

# ЖУРНАЛ

## практического врача акушера-гинеколога

Учредители: Волгоградская областная общественная организация  
"Ассоциация акушеров-гинекологов и планирования семьи",  
Волгоградский государственный медицинский университет

№ 1–2 (15), 2008

**Главный редактор**  
профессор Н.А. Жаркин

**Зам. главного редактора**  
профессор Л.В. Ткаченко

**Редакционный совет:**

к.м.н. О.П. Аккузина (Саратов), д.м.н. М.В. Андреева (Волгоград), засл. врач РФ, профессор С.В. Вдовин (Волгоград), профессор Н.А. Жаркин (главный редактор, Волгоград), д.м.н. И.О. Буштырева (Ростов-на-Дону), профессор О.И. Линева (Самара), Н.Ф. Логинова (Астрахань), профессор В.А. Мельников (Самара), профессор А.В. Михайлов (Волгоград), профессор А.Ф. Михельсон (Ростов-на-Дону), к.м.н. А.Г. Раевский (Волгоград), засл. врач РФ, профессор И.А. Салов (Саратов), д.м.н. С.П. Синчихин (Астрахань), засл. врач РФ, профессор Л.В. Ткаченко (зам. главного редактора, Волгоград), профессор Е.Г. Шварев (Астрахань), Н.Б. Шогджиева (Элиста)

Адрес редакции:  
400131, г. Волгоград, ул. 10-й Дивизии НКВД, д. 1  
Тел. (8442) 33-45-56, факс (8442) 37-84-28  
WEB: <http://www.volgmed.ru>

Рукописи рецензируются. Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов.  
Подписка и распространение журнала осуществляются редакцией.  
Журнал зарегистрирован в Нижне-Волжском межрегиональном территориальном управлении при Министерстве РФ по делам печати, телерадиовещания и СМИ. Свидетельство ПИ № 9-0477.  
Журнал основан в 2002 г. Периодичность издания — 4 раза в год.

ISBN 5–88462–061–6  
Формат 60x84/8. Заказ 94. Тираж 300 экз.  
Сверстано и отпечатано в ОАО "ИПК "Царицын"  
400131, г. Волгоград, ул. Коммунистическая, 11

<i><b>В НОМЕРЕ</b></i>		<i><b>CONTENTS</b></i>	
Обзоры		Review	
<b>Антипов М.С., Засядкина Н.Э.</b> Прегавидарная подготовка эндометрия при невынашивании беременности	3	<b>Antipov M.S., Zasiadkina N.E.</b> Pregavid preparation the endometrium in case of miscarriage	3
Оригинальные статьи		Original articles	
<b>Жаркин Н.А., Омелянюк Л.А.</b> Наш опыт консервативных миомэктомий	8	<b>Zharkin N.A., Omelianiuk L.A.</b> Our experience of conservative myomectomy	8
<b>Селихова М.С., Позднякова М.А., Гаврильчук А.В.</b> Натуральные растительные препараты в лечении климактерических расстройств	12	<b>Selikhova M.S., Posdnjakova M.A., Gavrilchuk A.V.</b> Natural plant medicine in treatment of the climacteric disorders	12
<b>Лечиева Э.У., Синчихин С.П.</b> Иммунохимические критерии прогнозирования ранней постнатальной адаптации	15	<b>Lechieva E.U., Sinchikhin S.P.</b> Immunochemical prognostics of the early postnatal period	15
Клинические лекции		Ceinic	
<b>Шалаев О.Н.</b> Генитальный пролапс	19	<b>Shalaev O.N.</b> Genital prolapse	19
<b>Селихова М.С.</b> Прогнозирование, профилактика и лечение послеродовых инфекционных осложнений	30	<b>Selikhova M.S.</b> Postpartum infectious complications: prognosis, prevention and treatment	30
Казуистика		Casuistics	
<b>Цветкова О.П., Налыгач Н.В., Гаврильчук Т.К.</b> Редкие формы осложнений после кесарева сечения	37	<b>Tsvetkova O.P., Naligach N.V., Gavrilchuk T.K.</b> Seldom complications after cesarean section	37
<b>Ефремова Е.Б., Двужилов В.В., Алифанова Г.П.</b> Особенности течения беременности и родов у пациенток с папилломатозом гортани	41	<b>Efremova E.B., Dvuzhilov V.V., Alifanova G.P.</b> Peculiarities of the pregnancy and labor course at patients with larynx papileomatosis	41
Резолюции		Resolutions	
Резолюция заседания Ассоциации АГПС, посвященного порокам развития плода	45	Resolution of the conference about fetus anomalies	45
Содержание предыдущих номеров	46	Contents of the previous issues	46

Журнал включен в реферативный журнал и базы данных ВИНТИ. Сведения о журнале ежегодно публикуются в международной справочной системе по периодическим и продолжающимся изданиям "Ulrich's Periodicals Directory".

# ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

*М.С. Антипов<sup>1</sup>, Н.Э. Засядкина<sup>2</sup>,  
МУЗ "Клинический роддом № 3". ВОКБ № 1<sup>2</sup>". г. Волгоград*

## Pregravid preparation the endometrium in case of miscarriage. Review

*M.S. Antipov, N.E. Zasiadkina*

Регуляция рождаемости и охрана здоровья матери и ребенка являются одними из приоритетных направлений современной медицины. Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает проблема невынашивания беременности, являющегося наиболее частым осложнением беременности. Самопроизвольно в РФ прерывается каждая пятая желанная беременность [10]. Невынашивание беременности не имеет тенденции к снижению, и при современной демографической ситуации эта проблема приобретает особое социальное значение [1].

Невынашивание беременности – самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель. Частота самопроизвольных выкидышей составляет от 15 до 20% от всех диагностированных беременностей [2]. Следует помнить, что в статистику не входит большое количество очень ранних и протекающих субклинически выкидышей. Прерывание в сроки от зачатия до 22 недель – самопроизвольный аборт – относят к основным видам акушерской патологии. Самопроизвольное прерывание беременности два и более раз подряд называется привычным выкидышем и составляет в структуре невынашивания от 5 до 20%.

Этиология невынашивания чрезвычайно разнообразна и зависит от многих факторов. В настоящее время нет исчерпывающей классификации причин невынашивания беременности. По-видимому, это обусловлено тем, что трудно свести в единую систему все многообразие причин, ведущих к прерыванию беременности. Самопроизвольный выкидыш ча-

сто является следствием не одной, а нескольких причин, действующих одновременно или последовательно [3]. Различают следующие ведущие причины невынашивания или привычной потери беременности: генетические, эндокринные, иммунологические (аутоиммунные и аллоиммунные), инфекционные, тромбофилические, причины вследствие патологии матки [4,16].

Последняя из причин представляет собой наибольший интерес в том плане, что состояние эндометрия и его адекватная прегравида- рная трансформация являются необходимым условием для нормального развития беременности, особенно в первой ее половине. Условно все патологические изменения в эндометрии можно разделить на 2 большие группы: воспалительные процессы в слизистой и неадекватная секреторная трансформация эндометрия в пролиферативной фазе за счет гормональных нарушений [5]. Малоизученным остается вопрос о дисфункциональных метаболических процессах в эндометрии в процессе его циклической метаморфозы, особенно на фоне воспалительных и гормональных нарушений.

Наступление беременности сопровождается изменением иммунного статуса женщины. Развивается иммунодефицит, который при угрозе прерывания и невынашивании беременности усугубляется. Поэтому подверженность беременной женщины инфекционным заболеваниям очень велика. Исследования последних лет показали, что у большинства женщин с повторными выкидышами имеется смешанная персистирующая вирус-

ная инфекция (вирусы Коксаки А и В, некоторые другие энтеровирусы, цитомегаловирус, вирус простого герпеса). К примеру, вирусом простого герпеса (ВПГ) инфицировано свыше 90% населения земного шара [7]. Вирусная инфекция приводит к нарушению систем иммунитета и гемостаза, индуцируя процессы отторжения плодного яйца. При физиологической беременности клетки цитотрофобласта не экспрессируют антиген главного комплекса гистосовместимости и являются иммуноиндифферентными. Если же на этих клетках экспрессируется вирус, то они становятся пусковым механизмом активации иммунных клеток и мишенью для иммунной агрессии [6].

Нельзя недооценивать роль оппортунистической флоры в генезе невынашивания, в условиях роста числа пациенток с бактериальным вагинозом и урогенитальным кандидозом. Характерной особенностью возбудителей генитальных инфекций являются их частые ассоциации. Так, генитальные микоплазмы обнаруживаются вместе с грибами рода *Candida*, трихомонадами, гонококками; хламидии – с гонококками, вирусом генитального герпеса, стрептококками группы В и др. [7].

Таким образом, наиболее частыми причинами невынашивания беременности являются:

- хронический эндометрит с персистенцией условно патогенных микроорганизмов и/или вирусов. Среди случаев с самопроизвольными абортами в анамнезе частота бессимптомного морфологически подтвержденного хронического эндометрита достигает 64% вне зависимости от клинической картины прерывания беременности [8]
- поражение рецепторного аппарата эндометрия, клинически проявляющееся в виде неполноценной лютеиновой фазы
- дефекты иммунной системы, в том числе и локального иммунитета, вследствие воздействия инфекционного возбудителя, особенно в условиях широкого распространения стертых, атипичных, рецидивирующих форм и большого спектра провоцирующих факторов (нарушение микрофлоры, антибак-

териальная терапия, частые внутриматочные вмешательства). Следствием таких процессов становится развитие хронического воспаления, внутриматочных синехий, гиперплазии и полипов эндометрия. Нарушается кровоснабжение слизистой, развиваются отек и инфильтрация тканей, изменяется соотношение рецепторов, что в последующем приводит к нарушениям нормальной имплантации и развития эмбриона [5].

В настоящее время постулатом является факт, что проблемы невынашивания нельзя решить в процессе беременности. Для эффективной сохраняющей терапии необходимо знать возможные причины и патогенез нарушений, которые ведут к прерыванию беременности, что можно выяснить только при тщательном обследовании вне и до беременности.

Прегравидарная (или преконцептивная) подготовка представляет собой комплекс лечебно-профилактических мероприятий, включающих в себя многоуровневое обследование и при необходимости терапию, значительно снижающую вероятность неблагоприятных исходов беременностей, в особенности у пациенток с невынашиванием беременности и отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.

Прегравидарная подготовка эндометрия включает в себя:

1. Обследование на возможные очаги инфекции, в особенности урогенитальной:
  - рутинные микробиологические посевы из цервикального канала
  - "золотой стандарт" – ПЦР-диагностика (качественное исследование) при необходимости с последующим количественным определением титров инфекционных агентов
  - культивирование возбудителей на питательных средах.

При наличии выделенной инфекции требуется подбор индивидуальной программы лечения с учетом чувствительности к выделенным микроорганизмам, антибактериальная, иммунокорректирующая, иммуномодулирующая терапия с последующим контролем измененных показателей.

Комплекс прегравидарной подготовки женщин с привычным невынашиванием и последующего ведения беременности должен включать диагностические маркеры в зависимости от вида вирусной/бактериальной инфекции и типа иммунного ответа с последующей их коррекцией, что позволяет индивидуализировать подходы к обследованию и лечению и, следовательно, снизить количество репродуктивных потерь.

2. Оценка иммунологического статуса, включая исследование локального иммунитета эндометрия:

- определение субпопуляций Т-клеточного иммунитета, детекция В-клеток. В эндометрии здоровых женщин вне беременности В-, Т-, НК-клетки, макрофаги представлены в незначительном количестве, тогда как при хроническом эндометрите происходит резкая активация клеточных и гуморальных реакций воспаления на локальном уровне [4]

- уровень иммуноглобулинов G, M, A-классов

- характеристика иммунного ответа. При необходимости проводятся оценка интерфероновой реакции лимфоцитов, определение цитокинов. Система цитокинов играет важную роль в регуляции воспалительных реакций и межклеточных взаимодействий в эндометрии, что в свою очередь ограничивает инвазию трофобласта [10]. При хроническом воспалительном процессе (в том числе аутоиммунном) провоспалительные цитокины (II-1в, гамма-интерферон, II-6, TNF) увеличиваются более чем в 2 раза.

3. Обследование гормонального профиля (в т.ч. иммуоферментный анализ). При выявлении его нарушений проводится подбор гормонотерапии с восстановлением оптимального соотношения рецепторного аппарата уrogenитального тракта и организма в целом. С этой целью возможно использование препаратов природного происхождения, в том числе гомеопатических, обладающих гормональной активностью или активно влияющих на функцию гонад. Имеется отечественный опыт

эффективного применения бальнеологических средств, курортных и преформированных физических факторов [22, 23].

4. Диагностика аутоиммунных нарушений (при исключении гормональных, инфекционных, анатомо-морфологических причин невынашивания):

- определение антиспермальных, анти-нуклеарных, антигистаминовых антител

- определение в сыворотке антител к ХГЧ [4], титра эмбриотропных антител (ЭТ-АТ) к белкам АСВР 14/18 и МР-65, участвующих в регуляции процессов эмбриогенеза (тест Эли-П) [11]

- определение АФС-маркеров: антикардиолипиновых антител, волчаночного антикоагулянта, анти-в2-гликопротеин I [4, 12, 13]. Среди пациенток с привычным невынашиванием беременности АФС встречается в 27–42% [14], причем без проведения лечения гибель эмбриона (плода) наблюдается у 90–95% женщин, имеющих аутоантитела к фосфолипидам [12]

- исследование совместимости супругов по антигенам системы HLA [4]. Полное несоответствие HLA-генотипов супругов благоприятно для развития беременности [15, 17].

5. Морфологическая оценка состояния эндометрия наиболее информативна только в результате инвазивных вмешательств – выскабливания полости матки или биопсии эндометрия. Выполнение этих операций связано с определенным риском развития осложнений, в том числе достаточно серьезных, и поэтому они должны проводиться по строгим показаниям [9]. Предпочтительнее диагностика состояния эндометрия путем аспират-биопсии, которая в зависимости от преследуемой цели может проводиться в 1-ю или 2-ю фазы менструального цикла [5]. Последующее гистологическое исследование эндометрия позволяет достоверно подтвердить или опровергнуть наличие хронического эндометрита, обсеменения слизистой вирусной инфекцией, развития гиперпластических процессов. Без гистологической верификации ни один из этих диагнозов не является правомочным.

6. Оценка состояния эндометрия при помощи вспомогательных технологий (по показаниям):

- УЗИ органов малого таза (с целью исключения ложных результатов предпочтительно в 1-ю фазу менструального цикла)
- доплерометрия сосудов для оценки адекватности кровоснабжения слизистой
- по показаниям гистеросальпингоскопия под контролем УЗИ с введением в полость матки стерильного физиологического раствора для обнаружения дефектов заполнения
- гистероскопия (диагностическая и лечебная, как правило, рекомендована в 1-ю фазу менструального цикла на 5–7-й день). При необходимости проводится хирургическая, медикаментозная и немедикаментозная коррекция.

Вышеперечисленные методы диагностики с целью верификации той или иной патологии безусловно не являются обязательными к выполнению во всем указанном объеме, однако в скрининговом аспекте и по показаниям их вспомогательная роль несомненна.

Важно отметить, что в современных условиях внедрение вспомогательных репродуктивных технологий расширило возможные границы для планирования беременности, в том числе у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, бесплодием различного генеза. Об этом неоспоримо свидетельствуют цифры: по данным Российской ассоциации репродукции человека, общее количество доступных анализу циклов вспомогательных репродуктивных технологий (базирующихся на ЭКО) составило за 2005 год 17242, при частоте наступления беременности в расчете на цикл – 31,5–31,6% [18] с учетом того, что беременности после ЭКО и ПЭ в высоком проценте являются многоплодными, что само по себе повышает риск невынашивания [19]. Имплантация перенесенных в полость матки эмбрионов и нормальное развитие беременности после ЭКО зависят не только от качества и количества эмбрионов, но и от состояния эндометрия. На важность функциональной полноценности эндометрия указывают данные, показавшие,

что в естественном менструальном цикле при адекватном развитии эндометрия беременность наступала у 50% наблюдавшихся женщин, а при его отставании в развитии – лишь у 9% [9].

По данным литературы, воспалительные изменения в эндометрии у больных с трубным бесплодием встречаются с частотой от 13,8 до 73,1% [20]. Среди случаев с самопроизвольными абортами в анамнезе частота бессимптомного морфологически подтвержденного хронического эндометрита достигает 64% вне зависимости от клинической картины прерывания беременности. В случаях, когда прерывание беременности протекало с явлениями воспаления, бессимптомное персистенция условно-патогенных микроорганизмов наблюдается у 67,7% пациенток [20].

Воспалительные изменения эндометрия зачастую ассоциированы с иммунными факторами. Нарушение иммунного взаимодействия между эмбрионом и эндометрием является одной из основных причин, приводящих к неудачам в программах ЭКО [21]. Вышеуказанное диктует необходимость проведения особенно тщательного обследования и, при необходимости, лечения супружеской пары в прегравидарный период. Комплекс обследования пациентов, помимо рутинной оценки качества яйцеклеток, сперматозоидов, эмбрионов, иммунологических исследований (иммунограмма, антифосфолипидные антитела, антитела к ХГ), генетического анализа, должен включать исследование структуры и функциональной адекватности (имплантационного потенциала) эндометрия. С этой целью целесообразно проведение гистероскопии, морфологических, иммуногистохимических исследований рецепторов эндометрия к гормонам, что наиболее полноценно отражает структурно-функциональную готовность эндометрия к успешной имплантации и развитию эмбрионов [21].

