

на фоне предельно высокой исходной напряженности систем, тем самым иметь серьезный прогноз для здоровья и жизни юных спортсменов.

Выводы

1. Большинство обследованных детей-спортсменов имели гиперсимпатическую ВР и тахикардический тип ВО, что свидетельствует об избыточном включении синусового узла на ортостатический стресс и является признаком недостаточных адаптивных возможностей их организма.

2. Среди выявленных патологических типов ВО наиболее неблагоприятными были асимпатический и дезадаптивный типы ВО, по данным АКОП. Причем, юные спортсмены 7–12 лет с асимпатическим и дезадаптивным типами ВО наименее адаптированы к ортостатическому стрессу.

3. Дети с симпатикотонией с асимпатической ВР являются группой риска развития обмороков во время ФН, что угрожает их здоровью и даже жизни.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Атаханов, Ш. Э. Ортостатическая гипотония и вегетативная недостаточность (механизмы и классификация) / Ш. Э. Атаханов // Кардиология. — 1995. — № 3. — С. 41–50.
2. Миокардиодистрофия и «юношеское спортивное сердце»: диагностика, тактика ведения детей / Л. М. Беляева [и др.] // Кардиология в Беларуси. — 2010. — № 1. — С. 35–46.

3. Беляева, Л. М. Педиатрия. Курс лекций / Л. М. Беляева. — М.: Мед. Лит, 2011. — С. 568.

4. Берсенева, И. А. Сердечно-сосудистый гомеостаз и вегетативная реактивность сердечного ритма при активной ортостатической пробе у школьников разного возраста / И. А. Берсенева // 2-а Научно-практическая конференция «Клинические и физиологические аспекты ортостатических расстройств» / ГКГ МВД РФ. — М., 2000. — С. 216–224.

5. Бутченко, Л. А. Спортивное сердце / Л. А. Бутченко, М. С. Кушаковский. — СПб., 1993. — 48 с.

6. Вейн, А. М. Заболевания вегетативной нервной системы: руководство для врачей / А. М. Вейн. — М.: Медицина, 1991. — 623 с.

7. Волков, В. М. Резервы спортсмена: метод. пособие / В. М. Волков, А. А. Семкин. — Минск: ИПП Госэкономплана РБ, 1993. — 92 с.

8. Гаврилова, Е. А. Спортивное сердце: стрессорная кардиопатия / Е. А. Гаврилова. — М.: Советский спорт, 2007. — 200 с.

9. Гланц, С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. / С. Гланц. — М., 1999. — 459 с.

10. Дембо, А. Г. Врачебный контроль в спорте / А. Г. Дембо. — М.: Медицина, 1988. — 288 с.

11. Дембо, А. Г. Заболевания и повреждения при занятиях спортом / А. Г. Дембо. — М.: Медицина, 1991. — 288 с.

12. Детская кардиология и ревматология: практ. руководство / Л. М. Беляева [и др.]; под ред. Л. М. Беляевой. — М.: Мед. информ. агенство, 2011. — 584 с.

13. Факторный, дискриминантный и кластерный анализ: Пер. с англ./ Дж. Ким [и др.]; под ред. И. С. Енюкова. — М.: Финансы и статистика, 1989. — 215 с.

14. Armstrong, L. The unknown mechanisms of the overtraining syndrome. Clues from depression and psychoneuroimmunology / L. Armstrong // Sports Medicine.—2002.—№32.—Р. 185–209.

Поступила 14.02.2012

УДК 616.89-008.441.13-036.66:616.1

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЦИДИВООПАСНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ

И. М. Сквиря

Гомельский государственный медицинский университет

Представлены данные о проявлении психологических рецидивоопасных клинических ситуаций у лиц с алкогольной зависимостью в первые 6 месяцев формирования терапевтической ремиссии (шифр по МКБ-10 F10.200-202). На основе полученных данных сформулированы рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации лиц с алкогольной зависимостью в ремиссии.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, рецидивоопасные клинические ситуации, лечение.

PSYCHOLOGICAL RELAPSE-DANGEROUS CLINICAL CONDITIONS IN ALCOHOL ADDICTS IN EARLY THERAPEUTIC REMISSION

I. M. Skvira

Gomel State Medical University

The article presents the data on the incidence of psychological relapse-dangerous clinical conditions in alcohol depended patients within the first 6 months of the therapeutic remission period (F10.200-202). The recommendations have been formulated on early diagnosis and therapy of the patients with alcoholic dependence during their treatment and rehabilitation.

