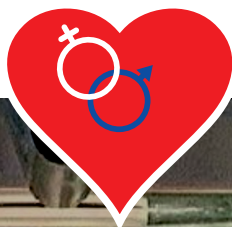


БОЛЬНИЦА НА КАШИРИНА

№28. Июнь 2021



с заботой о женском здоровье

Тема номера:

**Укрепление репродуктивного
здоровья женщин в центре
внимания специалистов гкб №8**

Хронический эндометрит
и реабилитационные технологии клиники

Интервью с главным врачом

Случай ведения пациентки
с пиомиомой

Научная деятельность
наших сотрудников



В ЭТОМ НОМЕРЕ:

ОБРАЩЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА	3
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ	
Хронический эндометрит и репродуктивное здоровье	4
Реабилитация женщин после потери беременности	6
Медицинская пиявка — разумное решение гинекологических проблем	8
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА	
Психологическая поддержка и помощь при перинатальной потере	12
ИНТЕРВЬЮ С ВРАЧОМ	
Любить свою профессию и не бояться	14
ТРАДИЦИИ ГКБ №8	
Традиции в день медицинского работника	18
Обучение длиною в жизнь	20
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
Опыт ведения пациентки с инфицированной лейомиомой	21
НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НАШИХ СПЕЦИАЛИСТОВ	
Ферментативная активность плода и микробиота влагалища при преждевременных родах	23
СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ ОТ НАШИХ ПАЦИЕНТОВ	
Ваши отзывы греют наши сердца	27

ГКБ №8 в социальных сетях.

www.instagram.com/womanhealth62gkb8
m.vk.com/whealth62

Редакционная коллегия:
Миров А.И., Лысова А.О.,
Бондаренко С.В., Метелкина П.В.

Главный редактор: Бочарова С.М.

По всем вопросам публикации:
gkb8journal@yandex.ru





Дорогие мои коллеги!

Искренне поздравляю с нашим профессиональным праздником!

Празднование Дня медицинского работника-2020 не было привычным для нас в новейшей истории учреждения форматом праздника. Начало пандемии принесло уже с самого начала пересмотр привычного опыта всех проявлений жизнедеятельности — профессионального поведения, ограничений в быту, невозможность массовых мероприятий. Сегодня, соблюдая ограничительные мероприятия, мы можем безопасно встретить праздник традиционно. Я очень рад этому! Ничего не заменит теплоты корпоративного мероприятия!

Прекрасно помню День медицинского работника-1987. Зал кинотеатра в Кораблино, в президиуме на сцене первые люди района и его лечебной сети. Доклад главного врача Стрекалова В.Е. Чествование лучших работников: награды, призы, грамоты, ценные подарки и слова благодарности от руководителей, от пациентов, праздничный концерт. Вручение переходящего Красного знамени 3-й год подряд за первое место в области по организации и проведению диспансеризации. Кстати, в ту зиму был очень суровый карантин по гриппу. И в одно из дежурств, будучи ответственным по больнице, я не пропустил для навещения пациента ответственного сотрудника райкома КПСС, несмотря на уговоры и угрозы. За это устно был отмечен на торжественном собрании одним из руководителей района. Я был очень горд этим, а также тем, что в этой большой целостной работе по улучшению здоровья населения района есть и толика моего труда.

И сейчас государственные, региональные и учрежденческие награды найдут без сомнения своих героев. Примите и мои поздравления в этой связи!

Значительную гордость я испытываю за ваш труд, коллеги, в сложное время пандемии. Мы смогли адаптироваться к ситуации и выбрать правильную технологию профессионального исполнения ограничительных мероприятий. Больница не стала источником группового заболевания пациентов и персонала. Да, постепенно мы болели, но ни на миг учреждение не прекратило своей работы в полном ее объеме, оказывая всю полноту неотложной помощи. Сейчас уже можно говорить о том, что накоплен коллективный иммунитет, который будем в перспективе поддерживать вакцинацией. Кризис пандемии для коллектива миновал. Теперь нужно выработать правила дальнейшего «сотрудничества» с КОВИДом.

Остаются другие вызовы, связанные с сокращением населения, уменьшением госзадания и существенным снижением финансирования. Мы не первый раз оказываемся в сложной ситуации, привыкли бороться с трудностями и преодолевать их. Без сомнения управленцами организации будут найдены пути выхода из кризиса. Сохраняется ядерная часть коллектива, происходит трансфер традиций и технологий между поколениями.

В преддверии профессионального праздника желаю каждому максимально долго сохранять и поддерживать здоровье, развиваться в специальности, находить в жизни побольше позитивных моментов, радоваться каждому дню, не забывать обязательно отдыхать, желаю мира и достатка вашим семьям!