Таким образом, после выполнения такой разносторонней прегравидарной подготовки эндометрия в естественных циклах и в программах вспомогательных репродуктивных

технологий, включающей в себя многоуровневое обследование и лечение, значительно снижается риск самопроизвольных выкидышей, осложнений во время беременности [5]. Прегравидарная подготовка эндометрия достоверно уменьшает риск прерывания беременности, осложнений во время беременности, врожденных пороков, угрозу плацентарной недостаточности, гестоза и синдрома

задержки развития плода. Проведение программы прегравидарной подготовки на своем диагностическом и профилактическом этапах вполне осуществимо в амбулаторно-поликлинических условиях, условиях дневного стационара и экономически менее затратно, нежели лечение возможных осложнений текущей или прервавшейся незапланируемой беременности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Информационное письмо № 2510/3796-03-32 от 11 апреля 2003 г. "Профилактика, диагностика и лечение невынашивания беременности" / В.И. Кулаков, В.М. Сидельникова, А.А. Агаджанова.
2. Подзолкова Н.М., Скворцова М.Ю., Нестерова А.А., Львова А.Г. Невынашивание беременности / Учебно-методическое пособие. – М., 2004.
3. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. – М.: Медицина, 1986. (Устарела).
4. Сидельникова В.М. Привычная потеря плода. – М.: Триада-Х, 2005.
5. Нишанян С.Ю. Подготовка эндометрия к беременности // ОРЖИН. – 2007. – № 1.
6. Вирусная инфекция в генезе неразвивающейся беременности 1-го триместра / Е.И. Новиков, Б.И. Глуховец, А.В. Осипов, С.И. Стожарова. – СПб, 2007.
7. Кошелева Н.Г., Башмакова М.А., Плужникова Т.А. Урогенитальная инфекция и невынашивание беременности // Мир медицины. – 1999. – № 3–4.
8. Кулаков В.И., Сидельникова В.М. К вопросу о патогенезе привычного выкидыша // Акуш. и гинек. – 1996. – № 4.
9. Морфологическое и микробиологическое исследование эндометрия при обследовании больных с трубно-перитонеальной формой бесплодия на этапе подготовки к ЭКО / В.С. Корсак, А.С. Бодюль, Э.В. Исакова, А.М. Савичева, Е.Б. Чемоданова. – СПб, [http:// www.jowd.sp.ru](http://www.jowd.sp.ru), 1999–2002.
10. Радзинский В.Е., Запиртова Е.Ю. Прогестеронобульварные изменения провоспалительных цитокинов при привычном невынашивании беременности / По материалам Русского медицинского журнала. – 2004. – Том 12. – № 13.
11. Серова М.В., Федорова А.Б., Полетаев А.П., Милованов. Роль медикаментозной терапии в прегравидарной подготовке женщин с невынашиванием беременности // Международный журнал медицинской практики. – 2000. – № 4.
12. Агаджанова А.А. Современные подходы к диагностике и лечению антифосфолипидного синдрома при невынашивании беременности // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1999. – № 2.
13. Макацария А.Д. и соавт. Антифосфолипидный синдром в акушерской практике. – М.: Russo, 2001.
14. Краснополский В.И. и соавт. Мониторинг беременных при аутоиммунных нарушениях / Пособие для врачей. – М., 2000.
15. Ковалевская Т.С., Вассерман Н.Н. и соавт. Генетические аспекты невынашивания беременности // Медицинская генетика. – 2003. – Том 2. – № 11.
16. Якутовская С.Л. и соавт. Невынашивание беременности: Учебно-методическое пособие. – Минск, 2005.
17. Серова Л.Д., Манишкина Т.В. и соавт. Система HLA в медико-генетическом консультировании женщин с привычным невынашиванием и бесплодием неясного генеза / Пособие для врачей. – М., 1997.
18. Корсак В.С. ВРТ в России. Отчет за 2005 год / Материалы XVII ежегодной Международной конференции РАРЧ "Репродуктивные технологии сегодня и завтра". Тезисы. ООО "Издательский дом "Свитчайлд-Медиа", 2007.
19. Азизова Г.Д., Кузьмичев Л.Н., Смольникова В.Ю. Состояние новорожденных из двоен, родившихся после ЭКО и ПЭ / Тезисы. ООО "Издательский дом "Свитчайлд-Медиа", 2007.
20. Судома И.А., Маслий Ю.В. Алгоритм обследования и лечения пациентов с многократными неудачными программами вспомогательных репродуктивных технологий / Тезисы. ООО "Издательский дом "Свитчайлд-Медиа", 2007.
21. Демидова Е. М. Привычный выкидыш: патогенез, акушерская тактика: Автореф. дисс... д-ра мед. наук. – М., 1993.
22. Гордон К.В. Современные технологии восстановительного лечения больных с хроническими воспалительными болезнями женских тазовых органов на курортах Российского Причерноморья: Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – Томск, 2004.
23. Ярустовская О.В. Физические факторы в лечении нарушений менструальной функции у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – М., 1997.

# НАШ ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНЫХ МИОМЭКТОМИЙ

*Н.А. Жаркин, Л.А. Омельянюк*

*Гинекологическое отделение ВОКБ № 1. г. Волгоград*

*В статье представлен опыт консервативных миомэктомий у 45 пациенток репродуктивного возраста. Отмечена высокая эффективность консервативно-пластических операций на матке в плане восстановления репродуктивной функции и вынашивания беременности. Малое число осложнений (2,2% – 1 случай) и рецидивов (4,4% – 2 случая) позволяют рекомендовать более широко проводить консервативную миомэктомию, нежели удаление матки у женщин репродуктивного возраста, страдающих миомой матки.*

## Our experience of conservative myomectomy

*Zharkin N.A., Omelianiuk L.A.*

*The results of 45 conservative myomectomy were presented. Five operations were made during pregnancy: the indications were the huge sizes of leiomyomata and high risk the lost of pregnancy. High effectiveness of conservative uterus phasty regarding regeneration of reproductive capacity and carrying of a pregnancy was marked.*

Несмотря на то что изучению миомы матки посвящено множество работ, проблема до настоящего времени остается весьма актуальной для практического врача гинекологического стационара. Миома матки – наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль половой системы женщины. В структуре других гинекологических заболеваний она составляет от 20 до 44% [4, 8]. В репродуктивном возрасте миома матки наблюдается в 13,3–27% случаев [1, 6]. Проблема приобретает все большую актуальность в связи с омолаживанием контингента больных миомой матки с одной стороны и поздним планированием беременности (после 30 лет) – с другой.

По данным различных авторов [2, 7], удельный вес миомэктомий исчисляется десятками долями процента, что, по нашему мнению, неоправданно мало и требует расширения показаний в целях восстановления и сохранения генеративной функции у женщин фертильного возраста. К сожалению, статистические данные свидетельствуют о более частом выполнении при миоме матки радикальных вмешательств. По данным А.Л. Ти-

хомирова с соавт. [7], более миллиона женщин ежегодно подвергаются удалению матки по поводу миомы.

После удаления матки (даже без придатков) женщина может испытывать повышенную утомляемость, изменчивость настроения, склонность к депрессии, чрезмерную раздражительность, нарушение сна, снижение либидо и сексуальной активности. Нередко прогрессирует нарастание массы тела, отмечается нестабильность АД. Отмечается выраженная психологическая реакция на утрату детородного органа, формируется комплекс неполноценности. Поэтому так актуален при миомной болезни вопрос сохранения органа и выполнения консервативной миомэктомии.

За период с 1998 по 2008 г. в гинекологическом отделении Волгоградской областной клинической больницы № 1 выполнено 45 операций консервативной миомэктомии. Возраст пациенток был от 25 до 46 лет. Длительность миомной болезни составила от 1 года до 12 лет. Консервативную терапию до операции с использованием гестагенов (норколут, дюфа-



стон) получали 30% пациенток, синтетические прөгестины (КОК) – 27% женщин из вышеуказанной группы. В трех случаях с целью уменьшения размеров узлов миомы до операции участковыми специалистами назначался агонист гонадотропин-релизинг гормонов бусерелин-депо в течение трех месяцев по 1 инъекции в 28 дней, что привело к аменорее и уменьшению размеров узлов почти на 40%. Однако в дальнейшем мы не рекомендовали использование данных препаратов из-за риска невыявления миоматозных узлов маленьких размеров во время операции.

Показаниями к оперативному лечению были быстрый рост опухоли, атипическое расположение узлов – перешеечные, интралигаментарные, подслизистые [10], большие размеры миомы [8], маточные кровотечения, обусловленные миомой [13], бесплодие на фоне миомной болезни [10], миома матки и беременность [5]. Большинство операций выполнялось по сочетанным показаниям. Размеры узлов колебались от 1,5–2,0 см до 10–12 см. В 40 случаях удалено 3 и более узлов, в 4 случаях – 2 узла и в одном случае один узел более 10 см. В одном случае 1 шейечный узел больших размеров удален влагалищным доступом.

Предоперационная подготовка включала в себя точную диагностику нарушений в различных звеньях репродуктивной системы, состояние эндометрия, количество, размеры, локализацию миоматозных узлов, состояние придатков, наличие и характер сопутствующей патологии, обследование на ИППП, санацию влагалища, проводимую гексиконном, тержинаном или полижинаксом.

Согласно рекомендациям профессора С.Н. Буяновой (2006), мы старались придерживаться известных принципов проведения консервативной миомэктомии. Для формирования полноценного рубца (рубцов) на матке и благоприятного вынашивания последующей беременности учитывались следующие обстоятельства:

- Выбор разреза на матке проводился в зависимости от локализации узлов, хода основ-

ных стволов маточных сосудов, а также мышечных слоев

- Осуществлялись вскрытие капсулы и последующее удаление узлов в пределах капсулы

- Проводился тщательный гемостаз путем наложения отдельных мышечно-мышечных узлов в несколько этажей, что обеспечивало сдавление сосудов тканями

- Отказ от использования электрокоагуляции

- Послойное наложение швов без оставления "мертвых пространств"

- Использование ареактивного синтетического длительно рассасывающегося шовного материала (викрил).

Преимущественно нами применялся продольный разрез по верхнему полюсу узла во избежание травмы сосудистых пучков и их коллатералей. Края разреза на матке фиксировались мягкими зажимами для остановки кровотечения из мышц. Затем тупо и остро вылучивался узел. Зашивание ложа узла проводилось отдельными узловыми швами в три ряда викрилом-000 (слизисто-мышечный, мышечно-мышечный, серозно-мышечный). Во избежание образования гематом необходимо прокалывать всю толщу миометрия. Накладывали довольно редкие швы. Первый ряд через 8–10 мм друг от друга, второй – между узлами первого ряда.

Важным этапом операции является проведение противоспаечных мероприятий. С этой целью старались полностью удалить кровь и сгустки из брюшной полости и малого таза, а также осуществлять надежный гемостаз на поверхности матки в области швов.

Всем пациенткам проводился полноценный курс антибактериальной терапии. Назначались фторхинолоны (ципрофлоксацин) или цефалоспорины третьего поколения. При данных операциях общая кровопотеря составила от 200 до 400 мл. После выписки из стационара 40 женщин с целью профилактики рецидивов миомной болезни получали лечение чистыми гестагенами (норколут, оргаметрил, норплант и др.) до 6 месяцев.

Осложнение в раннем послеоперационном периоде имело место в одном случае. После профилактической инъекции клексана 40 мг в/м через 10 часов после операции появились признаки внутрибрюшного кровотечения: слабость, бледность кожных покровов, тахикардия до 106 ударов в минуту, снижение АД до 90/60 мм рт. ст. Клинически и по УЗИ определялась свободная жидкость в брюшной полости. Произведена релапаротомия. В брюшной полости оказалось около 400 мл жидкой крови. Из ложа узла и вколов от швов отмечалось кровотечение. Наложены дополнительные гемостатические викриловые швы. Кровь эвакуирована салфетками. В брюшную полость и малый таз установлены дренажи. Были отменены антикоагулянты, а профилактика ТЭЛА проводилась нелекарственными мероприятиями (бинтование конечностей эластическими бинтами, раннее вставание). Дренажи были удалены спустя двое суток. Гемостаз оказался устойчивым. Больная была выписана из стационара на одиннадцатые сутки в удовлетворительном состоянии. В связи с возникшим осложнением было решено уменьшить профилактическую дозу клексана с 40 до 20 мг подкожно и отсрочено спустя 24 часа после окончания операции.

Серьезной проблемой репродуктивного здоровья женщин и их будущего поколения является сочетание беременности с миомой матки. У нас наблюдались пять женщин, где беременность сочеталась с миомой матки. Предоперационная подготовка проводилась с использованием сернокислой 25%-ной магнезии 5,0 мл в/м 1 раз в день или партусистеном внутривенно капельно на физиологическом растворе с целью профилактики угрозы прерывания беременности. Для улучшения маточно-плацентарного кровотока применялся курантил по 25 мг или трентал по 0,01 г три раза в день.

Всем беременным до операции проводилось доплеровское сканирование для уточнения локализации узлов, их сосудистых систем и расположения плаценты с целью определе-

ния характера кровотока. В одном случае пришлось отказаться от консервативной миомэктомии в связи с наличием общего сосудистого ствола, питающего плаценту и миоматозный узел. Удаление узла у этой пациентки представляло собой большой риск нарушения кровообращения в плаценте и ее вероятную преждевременную отслойку.

При субсерозно-интерстициальном расположении узлов разрез проводился продольно, обходя расширенные во время беременности сосуды, уменьшая травматизацию матки. Важным моментом хирургической тактики во время беременности является целесообразность удаления только крупных узлов (от 5 см в диаметре и более), расположенных субсерозно и препятствующих вынашиванию беременности.

Ушивание разреза на матке проводилось двухрядными швами, накладывались только отдельные узловые швы.

Операция проводится под эндотрахеальным наркозом или эпидуральной анестезией. Такой вид обезболивания наиболее предпочтителен, так как позволяет достигнуть максимальной релаксации и минимального воздействия на плод.

После операции в первые двое суток назначалась инфузионная терапия. Профилактика гнойно-септических осложнений проводилась полусинтетическими пенициллинами, цефалоспоридами. Назначались средства, направленные на сохранение беременности. Плановая госпитализация на роды проводилась в 37–38 недель. В четырех случаях беременность закончилась самопроизвольными родами. В одном случае выполнено кесарево сечение. Дети родились в удовлетворительном состоянии.

Отдаленные результаты консервативных миомэктомий свидетельствовали о рецидиве миомной болезни в двух случаях. В первом случае перед первой операцией пациентка принимала бусерелин с целью уменьшения размеров узлов. Несмотря на послеоперационную профилактику рецидива чистыми гестагенами (оргаметрил) в течение 6 месяцев,

после их отмены имел место быстрый рост одного миоматозного узла, достигшего размеров 12 см в диаметре. Была вновь выполнена консервативная миомэктомия. Наблюдение в течение 3 лет роста новых узлов не обнаружило.

Во втором случае через 2 года после консервативной миомэктомии по данным УЗИ были обнаружены несколько узлов небольшого размера с субсерозным расположением. Данные узлы не оказывали влияния на состояние пациентки: кровопотери во время менструации не увеличивались. Поэтому пациентке была назначена консервативная терапия гестриноном на шесть месяцев.

Консервативная миомэктомия является операцией выбора для женщин, стремящихся выполнить репродуктивную функцию. При

соблюдении отработанной хирургической методики энуклеации миоматозных узлов, их локализация и размер не оказывают существенного влияния на фертильность и вынашивание беременности в будущем. При наступлении беременности не было ни одного случая несостоятельности рубца на матке после миомэктомии.

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов реконструктивно-пластических операций при миоме матки свидетельствует о целесообразности и эффективности данного вмешательства. Значение этой операции определяется возможностью создания благоприятных условий для вынашивания беременности и реализации репродуктивной функции женщин с миомой матки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Зарубиани З.Р., Кисилев С.И. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста // Акушерство и гинекология. – 1997. – № 3.
2. Ботвин М.А., Сидорова И.С. Оперативное лечение миомы матки (консервативная миомэктомия) // Советская медицина, 1991.
3. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению миомы матки. – М.: МЕДпресс-информ, 2004.
4. Кулаков В.И., Овсянникова Т.И. Восстановление репродуктивной функции после комбинированного лечения с использованием золадекса у больной с бесплодием и миомой матки // Проблемы репродукции. – 1997. – № 3.
5. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. – СПб: ЭЛБИ-СПБ, 2003.
6. Сидорова И.С. Миома матки: возможности лечения и профилактики // Русский медицинский журнал, 2003.
7. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Миома матки. – М., 2006.
8. Candani G.B., Fedele P., Parazzini F. Risk of recurrence after myomectomy. – Brit Obstet Gynaec, 1991.
9. Garcia CR Management of the symptomatic fibroidae in women older than 40 years of age. Hysterectomy or myomectomy?; Obstet Gynaecol. Clin. North Am, 1993.
10. Vollehoven B., Herington A.S., Healy D.L. Epidermal growth factor- betain uterine fibroids and myometrium. – Obstet Invest; 1995.

# НАТУРАЛЬНЫЕ РАСТИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

*М.С. Селихова, М.А. Позднякова, А.В. Гаврильчук*  
*Кафедра акушерства и гинекологии ВолГМУ*

*Исследование посвящено изучению клинической эффективности препарата "Эстро-вэл" при различных проявлениях климактерического синдрома, определению его побочных эффектов и переносимости. Были обследованы 27 женщин перименопаузального периода с клиническими проявлениями климактерического синдрома, доказаны высокая эффективность препарата при легкой и средней степени выраженности нарушений, его хорошая переносимость.*

## **Natural plant medicine in treatment of the climacteric disorders**

*M.S. Selikhova, M.A. Posdnjakova, A.V. Gavrilchuk*

*This article is devoted to the study of the effectiveness of treatment the climacteric disorders with medicine "Aestrovell", its side effects and acceptability. Examination of 27 women proved high effectiveness of this medicine in treatment of not severe forms of this diseases.*

Климактерический период – это естественный период в жизни любой женщины в возрасте 45–50 лет, который характеризуется инволютивными процессами в репродуктивной системе и постепенным прекращением менструальной функции. Этот переходный период характеризуется целым комплексом возрастных изменений всего женского организма. Прекращение функции яичников приводит к изменениям в гормональном балансе организма, затрагивая прежде всего гипоталамо-гипофизарную систему и нарушая гомеостаз. Такие проявления климакса, как приливы жара, повышенная потливость, нарушения сна, эмоциональная лабильность, подъемы артериального давления, заставляют женщину испытывать существенный дискомфорт. В ряде случаев климактерические проявления столь значительны, что нарушают обычный уклад жизни, снижают трудоспособность и качество жизни. Этот сложный симптомокомплекс, получивший название климактерического синдрома, требует медицинской коррекции. Низкий уровень здоровья населения в целом, наличие хронического стресса приводят к постоянному увеличению количества

женщин, страдающих климактерическим синдромом и требующих коррекции его проявлений.

В современной медицине поиск эффективных методов лечения климакса является одной из наиболее актуальных задач. В подавляющем большинстве случаев терапия климакса направлена на регуляцию гормональных расстройств с помощью заместительной гормонотерапии, однако получение отчетливого эффекта невозможно без коррекции внутреннего гомеостаза организма, который обеспечивает гипоталамус. Кроме того, в последние годы все большие дискуссии вызывает безопасность использования синтетических гормонов с этой целью. Широкое применение заместительной гормонотерапии в США и ряде стран Европы, по мнению ряда исследователей, привело к резкому возрастанию частоты рака молочной железы.

