медицинское учреждение, семья, друзья, специальная литература, средства массовой информации, компьютерная сеть); форма получения информации (цикловые занятия, программы в школьном курсе с учетом возрастных особенностей, однократно, комплект специальной литературы, компьютерная сеть); этапы обучения (разнообразие медицинских, нравственных и других тем.)

Уровень полового воспитания в средних учебных заведениях классифицировался так: низкий, средний, выше среднего (числовые значения – от 0 до 1). Низкий уровень (0,00–0,33) характеризовался отсутствием базовых и факультативных программ по половому воспитанию школьников; квалифицированные специалисты не принимали участия в медицинском просвещении; по отдельным вопросам учеников информировали педагоги, а также использовалась специальная литература, которая не всегда была доступна.

Средний уровень (0,34–0,67) также характеризовался отсутствием базовых и факультативных программ, но в учебные программы входили некоторые темы, касающиеся полового воспитания; учитывались возрастные особенности, приглашались отдельные специалисты на этапах обучения (медицинские работники, в том числе наркологи, дерматовенерологи и другие), использовалась научная и популярная литература.

Уровень выше среднего (0,68–1,0) определялся наличием обучающих базовых программ по половому воспитанию с учетом возраста, факультативных программ, совместным участием в обучении педагогов, психологов, медицинских работников, а также доступностью специальной литературы.

У девочек 15–17 лет изучали гинекологическую заболеваемость (воспалительные заболевания, расстройства менструальной функции), распространенность ИППП, наркологических расстройств, частота аборт, осложнений беременности и родов (табл. 3).

Для классификации территорий по показателям потерь репродуктивного здоровья избран кластерный анализ (метод

сигмальных оценок), для определения направления и силы связи – корреляционный анализ [2, 8]. Результаты считали значимыми при $p < 0,05$.

При ранжировании сельских муниципальных территорий по уровню перечисленных репродуктивных потерь было выделено 5 групп территорий с низким, ниже среднего, средним, выше среднего, высоким уровнями. К группе с низким уровнем отнесен 1 муниципальный район, сумма показателей – от 2, 5 до 3,4; к группе с уровнем ниже среднего – 6 районов, а сумма показателей – от 3,5 до 4,4; к группе со средним уровнем репро-

Таблица 1

Распространенность гинекологической патологии среди 15–17-летних девочек в муниципальных образованиях Омской области в 2003–2008 гг. (на 100 тыс. лиц соответствующего возраста)

Год	Муниципальные районы		Омск	
	нарушения менструальной функции	воспалительные заболевания	нарушения менструальной функции	воспалительные заболевания
	число случаев			
2003	2445,3	2201,0	1438,4	432,8
2004	2400,8	2142,1	1399,9	502,1
2005	2601,3	1776,1	1528,3	441,2
2006	2732,4	1593,4	1483,1	483,2
2007	2537,4	1684,1	1501,4	491,1
2008	2798,3	1934,4	1528,4	483,1

дуктивных потерь – 16 районов, сумма показателей – от 4,5 до 5,4; к группе с уровнем выше среднего – 6 районов, сумма показателей – от 5,5 до 6,4; 3 района вошли в группу с высоким уровнем репродуктивных потерь, сумма комплексного показателя – от 6,5.

Особого внимания заслуживают территории, вошедшие в группы с высоким и выше среднего показателями репродуктивных потерь, они формируют группу риска (1-я группа), и территории с низким уровнем репродуктивных потерь и ниже среднего, не относящиеся к группе риска (2-я группа).

В 1-ю группу вошли 9 муниципальных районов, во 2-ю – 7. Остальные 16 районов относились к группе со средним уровнем потерь, они в 1 и 2-ю группы не вошли.

В 18 муниципальных районах определен низкий уровень полового воспитания, в 11 – средний, в 3 – выше среднего.

Установлена обратная средняя корреляционная связь между уровнем полового воспитания (образовательные базовые и факультативные программы) и репродуктивными потерями: $r_1=-0,53$; $r_2=-0,48$; $r_3=-0,46$; $r_4=-0,51$; $r_5=-0,52$, т.е. чем меньше школ в сельских муниципальных районах имеют образовательные базовые и факультативные программы по половому воспитанию, тем выше уровень репродуктивных потерь.