Key words: alcohol addiction, remission, relapse-dangerous clinical conditions, treatment.

Введение

Проблема лечения алкогольной зависимости остается чрезвычайно актуальной, прежде всего, из-за неудовлетворительной ее эффективности вследствие ранних рецидивов заболевания, происходящих, по данным большинства исследователей, в самом на-

чале формирования ремиссии — до 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя [1, 2]. В это время у пациентов с алкогольной зависимостью (ПАЗ) наблюдаются разнообразные психические и поведенческие расстройства, сопряженные с патологическим влечением к алкоголю и рецидивом [1–4].

Обращает на себя внимание то, что в начале становления ремиссии воздержание от употребления алкоголя зависит не только от клинического, но и от психологического состояния самих пациентов [5]. Отличительной особенностью начального этапа становления ремиссии является интенсивная личностная перестройка ранее сложившихся динамических стереотипов с формированием установки на трезвость. В этот период адаптации к новому образу жизни у пациентов возникают проблемы «свободного времени», отказа от общения с пьющей компанией и создания нового круга общения, утверждения себя в качестве человека, ведущего трезвую жизнь. В это время пациенты нередко переживают психологический дискомфорт, скуку, нехватку дружеского общения и другие, тягостные для них психологические ситуации [4–6].

Ранее эти ситуации нами были идентифицированы, рубрифицированы и определены как рецидивоопасные клинические ситуации (РОКС) [7]. Остаются неизученными частота встречаемости, степень выраженности психологических РОКС у пациентов с алкогольной зависимостью при различных типах ремиссии, их взаимосвязь с качеством ремиссии и значение для прогноза и терапии.

Цель исследования

На основе изучения психологических рецидивоопасных клинических ситуаций у лиц с алкогольной зависимостью разработать способы стабилизации ремиссии.

Материал и методы

Исследование проведено на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница». После 3 этапов лечения, согласно принятым в наркологии стандартам [8], на этапе становления ремиссии (до 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя [2]) обследовано 265 мужчин в возрасте от 27 до 55 лет (средний возраст пациентов $39,2 \pm 7,2$) с алкогольной зависимостью (шифр F 10.200–202 согласно критериям МКБ-10 [9]). В исследование не включались лица, злоупот-

ребляющие алкоголем без синдрома зависимости, больные с другими психическими и поведенческими расстройствами. С учетом принципов клинической типификации ремиссии, принятым в современной наркологии [1], все исследованные пациенты были разделены на три репрезентативные по возрасту и другим социаль-но-демографическим параметрам группы.

Первая группа ПАЗ состояла из 69 человек в состоянии компенсированной ремиссии, без клинически выраженных рецидивоопасных состояний. Вторая — из 40 пациентов, которые находились в состоянии субкомпенсированной ремиссии с РОКС (обратившиеся для противорецидивного лечения). Пациенты первых двух групп достигли полной ремиссии (более 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя, шифр по МКБ-10 F 10.202) [9]. В третью группу были включены 156 человек с рецидивом алкогольной зависимости на этапе становления ремиссии (декомпенсированная ремиссия).

В ходе выполнения работы применены клинико-психопатологический, клинико-динамический и экспериментально-психологический методы. С целью объективизации и возможности сравнения клинического состояния ПАЗ в ремиссии был использован разработанный нами опросник «Шкала экспресс-диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций» [7]. Статистическая обработка данных (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений M , стандартного отклонения, достоверности отличия по критерию Стьюдента и критерию согласия χ^2) проводилась с помощью компьютерной программы Excel [10]. Статистически значимой считалась 95 %, вероятность различий ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждения

Частота встречаемости (в порядке убывания в первой группе) РОКС ПАЗ в группах сравнения на этапе становления ремиссии (до шести месяцев воздержания от употребления алкоголя) представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Частота психологических рецидивоопасных клинических ситуаций у пациентов трех групп