Таким образом, в настоящее время назрела острая необходимость поиска новых способов коррекции климактерических нарушений, которые при высокой клинической эффективности обладали бы минимальным побочным воздействием.

В последние годы все большее внимание уделяется изучению и практическому использованию натуральных растительных препаратов. В гинекологии наиболее известны фитоэстрогены – вещества, выделенные из растительного сырья (изофлавоноиды, изофлавоны, лактоны и др.).

Российская фармацевтическая компания "Экомир" разработала новую биологически активную добавку "Эстровэл", в состав которой входят растительные компоненты, оказывающие регулирующий эффект на гормональный дисбаланс и облегчающие климактерические расстройства.

Цимицифуга, соя и дикий ямс, входящие в состав препарата, обладают эффектом фитогормонов; индол-3-карбинол способствует нормализации метаболизма эстрогенов, блокирует пути стимуляции патологической пролиферации; экстракт крапивы способствует снижению отеков и благотворно влияет на свертывающую систему крови. Аминокислоты (5-гидрокситриптофан, D, L-фенилаланин) нормализуют эмоциональное состояние и повышают устойчивость к стрессам. С целью укрепления иммунной системы и общеукрепляющего эффекта, а также профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в комплекс включены витамины B, E и фолиевая кислота.

**Целью исследования** явилось изучение клинической эффективности препарата «Эстровэл» при различных проявлениях климактерического синдрома, определение его побочных эффектов и переносимости.

Для достижения поставленной цели нами были обследованы 27 женщин перименопаузального периода с клиническими проявлениями климактерического синдрома. Все пациентки получали препарат "Эстровэл" в течение месяца по 1 таблетке дважды в день.

Для оценки степени тяжести проявлений климактерического синдрома использовался опросник "Модифицированный менопаузальный индекс" (ММИ), в котором все симптомы разделены на три группы: нейровегетативные, обменно-эндокринные и психоэмоциональные. Интенсивность проявлений каждого

симптома расценивалась как слабая (+), средней степени (++) и сильная (+++). Итоговая оценка проводилась по стандартной балльной системе отдельно для каждой группы симптомов.

Оценка состояния пациенток проводилась дважды – до начала лечения и через месяц после приема препарата "Эстровэл".

Дополнительные методы исследования включали УЗИ, позволяющее оценить размеры матки и шейки матки, толщину эндометрия, размеры яичников.

Все пациентки до начала исследований были проинформированы о препарате "Эстровэл", его составе и действии, все исследования проводились при наличии согласия больных.

Статистическая обработка исследуемого материала проводилась с использованием стандартного пакета программ STATISTICA for Windows 5.0 Stat-Soft с оценкой достоверности для малых выборок по критериям Стьюдента и Фишера.

Возраст обследованных пациенток колебался от 43 до 60 лет и составил в среднем  $52,5 \pm 2,7$  года. У большинства (19 пациенток) обследованных женщин имел место отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. У 9 пациенток была миома матки, не требующая хирургического лечения. У 5 женщин течение климактерического периода осложнили дисфункциональные маточные кровотечения. Диффузная форма аденомиоза наблюдалась у 3 обследованных женщин.

До начала лечения нейровегетативные симптомы легкой степени наблюдались у большинства обследованных женщин, средней степени – у 6, и у одной больной симптомы соответствовали тяжелой степени. Согласно данным анкетирования, наиболее частыми жалобами пациенток были головные боли (81,8%) и потливость (81,8%). После проведенного лечения головные боли отмечали 63,6% пациенток, а потливость только 36,4%. Приливы жара отмечали 72,7% женщин до лечения, при повторном обследовании изменения данного показателя оказались статистически незначимы. Нарушения сна беспокоили

63,6% женщин при первом обследовании, после приема "Эстровэла" нарушения сна сохранились только у 27,3% пациенток. У 72,5% обследованных женщин выявлен гипертензивный синдром, причем у 5 из них артериальное давление поднималось до 160/90 мм рт. ст. После курса лечения отмечалась тенденция к снижению АД, однако у каждой четвертой пациентки снижения АД до физиологического уровня не наблюдалось, и они дополнительно принимали гипотензивную терапию.

Среди проявлений метаболических нарушений до лечения преобладали мышечно-суставные боли (72%) и жажда (91%). Повторное обследование свидетельствует о резком снижении частоты данных жалоб до 27,3 и 54,5% соответственно. Ожирение выявлено у каждой третьей из обследованных женщин, и практически таким же остался этот показатель через месяц. У половины пациенток определялась гиперплазия молочной железы до лечения и только у 36,3% после приема "Эстровэла". Все обследованные женщины отмечали эмоциональную неустойчивость, причем подавляющее большинство отметили лабильность настроения, только 3 женщины жаловались на депрессию. Повторное обследование выявило эмоциональную лабильность только у 63,5% пациенток, депрессии не отмечала ни одна из женщин. 91% пациенток жаловались на повышенную утомляемость, при этом почти половина (46%) отмечали снижение памяти. Прием "Эстровэла" достоверно способствовал снижению утомляемости (54,5%).

Таким образом, практически все пациентки, принимавшие участие в проводимом ис-

следовании, отмечали снижение проявлений климактерического синдрома. Статистически достоверными были изменения нейровегетативного и психоэмоционального статуса, ряда показателей метаболических процессов. Лишь одна из обследованных пациенток с тяжелой степенью климактерических проявлений не отмечала значимых изменений в состоянии здоровья, причем наиболее выраженными у нее были изменения нейровегетативного статуса.

Ни одна из пациенток не отмечала побочных эффектов при приеме препарата. На вопрос о переносимости все женщины охарактеризовали ее как отличную или хорошую.

## ВЫВОДЫ

1. Препарат "Эстровэл" является эффективным средством лечения климактерического синдрома и может быть рекомендован как самостоятельный метод лечения при легкой и средней степени тяжести проявлений климактерического синдрома.

2. Преимущественное влияние препарата "Эстровэл" выявлено на нейровегетативные и психосоматические нарушения при климактерическом синдроме.

3. Установлена эффективность "Эстровэла" в коррекции уровня АД при транзиторных нарушениях. Высокие цифры гипертензии (160/90 мм рт. ст. и более) требуют дополнительного лечения.

4. Выявлена хорошая переносимость препарата "Эстровэл". Ни у одной из обследованных пациенток не было аллергической реакции.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Балан В.Н., Сметник В.П. и др. Урогенитальные расстройства в климактерии // Руководство по климактерии. – М., 2001.
2. Федоров В.С., Сабсай М.И. "Эстровэл" – обоснование и эффективность применения у пациенток с различными проявлениями климакса // Природные компоненты из растительного сырья в коррекции симптомов менопаузы. – М.: Экомир, с. 8–14.
3. Komesaroff P.A., Black C.V. Effects of wild yam extract on menopausal symptoms lipids and sex hormones in healthy menopausal women. – Climacteric, 2001, 4, 144–150.

# ИММУНОХИМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАННЕЙ ПОСТНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Э.У. Лечиева, С.П. Синчихин

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»

*Исследована концентрация фактора некроза опухолей альфа (ФНО- $\alpha$ ) и иммуноглобулинов (Ig) A, M, G, G1–4 в сыворотке пуповинной крови 65 новорожденных детей с гестационным сроком 38–40 недель. Изучена связь между содержанием указанных иммунохимических показателей и течением раннего неонатального периода. Установлено, что прогнозировать нарушения ранней неонатальной адаптации можно путем исследования концентрации ФНО- $\alpha$  и IgG2 в umbilical blood.*

*Ключевые слова: пуповинная кровь, ФНО- $\alpha$  и Ig A, M, G, G1–4, ранний неонатальный период.*

## Immunochemical prognostics of the early postnatal period

E.U. Lechieva, S.P. Sinchikhin

*The research of the contents of the necrotic factor of tumors of alpha an alpha (TNO- $\alpha$ ) and immunoglobulins (Ig) A, M, G, G1–4 in the serum of umbilical cord blood of 65 newborn children with the gestational term of 38–40 weeks has been conducted. The connection between the contents of the indicated immunochemical indices and the course of early neonatal period has been investigated. It is established that to predicting the disturbances of the early neonatal adaptation is possible by the investigation of the concentration of TNO- $\alpha$  and Ig, G2 in umbilical blood.*

*Key words: umbilical blood, TNO- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) and Ig A, M, G, G1–4, early neonatal period.*

Ранний неонатальный период является определяющим с точки зрения выживания и качества последующей жизни [1].

Неблагоприятное течение раннего постнатального периода может быть связано с гипоксическо-ишемическими изменениями в организме новорожденного, его внутриутробным инфицированием или родовой травмой. При указанных патологических процессах моноцитами крови, альвеолярными макрофагами, купферовскими клетками печени плода вырабатывается такой провоспалительный цитокин, как фактор некроза опухолей альфа (ФНО- $\alpha$ ) [2, 7]. Следовательно, увеличение концентрации ФНО- $\alpha$  в пуповинной крови будет являться признаком наличия патологических изменений у новорожденного.

В то же время для прогноза течения раннего постнатального периода важными являются одновременная диагностика патологи-

ческих состояний и оценка адаптационного резерва иммунитета ребенка.

Для новорожденного характерна физиологическая супрессия клеточного иммунитета. Поэтому ведущее значение в процессах постнатальной адаптации имеет состояние гуморального звена иммунитета, который обеспечивается преимущественно материнскими антителами [6]. Через плацентарный барьер проходят только иммуноглобулины класса G, которые, в свою очередь, представлены на 80–90% субклассами G1 и G2 [5]. Можно предположить, что течение неонатального периода в определенной степени будет зависеть от уровня иммуноглобулинов у новорожденного. Низкий уровень иммуноглобулинов у новорожденного, связанный с акушерской, соматической патологией матери или состоянием ребенка, окажет неблагоприятное влияние на течение неонатального периода. Так,

по мнению Л.И. Королевой (2000), обнаружение у новорожденных, родившихся у матерей с генитальным хламидиозом, низкого уровня IgG является неблагоприятным прогностическим признаком течения раннего неонатального периода [3]. По данным Л.Н. Лященко (1997), дисиммуноглобулинемия может являться индикатором дизадаптации новорожденного к внеутробной жизни [4].

**Целью** нашего исследования явилось изучение возможности использования количественного определения ФНО- $\alpha$ , Ig G, G1–4 в пуповинной крови для прогнозирования нарушений ранней постнатальной адаптации у детей, родившихся у матерей в Чеченской Республике.

### Материалы и методы исследования

У 65 новорожденных с гестационным сроком 38–40 недель была изучена связь между концентрацией ФНО- $\alpha$ , иммуноглобулинов G, G1–4 в сыворотке пуповинной крови и характером течения раннего неонатального периода. Количественное содержание ФНО- $\alpha$  определяли с помощью тест-системы "ИФА-TNF- $\alpha$ " ООО "Цитокин" (Санкт-Петербург), уровень Ig A, M, G, G1-4 – с помощью набора реагентов ЦНИРРИ (Санкт-Петербург).

В зависимости от клинического течения раннего неонатального периода новорожденные были распределены на три группы. I группу составили новорожденные, у которых

наблюдалось физиологическое (благоприятное) течение раннего неонатального периода, II группу – новорожденные с умеренными нарушениями периода ранней постнатальной адаптации (т.е. у них отмечались единичные затянувшиеся транзиторные состояния – физиологическая желтуха, транзиторный катар кишечника и кожи, длительная эпителизация пупочной ранки), III группу – новорожденные с выраженными нарушениями процессов ранней адаптации к внеутробной жизни (т.е. у них отмечались симптомы гипоксически-ишемического поражения ЦНС, синдромы гипервозбудимости или угнетения, синдром дыхательных расстройств).

### Результаты исследования и их обсуждение

Концентрация фактора некроза опухолей альфа- и иммуноглобулинов в пуповинной крови у обследованных детей представлена в таблице 1.

Анализируя полученные данные, мы увидели, что у детей из разных групп уровень общего иммуноглобулина G имел широкий диапазон индивидуальных колебаний, а уровень ФНО- $\alpha$  у новорожденных III группы значительно превышал аналогичный показатель новорожденных I группы.

Далее мы провели корреляционный анализ между значениями ФНО- $\alpha$  и значениями всех субклассов иммуноглобулина G. При этом было выявлено, что между содержанием

Таблица 1

**Содержание ФНО- $\alpha$ , IgG, G1-4 в сыворотке пуповинной крови новорожденных детей от матерей, проживающих в Чеченской Республике**

Клинические группы новорожденных	Концентрация изучаемых показателей (M $\pm$ m)					
	ФНО- $\alpha$ , пг/мл	IgG, мг/мл	IgG1, мг/мл	IgG2, мг/мл	IgG3, мг/мл	IgG4, мг/мл
1-я группа (n=20)	15,11 $\pm$ 0,09	8,20 $\pm$ 2,60	5,15 $\pm$ 0,35	3,02 $\pm$ 0,20	0,65 $\pm$ 0,15	0,45 $\pm$ 0,25
2-я группа (n=23)	18,25 $\pm$ 1,30	7,35 $\pm$ 3,00	5,60 $\pm$ 0,42	2,50 $\pm$ 0,14	0,55 $\pm$ 0,35	0,68 $\pm$ 0,30
3-я группа (n=22)	37,25 $\pm$ 7,30	6,50 $\pm$ 2,70	5,80 $\pm$ 0,55	1,76 $\pm$ 0,48	0,45 $\pm$ 0,25	0,70 $\pm$ 0,20



ФНО- $\alpha$  и IgG1 в сыворотке пуповинной крови имеется умеренная положительная зависимость ( $r=0,37$  при  $p<0,05$ ), т.е. повышение ФНО- $\alpha$  влечет за собой умеренное повышение IgG1. Полученные нами данные согласуются с результатами работы Hussain R. et al. (2000), в которой также сообщается о наличии прямой корреляционной связи между ФНО- $\alpha$  и IgG1 [8].

Таким образом, повышение IgG1 приведет к повышению общего количества IgG. Из этого становится понятным, почему различия концентрации общего иммуноглобулина G у новорожденных с одинаковым течением раннего неонатального периода не позволяют использовать диагностируемые значения IgG для прогноза течения ранней постнатальной адаптации. Для точности иммунологической оценки при прогнозе течения адаптации новорожденного в раннем неонатальном периоде важным является исследование субкласса иммуноглобулина G2, значения которого не име-

ют корреляционной связи с уровнем ФНО- $\alpha$ , но в то же время составляют основную часть концентрации общего иммуноглобулина G.

Учитывая выявленные в ходе работы определенные закономерности, мы сократили табл. 1 и получили табл. 2.

После проведения статистической обработки данных, представленных в табл. 2, было установлено, что имеются достоверные различия значений ФНО- $\alpha$  и IgG2 у новорожденных из разных групп. Это позволило нам разработать "Способ прогнозирования нарушений ранней неонатальной адаптации у новорожденных, родившихся у матерей в Чеченской Республике", который описывается ниже.

Если при иммунологическом исследовании сыворотки пуповинной крови новорожденных, родившихся в Чеченской Республике, устанавливаются, что уровень ФНО- $\alpha$  составляет 22,5–52,0 пг/мл, IgG2 – 1,49–2,03 мг/мл, то прогнозируются выраженные нарушения адап-

Таблица 2

**Концентрация фактора некроза опухолей альфа- и иммуноглобулина G2 в сыворотке пуповинной крови у детей, родившихся в Чеченской Республике**

Группы детей		ФНО- $\alpha$ , пг/мл	IgG2, мг/мл
<b>1-я группа</b> Условно здоровые новорожденные с благоприятным течением раннего неонатального периода (n=20)	M $\pm$ m	15,11 $\pm$ 0,09	3,02 $\pm$ 0,20
	min–max	14,30–15,90	2,86–3,18
<b>2-я группа</b> Новорожденные с умеренными нарушениями периода ранней неонатальной адаптации (n=23)	M $\pm$ m	18,25 $\pm$ 1,30*	2,50 $\pm$ 0,14*
	min–max	16,00–20,50	2,30–2,70
<b>3-я группа</b> Новорожденные с выраженными нарушениями периода ранней неонатальной адаптации (n=22)	M $\pm$ m	37,25 $\pm$ 7,30**	1,76 $\pm$ 0,48*
	min–max	22,50–52,00	1,49–2,03

Примечание: \* и \*\* –  $p<0,05$  и  $p<0,01$  соответственно, т.е. критерий достоверности значений в сравнении с 1-й группой.

тации у детей в раннем неонатальном периоде; при значении ФНО- $\alpha$  16,0–20,5 пг/мл, IgG2 – 2,30–2,70 мг/мл прогнозируют умеренные нарушения адаптации; при ФНО- $\alpha$  14,3–15,9 пг/мл, IgG2 – 2,86–3,18 мг/мл прогнозируют благоприятное течение адаптации.

Отличительной особенностью предлагаемого способа является объективная оценка состояния новорожденного, основанная на определении уровня ФНО- $\alpha$ , который является маркером патологических состояний (воспаление, гипоксия, травма и др.), и определении уровня IgG2, который характеризует адаптационные резервы гуморального звена иммунитета.

Преимуществом способа является исследование ФНО- $\alpha$  и IgG2 в пуповинной крови. Это позволяет сразу с момента рождения ребенка диагностировать наличие патологиче-

ского состояния и оценить гуморальный резерв адаптационных возможностей организма новорожденного без какого-либо инвазивного вмешательства. Исследование пуповинной крови делает разработанный способ неинвазивным и безопасным для новорожденного.

### Заключение

Таким образом, резюмируя в целом результаты проведенного исследования, следует заключить, что исследование определения уровня Ig G, G1, 3, 4 в умбиликальной крови не позволяет прогнозировать нарушение ранней постнатальной адаптации у новорожденного ребенка, родившегося в Чеченской Республике. Прогнозировать течение раннего неонатального периода можно путем исследования содержания в пуповинной крови концентрации ФНО- $\alpha$  и IgG2.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Володин Н.Н., Дегтярева М.В. Иммунология перинатального периода: проблемы и перспективы // Педиатрия. – 2001. – № 4. – С. 4–8.
2. Дубровин М.М., Дубровина Е.С., Румянцев А.Г. Развитие иммунной системы плода // Педиатрия. – 2001. – № 4. – С. 67–72.
3. Королева Л.И. Роль факторов гуморального иммунитета в развитии перинатальной патологии при беременности, осложненной генитальным хламидиозом // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 5. – С. 15–19.
4. Лященко Л.Н. Некоторые особенности адаптации новорожденных от матерей с урогенитальной инфекцией: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Оренбург, 1997.
5. Новиков Д.К., Новикова В.И. Оценка иммунного статуса. – М.: Медицина, 1996. – 282 с.
6. Стефани Д.В., Вельтицев Ю.Е. Иммунология и иммунопатология детского возраста. – М.: Медицина, 1996. – 386 с.
7. Ткачук В.А. Клиническая биохимия. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. С. 247–253.
8. Hussain R., Shratsuchi H., Ellner J., Wallis R. // Clin. Exp. Immunol. – 2000. – Vol. 119. – № 3. – P. 449.