Аналогичная связь – между уровнем полового воспитания (источник получения информации по интимным вопросам) и репродуктивными потерями: $r_1=-0,49$; $r_3=-0,47$; $r_4=-0,53$; $r_5=-0,54$, т.е. чем меньше школьников получали информацию от квалифицированного источника, тем выше уровень репродуктивных потерь.

Между уровнем полового воспитания (форма получения информации) и репродуктивными потерями также выявлена обратная, средняя по силе связь: $r_1=-0,54$; $r_2=-0,55$; $r_4=-0,56$; $r_5=-0,53$, т.е. чем меньше подростков охвачены самыми разными формами обучения, тем выше уровень репродуктивных потерь. Учитывали и этапы обу-

Таблица 2
Частота абортс среди 15-17-летних девочек в муниципальных образованиях Омской области в 2003-2008 гг. (на 100 тыс. лиц соответствующего возраста)

Год	Муниципальные районы	Омск
	число случаев	
2003	750,0	844,3
2004	697,5	767,8
2005	685,1	743,4
2006	643,9	699,4
2007	701,2	662,4
2008	743,2	683,2

чения, т.е. насколько при освещении важных медицинских и нравственных тем учитывались возрастные особенности: $r_1=-0,57$; $r_5=-0,51$.

В муниципальных районах, относящихся к группе риска (1-я) и характеризующихся более высокими уровнями репродуктивных потерь, отмечен низкий уровень полового воспитания в средних учебных заведениях, особенно по ведущему критерию (базовые и факультативные программы). Показатели репродуктивных потерь в этих районах превышали таковые в районах 2-й группы в 1,3–1,8 раза ($p<0,05$).

Таким образом, на уровень репродуктивных потерь (гинекологические заболевания, частота абортс, осложнения беременности, родов, заболеваемость ИППП, наркологическими расстройствами) у 15–17-летних подростков в определенной степени влияет уровень полового воспитания в средних учебных заведениях, в первую очередь – отсутствие базовых образовательных программ.

Таблица 3
Репродуктивные потери в группах муниципальных территорий в зависимости от уровня полового воспитания девочек-подростков 15-17 лет за период с 2000 по 2008 г. (на 100 тыс. лиц соответствующего возраста)

Показатель	Гинекологические заболевания		Частота абортс	Осложнения беременности, родов	Первичные заболевания иппп	Первичная заболеваемость наркологическими расстройствами
	сальпингиты, оофориты	расстройства менструальной функции				
число случаев						
Половое воспитание, уровень:						
низкий	1248,1	2051,3	984,1	3234,1	183,1	174,5
средний	1100,2	1736,4	734,8	3018,1	120,4	99,4
выше среднего	705,4	1634,2	600,3	2928,4	106,3	100,4
Источники получения информации по интимным вопросам, уровень:						
низкий	1010,3	2135,3	847,6	3245,5	175,4	173,1
средний	1117,9	1794,4	788,9	2820,4	163,8	144,7
выше среднего	967,3	1736,8	638,4	2834,9	134,5	134,1
Форма получения информации, уровень:						
низкий	1304,1	1804,3	746,3	3399,2	170,1	183,1
средний	1150,3	1673,4	682,4	2648,7	176,4	170,8
выше среднего	836,4	1452,1	720,3	2354,7	161,4	154,1
Этапность получения информации, уровень:						
низкий	1211,8	1293,7	820,7	2892,5	184,3	174,8
средний	1024,4	1749,1	609,3	2854,2	130,1	176,1
выше среднего	736,6	935,4	600,6	2743,8	124,1	128,9

