

**Колодяжная Е.Г.**, аспирант кафедры педиатрии  
факультета повышения квалификации  
и профессиональной переподготовки специалистов.  
Ростовский государственный медицинский университет.  
E-mail: gmletifov@yandex.ru, моб. тел.: +7 909 438 1113.

У 60 девушек-подростков в возрасте от 14 до 18 лет, страдающих хроническим пиелонефритом (ХП), были изучены анатомо-функциональные особенности репродуктивной системы. Контрольную группу составили 30 девушек аналогичного возраста без микробно-воспалительных заболеваний мочевыделительной системы. Выявлено, что при ХП отмечается раннее формирование репродуктивных нарушений и часто возникает воспалительная урогенитальная патология.

*Authors examined 60 patients aged 14–18 years old with the symptoms of the chronic pyelonephritis. The control group had 30 practically healthy girls the same age with normal physical and sexual development. It was determined that the patients with chronic pyelonephritis had different breaches of gynaecological pathology.*

Цель исследования — изучить особенности становления репродуктивных нарушений при ХП у девушек-подростков.

**Материалы и методы исследования.** Были обследованы 90 девушек в возрасте от 16 до 18 лет, из них 60 пациенток с ХП (основная группа) и 30 практически здоровых девушек-подростков аналогичного возраста без признаков микробно-воспалительных заболеваний мочевыделительной системы (контрольная группа). Исследование включало подробное изучение жалоб больных, сбор анамнестических данных, оценку физического и полового развития, специализированное гинекологическое исследование. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате Philips HD3 с использованием трансабдоминального (у девочек, не живущих половой жизнью) и трансвагинального (у имеющих половые контакты) датчиков с частотой 3,5 МГц.

**Результаты исследования.** В результате исследования выявлено, что пациентки основной группы страдали ХП в течение 3–10 лет. У 70% обследованных заболевание носило вторичный характер на фоне элементов дисплазии чашечно-лоханочной системы, obstructивной уропатии (внутрипочечные сосудистые компрессии, повышенная подвижность почек, в разной степени выраженной пиелэктазии). Оценка скорости клубочковой фильтрации (СКФ) позволила диагностировать хроническую болезнь почек I–II стадии у 76% пациенток. У 14 девушек заболевание в анамнезе носило рецидивирующий характер с частыми обострениями мочевого синдрома.

45 (75%) девушек основной группы предъявляли жалобы на нарушение менструального цикла, 34 (56,7%) — на обильные выделения из половых путей; у 32 (53,3%) девушек отмечались дизурические проявления (частое, иногда болезненное мочеиспускание). Нарушения полового развития выявлены у 32 (53,3%) пациенток основной группы, при этом отмечалось умеренное опережение полового развития в виде раннего или преждевременного телархе, у 12 (20%) — в виде раннего менархе.

Репродуктивные расстройства у 45 (75%) пациенток манифестировали нарушением становления менструального цикла с менархе, из них в 36 (80%) случаях — первичная олигоменорея, в девяти случаях (20%) — маточные кровотечения. Синдром формирующихся поликистозных яичников (СПКЯ) встречался у 18 (30%) девушек. Данные пациентки имели пограничные варианты гирсутного числа (9,7±3,4 балла), нередко отмечался абдоминальный тип распределения жировой клетчатки и гиперандрогенные дермопатии. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища (хронические рецидивирующие вульвовагиниты) были обнаружены у 30 (50%) девушек основной группы. Хронический сальпингофорит имел место у 16 (26,7%) пациенток основной группы.

Эхографическая картина яичников при ХП у 18 (30%) пациенток характеризовалась увеличением объема яичников, наличием мелких кистозных образований.

Анализируя полученные данные, можно отметить, что заболевания половой системы при ХП могут быть полинозологичными, при этом микробно-воспалительный процесс в почках может сочетаться не только с нарушением менструального цикла, но и с воспалительной гинекологической патологией. Выявленные изменения требуют комплексного подхода к реабилитации больных с сочетанной патологией мочеполевой сферы. Использование методов пролонгированной профилактики обострения ХП позволит сократить число факторов риска, что будет способствовать формированию репродуктивного потенциала у девушек-подростков.