# ГЕНИТАЛЬНЫЙ ПРОЛАПС

*О.Н. Шалаев*

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН. Москва*

## Genital prolapse

*O.N. Shalaev*

Генитальные пролапсы в самом широком значении этого слова представляют разновидность грыжи крестцово-тазового типа, развивающиеся в области влагалищного входа (Kelly H.A., 1928). Свое понимание пролапса половых органов приводит Ж. Лефор (1933): «Под выпадением следует понимать состояние, когда матка или влагалище, или, что чаще, матка и влагалище вместе, в известной степени опущены». Лишь в исключительно редких случаях оба эти органа не участвуют в опущении одновременно.

Данные о частоте пролапса гениталий варьируют от общего и медицинского уровня развития страны, а также некоторых национальных особенностей. По данным Краснопольского В.И. (1996), Адамян Л.В. (1999), Кулакова В.И. (2000), опущение и выпадение внутренних половых органов наблюдается у 15–30% женщин, а у женщин старше 50 лет частота пролапса возрастает до 40%. По данным Радзинского В.Е. с соавт. (2003), среди женщин пожилого и старческого возраста частота пролапса гениталий возрастает до 50–60% и, как правило, сочетается с различными урогенитальными нарушениями, возрастающими до 80% в постменопаузе на фоне эстрогенного дефицита.

Сегодня можно предположить, что количество больных данным заболеванием не только не уменьшается, но и, с учетом ухудшения условий труда и быта, имеет постоянную тенденцию к увеличению.

Этиопатогенез генитальных пролапсов до сих пор не объяснен окончательно (Весо J., Mouchel J., Nelissen G., 1998). Полиэтиологичность данного заболевания не вызывает сомнения. В его развитии важную роль играют физические, генетические и психологиче-

ские факторы. По данным Радзинского В.Е. с соавт. (2003), у пациенток с генитальным пролапсом были обнаружены изменения в распределении аллелей гена GРIПA. Генетически запрограммированные нарушения межклеточных взаимодействий при определенных условиях (хроническом повышении внутрибрюшного давления) приводят к деструкции соединительно-тканых и гладкомышечных структур тазового дна, клинически проявляющейся как грыжевое выпячивание стенок влагалища.

Из всего многообразия факторов можно выделить наиболее распространенные и существенные.

1. Несостоятельность связочного аппарата матки и тазового дна (к которой могут приводить: врожденная дисплазия соединительной ткани, родовой травматизм, эстрогенная недостаточность, возрастные изменения мышечной и соединительной ткани, некоторые экстрагенитальные заболевания с обменными нарушениями, например сахарный диабет).

2. Повышенное внутрибрюшное давление, которое, в свою очередь, также может быть результатом нескольких причин (тяжелый физический труд, хронические заболевания легких, констипация и т.д.).

В результате полиэтиологичности изучаемое заболевание имеет широкий возрастной диапазон. Пролапс гениталий встречался в основном в позднем репродуктивном и перименопаузальном периодах. Но в настоящее время (по данным Буяновой С.Н. и соавт., 1998), средний возраст этих больных составляет 50 лет, причем удельный вес пациенток моложе 40 лет достигает 26%.

Общепринятой является теория развития пролапса гениталий в результате поврежде-

ния связочного аппарата матки и тазового дна в процессе родов через естественные родовые пути. С давних пор известно, что акушерский травматизм (роды при многоплодной беременности, роды через короткий промежуток времени, роды крупным плодом, стремительные роды, акушерские щипцы и другие оперативные вмешательства, разрывы промежности и т.д.) играет важную роль в развитии пролапсов. Кроме того, их возникновение также связывают со слабостью мышечных и соединительно-тканых структур различного происхождения: либо наследственного, либо конституционального, либо приобретенного в результате изменений, связанных с постменопаузой, старением, плохим питанием и т.д. (Norton P., Baker J., Warenski H., 1990).

Очевидно, что первичным фактором, вызывающим выпадение тазовых органов, в некоторых случаях может оказаться слабость мышц, поднимающих задний проход, и парауретральных поперечно-полосатых мышц. Почти во всех случаях полного выпадения внутренних половых органов пальпаторно можно выявить ослабление мышц, поднимающих задний проход, а леваторное отверстие оказывается удлиненным и расширенным. Мышечная слабость может быть как результатом первичного поражения мышечных волокон, так и следствием нарушения их иннервации [23, 77, 289, 290, 312].

Несомненно, что повышение внутрибрюшного давления является одним из основных компонентов в патогенезе пролапса гениталий. Пациентки с хроническими заболеваниями легких, страдающие интенсивным кашлем, представляют группу риска, в которой часто наблюдается выпадение тазовых органов. Некоторые пациентки отмечают длительные запоры, требующие значительного натуживания во время акта дефекации. Это также приводит к выпадению органов малого таза. По данным G. Davis (1996), у многих нерожавших молодых и физически крепких женщин, служащих в воздушно-десантных войсках, происходят постоянные повреждения тазового дна при прыжках с парашютом.

У этих женщин чрезмерная нагрузка вызывает повреждение нормального фиксирующего аппарата тазовых органов [202].

По третьему закону механики сила уравновешивается оказываемым ей противодействием. Сила внутрибрюшного давления уравновешивается сопротивлением мягкотканых структур, которые заполняют пространство между тазовыми костями. Органы брюшной полости смещаемы, следовательно, ведут себя как жидкая среда. Оказываемое на них давление передается на тазовое дно и равномерно распределяется по нему. В норме сопротивление, оказываемое мягкими тканями, достаточно, чтобы выдержать внутрибрюшное давление без возникновения разрывов и недостаточности тазового дна.

Дефект тазового дна может быть обусловлен двумя причинами: превышением действующей силы прочности неизмененных структур тазового дна и наличием слабых мест, которые не выдержали даже обычную силу воздействия. Эти причины – чрезмерная нагрузка и анатомическая слабость – часто сочетаются. От расположения дефекта (дефектов) будет зависеть то, какие органы будут пролабировать. Тем не менее при всех видах выпадения органов малого таза первичное нарушение касается тазового дна, а не органа, который выпадает.

Существуют четыре важные особенности, которые должны быть учтены при рассмотрении вопроса о внутрибрюшном давлении и противодействии ему:

1. Сила, вызывающая выпадение органа, направлена изнутри наружу, т.е. органы никогда не выпадают, а всегда выталкиваются внутрибрюшным давлением.

2. Так как выпадение происходит изнутри наружу, то нарушение фиксации всегда предполагает наличие дефекта во внутреннем фиксирующем слое – **тазовой фасции**.

3. Тазовая фасция, представляющая собой уникальную соединительную ткань, не растягивается, как предполагали раньше, а, испытывая чрезмерные нагрузки, разрывается в одном или нескольких участках.

4. Выпадение органов малого таза – результат повреждения тазового дна, а не самих органов.

Американский гинеколог С. Liu (1993, 1997) предлагает для лучшего понимания и лечения несостоятельности тазового дна учитывать две концепции.

**Во-первых**, автор считает, что природа поддерживающей системы таза скорее динамическая, чем статическая, т.е. большую роль играют мышцы тазового дна, и прежде всего *mm. levator ani* (активная поддержка), конечно, во взаимодействии с внутренней тазовой фасцией и связками, прикрепляющими органы малого таза к его боковым стенкам (пассивная поддержка). Прочность влагалищной трубки обусловлена тазовой фасцией, которая заполняет пространство между брюшиной сверху и тазовой диафрагмой внизу. Этот слой окружает все органы таза и соединяется с ними.

Прочность передней стенки влагалища обусловлена участком тазовой фасции, известной как лобково-шеечная фасция (фасция Гальбана). Она образует как бы гамак под мочевым пузырем, который по периферии прикрепляется к симфизу, ветвям лобковых костей и боковым стенкам таза.

Прочность задней стенки влагалища обусловлена участком тазовой фасции, называемой прямокишечно-влагалищной фасцией, или фасцией Денонвилье, которая служит каркасом, препятствующим пролабированию во влагалище передней стенки прямой кишки.

**Вторая концепция** заключается в необходимости учета множественности дефекта и, естественно, восстановления всех имеющихся анатомических дефектов, что, на наш взгляд, является одним из наиболее важных моментов в понимании сути хирургического лечения пролапсов и профилактике возможных рецидивов.

С. Liu предлагает разделить дефекты тазового дна на три группы: переднюю – уретроцеле и цистоцеле, среднюю – выпадение матки и влагалища и заднюю – энтероцеле и ректоцеле.

Одной из наиболее часто применяемых в клинической практике является классифика-

ция М.С. Малиновского, различающая 3 степени опущения женских половых органов:

I степень – шейка матки опускается не больше, чем до входа во влагалище.

II степень – шейка матки появляется за пределами входа во влагалище, а тело матки располагается выше него.

III степень – вся матка находится за пределами входа во влагалище.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Течение опущения и выпадение внутренних половых органов характеризуется медленным прогрессирующим процессом.

При небольшом опущении стенок влагалища жалоб может не быть. При преимущественном опущении передней стенки влагалища развивается симптоматика, связанная с постепенным опущением мочевого пузыря, который прилегает к ней непосредственно спереди и выбухает в опущенную стенку влагалища. При превалировании опущения задней стенки влагалища симптомы болезни сопряжены с перемещением в опущенную стенку влагалища прямой кишки, прилегающей к влагалищу сзади. Чаще происходит одновременное опущение всех стенок влагалища, сопровождающееся усиленными выделениями из половых путей, частыми позывами на мочеиспускание, тянущими болями внизу живота и в пояснице, которые усиливаются при физической нагрузке, хроническими запорами. Затем присоединяется недержание мочи при кашле и чихании и любом физическом напряжении. Опущение стенок влагалища, как правило, прогрессирует и может повлечь за собой выпадение матки.

Беспокоят недержание газов, запоры, дискомфорт при половой близости. Слизистая выпавшей части влагалища, соприкасаясь с бельем, изъязвляется, мокнет, кровоточит (декубитальная язва).

С наступлением менопаузы в результате эстрогенной депривации и снижения общего

тонуса организма, изменения трофики тканей заболевание начинает быстро прогрессировать. Выпавшие стенки влагалища становятся сухими, грубыми, оmozолелыми, отечными, складки влагалища сглаживаются, слизистая приобретает белесоватый цвет. На слизистой влагалища и шейки матки образуются трофические язвы с резко очерченными краями и гноевидным налетом на дне. Отмечается затруднение оттока венозной крови, ее застой, что приводит к отеку и увеличению объема влагалищной части шейки матки. При неполном выпадении матки нередко происходит удлинение шейки матки (*elongatio colli uteri*), в результате чего длина шейки матки достигает 10–15 см.

Нельзя не отметить такую сопутствующую патологию, как варикозное расширение вен, особенно нижних конечностей, что объясняется, с одной стороны, нарушением венозного оттока в результате изменения архитектоники малого таза, а следовательно, архитектоники венозного русла, с другой – этиологической общностью, т. е. недостаточностью соединительно-тканых образований, проявляющейся как «системная» недостаточность (Краснопольский В.И., 1997).

## ДИАГНОСТИКА ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Многообразие клинических симптомов, полиэтиологичность заболевания диктуют необходимость полного и всестороннего обследования больных с указанной патологией.

Диагностика опущений и выпадений внутренних половых органов не представляет больших трудностей. При развитии недостаточности анального жома рекомендуется проводить функциональные исследования запирающего аппарата прямой кишки, результаты которых, по мнению ряда исследователей, в последующем необходимо учитывать для выбора способа лечения.

С помощью электромиографии И.С. Савельева (1995) предложила определять функ-

циональное состояние мышц промежности, роль которых в поддержании нормального положения органов малого таза не вызывает сомнений.

Наиболее полно изучен вопрос о функциональных изменениях нижних мочевыводящих путей, часто осложняющих пролапс гениталий в виде недержания мочи при напряжении, задержки мочеиспускания и т.д. Так, при помощи уродинамических методов исследования можно установить степень тяжести недержания мочи при напряжении, тип недержания мочи, оценить функциональное состояние нижних мочевыводящих путей. Нередко изменения, выявленные при помощи уродинамических исследований, предшествуют клиническим проявлениям недержания мочи. Комбинированное уродинамическое исследование включает урофлоуметрию, ретроградную дистометрию и профилометрию, позволяющие оценивать следующие параметры: скорость мочеиспускания; время мочеиспускания; объем остаточной мочи; время задержки; максимальный цистометрический объем; детрузорное давление; колебания детрузорного и внутриуретрального давления; функциональную длину уретры; максимальное внутриуретральное давление. Полученные в результате исследования данные должны быть сопоставлены с клиническими симптомами.

Не менее важным методом обследования больных со стрессовой инконтиненцией является ультразвунография. Одним из перспективных направлений представляется трехмерное ультразвуковое исследование.

Наиболее важным всегда был и остается гинекологический осмотр с использованием различных проб (проба Вальсальва, тампон-тест, кашлевой тест и т.д.). По мнению ряда авторов, только на основании анамнеза, жалоб больной и тщательного вагинального осмотра можно достоверно диагностировать степень пролапса, характер функциональных нарушений смежных органов. Другие виды обследования (КУДИ, УЗИ, МРТ) имеют больше академический интерес.

## ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Необходимость хирургической коррекции пролапса гениталий как основного метода лечения данного заболевания на сегодняшний день уже не дискутируется. Однако существуют и консервативные подходы к лечению опущения и выпадения внутренних половых органов [27, 32, 35, 39, 122, 195, 252]. Консервативное лечение малоэффективно. Общеукрепляющая терапия, полноценное питание, водные процедуры, лечебная гимнастика, изменение условий труда, массаж матки сегодня могут рассматриваться только как дополнение к хирургическому!

Ортопедические методы – лечение пессариями, распространенное ранее, в настоящее время применяются редко из-за угрозы пролежней, восходящей инфекции, необходимости постоянного врачебного контроля. Применяются различного рода пояса, бандажи. Однако все эти методы имеют строго ограниченное применение – только при невозможности выполнения хирургической операции, обусловленной, например, тяжелой соматической патологией или старческим возрастом.

Хирургические методы коррекции опущения внутренних половых органов начинались с простых операций, заключающихся в сшивании половых губ и удалении участков слизистой оболочки влагалища. Впоследствии, особенно в XX веке, количество предлагаемых методов хирургической коррекции пролапса гениталий постоянно увеличивалось. Хирургические школы, которые придавали основное значение в поддержании органов малого таза мышцам тазового дна, отдавали предпочтение таким операциям, как кольпоперинеолеваторопластика, передняя кольпоррафия в различных модификациях.

Другие гинекологи видели ведущую роль развития пролапса гениталий в инверсии матки и считали, что при возвращении матки в нормальное положение за счет укорочения подвешивающих связок (круглые и широкие связки матки) будет достигнута коррекция.

К таким операциям относится вентросуспензия по Долери–Джильяму, операция Бальди–Вебстера, ее модификация по Макколлу, операция Елкина (модификация операции Лангеса), укорочение круглых связок матки через паховые каналы по Александеру–Адамсу и т.д. К подобным операциям относят и различные варианты вентрофиксации. Наибольшую известность получила вентрофиксация по Кохеру. Известны также способы гистеропексии по Маккенродту, Дюрссену. Известный французский гинеколог Ж. Лефор в 1928 году писал, что количество произведенных в Европе вентрофиксаций матки ограничено только числом женского населения Европейских стран.

**В наши дни гистеропексия по Кохеру, а также вышеперечисленные операции в силу их неэффективности и большого числа рецидивов, обусловленных использованием в качестве фиксирующего материала заведомо несостоятельных тканей – круглых связок, должны представлять только исторический интерес (Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А., 2000).**

Наиболее рациональной, на наш взгляд, в систематизации операций, применяемых при пролапсах гениталий, является их классификация, предложенная В.И. Краснопольским с соавт. (1997), которая объединяет их в 7 групп. В качестве главного признака деления на группы автором используется анатомическое образование, применяемое для укрепления и коррекции положения внутренних половых органов:

Группа I – операции, направленные на укрепление мышц тазового дна, – кольпоперинеолеваторопластика, а также передняя кольпоррафия. Учитывая, что патогенетически всегда вовлечены мышцы тазового дна, кольпоперинеолеваторопластику следует выполнять во всех случаях хирургического вмешательства по поводу генитального пролапса как дополнительное пособие. Пластические операции на передней стенке влагалища направлены на укрепление пузырно-влагалищной фасции (по Буму) либо на выполнение

мышечно-фасциальной пластики наложением на пузырно-влагалищную фасцию кистных швов или швов в поперечном направлении.

**Группа II** – операции с применением различных модификаций укорочения и укрепления круглых связок матки, а также операции фиксации матки с использованием круглых связок. Наиболее типичными и часто используемыми вмешательствами являются: укорочение круглых маточных связок с их фиксацией к передней стенке матки, укорочение круглых связок матки с их фиксацией к задней стенке матки (по Вебстеру–Банди–Дартигу), укорочение круглых связок через паховые каналы (по Александру–Адамсу), вентросуспензия матки (по Долери–Джилльямсу) и вентрофиксация матки (по Кохеру).

**Сегодня, на наш взгляд, данная группа операций должна представлять только чисто исторический интерес.**

**Группа III** – операции, направленные на укрепление фиксирующего аппарата матки и перевод положения тела матки в состояние hyperanteflexio за счет сшивания кардинальных или крестцово-маточных связок между собой и транспозиции их к передней стенке шейки матки нерассасывающимся швом Фозерджилла. К этой группе относятся манчестерская операция и ее более сложная модификация (цервикопексия по Широкарю). Сохранение опущенной матки особенно показано молодым женщинам, которые хотят сохранить способность к деторождению.

**Группа IV** – операции с жесткой фиксацией внутренних половых органов (обычно свода влагалища) к стенкам таза – лонным костям, крестцовой кости, крестцово-остистой связке и т.д.

**Группа V** – операции с использованием аллопластических материалов для укрепления связочного аппарата матки и ее фиксации.

**Группа VI** – операции, направленные на практически полную или частичную облитерацию влагалища (срединная кольпоррафия Нейгебауэра–Лефора, влагалищно-промежностный кольпоклеизис – операция Лабгардта).

