

Анализ отдалённых результатов лечения 120 пациенток с IV стадией пролапса органов малого таза (POP-Q) показал, что эффективность различных методов хирургического лечения сравнима. Рецидив опущения через год после лечения отмечен у 6 (5%) пациенток: 2 (1,7%) (POP-Q I–II) после сакропексии, 4 (3,3%) — после влагалищной гистерэктомии (POP-Q II). Выполнение вентрофиксации матки или культы влагалища лапароскопическим доступом с последующим выполнением кольпоперинеоррафии и леваторопластики наиболее целесообразно у пожилых пациенток с высоким анестезиологическим риском.

120 patients with pelvic organ prolapse POP-Q IV were recruited. The results of the study showed that the effectiveness of different types of surgical treatment is comparable to long-term results. Prolapse recurrence one year after treatment was observed in 6 (5%) patients: 2 (1,7%) (POP-Q I–II) after sacropexy, 4 (3,3%) — after vaginal hysterectomy (POP-Q II). Performing laparoscopic ventrosuspension of uterus or vaginal stump combined with colpoperineorrhaphy and levatorplasty in elderly patients at high risk of anesthesia is the most appropriate.

Проблема опущения и выпадения половых органов с каждым годом становится всё актуальнее, учитывая тот факт, что количество женщин постменопаузального возраста увеличивается во всех странах мира, хотя пролапс тазовых органов может наблюдаться в любом возрасте. Пролапс тазовых органов, по мнению В.Е. Радзинского, — следствие акушерской агрессии, в том числе после расщечения промежности в условиях нарушенного биоценоза влагалища, в 63% случаев.

По данным ряда отечественных авторов, встречаемость пролапса в структуре гинекологических заболеваний доходит до 40%, а согласно зарубежным источникам — до 50%. Пролапс купола влагалища после гистерэктомии наблюдаются у 6–12% женщин. Основные факторы риска развития пролапса — в первую очередь разрывы в родах через естественные родовые пути, наличие гистерэктомии в анамнезе, пожилой возраст пациентки и ожирение. К сожалению, чётких стандартов лечения пациенток с такой патологией до настоящего времени не существует. Критерии, позволяющие выбрать оптимальную хирургическую методику, отсутствуют и определяются преимущественно интуицией врача и его техническими возможностями. Особенного внимания при этом заслуживают пациентки старшей возрастной группы, отягощённые соматическими заболеваниями.

Цель исследования — сопоставить особенности и эффективность различных хирургических методов коррекции пролапса тазовых органов IV стадии (POP-Q). В исследование были включены 120 пациенток с POP-Q IV, которым были проведены различные виды хирургических вмешательств: «манчестерская» операция у 16 (13,3%), влагалищная гистерэктомия — у 50 (41,7%), сакропексия — у 30 (25%), вентрофиксация лапароскопическим доступом — 24 (20%).

Метод оперативного вмешательства выбирали с учётом возраста пациентки, желания сохранить матку, наличия патологии со стороны матки или придатков, характера сопутствующей соматической патологии. Проведение длительных операций (влагалищная гистерэктомия или сакрокольпопексия/сакрогистеропексия любым доступом) у пациенток с высоким анестезиологическим риском (n=24) было признано нецелесообразным. В данной группе больных была выполнена лапароскопическая вентрофиксация с последующей леваторопластикой. После оперативного вмешательства оценивали отдалённые результаты лечения в течение 6–36 мес.

В проведённом исследовании показано, что эффективность различных видов оперативных вмешательств, выполняемых при POP-Q IV, сравнима по отдалённым результатам лечения. Согласно полученным данным, наибольшая длительность операции наблюдалась при выполнении сакрокольпопексии и влагалищной гистерэктомии, наименьшая — при вентрофик-

сации матки. Максимальная кровопотеря (250±24,5 мл) отмечена при выполнении влагалищной гистерэктомии. Продолжительность трудовой реабилитации была примерно одинаковой при всех видах операций. Ни в одном случае не выявлено тяжёлых осложнений. Послеоперационные инфекционные осложнения были отмечены у 8 больных: у 4 после «манчестерской» операции (культит и частичное расхождение швов на задней стенке влагалища), у 4 — после влагалищной гистерэктомии (культит). Через год отмечено 6 (5%) рецидивов опущения: 2 (1,7%) (POP-Q I–II) после сакропексии, 4 (3,3%) — после влагалищной гистерэктомии (POP-Q II). У больных со стрессовым недержанием до операции отмечалось значительное улучшение мочеиспускания, хотя у 12 (10%) сохранялись редкие эпизоды. При полном тазовом пролапсе у пожилых пациенток наиболее предпочтительный метод коррекции — вентрофиксация матки или культы влагалища лапароскопическим доступом с последующим выполнением леваторопластики и кольпоперинеоррафии. Данная операция технически не сложна, для её проведения необходимо непродолжительное время, результаты сравнимы с результатами сакропексии. Этот вариант оперативного вмешательства не требует длительного тренинга, может быть использован у пациенток с соматической патологией и рекомендуется, по нашему мнению, для выполнения начинающим хирургам.