Рецидивоопасные психологические ситуации	Группа 1		Группа 2		Группа 3	
	n	%	n	%	n	%
1. Отсутствие увлечений	28	66,7	26	70,3	24	70,6
2. Беспокойство за свое здоровье	25	59,5	19	51,4	15	44,1
3. Скрывал факт лечения	22	52,4*	11	29,7	13	38,2
4. Стрессы	20	43,5	22	59,5	13	38,2
5. Находился в пьющих компаниях	17	40,5*	30	81,1	33	97,1***
6. Негативное отношение к «пьющим»	16	38,1	14	37,8	11	32,4
7. Нонкомплаенс	10	23,8	15	40,5**	31	91,2***
8. Неполноценное питание и отдых	6	14,3*	15	40,5**	6	17,6
9. Сексуальные проблемы, ревность	5	11,9*	14	37,8**	4	11,8
10. «Безалкогольное пиво можно»	3	7,1	4	10,8	7	20,6***
11. Скука	3	7,1*	14	37,8	13	38,2***
12. Анозогнозия	2	4,3*	6	15,8**	14	41,2***
Всего пациентов	42	100%	37	100%	34	100%

* Различия между 1 и 2 группами достоверны ($p < 0,05$); ** различия между 2 и 3 группами достоверны ($p < 0,05$); *** различия между 3 и 1 группами достоверны ($p < 0,05$).

Как следует из данных таблицы 1, на этапе становления ремиссии ПАЗ характерны психологические РОКС. Примерно с одинаковой частотой ($p > 0,05$) во всех трех группах наблюдались «отсутствие увлечений», «беспокойство за свое здоровье», «стрессы» и «негативное отношение к «пьющим».

В сравнении с 1 группой во 2 чаще ($p < 0,05$) встречались: «находился в пьющих компаниях», «сексуальные проблемы, ревность», «неполноценное питание и отдых», «скука» и «анозогнозия».

В сравнении с 3 группой во 2 чаще ($p < 0,05$) встречались: «сексуальные проблемы, ревность» и «неполноценное питание и отдых». Реже ($p <$

$0,05$) во 2 группе в сравнении с 3 наблюдались: «нонкомплайенс», «безалкогольное пиво можно» и «анозогнозия».

В сравнении с 1 группой в 3 значимо чаще ($p < 0,05$) встречались «находился в пьющих компаниях», «нонкомплайенс», «безалкогольное пиво можно», «скука» и «анозогнозия». Остальные РОКС в 1 и 3 группах встречались примерно с одинаковой частотой (таблица 1, $p > 0,05$).

Сравнительная характеристика средней выраженности психологических рецидивоопасных ситуаций у пациентов трех групп на этапе становления ремиссии представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Сравнительная характеристика средней выраженности психологических рецидивоопасных ситуаций на этапе становления ремиссии у пациентов трех групп

Рецидивоопасные ситуации	Группа 1	Группа 2	Группа 3
	М ± σ	М ± σ	М ± σ
1. Отсутствие увлечений	1,48 ± 1,0	2,16 ± 1,86	1,35 ± 1,42
2. Беспокойство за свое здоровье	1,26 ± 1,1	1,21 ± 1,13	1,23 ± 1,35
3. Скрывал факт лечения	0,78 ± 1,0	0,53 ± 1,02**	1,06 ± 1,34
4. Стрессы	0,61 ± 0,72	0,74 ± 0,87	0,47 ± 0,8
5. Находился в пьющих компаниях	0,65 ± 0,83	0,95 ± 0,71**	1,47 ± 0,8***
6. Негативное отношение к «пьющим»	0,7 ± 1,15	1,11 ± 1,2**	0,35 ± 0,61
7. Нонкомплайенс	0,57 ± 1,1	0,53 ± 1,02**	2,82 ± 0,39***
8. Неполноценное питание и отдых	0,13 ± 0,34	0,47 ± 0,61	0,18 ± 0,53
9. Сексуальные проблемы, ревность	0,13 ± 0,34*	0,74 ± 1,05**	0,29 ± 0,77
10. «Безалкогольное пиво можно»	0,04 ± 0,2	0,32 ± 0,75	0,42 ± 0,62***
11. Скука	0,04 ± 0,17*	1,0 ± 1,2	1,12 ± 1,41***
12. Анозогнозия	0,04 ± 0,21	0,16 ± 0,37**	0,47 ± 0,51***
Сумма психологических РОКС	6,43 ± 3,34*	9,6 ± 3,9	10,1 ± 3,03***

Примечание. Обозначения см. под таблицей 1.

Как следует из данных таблицы 2, суммарная выраженность психологических РОКС у пациентов 3 группы в среднем составила $10,1 \pm 3,03$ балла, что превышает суммарную выраженность РОКС пациентов 1 ($6,43 \pm 3,34$ балла, $p < 0,05$) и 2 ($9,6 \pm 3,9$ балла, $p > 0,05$) групп.