**Группа VII** – радикальные (органоуносящие) операции – выполненная различными хирургическими доступами (абдоминальным, лапароскопическим, влагалищным) гистерэктомия с одновременной передней кольпоррафией и кольпоперинеолеваторопластикой наиболее эффективна в комбинации с операциями из IV и V групп.

На наш взгляд, влагалищный доступ имеет значительные преимущества при хирургической коррекции пролапса и стрессового недержания мочи. Предпочтение влагалищному хирургическому доступу мы отдаем потому, что, по нашему мнению, влагалищные операции экономически более выгодны, чем лапароскопические, и менее травматичны, чем абдоминальные. Операции выполняются при неглубоком положении Тренделенбурга, без пневмоперитонеума, кишечник во время операции остается интактным. Кроме того, влагалищные операции не имеют косметических дефектов.

В отличие от лапароскопических операций, которые всегда выполняются под эндотрахеальным наркозом, влагалищные операции практически во всех случаях могут быть произведены под спинномозговой или эпидуральной анестезией, которые обеспечивают сочетание отличной анестезии и такой же мышечной релаксации, особенно у больных с избыточной массой тела, при респираторных заболеваниях, сахарном диабете, заболеваниях печени и почек. На фоне данных видов анестезии снижаются интраоперационная кровопотеря, продолжительность оперативного вмешательства, что очень важно для больных с исходной анемией. Следует принять во внимание и снижение риска возникновения тромбозов глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии.

Выпадение купола влагалища после гистерэктомии – одна из серьезных проблем пластической гинекологии. Изучение причин пролапса культи шейки матки или купола влагалища после гистерэктомии показало, что оно связано не с самой операцией, а с тем, что во время ее проведения более чем у половины



больных (у 55,8%) не была выполнена коррекция уже имевшихся опущений гениталий и несостоятельности мышц тазового дна (Адамян Л.В. и соавт., 2001).

Таким образом, коррекцию генитального пролапса (во время выполнения гистерэктомии любым хирургическим доступом) необходимо проводить всем больным, имеющим перед операцией опущение или выпадение внутренних половых органов.

Даже при отсутствии клинических проявлений пролапса гениталий необходимо проводить профилактику опущения и выпадения внутренних половых органов. Одним из наиболее простых, но эффективных методов является кульдопластика по МакКоллу или ее модификации. Этот тип кульдопластики обеспечивает поддержку задней стенки влагалища и свода в результате подшивания к ним крестцово-маточных и кардинальных связок. Единственным недостатком этого типа кульдопластики является теоретически более высокая частота перекрута или лигирования мочеточника, поскольку он расположен близко от крестцово-маточной связки.

Во время трансвагинальной гистерэктомии существенным моментом является прикрепление комплекса крестцово-маточных и кардинальных связок к сводам влагалища. После вхождения в переднематочное и позади-маточное пространство крестцово-маточные и кардинальные связки перерезают и лигируют. Если эти поддерживающие структуры в порядке и не растянуты, их ножки следует немедленно пришить к стенке влагалища, обращая внимание на то, чтобы не захватить мочеточник. Прикрепление связок к боковым углам влагалища приводит к поддержанию свода.

Amreich A.I. (1951) предложил закреплять свод влагалища в физиологическом положении к крестцово-бугорным связкам таза. K. Richter (1967) и другие авторы предпочитали фиксацию влагалища к крестцово-остистым связкам, которые более доступны, и эту процедуру стали применять чаще. Фиксацию купола влагалища к крестцово-остистой связ-

ке или к промонториуму, выполняемую при различных хирургических доступах, мы также считаем очень надежной хирургической процедурой при оперативном лечении пролапса гениталий различной степени тяжести, эффективно предупреждающей постгистерэктомический пролапс.

Фиксация стенки влагалища к сакроспинальной связке – великолепная реконструктивно-восстановительная процедура, перемещающая влагалище в его нормальное анатомическое положение путем фиксации задней стенки влагалища (свода) к крестцово-копчиковому комплексу. Копчиковая мышца и сакроспинальная связка – это в общем одна и та же структура, которая тянется от седалищных остей до нижних отделов крестца и копчика с каждой стороны, где прикрепляется к связке крестцовой бугристости (*ligamentum sacrotuberosis*). В результате операции свод влагалища оказывается хорошо зафиксированным в малом тазу нерассасывающимися швами в наиболее горизонтальном положении. Прикрепление к крестцово-остистой связке смещает влагалище дальше от грыжевого отверстия в половой щели к леваторам. По мере того, как нарастает внутрибрюшное давление, влагалище придавливается к леваторам, что служит дополнительным укреплением.

### **Техника выполнения операции фиксации купола влагалища к крестцово-остистой связке**

После выполнения влагалищной гистерэктомии, передней кольпоррафии и позадилоной уретровезиковагинопексии (у пациенток с сопутствующим недержанием мочи при напряжении) приступают к операции фиксации купола влагалища к крестцово-остистой связке.

Слизистую задней стенки влагалища пересекают до свода, как при кольпоперинеоле-ваторопластике. Острым (препаровочными ножницами) и тупым путем (указательным пальцем) прямую кишку отсепааровывают от

правой ректовагинальной связки и смещают влево. Пальцем или небольшим плотным тупфером проникают сначала в ректовагинальное, а затем и параректальное пространство. Для лучшей визуализации тканей при выполнении этой операции используют влагалищное зеркало с волоконно-оптическим источником света. Для безопасной работы в этой области очень важно хорошо развести крестцово-маточные и кардинальные связки (в связи с чем они остаются не связанными между собой до наложения швов на крестцово-остистую связку), влагалище и прямую кишку.

Продвигая палец через рыхлую соединительную ткань параректального пространства, идентифицируют седалищную ость. Для четкой визуализации седалищной ости, крестцово-остистой связки, идущей медиально и кзади копчиковой мышцы, аккуратно тупфером удаляют с них жировую клетчатку. На два сантиметра медиальнее ости на связку накладывают два нерассасывающихся шва (мерсилен или этибонд № 0 или 00). Во избежание повреждения срамной артерии и вены прошивают связку не слишком глубоко (не глубже 5 мм). Затем свободными концами лигатур прошивают мышечный слой задней стенки влагалища справа и слева от срединного разреза (как можно ближе к его куполу) с выколом внутрь. При завязывании швов свод влагалища подтягивается немного вправо и вверх к стенке таза, где прочно фиксируется. Операцию заканчивают кольпоперинеолеворопластикой.

Фиксация купола влагалища к крестцово-остистой связке является надежной дополнительной процедурой при выполнении влагалищной экстирпации матки у «относительно молодых» пациенток с пролапсом гениталий различной степени тяжести, ведущих активную половую жизнь, и у которых значительное иссечение слизистой влагалища при передней кольпоррафии и кольпоперинеолеворопластике привело бы к его резкому сужению и укорочению, способствующим развитию диспареунии.

За время наблюдения (до 5 лет) рецидивы опущения стенок влагалища после фиксации

его к крестцово-остистой связке отмечены нами только в 1,6% случаев. Около 95% операций заканчиваются стабильной и надежной фиксацией свода влагалища.

В последние годы поиск путей решения проблемы хирургического лечения пролапса гениталий не прекращается.

Для выполнения операций по поводу выпадения тазовых органов хирург должен «...точно знать анатомию и патологию тазовых органов и правильно представлять их физиологию. Он должен обладать значительными техническими навыками и интуицией, так как в пластической хирургии нет двух одинаковых случаев... Ему следует знать, что целью операции является не удаление, а восстановление пораженных органов и тканей и возвращение им по возможности того совершенства, которым первоначально наделил их Творец» (Emmet J., 1899). Это утверждение справедливо и в наши дни.

При удалении матки по любым показаниям хирург должен восстанавливать все слабые места связочного и мышечного аппарата, даже если он считает их незначительными, что является профилактикой будущего выпадения. Хотя большинство дефектов тазовой поддержки нужно тщательно идентифицировать до операции, опытные хирурги-гинекологи признают ценность интраоперационного обследования для принятия решения о тактике хирургического лечения.

Большое количество представленных в литературе хирургических методик (около 400) является следствием высокой частоты рецидивов пролапса гениталий (40% случаев) и отсутствия универсального высокоэффективного метода восстановления тазового дна и промежуточности. В связи с этим продолжается поиск более эффективных методов коррекции пролапса гениталий, основанных на современном понимании патогенеза генитального пролапса.

**В настоящее время наибольшее признание и научное подтверждение получила теория, согласно которой основной анатомической причиной пролапса является возникновение дефектов (разрывов) в лоб-**

ково-шеечной и прямокишечно-влагалищной фасциях, а также отрыв их от стенок таза. Исходя из этого, современная концепция хирургического лечения генитального пролапса должна состоять из «замены» старой разорванной (разрушенной) тазовой фасции на новую, с фиксацией ее к анатомически прочным структурам малого таза (например, крестцово-остистой связке, сухожильной дуге).

Таким образом, именно в создании неофасции или искусственной тазовой фасции заключается суть представленной ниже хирургической методики. Именно этой концепции отвечает быстро вошедшая в хирургическую практику технология TVM (трансвагинальное проведение сетки) с использованием системы ПРОЛИФТ® для реконструкции переднего и заднего отделов тазового дна.

Представленная ниже операция является патогенетически обоснованной именно за счет создания неофасции взамен разрушенной: ликвидируются имеющиеся множественные ее дефекты (центральные, дистальные, поперечные, паравагинальные и др.) и выполняется надежная фиксация ее к прочным структурам малого таза, которые препятствуют последующему выпячиванию стенок влагалища при повышении внутрибрюшного давления.

Отсутствие натяжения слизистой влагалища при использовании полипропиленовой сетки (Gynemesh™, Gynecare®, Ethicon®) сводит к минимуму риск развития его дистрофических нарушений. Соответственно снижается количество послеоперационных гнойно-воспалительных процессов, эрозий, стенозов влагалища, а также риск послеоперационного отторжения сетки.

### **Технология TVM операций для реконструкции переднего и заднего отделов тазового дна**

Система ПРОЛИФТ® для реконструкции тазового дна, а также системы ПРОЛИФТ® для реконструкции переднего и заднего отде-

лов тазового дна включают в себя сетчатые имплантаты, выполненные из полипропиленового материала Prolene Soft®, и набор инструментов, предназначенных для установки сетки. Полипропиленовая сетка (Gynemesh™, Gynecare®, Ethicon®) выполнена из моноволокон уменьшенного диаметра, переплетенных так, что это создает уникальную структуру, которая в свою очередь способствует увеличению гибкости сетки приблизительно на 50% по сравнению со стандартной сеткой из материала Prolene. Для вязания петли применяется процесс, в результате которого места соединения волокон сцепляются между собой, обеспечивая эластичность в обоих направлениях. Такая структура позволяет обрезать сетку, придавая ей любую желаемую форму или размер, без распутывания волокон. Данное свойство эластичности в обоих направлениях позволяет приспособить сетку к различным напряжениям, возникающим в организме. Сетка остается мягкой и гибкой, не оказывая заметного влияния на нормальное заживление ран. Материал не рассасывается и не подвержен разложению и ослаблению вследствие воздействия ферментов тканей.

Французскими исследователями проведен ретроспективный анализ результатов операций, произведенных с использованием сетчатого имплантата Prolene Soft®. В 97,3% случаев отмечен положительный результат операции. Только у 2,7% пациенток поздний послеоперационный период осложнился формированием эрозии влагалища.

Показанием для установки сетчатого имплантата для реконструкции переднего отдела тазового дна является опущение передней стенки влагалища с формированием цистоуретроцеле. На передней стенке влагалища существует несколько участков, где дефекты в тазовой фасции, покрывающей переднюю его стенку, могут привести к ее выпячиванию. Наиболее часто дефект возникает вблизи боковой стенки таза, где верхняя боковая борозда влагалища соединяется с фасцией, покрывающей внутреннюю запирающую мышцу и мышцу, поднимающую задний проход.

Если стрессовое недержание мочи сочетается с паравагинальным дефектом и чрезмерной подвижностью шейки мочевого пузыря (гипермобильностью), то правильно выполненная реконструкция позволяет стабилизировать шейку мочевого пузыря в нормальном положении и более чем в 98% случаев устранить стрессовое недержание мочи.

Протез устанавливается как гамак под мочевым пузырем и подвешивается на сухожильной фасции таза. Имплантат имеет четыре рукава, которые фиксируются при трансобтураторном доступе. Рукава проводятся через проксимальную и дистальную части *arcuatus tendineus fascia pelvis* (АТФР) и выводятся через кожные разрезы наружу.

Данная система может использоваться вместе с установкой свободной синтетической петли (например, при сфинктерной недостаточности уретры), а также сетчатого имплантата для реконструкции заднего отдела тазового дна у пациенток, желающих сохранить матку.

Показанием для установки сетчатого имплантата для реконструкции заднего отдела тазового дна является опущение задней стенки влагалища с формированием энтеро- и ректоцеле. Имплантат имеет два рукава. Протез укладывается на переднюю стенку прямой кишки, рукава проводятся через медиальную часть *lig. sacrospinale* и выводятся с двух сторон наружу латеральнее и ниже ануса.

Показанием к установке сетчатого имплантата для полной реконструкции тазового дна являются опущение передней и задней стенок влагалища, полное выпадение матки и стенок влагалища. Имплантат имеет шесть рукавов: четыре – для фиксации его передней части и два – для фиксации задней части имплантата. Передняя и задняя части соединены перемычкой, которая укладывается в куполе влагалища. Протез (целиком) может быть установлен только после выполнения влагалищной гистерэктомии, тогда как, разделив его пополам, можно произвести реконструкцию отдельно переднего и

заднего отделов тазового дна при сохраненной матке.

**Противопоказаниями** к установке сетчатых имплантатов являются: гнойно-воспалительные заболевания органов малого таза, тяжелые соматические состояния, исходная анемия.

Изделие не обладает достаточной способностью к растяжению по мере роста пациентки, поэтому после перенесенной операции роды возможны только путем кесарева сечения.

**Возможными осложнениями при установке имплантата являются:**

- Ранение уретры, мочевого пузыря, стенки прямой кишки (вследствие близкого расположения указанных анатомических структур)
- Ранение *n. obturatoris, a.v. obturatoris* при неправильном проведении канюли через обтураторное отверстие (латеральную часть)
- Ранение *n. pudendalis* и *a.v. pudendalis* при проведении канюли через крестцово-остистую связку
- Послеоперационные гематомы (учитывая широкую мобилизацию мочевого пузыря и прямой кишки)
- Гнойно-воспалительные осложнения
- Образование свищей (пузырно-влагалищных, прямокишечно-влагалищных)
- Отторжение имплантата.

Наш собственный опыт выполнения более 20 операций с установкой системы ПРОЛИФТ® показал высокую надежность и эффективность метода. Длительность операции составляла от 51 до 153 минут и зависела от объема оперативного вмешательства (с экстирпацией матки или без). Интраоперационных осложнений не было. Кровопотеря во время операции составила от 210 до 850 мл (в среднем 450 мл). Сроки пребывания в стационаре составили от 5 до 9 суток, в среднем 7 дней. Ранний послеоперационный период во всех случаях протекал гладко.

Таким образом, несмотря на еще пока небольшой собственный опыт выполнения операций с использованием системы

ПРОЛИФТ® для реконструкции тазового дна, можно сделать следующие выводы:

1. Технология TVM с установкой системы ПРОЛИФТ® для реконструкции тазового дна, по нашему мнению, является эффективной операцией при хирургическом лечении пролапса гениталий и имеет целый ряд преимуществ: малая травматичность, хороший косметический эффект, возможность (почти во всех случаях) выполнить операцию под спинномозговой или эпидуральной анестезией, обусловленных использованием влагалитического хирургического доступа.

2. Патогенетически обоснованная концепция операции позволит, на наш взгляд, значительно улучшить отдаленные результаты при хирургическом лечении пациенток с генитальным пролапсом.

Таким образом, на современном этапе развития оперативной гинекологии видна четкая тенденция к расширению использования менее инвазивных, но более эффективных (влажгалитический и лапароскопический) хирургических доступов для выполнения гистерэктомии, пластических и антистрессовых операций у пациенток с доброкачественными гинекологическими заболеваниями, простыми и сложными формами генитального пролапса. Однако для научного доказательства эффективности малоинвазивных хирургических технологий, с одной стороны, требуется проведение большего числа сравнительных исследований, направленных на усовершенствование техники оперативных вмешательств, изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения, оценку изме-

нения качества жизни оперированных пациенток.

## ПРОФИЛАКТИКА ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Большое значение имеют предупреждение заболеваний в детском возрасте и в период полового созревания, правильное питание, выработка правильной осанки (наклонение таза), танцы, спорт (коньки, ролики, плавание, художественная гимнастика), не подлежит сомнению роль физических упражнений во время беременности и после родов, способствующих укреплению мышц тазового дна (упражнения Кегеля). Необходимо бережно вести роды, проводить профилактические мероприятия по борьбе с родовым травматизмом. Анатомо-физиологически обоснованным следует считать своевременное производство медиолатеральной эпизиотомии, преимущественно правосторонней, при которой сохраняется целостность пудендального нерва и, следовательно, в меньшей степени нарушается иннервация мышц тазового дна (Ананьев В.А., 1987; Буянова С.Н., 1990). Важна своевременная хирургическая коррекция при опущениях стенок влагалитища и матки с целью профилактики выпадения матки.

Единственный эффективный метод лечения – хирургический – должен быть применен в молодом возрасте после завершения детородной функции, а при снижении качества жизни – на любом отрезке жизненного пути женщины, без ограничения нижней и верхней возрастной границы.

# ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*М.С. Селихова*

*Кафедра акушерства и гинекологии ВолГМУ*

## **Postpartum infections complications: prognosis, prevention and treatment**

*M.S. Selikhova*

Несмотря на многочисленные научные исследования, посвященные проблеме гнойно-септических заболеваний родильниц, а также внедрение в последнее десятилетие новых методов диагностики и терапии, инфекционные осложнения послеродового периода сохраняют свою значимость. По данным официальной статистики Минздравсоцразвития РФ, за 2004 год септические осложнения составили 18,4% среди причин материнских потерь. Предотвратимые случаи среди умерших от гнойно-септических осложнений составили 83%. Эта патология была несвоевременно диагностирована у 79% родильниц, их лечение было неадекватным (Фролова О.Г., 2004).