Литература

1. Перинеология / под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Изд-во МИА, 2006. — 320 с.
2. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. — М.: Status Praesens, 2011. — 688 с.
3. Hunskaar S., Burgio K., Clark A. et al. Epidemiology of urinary and fecal incontinence and pelvic organ prolapse // Abrams P., Cordoza L., Koury S., Wein A., eds. Third international consultation on incontinence. — 1st ed. — Paris: Health Publication, 2005.
4. Macher C.F., Qataweh A.M., Dwyer P.L. et al. Abdominal sacral colpopexy or vaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault prolapse: a prospective randomized study // Amer. J. Obstet. Gynecol. — 2004. — Vol. 190 (1). — P. 20–26.
5. Phillips C.H., Anthony F., Benyon C. et al. Collagen metabolism in the uterosacral ligaments and vaginal skin in women with uterine prolapsed // BJOG. — 2006. — Vol. 113. — P. 39–46.

Ультразвуковая кавитация — высокоэффективный метод патогенетической терапии вульвовагинального кандидоза

Гизингер О.А., докт. биол. наук, профессор;
Летяева О.И., канд. мед. наук, ассистент.

Южно-Уральский государственный университет
Росздрава РФ, Челябинск.

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

Клинико-иммунологическое исследование 120 женщин репродуктивного возраста с кандидозной инфекцией нижнего отдела уrogenитального тракта выявило дисбаланс клинических показателей и нарушений в системе врождённого иммунитета, которое было успешно скорректировано включением ультразвуковых кавитационных воздействий в комплексную схему лечения.

The clinical immunological study of 120 women in reproductive age with Candida infection of the lower urogenital tract was spented. Low-frequency ultrasonic cavitation's successfully corrected the revealed disbalance in system of immunity.

Повышение эффективности терапии вульвовагинального кандидоза является актуальной задачей в связи с наблюдаемым ростом заболеваемости в общей структуре заболеваемости, их торпидным течением, склонностью к рецидивированию и формой существования в микробных сообществах в биоплёнках, представляющих собой сеть клеток гриба, гиф и псевдогиф, погружённых в образуемую ими полимерную матрицу, что затрудняет элиминацию этих инфекционных агентов с помощью этиотропной терапии [1, 2, 3, 4]. Анализ вышеперечисленных обстоятельств обуславливает необходимость поиска методов, нормализующих клинико-микробиологический и иммунологический статус у пациенток с кандидозным вульвовагинитом. Ультразвуковые кавитационные воздействия, в частности орошение влагалища и шейки матки ультразвуковым раствором, с успехом применяемые на протяжении многих лет для лечения воспалительных заболеваний урогенитального тракта, могут успешно выступать в роли средства патогенетической терапии вульвовагинального кандидоза, поскольку под воздействием низкочастотного ультразвука создаются определённые физические условия: переменное звуковое давление, акустические течения, способствующие макроочистке слизистых оболочек, микромассажному воздействию, вследствие которого повышается проницаемость клеточных мембран, улучшается микроциркуляция тканей и уменьшается содержание патогенов и условных патогенов на слизистых оболочках.

Цель исследования — продемонстрировать позитивное влияние локальной ультразвуковой кавитационной терапии ультразвуковым физиологическим раствором на клиническое течение и состояние антимикробной защиты цервикального канала и влагалища у женщин с вульвовагинальным кандидозом. Обследованы 120 пациенток в возрасте до 39 лет, у которых наличие вульвовагинального кандидоза подтверждено комплексом клинических и микробиологических исследований. В качестве источника ультразвуковых кавитационных воздействий был использован аппарат «Фотек АК100-25» (рег. удостоверение №ФСР 2009/05431 от 09.03.2010 г., Екатеринбург), генерирующий УЗ-воздействия с частотой акустических колебаний на момент проведения терапевтических мероприятий 25 кГц, амплитудой колебаний 25 мкм. Курс лечения — 10 ежедневных процедур длительностью по 10 мин. Кавитационную терапию проводили на фоне лечения антимикробными препаратами, согласно общепринятым стандартам. Сеансы проводились в амбулаторных условиях, в специально оборудованном для проведения физиотерапевтических процедур кабинете при помощи разовой насадки. Результаты исследования показали, что использование ультразвуковой кавитационной терапии уменьшало количество жалоб на 98%. У больных, которым в комплекс мероприятий включали орошение воспалительного очага ультразвуковым физиологическим раствором, клиническое выздоровление и эрадикация грибов рода *Candida* наступили в 99,15% случаев, тогда как у пациенток, пролеченных только этиотропными методами, клиническое выздоровление наступило в 82,23% случаев. Таким образом, включение низкочастотных ультразвуковых воздействий в схему лечения женщин с вульвовагинальным кандидозом способствует исчезновению большинства клинических проявлений, оказывает нормализующее действие на клеточные факторы местной противомикробной защиты урогенитального тракта.