Из отдельных признаков во 2 группе в сравнении с пациентами 1 более выраженными ($p < 0,05$) оказались такие РОКС, как «сексуальные проблемы, ревность» ($0,74 \pm 1,05$ балла против $0,13 \pm 0,34$ балла) и «скука» ($1,0 \pm 1,2$ балла против $0,04 \pm 0,17$ балла).

В сравнении с 3 группой во 2 больше ($p < 0,05$) были выражены «сексуальные проблемы, ревность» ($0,74 \pm 1,05$ балла против $0,29 \pm 0,77$ балла) и «негативное отношение к «пьющим»» ($1,11 \pm 1,2$ балла против $0,35 \pm 0,61$ балла). Во 2 группе в сравнении с 3 меньше ($p < 0,05$) были выражены: «находился в пьющих компаниях» ($0,95 \pm 0,71$ балла против $1,47 \pm 0,8$ балла), «скрывал факт лечения» ($0,53 \pm 1,02$ балла против $1,0 \pm 1,34$ балла), «анозогнозия» ($0,16 \pm 0,37$ балла против

$0,47 \pm 0,51$ балла) и «нонкомплайенс» ($0,53 \pm 1,02$ балла против $2,82 \pm 0,39$ балла).

В сравнении с 1 группой в 3 больше ($p < 0,05$) были выражены 5 признаков из 12. Это: — «находился в пьющих компаниях» ($1,47 \pm 0,8$ балла против $0,65 \pm 0,83$ балла), «анозогнозия» ($0,47 \pm 0,51$ балла против $0,04 \pm 0,21$ балла), «нонкомплайенс» ($2,82 \pm 0,39$ балла против $0,57 \pm 1,1$ балла), «безалкогольное пиво можно» ($0,42 \pm 0,62$ балла против $0,04 \pm 0,2$ балла) и «скука» ($1,12 \pm 1,41$ балла против $0,04 \pm 0,02$ балла).

При исследовании корреляции признаков между собой и с интегральной суммой выраженности установлено, что большинство психологических РОКС не имели между собой значимых корреляционных связей. С интегральной выраженностью психологических РОКС в 1 группе корреляция (значимая) была следующей (в порядке убывания): «отсутствие увлечений» ($r = 0,79$), «стрессы» ($r = 0,62$) и «беспокойство за свое здоровье» ($r = 0,52$).

Во 2 группе с интегральной выраженностью психологических РОКС коррелировали (в порядке убывания степени корреляции): «скрывал факт лечения» ($r = 0,59$), «находился в пьющих компаниях» ($r = 0,57$), «отсутствие увлечений» ($r = 0,49$) и «беспокойство за свое здоровье» ($r = 0,44$).

В 3 группе с интегральной выраженностью психологических РОКС коррелировали (в порядке убывания степени корреляции): «скука» ($r = 0,61$), «неполноценное питание и отдых» ($r = 0,52$), «беспокойство за свое здоровье» ($r = 0,51$), «безалкогольное пиво мож-

но» ($r = 0,45$), «стрессы» ($r = 0,44$) и «скрывал факт лечения» ($r = 0,43$).

При изучении психологических РОКС нами были выявлены пять признаков («находился в пьющих компаниях», «нонкомплайенс», «скука», «безалкогольное пиво можно» и «анозогнозия»), частота встречаемости и степень выраженности которых нарастали по линии «компенсированная-субкомпенсированная-декомпенсированная» ремиссии. Эта тенденция хорошо иллюстрируется на примере дифференцированного анализа по степени выраженности признака «находился в пьющих компаниях» (рисунок 1).

