

В.Н. Сидоренко, Н.Г. Аринчина, В.И. Дунай, В.Ю. Бугров
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УО «Белорусский государственный университет»,
УЗ «5 ГКБ»

В статье представлены особенности нарушений сна у беременных женщин, а также сон как важный интегративный показатель состояния человека, как отражение влияния на организм различных внешних и внутренних факторов. Признаки нарушений сна характеризуются и поздним засыпанием, и сокращением длительности сна, и многократным прерыванием его в течение ночи. Днем беспокоит дневная сонливость, слабость, ощущение разбитости, снижение работоспособности. Вышеуказанные признаки нарушений сна охватывают от 28 до 45 % популяции, являясь существенной клинической проблемой, требующей социальной диагностики и лечения.

Изменения эмоционального, психического состояния беременных женщин существенно сказываются на особенностях сна и сновидений.

Ключевые слова: *особенности, нарушение сна.*

V.N. Sidorenko, N.G. Arinchin, V.I. Dunay, V.Yu. Bugrov

FEATURES OF VIOLATIONS OF THE DREAM AT PREGNANT WOMEN

The dream is presented in article as an important integrative indicator of a condition of the person, reflection of influence on an organism of various external and internal factors.

Key words: *features, dream violation.*

Сон является важным интегративным показателем состояния человека, отражением влияния на организм различных внешних и внутренних факторов, подготавливая его к успешной деятельности в период предстоящего бодрствования [1].

Нарушения сна – это такие состояния, при которых трудно засыпать, сон короткий и прерывистый, после сна отсутствует ощущение отдыха. Они проявляются и поздним засыпанием, и сокращением длительности сна, и многократным прерыванием сна в течение

В помощь практикующему врачу

ночи. Сон нарушается качественно: становится более поверхностным, сокращается продолжительность глубокого сна, нарушаются соотношения между фазами сна, изменяется характер сновидений. Днем беспокоит дневная сонливость, слабость, ощущение разбитости, снижение работоспособности. Вышеописанные признаки нарушений сна достаточно широко распространены, они охватывают от 28 до 45% популяции, являясь для половины из них существенной клинической проблемой, требующей специальной диагностики и лечения [2,3].

Согласно ВОЗ молодым считается возраст взрослого человека в диапазоне от 25 до 45 лет. В этом периоде наибольшее влияние на качество и продолжительность жизни имеют нарушения сна из категорий, определяемых Международной классификацией расстройств сна 2005 года (МКРС - 2) как инсомнии и расстройства дыхания во сне [4,5].

Инсомния представляет собой клинический синдром, характеризующийся наличием повторяющихся нарушений инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающихся несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна и проявляющихся нарушением дневной деятельности различного вида. Бессонница (инсомния) – это расстройство сна, которое характеризуется неспособностью заснуть в течение значительного периода времени ночью [6,7,8].

Беременность является сильным эмоциональным фактором в жизни женщины. Она влияет и на физиологические процессы и на психическую деятельность. Изменения эмоционального, психического состояния беременных существенно сказываются на особенностях сна, сновидений. Гормональные, физические, психологические изменения, происходящие с организмом беременных на протяжении трех триместров, оказывают влияние на все процессы, включая сон. В первом триместре отмечается повышенная сонливость, во втором триместре отмечаются чрезмерно яркие эмоциональные, тревожные сновидения, в третьем триместре – беспокойный и дискомфортный сон [9,10,11].

Цель данного исследования – выявить особенности сна у беременных женщин.

В исследовании принимали участие 300 женщин в возрасте 21-30 лет. Экспериментальную группу составили 200 беременных женщин, наблюдавшихся в родильном отделении УЗ «5-ой городской клинической больницы» г. Минска.

Контрольную группу составили 100 человек – студентки гуманитарного факультета БГУ.

Беременные женщины в зависимости от срока беременности были распределены следующим образом: 20% - второй триместр; 80% - третий триместр.