## Ультразвуковая кавитация в лечении женщин с хроническими воспалительными заболеваниями урогенитального тракта микоплазменной этиологии

**Летяева О.И.**<sup>1</sup>, канд. мед. наук, ассистент кафедры  
дерматовенерологии.

E-mail: olga-letyeva@yandex.ru, моб. тел.: +7 351 900 4010;

**Зиганшин О.Р.**<sup>1</sup>, докт. мед. наук, зав. кафедрой  
дерматовенерологии.

E-mail: ziganshin\_oleg@mail.ru, моб. тел.: +7 351 900 0826;

**Гизингер О.А.**<sup>1</sup>, докт. биол. наук, проф. кафедры  
микробиологии, вирусологии, иммунологии и клинической  
лабораторной диагностики.

E-mail: ogizinger@gmail.com, моб. тел.: +7 904 811 0562.

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный  
медицинский университет», Челябинск.

**Показана эффективность ультразвуковой кавитации в комплексном лечении женщин с микоплазменной инфекцией уrogenитального тракта.**

*Shows the efficiency of the ultrasonic cavitation in the complex treatment of women with mycoplasmal infection of the urogenital tract.*

По данным различных авторов, частота воспалительных заболеваний уrogenитального тракта, вызванных микоплазмами, составляет от 23 до 52%. Часто этот процесс сопровождается дестабилизацией локального иммунного статуса с возможным развитием иммунной недостаточности.

**Целью исследования** явилась оценка влияния ультразвуковой кавитации (УЗК) на состояние факторов врождённого иммунитета и микробиоценоза генитального тракта у женщин, страдающих воспалительными заболеваниями, обусловленными микоплазмами. Под наблюдением находились 60 женщин репродуктивного возраста с диагнозом N.72.0 и B.96.8 (цервицит, вызванный *U. urealyticum*, *M. hominis*).

**Материалом** для исследования явились соскобы из цервикального канала. Выявление микоплазм проводилось методом ПЦР в режиме реального времени. Для подтверждения воспалительного процесса проводилась микроскопия мазка. Количество нейтрофильных гранулоцитов более 10 в поле зрения, наличие слизисто-гнойных выделений, выявление микоплазм при отсутствии иных этиологических агентов служили основанием для назначения терапии. В качестве основного метода лечения применяли джозамицин по 500 мг три раза в день №10. Пациентки были разделены на две группы, не имеющие выраженных различий по анамнестическим, клиническим и лабораторным данным. В первую группу вошли 30 пациенток (средний возраст составил

30,6±2,3 года), получавших только антибактериальную терапию. Вторую группу составили 30 пациенток (средний возраст 31,2±2,2 года), получавших в дополнение к антибактериальной терапии физиотерапевтические процедуры, выполнявшиеся на аппарате «Фотек АК100». Контрольную группу составили 30 условно здоровых женщин. Результаты проведённого исследования показали, что выраженность клинических симптомов на 4-й день терапии в первой и второй группах уменьшилась у 10 и 30% пациенток соответственно. К 10-му дню отсутствие признаков воспалительного процесса отмечено у 56,6% (16 пациенток) первой группы и у 86,6% — второй. Контрольные исследования, проведённые после окончания терапии с использованием УЗК, показали отчётливую тенденцию к нормализации факторов врождённого иммунитета, что сопровождалось уменьшением общего числа лейкоцитов, количества жизнеспособных лейкоцитов, повышением функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов, уровня sIgA, дефензинов, ВР1, лактоферрина. В группе, получавшей только антибактериальную терапию, выявлено уменьшение общего числа лейкоцитов, функциональная активность же осталась на том же уровне, что была и до лечения. Анализ микробиоценоза у пациенток второй группы показал восстановление лактофлоры до уровня показателей здоровых женщин и составил 5,98 lg. В группе №1 отмечено значительное количество микроорганизмов группы *Enterobacteriaceae*, у 13,3% (4 женщины) выявлены *G. vaginalis* в количестве  $2 \times 10^6$ . Средний титр лактобактерий составил 3,21 lg. Анализ клинической эффективности через месяц после окончания терапии показал, что использование УЗК в составе комплексной терапии способствовало разрешению клинических симптомов воспаления в 96,6% случаев, использование только базовой терапии — в 90,0% случаев.

**Вывод.** Положительный клинический эффект использования УЗК в терапии больных с поражениями урогенитального тракта, обусловленными микоплазмами, сопровождается достоверными положительными изменениями иммунологических и микробиологических показателей цервикального секрета.

#### Литература

1. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. — 4-е изд. / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1024 с.
2. Обоскалова Т. А., Глухов Е.Ю. Лечение воспалительных заболеваний женских половых органов с использованием лекарственных растворов, кавитированных низкочастотным ультразвуком: Пособие для врачей. — Екатеринбург, 2012. — 48 с.
3. Тихомиров А.Л., Сарсания А.И. Современные подходы к лечению воспалительных заболеваний женских половых органов: Методические рекомендации для врачей акушеров-гинекологов. — М., 2006. — 32 с.