Литература

1. Байрамова Г.Р. Кандидозная инфекция. Полиеновые антибиотики в лечении вагинального кандидоза // *Гинекология*. — 2011. — Т. 3. — №6. — С. 212–214.
2. Гизингер О.А., Долгушин И.И., Летяева О.И. Факторы местного иммунитета репродуктивной системы у женщин с хламидийной инфекцией // *Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии*. — 2005. — №4. — С. 65–69.

Гизингер О.А., Летяева О.И., Зиганшина Т. А., Семёнова И.В. Роль физиотерапевтических воздействий в коррекции дисфункций факторов противомикробной защиты организма // *Вестник новых медицинских технологий*. — 2011. — Т. 18. — №4. — С. 9–13.

United Kingdom National Guideline on the Management of Vulvovaginal Candidiasis [Electronic resource]. — 2007. — URL: <http://www.bashh.org/guidelines>.

Здоровье детей после ВРТ

Гури Э., докт. биол. наук, зав. лабораторией ЭКО, Медицинский центр «Барзилай», Ашкелон (Израиль), зав. андрологической лабораторией CareMed;
Рамат ха-Шарон (Израиль), генеральный директор медицинской фирмы ELNAT Reproduction, Реховот (Израиль).
E-mail: eligirsh@yahoo.com, моб. тел.: +972 50 935 6199.

Из научной литературы следует, что вероятность аномалий и раковых заболеваний у детей, зачатых методом ЭКО, в несколько раз выше, чем вероятность аномалий у детей, зачатых естественным путём.

Meta-analysis found an increased risk for abnormalities and childhood cancers in children born after IVF, as compared to children conceived naturally.

Со времени появления на свет в 1978 г. Луиз Браун — первого ребёнка, рождённого при помощи вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), — до сегодняшнего дня в мире родилось более 5 миллионов таких детей. Один из основных вопросов, касающихся этих технологий, — это насколько здоровье детей, родившихся после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), отличается или не отличается от здоровья детей, зачатых естественным путём. ВРТ включают использование гормональных препаратов для стимуляции яичников и подготовки эндометрия, аспирацию и обработку ооцитов, обработку сперматозоидов, оплодотворение *in vitro*, выращивание эмбрионов *in vitro*, подсадку эмбрионов в матку, глубокую заморозку и разморозку ооцитов, эмбрионов и сперматозоидов. Все эти искусственные процессы могут отрицательно сказаться на здоровье новорождённого ребёнка, зачатого при помощи этих технологий.

Из научной литературы следует, что у женщин старше 35 лет существуют хромосомальные аномалии, происходящие во время первичного и вторичного мейоза половых клеток. Как минимум половина полученных ооцитов и эмбрионов анаплоидны и не должны подлежать переносу в полость матки. Вероятность аномального кариотипа у детей, зачатых естественным путём, составляет 0,8%, в то время как у детей после применения ЭКО она составляет более 3%. У детей, рождённых при естественном зачатии, вероятность проявления дефектов увеличивается от 0,5% при рождении до 3% к концу первого года, в то время как у детей, зачатых посредством ЭКО, эта вероятность растёт от 2% при рождении до 9% к концу первого года. Обнаружено, что анатомических дефектов (major malformations) наблюдается больше у новорождённых мужского пола (8,2%), чем у женского (3,6%). Дети после или рожденные в результате ЭКО болеют редкими онкологическими заболеваниями (к примеру, ретинобластомой) в 7 раз чаще, чем дети от естественного зачатия; также чаще встречаются лейкомия и нейробластома. Такие заболевания, как диабет и анемия, встречаются чаще у детей после ЭКО, чем при спонтанной беременности.

Эти данные указывают на необходимость информировать пары, проходящие лечение бесплодия, о более высокой вероятности аномалий у детей после применения ЭКО.