Для изучения особенностей сна у беременных были использованы следующие методики: анкета качества сна [10], позволяющая выявить значительные расстройства сна; индекс выраженности бессонницы [11], позволяющий оценить субъективную тяжесть инсомнии; шкала сонливости [13,18], позволяющая оценить уровень дневной сонливости после недостаточного сна.

Кроме того, оценивали уровень тревоги и депрессии по Госпитальной шкале (HADS) [17]; уровень вы-

раженности вегетативных расстройств по анкете А.М. Вейна [11].

Для обработки данных использовали расчет t-критерия Стьюдента и коэффициент ранговой корреляции Спирмена [14].

Для оценки качества сна у женщин обеих групп была использована «Анкета качества сна». Было выявлено, что не имели нарушений сна только 9% беременных женщин и 20% лиц контрольной группы. Средняя величина показателя качества сна у беременных составила 8,75 ± 2,54 балла, что свидетельствует о значительном нарушении качества сна, требующем оказание помощи. У студенток контрольной группы средняя величина показателя качества сна составила 16,78 ± 2,78 балла, что говорит об относительно нормальном качестве сна у этих лиц. Различия в уровне показателя качества сна у женщин вышеуказанных групп были достоверны, $p < 0,05$.

Для оценки тяжести инсомнии была использована методика определения индекса выраженности бессонницы (ISI). Были получены следующие данные: у беременных женщин легкие нарушения отмечались в 66% случаев; умеренные в 10% случаев; выраженные – в 3% случаев, то есть у большинства женщин по величине индекса выраженности бессонницы отмечались легкие нарушения; у 24% пациенток не было нарушений. У женщин контрольной группы легкие нарушения отмечались у 31%; умеренные - у 23%, выраженные - у 1% женщин, причем у 45% лиц этой группы индекс выраженности бессонницы был в норме.

Средняя величина индекса выраженности бессонницы составляла у беременных женщин 13,98 ± 2,45 балла, что соответствует легким нарушениям; у лиц контрольной группы – 7,98 ± 1,99 балла, что соответствует нормальному уровню показателя или слегка повышенному уровню (различия достоверны, $p < 0,05$).

Уровень дневной сонливости определяли при помощи шкалы дневной сонливости (Epworth). У беременных женщин было выявлено, что нет дневной сонливости у 30% обследуемых, легкая сонливость - у 39%, умеренная сонливость - у 26%, выраженная сонливость - у 5% лиц. В контрольной группе лиц, не отмечали дневной сонливости 58% женщин, легкую сонливость испытывали 33%, умеренную сонливость – 9%, выраженную сонливость не испытывал никто из обследуемых.

Средние показатели дневной сонливости у беременных женщин составляли 6,82 ± 1,36 баллов, что свидетельствует о достаточно выраженной дневной сонливости у лиц этой группы.

У женщин контрольной группы средние показатели дневной сонливости составляли 3,38 ± 0,85 баллов, что свидетельствует о слабой – умеренной сонливости, различия достоверны, $p < 0,05$.

Таким образом, выявлено, что имеются существенные отличия сна у беременных женщин от сна у молодых женщин, не имевших беременности: у беременных (второй и третий триместр) существенно страдает качество сна (снижено у 91% женщин, а в контрольной группе у 80% женщин, есть достоверные отличия уровня этого показателя, $p < 0,05$); индекс выраженности бессонницы у беременных достоверно выше по срав-

нению с показателем контрольной группы ($p < 0,05$); уровень дневной сонливости у беременных достоверно выше по сравнению с показателем контрольной группы ($p < 0,05$).