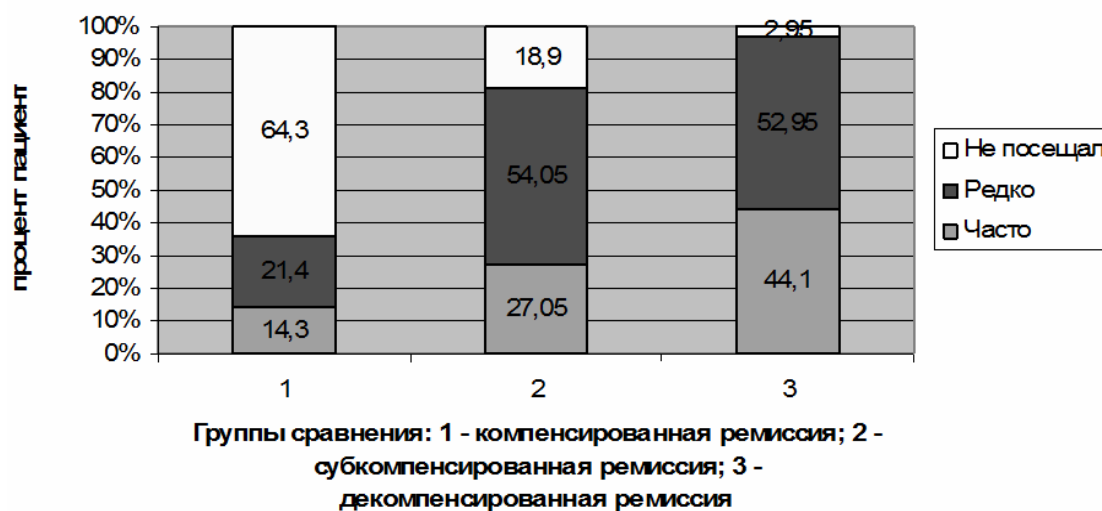


Рисунок 1 — Распределение по градации выраженности рецидивоопасной ситуации «находился в пьющих компаниях» у пациентов трех групп

Признак «находился в пьющих компаниях» наблюдался в 3 группе у 33 (97,1 %) из 34 пациентов против 17 (40,5 %) из 42 пациентов 1 группы ($p < 0,001$) и 30 (81,1 %) из 37 пациентов 2 группы ($p = 0,11$) (таблица 1 и рисунок 1). Только 1 (2,95 %) из 34 пациентов 3 группы не посещал компании пьющих, что значительно меньше ($p < 0,001$), чем среди пациентов 1 группы, где не посещали компании пьющих 27 (64,3 %) из 42 пациентов, и меньше ($p = 0,066$) чем во 2 группе, где не посещали компании пьющих 7 (18,9 %) из 37 пациентов. Часто посещали пьющие компании 15 (44,1 %) из 34 пациентов 3 группы, что значимо больше ($p = 0,01$), чем в 1 — 6 (14,3 %) из 42 и больше ($p = 0,043$), чем во 2 группе, где часто посещали компании пьющих составляет 10 (27,05 %) из 37 пациентов.

Расчет шансов показывает, что для пациентов с алкогольной зависимостью на этапе становления терапевтической ремиссии посещение пьющих компаний повышает риск возникновения РОКС в 7 (3,76–13,05) раз в сравнении с пациентами, не посещающими такие компании ($p < 0,001$). Выявление 2 и более не-

гативных психологических ситуаций из 5 («находился в пьющих компаниях», «нонкомплайенс», «скука», «безалкогольное пиво можно» и «анозогнозия») с высокой степенью вероятности (чувствительность 83,1 %, специфичность 74,3 %) свидетельствует об угрозе рецидива алкогольной зависимости.

Таким образом, нами получены данные, согласующиеся с выводами других авторов [1–6], что у пациентов с алкогольной зависимостью в первые 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя, причем независимо от качества ремиссии ($p > 0,05$), психологическая ситуация весьма напряженная. Большинство из них испытывают явный психологический дискомфорт, связанный с новым, непривычным, трезвым образом жизни, чувствуют нехватку дружеского общения, увлечений, ощущают негативное влияние со стороны употребляющих алкоголь лиц, вынуждены скрывать факт своего лечения от алкогольной зависимости.

В то же время нами впервые получены данные, свидетельствующие о том, что психологическое состояние пациентов с алкогольной зависимостью на этапе становления тера-

пептической ремиссии неоднородно. Для лиц, достигших без срывов и клинически очерченных жалоб полной ремиссии (компенсированная ремиссия), наиболее значимы в плане угрозы психологического дискомфорта ситуации, связанные с отсутствием увлечений ($r = 0,79$), переживаемыми стрессами ($r = 0,62$) и беспокойством по поводу физического и психического здоровья ($r = 0,52$). Для пациентов в субкомпенсированной ремиссии, самостоятельно обратившихся за помощью в связи с возникшей рецидивоопасной клинической ситуацией, эти же факторы сохраняли положительную корреляционную связь с общим психологическим дискомфортом, но на первые места в этом плане выходили необходимость скрывать факт лечения ($r = 0,59$) и находиться в питейных ситуациях ($r = 0,57$). А вот для пациентов с декомпенсированной ремиссией (с рецидивом алкогольной зависимости до шести месяцев воздержания от употребления алкоголя) в отличие от пациентов первых двух групп ($p < 0,05$) наибольшую значимость в плане психологического дискомфорта в период воздержания от употребления алкоголя представляли скука ($r = 0,61$) и неполноценное питание и отдых ($r = 0,52$).

