

личие от них у беременных с АГ и ГБ кровотоков в матке в I триместре существенно различался. При АГ патологические модификации гемодинамики в матке заключались в снижении  $V_{\text{макс}}$  на 30,5% по сравнению с нормой; в более выраженной разнице (на 57,9% больше, чем в норме)  $V_{\text{макс}}$  на СИ/ИС; в менее выраженной разнице (только на 19,3%)  $V_{\text{сп}}$  на СИ по отношению к ИС матки. В сроки 13–16 нед суммарная  $V_{\text{макс}}$  была на 41,6% ниже нормы; возрастала разница  $V_{\text{макс}}$  на СИ (на 41,0%) по отношению к  $V_{\text{макс}}$  на интактной стороне; более чем в 2 раза увеличивалась суммарная  $V_{\text{сп}}$ ; только на 11,2% увеличивалась разница  $V_{\text{сп}}$  на СИ по отношению к уровню на ИС, что на 40,8% меньше нормы. В 17–20 нед суммарная  $V_{\text{макс}}$  оставалась также меньше нормы на 44,3%; на этом фоне резко (на 151,0%) увеличивалась разница  $V_{\text{макс}}$  СИ/ $V_{\text{макс}}$  ИС (на 28,6% больше нормы); суммарная  $V_{\text{сп}}$  оставалась ниже нормы на 40,2%; разница  $V_{\text{сп}}$  СИ/ $V_{\text{сп}}$  ИС увеличивалась на 128,8% (выше нормы на 55,7%).

При гипотонии беременных в I триместре суммарная  $V_{\text{макс}}$  была ниже нормы на 50,2%; разница  $V_{\text{макс}}$  СИ/ $V_{\text{макс}}$  ИС составляла 14,1%; суммарная  $V_{\text{сп}}$  была ниже нормы на 22,1%; значительно, на 62,8%, возрастала разница  $V_{\text{сп}}$  СИ по отношению к  $V_{\text{сп}}$  ИС, что превышало норму на 18,1%. В 13–16 нед суммарная  $V_{\text{макс}}$  была ниже нормы на 16,9%; при этом разница  $V_{\text{макс}}$  на СИ превышала  $V_{\text{макс}}$  на ИС на 36,1% (в норме на 20,4%); суммарная  $V_{\text{сп}}$  оставалась ниже нормы на 8,2% ( $p < 0,05$ ); разница  $V_{\text{сп}}$  СИ/ $V_{\text{сп}}$  ИС составляла 36,1% (на 15,9% ниже нормы). В конце первой половины беременности суммарная  $V_{\text{макс}}$  оставалась ниже нормы на 38,3%; разница  $V_{\text{макс}}$  СИ/ $V_{\text{макс}}$  ИС была меньше нормы на 10,9%; суммарная  $V_{\text{сп}}$  также была меньше нормы (на 27,5%); при этом разница  $V_{\text{сп}}$  СИ/ $V_{\text{сп}}$  ИС составляла только 19,1%, т.е. была меньше нормы на 54,6%.

Представленные результаты убедительно показывают, что:

- при исследовании кровотока в матке у беременных группы риска ПН, помимо суммарных показателей  $V_{\text{макс}}$  и  $V_{\text{сп}}$ , необходимо определять их разницу на СИ и ИС;
- у беременных с сосудистыми дистониями независимо от их полярности возникают однотипные нарушения гемодинамики в маточно-плацентарном комплексе;
- выявленные нами показатели патологических модуляций гемодинамики в матке при АГ и ГБ целесообразно использовать в качестве маркеров ПН уже в I триместре беременности.

## Использование

### низкочастотного ультразвука в профилактике осложнений хирургического аборта

Плотко Е.Э., докт. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии;

Ворошилина Е.С., докт. мед. наук, доцент кафедры микробиологии.

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

E-mail: plotko@garmonia-mc.ru; моб. тел.: +7 (912) 243 3093.  
E-mail: voroshilina@gmail.com; моб. тел.: +7 (912) 214 6834.

Сравнительная оценка эффективности использования ультразвуковых орошений 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата нижних отделов гениталий у 414 женщин в качестве подготовки к хирургическому аборту показала достоверное улучшение состояния биоценоза влагалища и снижение частоты послеабортных осложнений.

### *Comparative assessment of efficiency of lower genitals ultrasound irrigation with 0,05% chlorhexidine solution in 414 women as a preparation for surgical abortion showed reliable improvement of vaginal biocenosis and decrease in frequency of postabortal complications.*

По данным разных авторов, частота инфекционных осложнений хирургического аборта (ХА) колеблется от 7 до 25%. Высокая частота нарушений биоценоза влагалища, цервицитов и вагинитов у женщин, планирующих прерывание беременности, диктует необходимость проведения мероприятий по снижению риска инфекционных осложнений искусственного прерывания беременности (ИПБ).