Анализировали уровень тревоги и депрессии при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). У беременных женщин не было признаков тревоги у 40%; субклиническая тревога у 48%; клинически выраженная тревога у 12% обследованных лиц. У лиц контрольной группы не было выявлено признаков тревоги у 84%; субклиническая тревога у 14%; клинически выраженная тревога у 2% лиц этой группы. Уровень показателя тревоги, в среднем, у беременных женщин составил $7,63 \pm 1,17$ баллов, у лиц контрольной группы – $4,48 \pm 1,11$ баллов, различия достоверны, $p < 0,05$. Чаще всего беременные женщины жаловались на то, что испытывают постоянную напряженность, страх, что может произойти что-то неприятное, беспокойные мысли о состоянии здоровья плода.

Не было признаков депрессии у 60% беременных женщин, у 36% - признаки субклинической депрессии, у 4% - признаки клинической депрессии. У лиц контрольной группы не отмечалось признаков депрессии у 64%, признаки субклинической депрессии – у 33%; признаки клинической депрессии у 3% обследуемых этой группы.

Уровень средних показателей депрессии, в целом по группе, достоверно не различался: у беременных женщин – $5,91 \pm 1,44$ балла, у лиц контрольной группы – $5,33 \pm 1,43$ балла, что соответствует нормальному уровню. Чаще всего беременные жаловались на свою медлительность, сложности в поддержании внешности в хорошем состоянии, в меньшем удовлетворении от повседневных дел.

Для изучения вегетативного состояния использовали «Анкету вегетативных расстройств». У беременных женщин не было выявлено признаков дистонии у 20%; признаки легкой дистонии отмечались у 47%; признаки более выраженной дистонии – у 33% женщин. Среди лиц контрольной группы не было выявлено признаков дистонии у 17%; признаки легкой дистонии – у 46%; более выраженной дистонии у 37% женщин. В среднем, показатель дистонии у женщин обеих групп достоверно не различался, $p > 0,05$. У беременных женщин показатель дистонии составил $22,14 \pm 5,42$ балла, у лиц контрольной группы – $25,72 \pm 5,71$ балла, что соответствует наличию вегетососудистой дистонии невыраженного характера.

Таким образом выявлено, что у беременных женщин отмечался достоверно более высокий уровень тревоги, причем признаки тревоги были у 60% беременных (в контроле - у 16%); признаки субклинической депрессии отмечались у 40% беременных; признаки вегетососудистой дистонии незначительной выраженности имели место у 80% беременных женщин. На этом фоне у беременных страдало качество сна, была выражена бессонница с последующей дневной сонливостью, что требует оказания им определенной помощи.

Для выявления взаимосвязей между показателями особенностей сна и самочувствия беременных женщин был использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Выявлены следующие корреляционные взаимосвязи:

- положительная сильная, значимая ($p = 0,05$), связь между уровнем сонливости и тревогой;
- положительная сильная, значимая ($p = 0,05$) связь между уровнем сонливости и депрессией;
- положительная сильная, значимая ($p = 0,05$) связь между уровнем сонливости и индексом выраженности бессонницы
- отрицательная сильная, значимая ($p = 0,001$) связь между качеством сна и выраженностью сонливости днем;
- положительная сильная, значимая ($p = 0,05$) связь между индексом выраженности бессонницы и уровнем вегетативной дисфункции.

Таким образом, выявлено, что уровень дневной сонливости взаимосвязан с уровнем тревоги, депрессии, с величиной индекса выраженности бессонницы, то есть, с субъективной тяжестью инсомнии. Выраженность дневной сонливости значимо отрицательно влияет на качество сна. Уровень индекса выраженности бессонницы взаимосвязан с уровнем вегетативной дисфункции.

Каждому человеку необходим ежедневный полноценный ночной отдых, который восстанавливает затраченную в течение дня энергию. В случае хронического недосыпания могут возникать различные заболевания. Во время беременности сон еще более важен, так как нагрузка на организм в этот период увеличивается и энергии затрачивается значительно больше.