Данные о распространенности инфекционных осложнений послеродового периода достаточно разноречивы. По мнению большинства авторов, частота инфекционных осложнений послеродового периода в настоящее время остается на высоком уровне, составляя 2–10% в общей популяции родивших (1, 2, 5, 7), достигая 25–85% в группах высокого риска. Возрастание частоты оперативного родоразрешения способствует увеличению данной патологии, так как после кесарева сечения гнойно-септические заболевания наблюдаются в среднем в 15–20% случаев (4, 6). Исследования Ксензова Л.И. с соавт. (2007) указывают, что послеродовый эндометрит встречается в 0,54% случаев, а после кесарева сечения в 0,82%. Ковалев С.И. с соавт. (2007) также считает, что частота инфекционных осложнений после кесарева сечения варьирует от 0,1 до 1,24%.

Учитывая актуальность данной проблемы и с целью определения распространенности инфекционных осложнений в г. Волгограде, нами был проведен ретроспективный анализ 5557 историй родов, которые прошли в родильных стационарах г. Волгограда в 2006 году. Результаты исследования свидетельствуют, что частота послеродовых инфекционных осложнений составляет 6,5%, что соответствует данным большинства исследователей.

В то же время частота гнойно-септических заболеваний послеродового периода, согласно отчетам родильных стационаров, составила 0,16%. Мы объясняем это тем, что в официальной статистике учитываются только тяжелые формы эндометрита, требующие длительного лечения и, как правило, перевода в гинекологические отделения. Другие формы патологического течения послеродового периода регистрируются под диагнозами субинволюция матки, гематометра, лохиометра, патологический лактостаз, инфильтрация швов передней брюшной стенки или промежности. В то же время все перечисленные формы осложнений послеродового периода требуют проведения антибактериальной терапии и лабораторного контроля.

Результаты исследований Кутеко А.Н. (2003), посвященные изучению сходства и различий субинволюции матки и послеродового эндометрита, позволили автору прийти к заключению о необходимости рассматривать субинволюцию матки как проявление эндометрита и лечить по принципам лечения эндометрита.

До настоящего времени нет единого обозначения послеродовых заболеваний. Одни

авторы называют их послеродовыми инфекциями (Бартельс А.В., 1973; Айламазян Э.К., 1997), другие – гнойно-септическими (Гуртовой Б.Л., 1981; Савельева Г.М., 2000), третьи – гнойно-воспалительными (Горин В.С., 1996), четвертые – инфекционно-воспалительными заболеваниями (Стрижаков А.Н., 2004).

В международной классификации болезней X пересмотра (МКБ-10, 1995 г.) выделяют следующие формы послеродовых заболеваний:

085. Послеродовый сепсис (эндометрит, лихорадка, перитонит, септицемия);

086.0. Инфекция хирургической акушерской раны (рана кесарева сечения, шов промежности);

086.1. Другие инфекции половых путей после родов (цервицит, вагинит).

По мнению Е.А.Чернухи (2006), к послеродовым инфекционным заболеваниям в первую очередь относятся воспалительные заболевания половой системы: инфицированная рана промежности, наружных половых органов, влагалища, шейки матки, раны передней брюшной стенки после кесарева сечения, эндометрит, лохиометра, параметрит.

Среди возбудителей послеродового эндометрита в настоящее время, по данным большинства исследователей, преобладают (82,7%) неспорообразующие анаэробы и их ассоциации с аэробными микроорганизмами. Ряд авторов указывают, что возбудителями заболевания могут выступать микоплазмы, хламидии, вирусы [1, 2].

Первые симптомы заболевания появляются на 1–7-е сутки послеродового периода. В зависимости от тяжести течения заболевания выделяют три клинические формы эндометрита: легкую, средней тяжести и тяжелую.

**Легкая форма эндометрита** характеризуется повышением температуры тела, проявлением локальных нарушений (субинволюция матки, пастозность ее при пальпации, лохии кровянистые с неприятным запахом) при отсутствии признаков общей интоксикации. С началом лечения симптомы купируются в течение 2–3 дней.

Для **эндометрита средней тяжести** характерен подъем температуры тела до 38 °С и выше, которая сохраняется в течение нескольких дней, увеличенная, болезненная матка, мягкой консистенции, мутные, кровянисто-гнойные лохии со зловонным запахом. Отмечается умеренная интоксикация. На фоне проводимой терапии симптомы постепенно исчезают в течение 5–7 дней.

**Тяжелая форма эндометрита** сопровождается лихорадящим состоянием с ознобами, головной болью, тахикардией до 100–120 ударов в минуту, нарушением сна и аппетита. Матка увеличена, без четких контуров, мягкая, болезненная при пальпации, лохии гнойные, с запахом. Тяжелая форма эндометрита преимущественно наблюдается после кесарева сечения.

Особенностью течения послеродового эндометрита в настоящее время, по мнению большинства отечественных и зарубежных авторов, являются стертые клинические проявления воспалительного процесса, которые не соответствуют глубине морфологических изменений и не отражают тяжесть состояния родильницы [2].

Учитывая особенности развития воспалительного процесса на современном этапе и с учетом иммунологического состояния родильницы, В.И. Кулаков (1984) предлагает выделять 4 варианта течения послеродового эндометрита:

- "классический" эндометрит, для которого характерна яркая манифестация заболевания

- стертый вариант течения, особенностью которого является возвратность симптомов после 2–3 дней исчезновения проявлений инфекции, что часто приводит к госпитализации в гинекологический стационар после выписки из родильного дома

- абортивный эндометрит характеризуется ранним (на 2–3-и сутки после родов) началом заболевания и быстрым ответом организма родильницы на проводимую терапию, что позволяет купировать проявления воспаления в течение 3–4 дней

• эндометрит после кесарева сечения выделен в особую форму, так как по изменениям в матке он соответствует тяжелой форме эндометрита, но профилактическое назначение антибиотиков и инфузионно-трансфузионной терапии всем родильницам в послеоперационном периоде способствует стертым проявлениям симптомов заболевания и затрудняет оценку тяжести состояния больной. При ослаблении терапии при данном варианте эндометрита может быстро наступить генерализация инфекционного процесса.

**Диагностика и оценка тяжести течения** послеродового эндометрита в настоящее время требуют комплексного подхода, включающего данные анамнеза, рутинное физикальное обследование, общеклиническое лабораторное исследование, а также специальные методы исследования (УЗИ на 3–5-е сутки послеродового периода). Дополнительно рекомендуется включать бактериологическое исследование аспирата из полости матки с определением чувствительности к антибиотикам, определение кислотно-основного состояния лохий, а также проведение гистероскопии. На проведении гистероскопии настаивают многие исследователи как на современном и высокоинформативном методе диагностики. По ее результатам А.Н. Стрижаков (2001) предлагает выделять 3 варианта эндометрита:

- "чистый" эндометрит (без дополнительных включений, определяется белесоватый налет на стенках матки вследствие фибринозного воспаления)
- эндометрит с некрозом децидуальной оболочки – эндометрий черного цвета, тяжелый, отечный
- эндометрит с задержкой плацентарной ткани или оболочек.

Особое значение гистероскопии придается при эндометрите после кесарева сечения, так как только этот метод позволяет своевременно выявить признаки частичного расхождения швов на матке.

## **Прогнозирование и профилактика послеродовых инфекционных осложнений**

Одним из наиболее дискуссионных вопросов остается вопрос необходимости назначения антибиотиков после родов с профилактической целью. В настоящее время большинство исследователей считают целесообразным применение антибактериальной терапии с профилактической целью у родильниц, относящихся к группам риска по развитию инфекционных осложнений. Вместе с тем низкий уровень соматического здоровья женщин репродуктивного возраста, высокая частота осложнений беременности и родов приводят к возрастающему количеству родильниц, относящихся к группам инфекционного риска. На наш взгляд, это подтверждает высокий процент (23,4%) родильниц, получающих антибактериальную терапию в послеродовом периоде. Если учесть, что практически все антибактериальные средства с молоком матери передаются ребенку, а некоторые из них требуют отказа от грудного вскармливания, это становится проблемой.

В связи с вышесказанным мы сочли необходимым оценить значимость каждого фактора риска по развитию послеродовых инфекционных осложнений, на основе балльной системы выделить три степени риска и разработать алгоритм дифференцированной профилактики воспалительных заболеваний родильниц. Для объективного анализа факторов риска развития послеродовых инфекционных осложнений и определения прогностической ценности каждого фактора был применен вероятностный подход. Разработка прогностических алгоритмов по определению риска осложнений после родов основывалась на методе Байеса, который учитывает не только отдельные признаки, но и их взаимодействие.

Факторы риска были разделены на три группы: данные анамнеза, особенности течения беременности и особенности течения родов.

По сумме баллов определяется степень риска развития послеродовых инфекционных



## Алгоритм прогнозирования развития послеродовых инфекционных осложнений

### 1. Факторы риска, обусловленные анамнезом (в баллах)

1. Наличие хронической соматической патологии неинфекционного генеза	1
2. Наличие хронической соматической патологии воспалительного характера	2
3. Ожирение	1
4. Хронические воспалительные гинекологические заболевания	2

### 2. Факторы риска, обусловленные особенностями течения беременности (в баллах)

1. Обострение хронических инфекционных заболеваний в 1-м и 2-м триместрах беременности	2
2. Обострение хронических инфекционных заболеваний в 3-м триместре беременности	4
3. Острые респираторные заболевания во время беременности	2
4. Угроза прерывания беременности	1
5. Гестоз второй половины беременности	1
6. Анемия во время беременности	1
7. Многоводие	1
8. Кольпит	3
9. Бактериальный вагиноз	1
10. Выявление хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза без клинических проявлений инфекции	2

### 3. Факторы риска, обусловленные особенностями течения родов (в баллах)

1. Кесарево сечение в плановом порядке	4
2. Кесарево сечение в срочном порядке	6
3. Длительный безводный период (более 12 часов)	6
4. "Затяжные" роды (более 12 часов)	3
5. Аномалии родовой деятельности	1
6. Ручной контроль полости матки, ручное отделение и выделение последа	4
7. Родовой травматизм	3
8. Патологическая кровопотеря (более 400 мл)	4
9. Хориоамнионит в родах	5

осложнений у каждой родильницы, что определяет необходимость и объем профилактических мероприятий. По результатам суммы баллов всей таблицы определяется степень риска развития послеродовых инфекционных заболеваний.

В зависимости от суммы набранных баллов и степени риска развития послеродовых инфекционных осложнений всех родильниц следует разделять на 3 группы:

- низкая степень риска – 1–6 баллов
- средняя степень риска – 7–12 баллов
- высокая степень риска – 13 и более баллов.

Родильницы, относящиеся к низкой степени риска, не нуждаются в коррекции течения послеродового периода. Родильницы, относящиеся к высокой степени риска, должны с первых суток послеродового периода получать антибактериальную терапию. Проведение профилактических мероприятий у родильниц средней степени риска должно быть дифференцированным.

Родильницам средней степени риска на 2-е сутки после родов должно быть проведено дополнительное обследование – определение наличия эндотоксина в сыворотке крови, который является маркером воспалительной реакции на доклиническом уровне.

Для проведения данного обследования рекомендуется использовать метод активированных частиц (МАЧ), разработанный в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева (решение Комитета по новым медицинским технологиям МЗ РФ от 24.03.2003) с помощью стандартных наборов. Чувствительность метода – до 14 пг/мл ЛПС *E. Colli* или *Sal. typhi*. Специфичность метода составляет 97,6–98,2%. Методика не требует специального оборудования, и лечение может быть проведено в условиях любой лаборатории. Результат готов в течение часа, что позволяет своевременно разработать адекватный объем профилактических мероприятий.

При положительном результате исследования (эндотоксин +) риск манифестации воспалительной реакции значителен, что диктует

необходимость профилактического назначения антибактериальных средств по общепринятым стандартам. При отрицательном результате исследования (эндотоксин) родильницам следует назначать дибикор по 0,5 г 2 раза в сутки в течение 5 суток.

Предлагаемая схема прогнозирования и профилактики послеродовых инфекционных осложнений позволит снизить частоту развития воспалительных заболеваний родильниц, а также избежать необоснованного назначения антибиотиков в ряде случаев.

**Лечение** должно быть комплексным, включающим антимикробную терапию, средства, повышающие иммунитет родильницы, а также воздействие на очаг инфекции, то есть на матку.

Если беременная относилась к группе высокого риска и перед родами было проведено бактериологическое исследование содержимого влагалища, антибактериальная терапия назначается с учетом чувствительности к антибиотикам выделенной микрофлоры. Если таких данных нет, следует назначать антибиотики широкого спектра действия в сочетании с метронидазолом, что обеспечит воздействие на аэробную и анаэробную микрофлору. Антибактериальная монотерапия допустима в ряде случаев только при легкой форме эндометрита. Наиболее часто используемые сочетания:

- цефазолин по 1 г в/в или в/м 2–4 раза в сутки (в зависимости от тяжести течения заболевания) + метронидазол по 500 мг в/в 2–4 раза в сутки
- ампициллин по 2–3 г 4 раза в сутки + гентамицин 1,5 мг/кг в/м 3 раза в сутки
- клиндомицин 600–900 мг 3 раза в/в + гентамицин по 1,5 мг/кг 3 раза в/в
- метрагил по 100 мл 3–4 раза в/в + гентамицин по 1,5 мг/кг 3 раза в/в
- цефтазидим по 2 г каждые 12 часов в/м или в/в.

В последнее время широко применяется внутриматочное введение антибиотиков, растворенных в геле, что позволяет добиться высокой концентрации лекарственного препарата непосредственно в очаге воспаления.

Для предупреждения аллергических реакций на фоне проводимой антибиотикотерапии показаны антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, дипразин в обычных дозировках в таблетированном или инъекционном виде).

Инфузионная терапия проводится при эндометрите средней и тяжелой формы, общий объем инфузии составляет 1250–1500 мл/сутки. Рекомендуемый состав инфузионной терапии:

- 400 мл раствора оксиэтилированного крахмала
- 400 мл плазмы крови
- 400 мл 10%-ной глюкозы
- 250–400 мл раствора Рингера.

Одной из составляющих эффективной терапии послеродового эндометрита является воздействие на очаг инфекции – матку. В последнее десятилетие убедительно доказана необходимость активного ведения родильниц с послеродовым эндометритом, которое предполагает опорожнение полости матки с помощью выскабливания или вакуум-аспирации, причем последнее предпочтительнее, по мнению большинства исследователей. Одномоментное удаление инфицированного содержимого полости матки с последующим введением в нее антибиотиков обеспечивает более благоприятное течение раневого процесса и способствует купированию воспалительной реакции. Дополнительно показано лечение, направленное на обеспечение адекватной инволюции матки. С этой целью назначают дозированный холод на низ живота, утеротоники или используют немедикаментозные способы стимуляции сократительной активности матки (рефлексотерапия и др.).

Течение и исход воспалительного процесса во многом зависят от состояния иммунологической реактивности организма родильницы. Имеющийся транзиторный иммунодефицит в первые дни после родов у клинически здоровых родильниц усугубляется при развитии гнойно-септических осложнений, что обуславливает повышенный риск генерализации процесса в пуэрперию. Особенностью иммунного ответа организма родильницы являются изменение всех звеньев иммунной си-

стемы, а также нарушение факторов неспецифической защиты. Поэтому в послеродовом периоде необходима мобилизация защитных сил организма не только за счет направленного действия на определенные звенья иммунной системы, но и с помощью коррекции отклонений в общей системе гомеостаза. Одним из таких препаратов является **дибикор** [3].

Дибикор – новый отечественный препарат, разработанный сотрудниками Российского кардиологического научно-производственного комплекса МЗ РФ, Института биофизики МЗ РФ и Волгоградского государственного медицинского университета. В основе действия препарата лежат физиологические и биохимические эффекты таурина – жизненно необходимой сульфаминокислоты. В последние годы было определено физиологическое значение таурина в форменных элементах крови, где его концентрации достигают высоких показателей. Было доказано, что он влияет на иммунный статус организма и на сигнал цитокинов воспаления, на основе чего данный препарат в настоящее время рассматривается как природный иммуномодулятор.

Доказанное отсутствие токсичности таурина и отрицательная проба на хромосомные aberrации способствовали широкому внедрению препарата в различные области медицины, а также позволили нам применить его в акушерстве. Мы включили препарат дибикор в комплекс лечения родильниц с послеродовым эндометритом. Дибикор назначается по 0,5 г 2 раза в день с момента возникновения инфекционного осложнения до исчезновения его проявлений.

Проведенные нами клинические и специальные исследования, включая иммунограмму, свидетельствуют о выраженном иммуностимулирующем эффекте препарата дибикор. Его включение в комплекс лечения родильниц с послеродовым эндометритом способствует повышению иммунологической защиты организма матери, обеспечивает более благоприятное клиническое течение заболевания и позволяет сократить сроки пребывания родильниц в стационаре.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Анохова Л.И., Новопашина Г.Н.* Некоторые аспекты диагностики и лечения послеродового эндометрита // *Материалы Всероссийского форума "Мать и дитя"*. – М., 2000. С. 14–15.
2. *Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф.* Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. – СПб: СпецЛит, 2005. – 459 с.
3. *Елизарова Е.П.* Дибикор. Пособие для врачей. – М., 2004. – 30 с.
4. *Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М.* Кесарево сечение. – М.: Триада-Х, 2004. – 320 с.
5. *Серов В.Н.* Профилактика материнской смертности // *Материалы Российского научного форума "Охрана здоровья матери и ребенка"*. – М., 2002. С. 443–447.
6. *Чернуха В.Г.* Нормальный и патологический послеродовый период. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006. – 272 с.
7. *Фролова О.Г., Токова З.З.* Материнские потери от гнойно-септических осложнений // *Материалы I Международного семинара "Инфекция в акушерстве и перинатологии"*. – М., 2007. С. 161–162.

## РЕДКИЕ ФОРМЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

*О.П. Цветкова<sup>1</sup>, Н.В. Налыгач<sup>1</sup>, Т.К. Гаврильчук<sup>2</sup>*  
 ГУЗ "ВОКБ № 1"<sup>1</sup>, МУЗ "Клинический родильный дом № 2"<sup>2</sup>

*В статье представлены редко встречающиеся осложнения после операции кесарева сечения у 3 пациенток в виде маточно-брюшинно-стеночного свища, эндометриоза рубца и разрыва мочевого пузыря, тактика и методы лечения данной патологии.*

### Seldom complications after cesarean section

*O.P. Tsvetkova, N.V. Naligach, T.K. Gavrilchuk*

*Three kinds of seldom complications after c/s are presented: utero-abdominal fistula, endometriosis of the postoperation scar and the rupture of bladder during the recurrence c/s. Treatment and prevention of the complications are discussed.*

Среди родоразрешающих операций абдоминальное кесарево сечение занимает одно из ведущих мест. В последние годы отмечается тенденция к повышению частоты этого метода родоразрешения до 20% по стране, что, безусловно, влечет за собой и увеличение частоты осложнений. Благодаря совершенствованию техники операции, анестезиологического пособия и тактики ведения послеоперационного периода кесарево сечение стало резервом снижения перинатальной смертности, особенно среди беременных групп высокого риска [2, 6].