**Цель исследования** — оценка эффективности подготовки нижних отделов гениталий к хирургическому аборту путём ультразвуковых (УЗ) орошений влагалища водным раствором хлоргексидина биглюконата 0,05% в снижении частоты постабортных осложнений.

Проведён анализ 414 случаев хирургического аборта в сроках от 5 до 12 нед беременности. Средний возраст пациенток составил  $29,5 \pm 0,4$  года. 282 обследованные (68,1%) имели 1 или более родов в анамнезе, 132 (31,9%) были нерожавшими, в том числе первую беременность прерывали 79 женщин (19,1%). Орошения влагалища и экзоцервикса проводились кавитированным 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата с помощью ультразвукового аппарата АК 100-25 «Фотек» за 1–2 часа до манипуляции, время воздействия — 1 мин. В группе сравнения ( $n=415$ ) применялась местная и (или) системная медикаментозная терапия вагинитов, цервицитов. Группы были сопоставимы по возрасту, паритету, гинекологическому и соматическому анамнезу и статусу.

В результате по данным бактериоскопического исследования установлено, что после ультразвукового орошения в основной группе количество мазков с доминирующей палочковой флорой увеличилось с 47,9 до 52,6%, с кокковой флорой уменьшилось с 25,8 до 11,9%, а со смешанной — с 10,8 до 6,2%. При этом отсутствие микрофлоры в мазке отмечено после орошения у 29,3% пациенток (до орошения в 2,6% случаев). Наличие дрожжевых клеток и нитей мицелия до обработки констатировали у 27,8%, после обработки — у 3,1%, частота обнаружения маркеров бактериального вагиноза («ключевые клетки», Mobiluncus) уменьшилась с 16 до 1%. Динамика мазков с лейкоцитозом более 5 в поле зрения была следующей: после ультразвуковой обработки лейкоцитоз в шейке матки был выявлен лишь в 15,6% случаев в сравнении с 88,9% до орошения, во влагалище — в 12,4% случаев против 63,4% до обработки. Соответственно, снизилось количество мазков с высоким индексом воспаления (более 1) с 40,4 до 16,3% после орошения.

Отмечена существенная положительная динамика состояния биоценоза влагалища после УЗ-орошений по данным Real-Time ПЦР ( $n=104$ ): абсолютный нормоценоз — в 67,3% случаев (до орошения 37,5%), условный нормоценоз — в 12,5% (до орошения 36,5%), выраженный дисбиоз — в 5,4% (до орошения у 15,4%), умеренный дисбиоз — в 14,4% случаев (до орошения у 10,6%).

Анализ осложнений ИПБ показал их достоверно более низкий уровень при использовании УЗ-орошений влагалища — 1,6 против 3,6% в группе сравнения, где применялась традиционная медикаментозная терапия ( $p < 0,05$ ). Динамика показателя достигалась преимущественно за счёт снижения эндометрита после хирургического аборта — 0,9 против 2,9% в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Наибольшие различия в частоте развития эндометрита после ХА в зависимости от способа подготовки к ИПБ были выявлены у первобеременных — 1,3% в основной группе против 6,3% в группе сравнения.

Таким образом, использование низкочастотного ультразвука при подготовке нижних отделов гениталий к ИПБ позволяет добиться быстрого улучшения биоценоза влагалища при минимальной медикаментозной нагрузке и, как следствие, снижения частоты эндометритов после ХА.

## Литература

- Любенко Д.Л. Применение ультразвука в медицине // *Лечебное дело*. — 2004. — №3–4. — С. 25–27.
- Обоскалова Т.А., Глухов Е.Ю., Плотко Е.Э. Лечение воспалительных заболеваний женских половых органов с использованием лекарственных растворов, кавитированных низкочастотным ультразвуком: Пособие для врачей. — Екатеринбург, 2012. — 47 с.
- Радзинский В.Е. Ранние сроки беременности / под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. — М.: Status Praesens, 2009. — 480 с.

## Медицинская помощь женщинам с нераковыми заболеваниями молочных желёз на амбулаторно-поликлиническом этапе

Пономарёва Л.А., докт. мед. наук, профессор кафедры сестринского дела;

<sup>1</sup>Сухарева Е.А., канд. мед. наук, врач-онколог;

<sup>1</sup>Гайлис А.В., главный врач.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»;

<sup>1</sup>ГБУЗ «Городская поликлиника»,

г. Сызрань, Самарская область.

E-mail: suharev66@yandex.ru, моб. тел.: +7 927 780 0313.