Основные причины, усиливающие желание спать у беременных, это

- выявленная хроническая усталость. Большинство женщин до наступления беременности ведут достаточно активный образ жизни, уделяя мало внимания полноценному сну, что неизбежно приводит их организм к хронической усталости, которая с наступлением беременности выявляется и обостряется;

- пониженное давление. Во время беременности у многих женщин наблюдаются скачки давления, в большинстве случаев давление понижается, при этом характерно появление сонливости и слабости;

- снижение иммунитета. Как только оплодотворенная яйцеклетка начинает развиваться, все накопленные организмом ресурсы тратятся на ее развитие, что приводит к гиповитаминозу и требует приема дополнительных витаминов;

- депрессия. Это довольно распространенное явление среди будущих матерей, так как всегда присутствуют сомнения в том, как они сумеют справиться с предстоящим родовым процессом. Эти сомнения могут проходить достаточно эмоционально.

Беременность является чрезвычайно сильным эмоциональным фактором в жизни женщины. Именно состояние эмоциональной сферы, по данным ряда авторов, вызывает наибольшие изменения в состоянии женщины. Эмоциональный стресс является основной причиной негативных нарушений в состоянии здоровья матери и плода. Основные психологические факторы, способствующие появлению эмоционального стресса при беременности это тревожность, мнительность, страх перед родами, страх перед болью и др. С этим связано и появление бессонницы. Женщине не дают уснуть мысли о событиях прошедшего дня, вос-

□ В помощь практикующему врачу

поминания и беспокойство о будущем. Бессонница также может быть связана с тем, что женщине трудно принять удобное положение – слишком большой живот, боли в спине и пояснице, судороги икроножных мышц, шевеление плода, частые позывы к мочеиспусканию. Кроме того может беспокоить одышка, изжога. Беспокоят сновидения: страх перед предстоящими родами сказывается на сюжетах сновидений – снятся схватки, роды, кошмары, связанные со страхом потерять ребенка. Все это приводит к значительному ухудшению качества сна, увеличению индекса выраженности бессонницы, повышенной дневной сонливости беременных женщин по сравнению с молодыми женщинами, не имеющими беременности.

Таким образом, необходимо контролировать качество сна у беременных, а также его продолжительность, которая должна быть 8-9 часов. Лучший сон для беременных с 22 часов до 7 часов утра. Кроме того, целесообразно во второй половине беременности отдыхать лежа в течение 1-2 часов после обеда. Основные рекомендации по улучшению сна включают необходимость избегания любого физического и психологического перенапряжения; занятия пешими прогулками; теплый душ перед сном и травяные чаи (ромашка); легкий массаж, ароматерапия; исключить плотный ужин вечером; если тревожат страшные сны – постараться поделиться своими переживаниями с близкими людьми или врачами; уточнить позы, наиболее приемлемые при беременности.

В последние месяцы беременности не рекомендуется спать на спине, так как это может вызвать кроме боли в спине еще и понижение давления, нарушения пищеварения и циркуляции крови. Рекомендуется спать на левом боку, чтобы улучшить кровообращение и обмен веществ, в результате чего плод сможет получать больше кислорода и питательных веществ. Эту позу желательно принимать во время сна, начиная с третьего триместра. Во время сна целесообразно использовать специальные подушки для беременных.

Материнская подушка состоит из двух отдельных подвижных частей, которые соединены мостиком из материала. Особый дизайн этой подушки позволяет поддерживать часть спины и живот, за счет чего уменьшается вес живота.

Подушка для тела – это огромная подушка длиной в полтора метра. Ее особенность в том, что она подстраивается под тело беременной, обеспечивая поддержку живота.

U – образная подушка бывает разных размеров. Она подходит для тех, кто во сне часто меняет позу. Эта подушка обеспечивает поддержку задней части колен, в то время как бедра, плечи, шея и спина находятся в естественном положении.