Важно предупреждать наиболее тяжелые осложнения – эндометрит, перитонит, сепсис, тромбоз эмболию легочной артерии, эмболию околоплодными водами, кровотечения и др. [1, 4]. Все осложнения в послеоперационном периоде после кесарева сечения могут быть разделены на основные группы:

1. Геморрагические.
2. Тромбоэмболические.
3. Гнойно-септические.
4. Связанные с интраоперационными ранениями мочевого пузыря, кишечника и других органов.
5. Связанные с анестезиологическим пособием.

В развитых странах наиболее часто осложнения кесарева сечения, в том числе мате-

ринская смертность, обусловлены анестезиологическим пособием. В нашей стране сохраняется высокий риск гнойно-септических осложнений, которые преобладают над всеми другими [3, 5].

Известно, что риск осложнений увеличивается при повторных операциях кесарева сечения, что обуславливает необходимость их прогнозирования и профилактики. Профилактике перечисленных осложнений уделяется много внимания со стороны как ученых, так и практических врачей. Тем не менее встречаются случаи, которые можно отнести к казуистическим, представляющим интерес для оперирующих коллег.

В гинекологическом отделении ГУЗ "ВОКБ № 1" нами наблюдались 2 пациентки с редко встречающимися отдаленными осложнениями после операции кесарева сечения.

#### Случай 1

Больная К-ва, 29 лет, история болезни № 7364, поступила в гинекологическое отделение ОКБ № 1 с жалобами на кровянистые выделения из послеоперационного рубца во время менструации.

Из анамнеза: в 1996 году в сроке 41 неделя беременности родоразрешена путем операции кесарева сечения по сочетанным показаниям: наличие крупного плода и узкого таза у бере-

менной. В августе 2007 года в сроке 38–39 недель выполнено повторное кесарево сечение в связи с наличием рубца на матке. Интраоперационно был обнаружен спаечный процесс брюшной полости, тело матки было подпаяно к передней брюшной стенке. Произведен адгезиолизис, анатомия восстановлена. С ноября 2007 года возобновились менструации, во время которых появились кровянистые выделения из послеоперационного рубца. По рекомендации участкового гинеколога в течение 3 месяцев получала непрерывно дюфастон 20 мг/сутки без видимого эффекта. Была выполнена фистулография, на основании чего был выставлен диагноз – маточно-брюшностеночный послеоперационный свищ. 28.03.2008 года нами была выполнена операция: лапаротомия, иссечение свищевого хода из передней брюшной стенки и стенки матки. При ревизии органов малого таза обнаружено: матка в положении ретрофлексии, подпаяна к передней брюшной стенке в области рубца на матке. Обнаружено свищевое отверстие на передней стенке размером 0,8×0,7 см с проникновением хода свища в полость матки. Свищ иссечен, восстановлена анатомия стенки матки, передней брюшной стенки. Гистология № 537-39. В препаратах однородная ткань с участками грануляционной ткани, полиморфноклеточной инфильтрацией, полнокроем. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана в удовлетворительном состоянии на 9-е сутки после операции под наблюдение врача-гинеколога по месту жительства.

## Случай 2

Больная Б-ва, 33 лет, история болезни № 8006, поступила в гинекологическое отделение ОКБ № 1 с жалобами на болезненное опухолевидное образование в области послеоперационного рубца.

Из анамнеза: в 2002 году выполнено кесарево сечение по поводу дискоординации родовой деятельности, не поддающейся коррекции. Через 2–3 месяца после операции появилось образование в области послеопе-

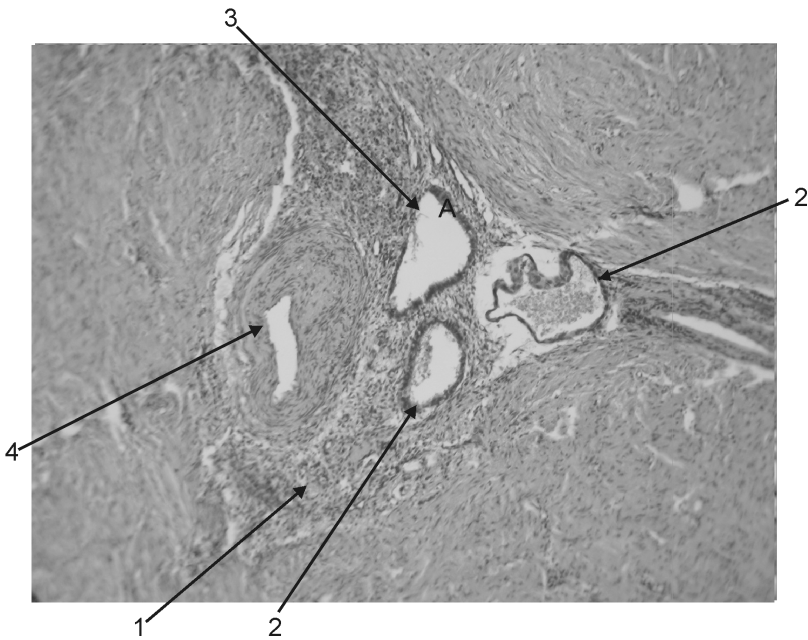
рационного рубца. С момента восстановления менструального цикла стала отмечать увеличение этого образования во время менструации и уменьшение его в размерах после нее.

Объективно: при пальпации послеоперационного рубца в толще передней брюшной стенки определяется овоидной формы плотное малоподвижное слегка болезненное образование размером 6,0×8,0 см. Данные УЗИ: в структуре передней брюшной стенки, слева над послеоперационным рубцом, визуализируется гипоехогенное образование размером 4,0×6,0×8,0 см, расположенное в подкожно-жировой клетчатке.

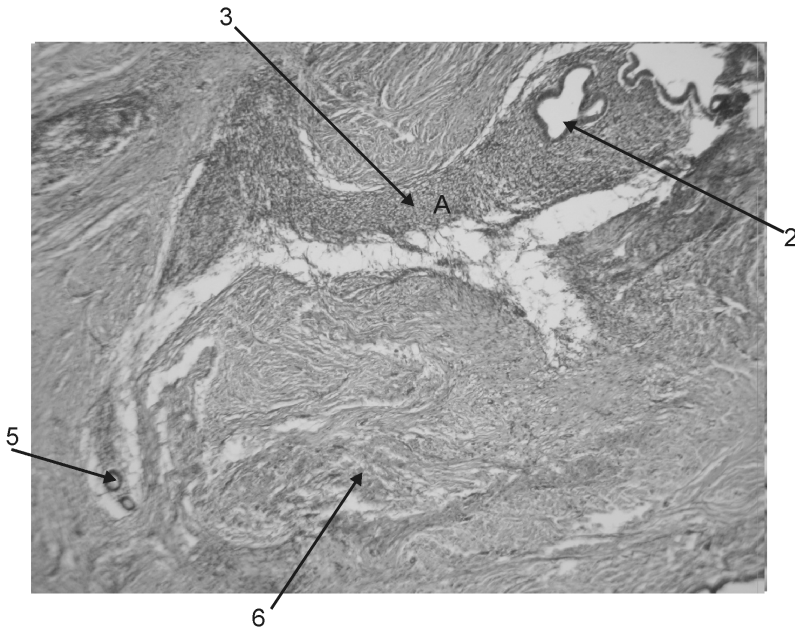
Выполнена операция: иссечение рубца и образования передней брюшной стенки. После иссечения рубца передней брюшной стенки в подкожно-жировой клетчатке обнаружено образование размером 4×6×8 см, интимно связанное с апоневрозом. Опухоль иссечена в пределах здоровых тканей. Восстановлен дефект апоневроза. Передняя брюшная стенка восстановлена послойно. На кожу наложен косметический шов. Макропрепарат: опухоль солидного строения сероватого цвета с множественными сосудистыми каналами, ячеистого строения.

Гистология № 37890-96: эндометриоид послеоперационного рубца. Среди разрастаний плотной волокнистой соединительной ткани отмечаются островки цитогенной стромы, состоящей из фибробластов и фиброцитов, васкуляризованной сосудами капиллярного типа. В строме присутствуют железы, выстланные эпителием эндометриального типа, состоящим из реснитчатых, секреторных, "выскальзывающих клеток" и "клеток-пузырей". Железы неправильной формы, часть из них кистозно расширена (рис. 1–2).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана в удовлетворительном состоянии на 8-е сутки после операции под наблюдение врача-гинеколога по месту жительства. Даны рекомендации провести гормональное лечение синтетическими прогестинами в течение 6 месяцев.



**Рис. 1.** Среди разрастаний плотной рубцовой волокнистой соединительной ткани (1) видны кистозно расширенные железы эндометрия (2), цитогенная строма (3), эпителий эндометрия (4). Окр. Гемм.-эоз. Ув.  $1\times 10$ .



**Рис. 2.** В эндометриальных железах рубца имеются "клетки-пузыри" (5) и "выскальзывающие клетки" (6). Окр. Гемм.-эоз. Ув.  $1\times 10$ .

### Случай 3

Больная Е-на, 29 лет, история болезни № 816, поступила в отделение патологии беременных МУЗ "Клинический родильный дом № 2" с диагнозом: беременность 39 недель, отягощенный акушерский анамнез, ру-

бец на матке после двух операций кесарева сечения, общеравномерносуженный таз 1-й степени.

В анамнезе три беременности и трое родов. Первая беременность в 1998 году завер-

шилась путем операции кесарева сечения в связи с узким тазом. Послеоперационный период протекал гладко. В 2004 году выполнено повторное кесарево сечение по поводу несостоятельного рубца на матке. Учитывая данные анамнеза, решено закончить настоящую беременность операцией кесарева сечения в плановом порядке, что и было выполнено. Несмотря на повторное кесарево сечение, пациентка отказалась от стерилизации. Однако операция была произведена в срочном порядке в связи с началом родовой деятельности. Интраоперационно был обнаружен выраженный спаечный процесс брюшной полости. Произведен адгезиолизис. На матке рубец шириной до 1 см имел белесоватый цвет, на всем протяжении интимно прилегал к мочевому пузырю. В связи с невозможностью отсепаровать мочевой пузырь от нижнего сегмента матки разрез на матке был произведен чуть выше рубца. Однако во время извлечения плода из матки произошел разрыв мочевого пузыря в области рубца на всем его протяжении. На операцию вызван уролог. После зашивания стенки матки выполнено восстановление дна мочевого пузыря. Произведены дренирование брюшной полости и послойное ушивание передней брюшной стенки узловыми швами. Мочевой пузырь катетеризирован катетером Фолея, который был извлечен на 10-е сутки после операции. Послеоперационный период протекал без осложнений. Родильница выписана в удовлетворительном

состоянии на 14-е сутки после оперативных родов под наблюдение врача-гинеколога и уролога по месту жительства.

Таким образом, вышеизложенные редко встречающиеся осложнения кесарева сечения, такие как маточно-брюшностеночный послеоперационный свищ, эндометриоид послеоперационного рубца и разрыв мочевого пузыря во время операции кесарева сечения, потребовали дополнительного оперативного вмешательства, в том числе с вовлечением смежных специалистов, а также хирургической коррекции у данных пациенток, которые завершили их полным выздоровлением. По всей видимости, причинами подобных осложнений явились технические погрешности, в связи с чем требуется более тщательное и аккуратное выполнение второго этапа операции кесарева сечения после извлечения ребенка – зашивание разреза на матке и передней брюшной стенки с соблюдением современных принципов профилактики осложнений – использование современного рассасывающегося шовного материала, надежная герметизация полости матки, тщательный туалет брюшной полости перед ее зашиванием. С другой стороны, всегда необходимо помнить о значительной степени операционного риска при повторных кесаревых сечениях, что требует тщательной оценки показаний к этому вмешательству и возможного расширения объема операции.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Комиссарова Л.М., Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Оптимизация кесарева сечения // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 1. – С. 14–16.
2. Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Лозутова Л.С. и др. Кесарево сечение. – М.: Медицина, 1997. – 285 с.
3. Кулаков В.И., Прошина И.В. Экстренное родоразрешение. – М.: Медицина, 1994. – 272 с.
4. Руководство по безопасному материнству. – М.: Триада, 1998. – 140 с.
5. Рыбалка А.Н. Отдаленные результаты операции кесарева сечения // Акушерство и гинекология. – 1992. – № 2. – С. 3–6.
6. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству. – М., 1997.



# ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ПАПИЛЛОМАТОЗОМ ГОРТАНИ

*Е.Б. Ефремова<sup>2</sup>, В.В. Двужилов<sup>1</sup>, Г.П. Алифанова<sup>2</sup>*

*Кафедра акушерства и гинекологии ВолГМУ<sup>1</sup>, МУЗ "Женская консультация № 2"<sup>2</sup>*

*В статье представлен клинический анализ течения беременности и родов у 2 пациенток с папилломатозом гортани. Выявлены особенности периода гестации у больных со стенозом гортани после выполнения трахеостомии. Предложена тактика ведения беременности и родов с данной патологией.*

## Peculiarities of the pregnancy and labor course at patients with larynx papillomatosis

*E.B. Efremova, V.V. Dvuzhilov, G.P. Alifanova*

*The pregnancy outcomes of two patients with papillomatosis of larynx are presented. The peculiarities of gestation after tracheotomy were obtained. The management of the patients and outcomes of pregnancy are discussed.*

Экстрагенитальная патология в последние годы приобретает все большее значение в осложненном течении беременности и занимает одно из первых мест среди причин материнской смертности.

Среди патологии органов дыхания у беременных наибольшее место в литературе уделяется хроническим неспецифическим заболеваниям легких, острым инфекционным поражениям верхних дыхательных путей, а также бронхиальной астме (Шехтман М.М., 2005).

Сообщения о вирусных заболеваниях дыхательных путей у беременных, к которым относится и папилломатоз гортани, в доступной литературе крайне ограничены. Так, М.А. Башмакова и А.М. Савичева (2003) сообщают, что при беременности происходит активизация вируса папилломы человека, что может проявиться папилломатозом гениталий и гортани.

В соответствии с законом парных случаев, в течение одного календарного года нами наблюдалось 2 беременных с редким экстрагенитальным заболеванием – папилломатозом гортани.

Нами проведен клинический анализ течения беременности и родов у этих пациенток.

### Случай 1

Больная В-а, 31 год, первобеременная, находилась на учете по беременности в женской консультации со срока 12 недель.

Из анамнеза: в возрасте 2 года 6 месяцев выставлен диагноз: множественный папилломатоз гортани. В течение первого года наблюдения она перенесла 36 прямых ларингоскопий, однако улучшения состояния не наблюдалось, в связи с чем в срочном порядке девочке была выполнена нижняя трахеостомия. В последующем, с 8 лет, у пациентки сформировалась ларинготрахеофиссура. В возрасте 23 лет больной была произведена операция: лобэктомия нижней доли правого легкого. Гистологическое исследование констатировало плоскоклеточный рак. В 27 лет пациентка находилась на стационарном лечении по поводу туберкулеза легких в противотуберкулезном диспансере.

В возрасте 29 лет больной была произведена компьютерная томография, на которой выявлены множественные образования в обоих легких (метастазы), эндобронхиальное образование в правом главном бронхе, увеличение бифуркационных и трахеопульмональных лимфоузлов, фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого, кистозное образование S8 левого легкого.

Компьютерная томография была выполнена повторно в возрасте 30 лет. Заключение: эндобронхиальное образование в правом и левом главных бронхах. Состояние после резекции нижней доли правого легкого, удаления эндобронхиальных множественных объемных образований обоих легких. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого. Бронхоэктазы в верхней доле правого легкого и нижней доле левого легкого. Киста S8 левого легкого.

При взятии на учет в сроке 12 недель пациентка и родственники от прерывания беременности категорически отказались. Больная консультирована сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии ВолГМУ и специалистами онкологического диспансера. Заключение: вынашивание беременности противопоказано. Специфическое обследование и лечение на фоне беременности противопоказано.

Проведено обследование согласно стандартам ведения беременных. Группа крови O(I), Rh-фактор положительный. Мочевина 3,4 ммоль/л, креатинин 60 ммоль/л, общий белок 72,2 г/л, сахар крови 4,2 ммоль/л. В анализе крови: Эр –  $4,3 \times 10^{12}$ , Нв – 102 г/л, ЦП – 0,7, Тг –  $107 \times 10^9$ , Le –  $8,9 \times 10^9$ , п – 4, с – 71, л – 21, м – 4, СОЭ – 54 мм/ч. При исследовании крови в динамике сохранялась анемия легкой степени. Анализ мочи без патологии.

Исследованы функции внешнего дыхания. Заключение: значительное снижение вентиляционной способности легких вследствие вентиляционных нарушений респираторного типа. Бронхиальная обструкция. Значительное снижение жизненной емкости легких,  $pO_2$  – 99%.

При скрининговом динамическом УЗИ плода патологических изменений не выявлено. Обследование на TORCH-инфекции методом ПЦР не выявило наличия патологической микрофлоры.

В сроке беременности 18 недель отмечаются затрудненное дыхание, одышка, невозможность нахождения в горизонтальном положении, нарушение сна. В эндоскопическом центре г. Казани выполнена сочетанная лазер-

ная и диатермодеструкция папиллом в области трахеостомы и ниже ее расположения. Беременность протекала на фоне гипотонии 90/60 мм рт. ст., дефицита массы тела. При взятии на учет рост 166 см, масса тела 47,2 кг, РМК – 28. Прибавка веса за беременность составила 4,5 кг.

В сроке 26–27 недель появились жалобы на резкие боли в грудной клетке слева, возникли внезапная слабость, одышка, затруднение дыхания. По жизненным показаниям произведено рентгеновское исследование органов грудной клетки. Заключение: справа состояние после лобэктомии. Свободной жидкости в плевральной полости нет. Множественные метастазы в легочной ткани. О динамике процесса судить невозможно ввиду противопоказаний к проведению компьютерной томографии.

Лечение за время наблюдения проводилось симптоматическое: анальгетические, седативные препараты,  $O_2$ -терапия, препараты железа. В сроке беременности 29–30 недель проведен консилиум. Заключение: учитывая тяжелую экстрагенитальную патологию, целесообразно досрочное родоразрешение в условиях перинатального центра в компенсационном периоде. Пациентка в сроке беременности 31–32 недели уехала в г. Казань, где была родоразрешена путем плановой операции кесарева сечения в сроке 36 недель. Извлечена недоношенная девочка массой 2650 г, ростом 49 см. Родильница выписана с ребенком на 14-е сутки гладкого течения послеродового, послеоперационного периода.