Остаюсь искренне ваш, — ученик больницы с 1980 года, сотрудник с 1990, главный врач с 2006 — Миров А.И.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Ежедневно в нашу клинику обращаются молодые женщины с проблемами наступления и вынашивания беременности. Одни уже имеют подтвержденный диагноз «хронический эндометрит», другие слышат о такой патологии впервые. Объединяет их одно — горячее желание стать мамой. И наша задача как врачей, помочь осуществиться этой мечте.

О том, что такое хронический эндометрит, принципах лечения данного состояния, и в целом о возможностях укрепления женского здоровья в условиях ГКБ№8, расскажем в нашем цикле статей.



Хронический эндометрит (далее — ХЭ) представляет собой комплекс изменений слизистой оболочки полости матки (эндометрия) воспалительного характера, сопровождающийся нарушением ее нормальной структуры, чувствительности и трансформации в течение менструального цикла. Среди женщин с маточным фактором бесплодия он **встречается** приблизительно у **65% женщин**.

Шанс наступления и успешного вынашивания беременности при таком состоянии значительно снижается. Эндометрий хуже кровоснабжается, нарушается его созревание, которое является залогом успешной имплантации оплодотворенной яйцеклетки.

Факторами риска развития хронического эндометрита являются:

- внутриматочные вмешательства (гистероскопия, выскабливания после искусственных и самопроизвольных аборт и неразвивающихся беременностей, диагностические выскаблива-

ния, аспирационная биопсия эндометрия, гистеросальпингография, инсеминации, экстракорпоральное оплодотворение — ЭКО и др.);

- воспалительные заболевания органов малого таза (чаще влагалища и шейки матки, острый эндометрит);
- инфекционные осложнения после родов;
- длительное ношение внутриматочного контрацептива.

Выделяют:

- неспецифический ХЭ: в клетках слизистой оболочки тела матки специфическая флора не выявляется. Данная форма ХЭ, как правило, развивается на фоне использования внутриматочных контрацептивов, при бактериальном вагинозе, после облучения органов малого таза, у ВИЧ-инфицированных пациенток;
- специфический ХЭ: при исследовании биоптата эндометрия выявляют хламидии (*Chlamydia*

trachomatis), вирусы (вирус простого герпеса, цитомегаловирус, вирус иммунодефицита человека, энтеровирусы), бактериальную флору (*Mycobacterium tuberculosis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis*, *Treponema pallidum*), микоплазмы (*Mycoplasma hominis*), грибы (*Candida*, *Cryptococcus glabratus*), простейших (*Toxoplasma gondii*, *Schistosoma haematobium*) и паразитов (*Enterobius vermicularis*).

В настоящее время не существует единого мнения в отношении клинической картины ХЭ. Зачастую он протекает **бессимптомно**: у 35-40% пациенток какие-либо клинические симптомы заболевания отсутствуют. Но даже при наличии симптомов, клиническая картина ХЭ не отражает глубину изменений в ткани эндометрия.

В целом для ХЭ характерно нарушение менструального цикла по типу обильных или скудных менструаций, межменструальные кровянистые выделения (до 53,2%), боли внизу живота (до 29,6%), обильные слизистые, сукровичные или гнойные выделения из влагалища. Нередко многие пациентки не имеют каких-либо вышеперечисленных жалоб и обращаются к врачу в связи с бесплодием, неудачными попытками экстракорпорального оплодотворения, невынашиванием беременности.

Так как диагностика хронического эндометрита весьма затруднительна, принято использовать такие дополнительные методы диагностики как:

- микроскопия мазков из влагалища, шейки матки и уретры;
- результаты посевов на условно-патогенную флору и ПЦР-диагностики отделяемого цервикального канала и полости матки;
- трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза на 5-7-й и 21-24-й дни менструального цикла;
- пайпель-биопсия и/или гистероскопия на 7-11-й день менструального цикла с гистологическим исследованием биоптатов эндометрия — золотой стандарт диагностики.

Лечение хронического эндометрита представляет собой достаточно сложную, но очень важную задачу, особенно у женщин с потерями беременности. Для успешной терапии хронического эндометрита необходимо применение комплексного лечения, основанного на применении антибиотиков с учетом чувствительности при выявлении инфекционного агента, противогрибковых, противовирусных препаратов, местных комбинированных препаратов, энзимотерапии и, конечно же, физиотерапии на этапе реабилитации.

На первом этапе необходимо устранить поврежда-

ющий фактор или, в случае вирусной инфекции, снизить его активность.