Чтобы сделать сон комфортным, спать нужно таким образом, чтобы голова находилась на возвышении по отношению к ногам, чтобы предотвратить появление изжоги. Важно обеспечить сон беременной на качественном матрасе. Лучше спать не на жестких матрасах, а на матрасах, обеспечивающих равномерное распределение давления на все части тела. Важно, чтобы матрас дышал и был гипоаллергенным. Нельзя использовать водяную кровать [14,15].

Еда не должна провоцировать изжогу. Необходимо

исключить пряные, жирные и кислые блюда. Не есть минимум за два часа до сна. Ограничить или исключить потребление кофеина. Стараться соблюдать режим дня и ночи, ложиться спать в определенное время.

Спать желательно в одежде, предназначенной для беременных. Лучше всего одежда из хлопка, так как этот материал легко адаптируется к перепадам температуры тела, обусловленных гормональной перестройкой, ее активностью у беременных. Спальную комнату во время беременности необходимо регулярно проветривать, так как прохладный воздух полезнее теплого.

Существуют определенные правила, как вставать с постели во время беременности. Если лежать на спине, то сначала нужно повернуться на бок, немного подав плечи вперед и согнув колени. Затем опереться на локоть и поджать ноги, после чего ноги перенести через край кровати и принять сидячее положение [14,15].

Выполнение вышеуказанных рекомендаций способствует нормализации сна у беременных женщин.

Литература

1. *Бемиг, У.* Самопомощь при бессонницах, стрессах и неврозах / У. Бемиг. – Минск: Польша, 1985. – 165 с.
2. *Балин, В.Д.* Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / В.Д. Балин, Ю.В. Гранская – СПб, 2000. – С. 205-221.
3. *Демин, Н.Н.* Нейрофизиология и нейрохимия сна / Н.Н. Демин, А.Б. Коган, Н.И. Моисеева. – Л., 1978.
4. *Полуэктов, М.Г.* Нарушения сна в молодом возрасте: инсомнии и расстройства дыхания во сне / М.Г. Полуэктов – <http://www.1vrach.ru/2011/05/15435183>
5. *Эпидемиология нарушений сна* – <http://i1ive.com.ua/health/diseases/bo1ezni-nervnoi-sistemy-nevrologu>
6. *Вейн, А.М.* Принципы современной фармакотерапии инсомнии / А.М. Вейн, Я.И. Левин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. - № 5. – С. 39-45.
7. *Ананьев, В.А.* Введение в психологию здоровья / В.А. Ананьев. – СПб, 1998. - 259 с.
8. *Кречетов, А.Б.* О некоторых нервно-психических реакциях беременных и рожениц / А.Б. Кречетов, В.В. Абрамченко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1967. - № 8. – С. 1219-1222.
9. *Брутман, В.М.* Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В.М. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Б. Хабитова // Вопросы психологии. – 2002. - № 1. – С. 59-68.
10. *Глуценко, С.И.* Психологическая диагностика в системе психопрофилактической подготовки беременных к родам / С.И. Глуценко, А.Г. Киселев // Сб. матер. Конф. По перинатальной психологии – СПб., 2001. – С. 206-210.
11. *Эксакусто, Т.В.* Психодиагностика / Т.В. Эксакусто, О.Н. Истратова // Коллекция лучших тестов: 2008. – 284 с.
12. *Вакуленко, Л.А.* Расстройство сна и принципы его коррекции / Л.А. Вакуленко // Новые медицинские технологии – 2001. - № 6. – С. 36-37.
13. *Аведисова, А.С.* Гипнотики: достижения современной психофармокологии / А.С. Аведисова // Психиатрия и психофармокология. – 2002. – Т.4. - № 5.
14. *Основы математической статистики в психологии: учебно-методическое пособие* / сост. Н.А. Литвинова, Н.П. Радчикова – Минск, БГПУ, 2006. – 78 с.
15. *Как правильно спать при беременности* http://www/1uxmama.ru/beremennost/kak_praivilno-spat-pri-

В помощь практикующему врачу

beremennosti

16. Сон и бессонница во время беременности <http://Kirovmama.ru/want-to-be-mother/son-vo-vremya-beremennosti>

17. *Калягин, В.А.* Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А. Калягин, Т.С. Овчинни-

кова. – М: Академия, 2006. – 320 с.