Больная умерла в сентябре 2007 г. от прогрессирующей легочной недостаточности и раковой интоксикации. У ребенка с раннего возраста выявлена гормонозависимая бронхиальная астма.

### **Случай 2**

Больная Г-ко, 29 лет, первобеременная, на учете в женской консультации со срока 7 недель.

Менструальная функция не нарушена, половая жизнь в браке с 24 лет, с контрацепцией

КОК. Беременность планируемая, проводилась предгравидарная подготовка.

Соматический анамнез. С 2 лет пациентке поставлен диагноз: папилломатоз гортани, а в подростковом возрасте выявлены пролапс митрального клапана I ст., вегетососудистая дистония по смешанному типу.

При взятии на диспансерный учет по беременности рост 170 см, вес 47 кг, ростомассовый коэффициент – 27,6. В сроке беременности 6 недель была госпитализирована в ЛОР-отделение ГУЗ "ВОКБ № 1" с диагнозом: папилломатоз гортани, часто рецидивирующий, хронический субкомпенсированный стеноз гортани. Под местной анестезией произведено эндоларингеальное удаление папиллом гортани. Повторно госпитализирована в сроке беременности 10 недель с диагнозом: папилломатоз гортани, хронический субкомпенсированный стеноз гортани, гипоксическая миокардиодистрофия, недостаточность кровообращения I ст., дыхательная недостаточность II ст. Повторно произведено эндоларингеальное удаление папиллом гортани. С целью устранения гипоксии под местной анестезией произведена нижняя трахеостомия.

Проведено обследование согласно стандартам ведения беременных: креатинин крови 60 ммоль/л, общий белок 72,2 г/л, сахар крови 4,2 ммоль/л. В анализе крови: Эр –  $4,1 \times 10^{12}$ , Нв – 110 г/л, Цв. п. – 0,8, Le –  $9,7 \times 10^9$ , э – 1, п – 10, с – 81, л – 6, м – 4, время свертывания – 4'40", СОЭ – 32 мм/ч. Анализ мочи без патологии. На ЭКГ – синусовая тахикардия, нарушение реполяризации заднедиафрагмальной стенки левого желудочка. При скрининговом УЗИ плода патологических изменений не выявлено.

В сроке беременности 15–16 недель отмечались повышение температуры тела до 38,6 °С, одышка, приступы удушья. Выставлен диагноз: острый трахеобронхит. Проводились антимикробная терапия, туалет трахеоканюляра.

За время беременности прибавка массы тела составила 17,8 кг. В сроке беременности 32 недели отмечалась пастозность голеней,

повышение АД до 135/90 мм рт. ст. Выполнено динамическое УЗИ плода, при котором выявлены тазовое предлежание, признаки преждевременного старения плаценты.

Пациентка направлена в отделение патологии беременности с диагнозом: беременность 32–33 недели, умеренное многоводие, фетоплацентарная недостаточность. Проведен курс коррекции ФПН, включающий диету, обогащенную белками, поливитамины, применение β-миметиков (гинипрал), дезагрегантов (курантил), антиоксидантную терапию (витамин Е). В сроке беременности 37–38 недель пациентке выставлен диагноз: тазовое предлежание, гестоз легкой степени, фетоплацентарная недостаточность, возрастная первородящая, папилломатоз гортани, трахеоканюляр, ПМК I ст., ДН II ст. Принято решение о досрочном плановом родоразрешении путем операции кесарева сечения. Основанием к операции явился комплекс показаний, включающий тяжелую экстрагенитальную патологию с развитием дыхательной недостаточности, усугубляющей фетоплацентарную недостаточность и внутриутробную гипоксию плода. Во время операции извлечена девочка массой 3000 г, ростом 50 см, с оценкой по шкале Апгар 7 – 7 баллов.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Родильница выписана домой с ребенком на 9-е сутки послеродового периода.

После родов в течение 3 лет у больной отмечается стойкая ремиссия основного заболевания, пациентка планирует вторую беременность. Ребенок развивается соответственно возрасту.

Таким образом, из проведенного анализа течения беременности вытекают следующие выводы:

1. Беременность является фактором, отягощающим течение гиперпластических заболеваний дыхательных путей, и часто способствует прогрессированию дыхательной недостаточности.

2. Оптимальным способом родоразрешения больных с гиперпластическими заболеваниями

дыхательных путей, осложненными стенозом гортани и дыхательной недостаточностью, является выполнение операции кесарева сечения в сроке 36–38 недель беременности.

3. Методом выбора обезболивания при проведении оперативного родоразрешения у пациенток с данной патологией является перидуральная анестезия.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Шехтман М.М.* Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада, 2005. – 816 с.
2. *Баишмакова М.А., Савичева А.М.* Папилломавирусная инфекция (Пособие для врачей). – М., 2003. – 10 с.

# РЕЗОЛЮЦИЯ ЗАСЕДАНИЯ АССОЦИАЦИИ АГПС, ПОСВЯЩЕННОГО ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

от 19.10.2007 г.

Заслушав и обсудив доклады зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФУВ ВолГМУ профессора Л.В. Ткаченко, зав. кафедрой акушерства и гинекологии Волгоградского государственного медицинского университета профессора Н.А. Жаркина, зав. кафедрой лучевой диагностики Волгоградского государственного медицинского университета профессора Е.Д. Лютой, главного специалиста акушера-гинеколога Комитета по здравоохранению администрации Волгоградской области, к.м.н. А.Г. Раевского, заведующей Центром планирования семьи и репродукции ГУЗ "Волгоградская областная клиническая больница № 1", к.м.н. С.В. Копань по поводу проблемы внутриутробных пороков развития плода (ВПР), их профилактики и диагностики,

## ПОСТАНОВИЛИ:

1. Усилить преемственность между акушерско-гинекологической службой, медико-генетической консультацией, Госсанэпиднадзором, патологоанатомической службой.

2. Усилить контроль районных врачей акушеров-гинекологов за проведением скрининга первого уровня, обязать специалистов по УЗИ оценивать биофизический профиль плода в интервале 33–40 недель беременности с целью выявления фетоплацентарной недостаточности.

3. Способствовать организации инвазивных методов пренатальной диагностики в Волгоградской области.

4. Способствовать сотрудничеству с ФГУ "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий" по вопросам фетальной и неонатальной хирургии.

5. Создать регистр врачей ультразвуковой диагностики первого уровня для планирования подготовки повышения квалификации.

6. Заслушать на комиссии по родовспоможению результаты мониторинга.

7. Обеспечить строгое выполнение приказа МЗ РФ № 467.

8. Активизировать санитарно-просветительскую работу в учреждениях родовспоможения, особенно женских консультациях, по профилактике ВПР плода.

# Содержание предыдущих номеров

## **№ 1. 2002**

Медико-психологические аспекты современной перинатологии (По материалам 3-й Всероссийской научно-практической конференции по перинатальному воспитанию, г. Москва, ноябрь 2001 г.): Обзор. "Вертикальные" роды как альтернативный способ родоразрешения (с позиции акушера и педиатра). Новый метод комплексного лечения внутреннего генитального эндометриоза. Трехэтапный метод лечения ювенильных маточных кровотечений. Беременность и артериальная гипертензия: Клиническая лекция. Правовые аспекты деятельности врача акушера-гинеколога (Часть 1).

## **№ 2. 2002**

Профилактика ВИЧ/СПИДа в районах с неудовлетворительным обеспечением ресурсами здравоохранения. Статья из журнала "Точка зрения/Outlook" (Том 19, № 21, май 2001) с сокращениями и комментариями редактора. Анализ некоторых качественных показателей деятельности службы родовспоможения г. Волгограда и Волгоградской области в 2001 году. Профилактика и устранение побочных эффектов при применении комбинированных оральных контрацептивов. Правовые аспекты деятельности врача акушера-гинеколога (Часть 2).

## **№ 3. 2002**

Сампроизвольный поворот плода на головку при тазовом его предлежании под воздействием психотерапии и акупунктуры. Клинико-эндоскопические особенности хронического эндометрита при нарушениях менструальной функции. Значение метаболического синдрома в патогенезе гиперпластических процессов эндометрия и миомы матки. Опыт применения препарата спарфло в гинекологической практике. Случай ведения беременности и родов у больной с острым апостематозным пиелонефритом. Правовые аспекты деятельности врача акушера-гинеколога (Часть 3).

## **№ 4. 2002**

А.Ф. Жаркин. К 80-летию со дня рождения. Материалы 7-й Поволжской научно-практической конференции. Рефераты докладов участников. Современные аспекты лечения вульвовагинитов у девочек. Совершенствование контроля качества диспансерного наблюдения беременных. Лапароскопия в дифференциальной диагностике острого аппендицита у беременных. Междисциплинарность критической патологии. Медико-социальные и этические проблемы операции кесарева сечения. Оптимизация организационных технологий для снижения репродуктивных потерь в регионе.

## **№ 1 (5). 2003**

Фиброзно-кистозная мастопатия. Обзор. Родильный дом, доброжелательный к ребенку. Ближайшие и отдаленные результаты. Профилактика и лечение гипогалактии в условиях внедрения современных перинатальных технологий. Озонотерапия в комплексной терапии диффузной фиброзно-кистозной мастопатии. Первый опыт. К вопросу о лечении мастопатии. О грудном вскармливании, доброжелательности к ребенку и материнстве. Ресурсы Всемирной компьютерной сети Интернет в практической работе врача акушера-гинеколога.

## **№ 2 (6). 2003**

Итоги работы службы родовспоможения Волгоградской области за 2002 год. Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции: настоящее и перспективы. Основные пути профилактики абортот и их осложнений. Некоторые проблемы состояния здоровья детей и подростков улицы. Особенности репродуктивного потенциала девушек Юга России. ВМС с использованием драгоценных металлов. Комплексная прегравидарная подготовка женщин с привычным невынашиванием инфекционно-воспалительной этиологии. Брюшная беременность. Современные подходы к лечению послеродовых гематом. Акушерская анестезиология и реаниматология в Интернете.

## **№ 3–4 (7). 2003**

Рефераты докладов участников 8-й Поволжской научно-практической конференции «Пути сохранения репродуктивного здоровья женщин». (Астрахань, сентябрь 2003 г.)

Консенсус, посвященный терапии эстрогенами и прогестагенами в пери- и постменопаузе. О фрагментах патогенеза и двух способах прогнозирования менопаузальных приливов у женщин. Опыт применения акупунктуры в акушерстве. Комплексная профилактика тяжелых форм позднего гестоза с применением лечебно-оздоровительной гимнастики. Прогностическая ценность исследования адаптационных реакций по показателям лейкоцитарной формулы у женщин с невынашиванием беременности. Профилактика и лечение дискоординации сократительной деятельности матки в родах водными процедурами. Комплексная терапия угрозы прерывания беременности ранних сроков. Профилактика тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии. Клиническая лекция.

**№ 1 (8). 2004**

17-й Всемирный конгресс акушеров-гинекологов. Организация конгресса. Отчет президента FIGO за 3 года. Обзор докладов по научным направлениям. Организация акушерско-гинекологической помощи, правовые аспекты деятельности, решение этических вопросов в практике акушера-гинеколога. Планирование семьи. Путь FIGO: от планирования семьи к репродуктивному здоровью. Понятие и практика репродуктивного здоровья. Обращение вновь избранного президента FIGO доктора Арнальдо Акоста (Парагвай). Медицинская этика и право. Вопросы этики в акушерстве и гинекологии (Сборник материалов этического комитета FIGO). Общие вопросы женского здоровья и его защиты. Вопросы генетики, предэмбриональное исследование. Всероссийская научно-практическая конференция "Восстановительная медицина и традиционные методы профилактики и лечения в акушерстве, гинекологии и перинатологии". 9-я Поволжская научно-практическая конференция "Пути сохранения репродуктивного здоровья женщин". Новости Интернета в акушерстве и гинекологии. Отчет о работе Ассоциации АГПС за 1999–2004 гг.

**№ 1 (9). 2005**

Материнская смертность: статистика, проблемы, перспективы. Доклад на декабрьском 2004 г. заседании Ассоциации АГПС в г. Волгограде. Сравнительный анализ течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с неоперированными врожденными пороками сердца и после их хирургической коррекции. Тревожный факт роста заболеваемости раком шейки матки в Волгоградской области. Фитоэстрогены в лечении урогенитальных расстройств в постменопаузе. Вопросы оплодотворения и репродуктивной эндокринологии. Этические принципы предупреждения ятрогенной многоплодной беременности. Этические аспекты предоставления половых клеток от известного донора (направленное донорство). Суррогатное материнство.

**№ 2 (10). 2005**

Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения (Доклад на заседании Ассоциации АГПС г. Волгограда). Итоги работы акушерско-гинекологической службы г. Волгограда в 2004 г. и перспективы развития. Анализ работы врачей акушеров-гинекологов Территориального центра медицины катастроф Волгоградской области за 2002–2004 годы. Практическая значимость научных исследований (По итогам работы диссертационного совета 2003–2004 гг.). Субъективная оценка применения Nuva Ring у женщин и девушек-подростков. Вопросы этики и права (Продолжение публикации сборника по этике FIGO). Вопросы беременности и материнства. Новости Интернета в акушерстве и гинекологии.

**№ 3–4 (11). 2005**

Дорога длиной в 10 лет (Из истории проведения Поволжских конференций). Электростимуляция эндорфинных структур мозга в лечении беременных с гестозом. Новые возможности в диагностике кист яичников. Домашние роды – ренессанс в акушерстве? Два случая родоразрешения беременных с рубцом на матке. Редкий случай пиовара в третьем триместре беременности. Вопросы этики в акушерстве и гинекологии. (Окончание публикации сборника по этике FIGO). Новорожденные. Вопросы контрацепции и аборт. Новости Интернета в акушерстве и гинекологии.

**№ 1 (12). 2006**

**Л.В. Якушева.** Современные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения инконтиненции у женщин (Обзор литературы). **О.К. Бичуль, К.Ю. Сагамонова.** Динамика микробиоценоза родовых путей у беременных с различной степенью акушерского и перинатального риска в течение гестационного периода. **Т.А. Веровская, Н.Д. Подобед, А.А. Прохвятилов.** Пути снижения частоты операции кесарева сечения (По материалам МУЗ "Роддом № 1" г. Волгограда за 2000–2005 гг.). **М.В. Данилова, Д.А. Егина, Н.А. Линченко, Ю.В. Соловкина, О.С. Самойлова.** К 125-летию со дня рождения академика М.С. Малиновского. Профессиональная и этическая ответственность за сохранение сексуальных и репродуктивных прав женщин (Материал FIGO). Новости Интернета в акушерстве и гинекологии. **Е.А. Сорокина, С.А. Бусыгина, Р.И. Васина.** Меланома хориоидеи и беременность.

**№ 2 (13). 2006**

**Н.А. Курабекова.** Профилактика дистресса плода при операции кесарева сечения. **А.В. Петравский, И.А. Гидоян.** К вопросу о родоразрешении женщин с миопией. **И.А. Салов, Т.И. Турлупова.** Тромбоз глубоких вен нижних конечностей в гестационном и послеродовом периодах: клиника, лечение, акушерская тактика, профилактика. *Клиническая лекция.* **И.В. Силюянова.** О проблеме неэтичности этических рекомендаций. *Дискуссия по материалам сборника этических рекомендаций Международной федерации акушеров-гинекологов FIGO.* Новости Интернета в акушерстве и гинекологии. **Т.А. Щетинина, Н.А. Жаркин, А.В. Симонян.** Бальнеологическое средство "Эльтон" в терапии воспалительных заболеваний нижнего отдела гениталий у женщин.

№ 3–4 (14). 2006

**Н.А. Жаркин.** XVIII Всемирный конгресс акушеров-гинекологов FIGO (Обзор докладов по некоторым акушерским темам).

**В.В. Двужилов.** Органосохраняющие операции при акушерских кровотечениях (по материалам XVIII Всемирного конгресса акушеров-гинекологов FIGO).

*В статье изложены материалы XVIII конгресса FIGO, посвященные методам профилактики и лечения акушерских кровотечений. Представлены результаты исследований ВОЗ по эффективности различных утеротонических средств. Подробно описаны методики органосохраняющих операций при акушерских кровотечениях. Резолюция конференции по профилактике и лечению акушерских кровотечений.*

**М.Г. Газазян, М.Ю. Милукова.** Система диагностики и предупреждения тяжелых степеней опущения и выпадения внутренних половых органов.

*Статья посвящена выявлению факторов риска опущения и выпадения внутренних половых органов. Обследовано 3 группы пациенток различного возраста с признаками опущения и выпадения внутренних половых органов. Полученные клинические и морфологические данные позволяют считать, что сочетание дисплазии соединительной ткани, воспалительного процесса нижних отделов репродуктивной системы, травматичных родов и абортот является провоцирующим фактором для формирования и прогрессирования опущения и выпадения внутренних половых органов. Диагностика данного заболевания должна основываться на клинических и ультразвуковых симптомах; лечение основано на своевременной хирургической коррекции путем фиксации матки, кольпоперинеоррафии и леваторопластики, что позволяет уменьшить количество больших, травматичных операций у пациенток менопаузального возраста.*

**Л.В. Ткаченко, Н.В. Фролова.** Лечение кандидозных вульвовагинитов у девочек нейтрального возраста.

*В открытом проспективном клиническом исследовании (120 пациенток) изучались состояние микроэкологии влагалища, клинические симптомы неспецифического вульвовагинита и показатели качества жизни у девочек нейтрального периода с атопическим дерматитом. Выраженные нарушения выявлены у 78,3% обследованных. Проводимое лечение атопического дерматита было эффективным: уменьшались такие симптомы, как кожный зуд, нарушения сна, уменьшалась площадь кожного поражения. Включение местного применения иммуностропного препарата «Эпиген Интим» в стандартное комплексное лечение неспецифического вульвовагинита у девочек нейтрального периода с атопическим дерматитом способствовало более быстрому и полному купированию симптомов обострения заболевания, восстановлению микробиотоза влагалища, а также повышению качества жизни детей.*

**Н.А. Жаркин, Т.К. Гаврильчук, Н.Г. Столбина, Е.С. Вознесенская.** Интраоперационная профилактика кровотечения у беременной во время 5-го кесарева сечения.

**Е. Гладкова.** Новости Интернета в акушерстве и гинекологии.