## Предлежание, вращение плаценты, влияние на репродуктивное здоровье женщин, по данным ГБУЗ «Республиканский перинатальный центр» за 3 года

Ли Ван Хай А.В., врач акушер-гинеколог.  
Руководитель — И.Б. Фаткуллина, докт. мед. наук.  
ГБУЗ «Республиканский перинатальный центр», Улан-Удэ.  
E-mail: aurika-t@mail.ru, моб. тел.: +7 902 160 9040.

**Кровотечения при вращении плаценты превалируют в структуре массивных акушерских кровотечений. С 1996 г. placenta accreta стала основным показанием к гистерэктомии, опередив доминировавшие ранее разрывы матки и не поддающиеся терапии кровотечения. В Республике Бурятия всё чаще встречаются аномалии расположения плаценты, в частности вращение плаценты при её предлежании, с закономерным возрастанием числа органосохраняющих операций.**

*Bleeding when ingrown placenta prevail in the structure massive obstetric bleedings. Since 1996 placenta accreta has become the main indication for hysterectomy, ahead previously dominated the rupture of the uterus and not amenable to therapy bleeding. In the Republic of Buryatia is increasingly common anomalies of placenta, in particular the penetration of the placenta in its presentation, with a natural increase in the number organisasi operations.*

По данным ГБУЗ РПЦ, в динамике за 3 года отмечен рост беременных с предлежанием плаценты. Так, в 2010 г. были зарегистрированы всего 22 женщины с предлежанием, из них с истинным вращением плаценты — три человека, в 2011 г. эти показатели составили, соответственно, 23 и 4, в 2012 г. — 20 и 4, в 1-м полугодии 2013 г. — 12, из них с вращением плаценты — четыре. При наличии *placenta increta* характерна триада: наличие рубца на матке после предыдущего кесарева сечения, предлежание плаценты. При вращении плаценты (15 случаев за 3,5 года) 100% женщин имели отягощённый акушерский анамнез, внутриматочные вмешательства, один или несколько рубцов на матке. В качестве окончательного метода остановки кровотечения у шести женщин была проведена экстирпация матки без придатков, а у девяти — ампутация матки без придатков. Во всех эпизодах проводилось кесарево сечение в теле матки, за пределами локализации плаценты. В одном случае из пятнадцати отмечалось вращение ворсин хориона в заднюю стенку мочевого пузыря, в связи с чем проводилась резекция задней стенки мочевого пузыря. У шести пациенток из пятнадцати на операции была визуализирована «плацентарная грыжа». Объём кровопотери на операции колебался от 1500 до 3500 мл. Это можно объяснить тем, что основная кровопотеря при центральном предлежании происходит при отделении последа и зиянии синусов нижнего сегмента матки. Во всех случаях применялся аппарат интраоперационной аутореинфузии крови с объёмом сбора крови от 600 до 1500 мл. У четырёх больных забор аутокрови предварительно проводили, а у всех пациенток выполняли интраоперационную аутогемотрансфузию. Таким образом, предлежание плаценты, осложнённое вращением, пагубно влияет на репродуктивное здоровье женщин, которые, возможно, могли бы планировать очередную беременность, если бы им не была удалена матка.

В акушерские отделения РПЦ поступают беременные и роженицы высокой группы риска из всех районов республики. Все беременные и роженицы заведомо ведутся как высокоугрожаемые по кровотечению, на всех этапах проводится профилактика кровотечений и других состояний, отнесённых к группе риска. Коллективом перинатального центра внедрена тактика активного ведения III периода родов с целью уменьшить кровопотери в родах, которая применялась в 460 случаях (125 на тысячу родов) в 2010 г., в 607 случаях (185 на тысячу родов) в 2011 г., в 1339 случаях (331,6 на тысячу родов) в 2012 г., в 830 случаях (382 на тысячу родов) в I полугодии 2013 г. Внедрена технология управляемой баллонной тампонады матки как в борьбе с послеродовым кровотечением, так и для его профилактики в группах высокого риска интраоперационно, использованы методы наложения компрессионных швов на матку по Б. Линчу. Внедрены препараты транексамовая кислота, карбетоцин, мизопропрост; использовалась методика аутодонорства, ауторемотрансфузия у беременных, у которых планируется оперативное родоразрешение. Применение данных методов