Активный рост числа нераковых и раковых заболеваний молочных желёз предполагает непрерывный клинико-диагностический и лечебный процесс среди прикрепленного к поликлинике женского населения. Умело проведенные диспансеризация и скрининг среди женщин с нераковыми заболеваниями позволяют увеличить число активно выявленных больных и женщин с I стадией рака молочной железы.

*Active growth of non-cancerous and cancerous breast diseases involves continuous clinical diagnostic and treatment process of the female population attached to clinic. Clinical examination and screening among women with non-cancerous diseases carried out competently allowed to increase the number of actively identified breast cancer patients from 0% in 2007 to 27% in 2012, the number of patients with stage 1 disease from 4.1% in 2007 to 10.8% in 2012.*

**Введение.** До настоящего времени не существует единой схемы проведения диспансерных мероприятий для женщин с нераковыми заболеваниями молочных желёз, хотя в многочисленных работах показано, что чем раньше выявляется опухоль, тем дольше продолжительность жизни женщины. В связи с этим важную роль играет правильная организация диагностического и лечебного процессов на различных этапах ведения данной категории пациенток [1, 2].

**Цель исследования.** Совершенствование организационно-методических подходов к раннему выявлению и профилактике рака молочной железы в городской поликлинике.

**Материалы и методы.** База данных популяционного ракового регистра, анализ амбулаторных карт женщин с нераковыми (121 человек) и раковыми (100 человек) заболеваниями молочных желёз.

**Полученные результаты.** Работа всех подразделений, участвующих в оказании помощи женщинам микрорайона, направлена на сбор данных, анализ факторов риска, способствующих развитию заболеваний молочных желёз, формирование групп риска, диспансерное наблюдение и раннее

выявление рака молочной железы. В смотровом кабинете проводятся анкетирование, осмотр и пальпация молочных желёз; женщин 40 лет и старше направляют на маммографию (Приказ МЗ РФ №154 от 15.03.2006 г.). Участковый акушер-гинеколог осуществляет анкетирование, осмотр и пальпацию молочных желёз, направляет женщин на УЗИ молочных желёз, УЗИ щитовидной железы, УЗИ органов малого таза, а также на маммографию; формирует диспансерную группу женщин с риском возникновения заболеваний молочных желёз (Приказ МЗ РФ №808н от 02.10.2009 г.). Онколог поликлиники проводит анкетирование, осмотр и пальпацию молочных желёз, направляет пациенток на УЗИ и маммографию, на УЗИ щитовидной железы, органов малого таза, формирует диспансерную группу наблюдения женщин с непальпируемыми образованиями и факторами риска, способствующими развитию рака молочной железы; проводит пункционные биопсии под контролем УЗИ.

**Заключение.** Работа структурных подразделений амбулаторно-поликлинической службы, направленная на раннее выявление и профилактику рака молочной железы, позволила увеличить число активно выявленных больных с 0% в 2007 г. до 27% в 2012 г., число больных с I стадией заболевания с 4,1% в 2007 г. до 10,8% в 2012 г.

## Литература

1. Молочные железы и гинекологические болезни / под ред. В.Е. Радзинского. — М., 2010. — 304 с.
2. Рак молочной железы / пер. с англ.; под ред. У.И. Чен, Э. Уордли; ред. серии А.Т. Скарин. — М.: ООО «Рид Элсивер», 2009. — 205 с.

## Оценка эффективности лечения женщин с острым эндометритом

Пономарёва Н.А., докт. мед. наук, проф.;

Иванова О.Ю., докт. мед. наук, проф.;

Иванова Т.С., канд. мед. наук, доцент;

Гавриш С.А., ассистент.

Курский государственный медицинский университет.

E-mail: svetl.maksimova2010@mail.ru, моб. тел.: +7 920 264 5446.

По результатам лабораторного, ультразвукового исследований и показателям системного иммунитета применение традиционной терапии для лечения острого эндометрита в большинстве случаев оказалось эффективным. Но итоги гистологического исследования и оценка местного иммунного статуса подтвердили, что локальный воспалительный процесс в полости матки продолжает существовать.

*The course of generally accepted therapy for the treatment of acute endometritis was effective according to the results of laboratory, ultrasound and immunological studies. But the preservation of local persistent process in the uterine cavity has been confirmed by histological and local immunological studies.*

Функциональное и морфологическое состояние эндометрия является залогом благополучного развития беременности и гарантией репродуктивного здоровья женщины. Эффективность используемых при лечении острого эндометрита средств оказывается недостаточной, что обусловлено тяжестью течения инфекционного процесса, снижением иммунной реактивности. Всё это диктует необходимость качественной комплексной оценки существующих схем терапии.

**Цель работы** — оценить эффективность лечения острого эндометрита.