Выводы

1. У пациентов с алкогольной зависимостью на этапе становления терапевтической ремиссии психологическая ситуация характеризуется пролонгированным стрессом адаптации к трезвому образу жизни. При этом такие психологические черты алкогользависимых пациентов, как осознание болезни, приверженность лечению, равнодушие к алкоголю, положительное отношение к трезвой жизни, беспокойство за свое здоровье способствуют формированию компенсированной ремиссии ($p < 0,05$). При возникновении на фоне компенсированной ремиссии рецидивоопасных клинических ситуаций эти черты побуждают пациентов обратиться к врачу за помощью для ослабления проявлений алкогольной зависимости и сохранения ремиссии.

2. Нонкомплайенс, гипнозогнозия, скука, положительные виртуальные ассоциации с алкоголем, тенденция к посещению пьющих компаний свидетельствуют о наличии у пациентов с алкогольной зависимостью скрытой

рецидивоопасной клинической ситуации, статистически значимо ($p < 0,05$) повышающей риск срыва ремиссии. Выявление у лиц с алкогольной зависимостью в период воздержания от употребления алкоголя не менее двух признаков из этих пяти с высокой степенью вероятности (чувствительность 83,1 %, специфичность 74,3 %) свидетельствует об угрозе рецидива алкогольной зависимости.

3. Установленные особенности психологического состояния пациентов с алкогольной зависимостью в период терапевтической ремиссии могут быть использованы как факторы прогноза течения заболевания, мишени терапии и реабилитации, а также критерии эффективности лечения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ерышев, О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. — 192 с.
2. Сосин, И. К. Наркология (Монография) / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. — Харьков: Кол-ум, 2005. — 800 с.
3. Копытов, А. В. Аффективные нарушения при алкогольной зависимости / А. В. Копытов, И. А. Байкова // Актуальные вопросы психического здоровья: матер. науч.-практ. конф., 21 янв. 2005. — Гродно, 2005. — С. 74–76.
4. Дубинина, Л. А. Особенности реадaptации больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии / Л. А. Дубинина, И. Ю. Бакман // Материалы науч.-практ. конф. К 110-ю кафедр психиатрии и наркологии СПб-го ГМУ им. Академика И. П. Павлова, СПб., 10 дек. 2010 г. — СПб.: Изд. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1010. — С. 110.
5. Relaps: strategies of prevention and prediction / C Cummings [et al.] // In: W. R. Miller. The addictive behaviours. Oxford, Pergamon, 1980. — 342 p.
6. Clark, A. Working with grieving adults / A. Clark // Advances in Psychiatric Treatment. — 2004. — Vol. 10. — P. 164–170.
7. Сквир, И. М. Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И. М. Сквир // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. статей респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицины» и 17-й итоговой сессии Гомельского ГМУ: в 4 т. / Ред. колл. А. Н. Лызинов [и др.]. — Гомель: ГГМУ, 2008. — Т. 3. — С. 190–193.
8. ПРИКАЗ от 19 августа 2005 г. № 466 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь» / гл. ред. Р. А. Евсегнеев. — Минск, 2005. — 196 с.
9. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купер; под ред. Дж. Э. Купера / Пер. с англ. Д. Полтавца — К.: Сфера, 2000. — 464 с.
10. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев: МОРИОН, 2001. — 408 с.

Поступила 14.02.2012

УДК 618.3-06:616.988-006.52+616.211/.232-053.3+06:516-022.6-606.52

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВИРУСОВ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ, РОЖДЕННЫХ ОТ ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ

С. С. Кравченко, Г. И. Вергейчик

Гомельский государственный медицинский университет

С ростом инфицированности папилломавирусной инфекцией среди женщин репродуктивного возраста наблюдается и увеличение частоты встречаемости данной инфекции у беременных женщин. Случаи папилломатоза гортани, трахеи и бронхов у детей, рожденных от инфицированных матерей, указывают на воз-