18. *Karlsen, К.Н.* Influence of clinical and demographic variables on quality of life in patients with Parkinson's disease / К.Н. Karlsen, J.P. Larsen, E. Tanberg et al. – j. Neurol. Neurosurg Psych, 1999. – 66. P. 431 – 435.

Поступила 21.10.2013 г.

Предыдущее название: Беларусский медицинский журнал (с 2002 по 2004 год)

Номер: **1 (47)** Год: **2014**

	Название статьи	Стр.	Цит.
<input type="checkbox"/>	ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ПРОГНОЗА, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	4-9	0
	<i>Быков А.Т., Дюжиков А.А., Маляренко Т.Н.</i>		
<input type="checkbox"/>	ПРОГНОЗНАЯ ДИАГНОСТИКА ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК: ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ	9-15	4
	<i>Дривотинов Б.В., Апанель Е.Н., Мاستыкин А.С., Головка В.А., Войцехович Г.Ю.</i>		
<input type="checkbox"/>	ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ	16-20	0
	<i>Заневский В.П., Кулагин А.Е.</i>		
<input type="checkbox"/>	ГРИБКОВАЯ ИНФЕКЦИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ. ЧАСТЬ I	21-25	10
	<i>Казеко Л.А., Александрова Л.Л., Довнар А.Г.</i>		
<input type="checkbox"/>	ИЗМЕНЕНИЯ В ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ СИСТЕМЕ ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ II КЛАССА 1 И 2 ПОДКЛАССОВ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЗА СЧЕТ ВЫДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	26-33	0
	<i>Коломиец Е.Г.</i>		
<input type="checkbox"/>	ПРОВЕДЕНИЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА	34-41	1
	<i>Максименя Г.Г.</i>		
<input type="checkbox"/>	АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА	42-45	3
	<i>Тарасенко А.В.</i>		
<input type="checkbox"/>	СТРЕССИНДУЦИРОВАННЫЕ И ВОЗРАСТЗАВИСИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ФАКТОРА РОСТА НЕРВОВ В ТКАНЯХ ОРГАНИЗМА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ	46-49	1
	<i>Чаплинская Е.В.</i>		
<input type="checkbox"/>	ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ	49-53	3
	<i>Шляга И.Д., Редько Д.Д., Ядченко Е.С.</i>		
<input type="checkbox"/>	СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	54-56	0
	<i>Артемчик Т.А.</i>		
<input type="checkbox"/>	СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ	56-58	0
	<i>Волчок Н.В.</i>		
<input type="checkbox"/>	СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, ЗАКОНОМЕРНОСТИ И СТРУКТУРА УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ПОТРЕБОВАВШЕЙ ЭКСТРЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	58-61	2
	<i>Гинюк В.А., Левша Е.С., Маляревич С.П.</i>		
<input type="checkbox"/>	МОРФОЛОГИЯ МУЖСКОЙ ПОЛОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЗАРОДЫШЕЙ И ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА	61-64	2
	<i>Дорохович И.В., Дорохович Г.П.</i>		
<input type="checkbox"/>	ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО НЕПОКРЫТОГО УГОЛЬНОГО СОРБЕНТА ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ МАССООБМЕННЫХ УСТРОЙСТВ ДЛЯ ГЕМОПЕРФУЗИИ ОДНОКРАТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ	65-68	1
	<i>Казак Ф.И., Кирковский В.В.</i>		
<input type="checkbox"/>	КАТАМНЕЗ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА	68-71	0
	<i>Калачик О.В., Садовский Д.Н., Амвросьева Т.В., Козлова М.В., Жук Г.В., Поклонская Н.В., Богуш З.Ф., Кишкурно Е.П.</i>		
<input type="checkbox"/>	АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	72-74	1
	<i>Кострова Е.М., Сикорская Д.А.</i>		
<input type="checkbox"/>	КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТОКСИКОЗА И ДИСБАЛАНСА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ЖЕЛЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ	74-78	1
			

Кошевский П.П., Алексеев С.А., Бовтюк Н.Я., Картун Л.В.

	ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	79-81	2
	Лосик И.М.		
	ПРОГНОЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ	81-84	7
	Лоскутова Т.А., Воронин К.В., Турчин В.Н.		
	ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ РАСТВОРИМОГО РЕЦЕПТОРА К ИНТЕРЛЕЙКИНУ-6 В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА РЕЗУЛЬТАТ ТЕРАПИИ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ	84-87	0
	Лютаревич О.Г., Кривенко С.И.		
	СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ	87-89	1
	Мановицкая Н.В., Харевич О.Н., Бородина Г.Л.		
	ГЕПАТИТ С У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	89-93	2
	Мицура В.М., Жаворонок С.В., Козорез Е.И.		
	ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ У ЖЕНЩИН С КИСТОЗНЫМИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ	94-96	1
	Мурашко О.В., Кулага О.К., Горудко И.В., Григорьева Д.В., Бичан О.В.		
	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАРИАНТОВ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ У ЖИВОТНЫХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	96-99	0
	Павлов О.Б., Грачев С.С.		
	ОСОБЕННОСТИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПОЗДНИМ ГЕСТОЗОМ	100-101	0
	Прасмыцкий О.Т., Шматова А.А.		
	ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ГЕСТОЗА, КАК ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ	102-105	2
	Рубахова Н.Н., Гуляева Л.С., Рубахов К.О., Васильева Л.Н., Никитина Е.В.		
	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	105-110	0
	Соломонова Г.А.		
	ОПЫТ КРИОКОНСЕРВАЦИИ АОРТАЛЬНЫХ АЛЛОГРАФТОВ В ГУ РНПЦ "КАРДИОЛОГИЯ"	111-115	0
	Спиридонов С.В., Щетинко Н.Н., Одинцов В.О., Шкет А.П., Юдина О.А., Дрык С.И., Солодка О.И., Садовский Д.Н., Островский Ю.П.		
	МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И БАКТЕРИАЛЬНОЙ КИШЕЧНОЙ ТРАНСЛОКАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	115-119	1
	Тарасенко А.В.		
	ЦИРКУЛЯРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ТРАХЕИ В ЛЕЧЕНИИ ЕЕ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ	119-124	1
	Татур А.А.		
	МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МАКРОАДЕНОМ ГИПОФИЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРА ФОТОЛОН	124-128	1
	Федулов А.С., Сельский М.С., Кубарко Н.П., Трухачева Т.В., Шляхтин С.В.		
	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВАРИКОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ	128-132	3
	Шахрай С.В., Гаврин П.Ю.		
	ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКИЙ И АНТИАРИТМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТЫ ФЕНОМЕНОВ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕИ ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У КРЫС	132-134	0
	Юшкевич П.Ф., Висмонт Ф.И.		
	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	135-138	3
	Артемчик Т.А., Крастелева И.М.		
	СОВРЕМЕННЫЕ СТЕНТЫ	139-141	2
	Губкин С.В.		
	МЕТОДИКА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ У ЖИВОТНЫХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	142-145	0
	Павлов О.Б., Грачев С.С.		
	СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	145-149	1



Платонов А.В., Герасименко М.А.



ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН



Сидоренко В.Н., Аринчина Н.Г., Дунай В.И., Бугров В.Ю.

**149-
153**

0



ДЕВИАНТНОЕ РОДИТЕЛЬСТВО В ФОРМИРОВАНИИ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ - МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА



Игумнов С.А., Семакова Е.В., Макарова И.Ю.