Литература

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности. Руководство для врачей / М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2007; 352 с.
2. Голева О.П. О применении некоторых современных методов статистического анализа результатов научных медицинских исследований / Омск. – 2001; 82 с.
3. Денисов В.Н., Бабенко А.И., Лузан Н.В. Медико-профилактическая помощь несовершеннолетним с инфекциями, передаваемыми половым путем / Новосибирск. – 2001; с. 244.
4. Долженко И.С. Репродуктивное здоровье девочек до 18 лет (состояние, оценка, система мер по его сохранению) / Автореф. дис.... д-ра мед. наук. – М, 2004; 45 с.
5. Журавлева И.В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения // Соц. исслед. – 2004; 7: 133–42.
6. Закоркина Н.А., Банюшев И.А. Причины аборт у подростков, проживающих в сельской местности // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009; 4: 20–2.
7. Захарова Т.Г., Филиппов О.С., Гончарова Г.Н. Медико-социальная характеристика реализации репродуктивной функции девушек-подростков // Здравоохранение Российской Федерации. – 2002; 5: 30–1.
8. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения / М.: Медицина. – 2006; 528 с.
9. Огрызко Е.В. Анализ заболеваемости детей Российской Федерации в возрасте 15–17 лет // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008; 4: 16–9.
10. Уварова Е.В. Репродуктивное здоровье девочек России в начале XXI века // Акушерство и гинекол. – 2006; с. 27–30.

IMPACT OF SEX EDUCATION OF ADOLESCENT FEMALES ON THEIR REPRODUCTIVE HEALTH

Professor **N. Zakorkina**, MD; **I. Banyushevich**, Candidate of Medical Sciences
Omsk State Pedagogical University;
Omsk State Medical University

The paper gives the results of studying the reproductive health of adolescent females aged 15–17 years living in the rural area. It identifies the leading risk factors of reproductive losses and evaluates the impact of sex education of schoolchildren on their reproductive health.

Key words: sex education, reproductive behavior, levels of reproductive losses.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ: ВОЗМОЖНОСТЬ БЛАГОПРИЯТНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Р. Шангареева¹, кандидат медицинских наук,

Э. Сатаева², **Т. Шахмаева**²

¹Башкирский государственный медицинский университет,

²Республиканская детская клиническая больница, Уфа

E-mail: shanrosa@mail.ru

Представлены принципы ранней диагностики и консервативной терапии у 17 детей с эхинококкозом печени. Экономические затраты на консервативное лечение меньше в 1,7 раза, чем при эндовидеохирургическом и в 2,3 раза – чем при традиционном хирургическом вмешательстве.

Ключевые слова: дети, эхинококкоз, печень, албендазол.

Снижение паразитарной заболеваемости, прежде всего среди детей, служит существенным резервом уменьшения бремени болезней и увеличения продолжительности жизни [1].

Эхинококкоз – одно из наиболее тяжелых паразитарных заболеваний, вопросы его своевременной диагностики и выбора оптимального метода лечения остаются актуальными в связи с большим числом больных и существованием эндемических очагов, к которым относится Республика Башкортостан [2]. Есть мнение, что большинство больных заражаются эхинококкозом в детстве, но вследствие медленного роста паразита диагноз устанавливают спустя много лет [3]. Основным методом лечения эхинококкоза остается хирургический [4–6]. Многие авторы радикальным методом лечения эхинококкоза считают тотальное удаление фиброзной капсулы путем перицистэктомии или резекции органа [5, 7]. Если кисты слишком малого размера и имеется высокий операционный риск, хирургами проводится динамическое наблюдение [2], хотя доказана эффективность консервативного лечения албендазолом, которое по рекомендации ВОЗ может применяться как самостоятельный метод [7–10].

Сдерживающим проведение консервативного лечения фактором является опасение токсического влияния препарата на организм [11]. По данным литературы, в 10–20% наблюдений препарат угнетает белые и красные кровяные тельца и оказывает выраженное гепатотоксическое воздействие, проявляющееся резким повышением уровня трансаминаз [8, 12]. В то же время многие авторы признают необходимость послеоперационной противопаразитарной химиотерапии, особенно при осложненных формах [7, 13]. Исследований по изучению методов консервативного лечения эхинококкоза у детей недостаточно [14].

Целью данной работы был анализ результатов консервативного лечения эхинококкоза у детей.

В клинике детской хирургии Башкирского государственного медицинского университета на стационарном