Лечение целесообразно начинать с первого дня менструации. Длительность применения составляет в среднем 5-7, а иногда доходит до 10-14 дней.

При выявлении в мазках патогенных микроорганизмов назначают антибактериальные, противомикробные препараты в течение 7-14 дней.

Системная терапия обычно дополняется применением препаратов местного действия для санации влагалища в виде свечей, гелей или кремов.

При наличии вирусной инфекции в зависимости от клинической картины после антибиотикотерапии применяют противовирусные и иммуномодулирующие препараты, как правило, в длительном режиме — в течение не менее 3-4 месяцев.

На втором этапе, реабилитации, основной целью является восстановление структуры и функции эндометрия и устранение последствий вторичных повреждений в результате длительного воспалительного процесса.

Традиционно в комплексной терапии ХЭ на этапе реабилитации применяют физиотерапию. Чаще всего применяют электроимпульсную терапию, интерференционные токи, переменное магнитное поле низкой частоты, токи надтональной частоты, низкочастотный ультразвук в кавитированной жидкости (антисептики), внутривенное лазерное облучение крови, иглорефлексотерапию, общестемную магнитотерапию, пелоидотерапию. Задача физиотерапии при ХЭ заключается в улучшении кровообращения органов малого таза, ускорении процессов восстановления эндометрия, повышении иммунной защиты.

При нарушении функции яичников назначают гормонотерапию — комбинированные оральные контрацептивы с лечебной целью на 3-6 мес, препараты прогестерона на этапе подготовки к беременности. При толщине эндометрия менее 7 мм на 21-24-й день цикла (по данным УЗИ) назначают цикличе-



скую терапию эстрогеном и прогестероном.

Контроль эффективности терапевтических мероприятий проводится не ранее чем через 4-6 мес после окончания лечения. Критериями эффективности проводимой терапии являются исчезновение клинических проявлений заболевания при их наличии, восстановление эндометрия по результатам УЗИ, элиминация или снижение активности патогенных микроорганизмов, восстановление морфологической структуры эндометрия по результатам гистологического исследования. Контрольная

биопсия эндометрия проводится на 7-10-й день менструального цикла с последующим морфологическим исследованием эндометрия и бактериологическое исследование эндометрия по показаниям.

Таким образом, лечение ХЭ является сложным процессом и, безусловно, благоприятным исходом лечения женщин с данной проблемой служат наступление и вынашивание беременности.

Бочарова С.М. — врач акушер-гинеколог ГКБ №8

Литература:

- 1.Зароченцева Н. В., Аршакян А. К., Меньшикова Н. С., Титченко Ю. П. Хронический эндометрит: этиология, клиника, диагностика, лечение. Российский вестник акушера-гинеколога. 2013;13(5):21-27.
2. Калинина Н.С., Петров Ю.А. Хронический эндометрит: Современные принципы лечения, направленные на снижение репродуктивных потерь. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований № 9, 2019г.
- 3.Рыбалка А.Н., Сулима А.Н., Яковчук Е.К. Хронический эндометрит: пути решения проблемы (обзор литературы). Современная медицина: актуальные вопросы. №4-5(47), 2016г.
- 3.Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению), 2019г.
- 4.Радзинский В.Е., Петров Ю.А., Полина М.Л. Хронический эндометрит: современные аспекты. Кубанский научный медицинский вестник, 2017. Т. 24. № 5. С. 69–74.
5. Л.И. Мальцева, Р.И. Шарипова, Е.А. Гафарова Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. «МедДок»-Казань, 2016. – 32 с.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Послеабортные осложнения наблюдаются у каждой третьей пациентки, а их частота увеличивается с каждым повторным прерыванием беременности. Каким бы щадящим не был способ прерывания беременности, он все равно является серьезной психологической и физической травмой, гормональным стрессом и всегда ведет к негативным изменениям в женской репродуктивной системе. Реабилитация женщин, перенесших аборт, является очень важной задачей, которая стоит перед нашими врачами.

При операции искусственного прерывания беременности происходит неизбежная травматизация эндометрия. Включение в комплекс лечебных мероприятий физиотерапии способствует структурному и функциональному восстановлению эндометрия и благоприятному течению беременности в будущем.

Физиотерапия после аборта проводится для купирования боли и снятия отека, достижения утеротонического эффекта (сокращения матки), профилактики воспалительных осложнений, улучшения трофических процессов, снижения интоксикации, рассасывания спаек.

Принципиально важно максимально раннее начало физиолечения: через 2-4 ч после хирургического аборта, но не позднее чем через 24 ч.

На первом этапе, непосредственно после операции, применяются физические факторы, обладающие противовоспалительным и обезболивающим эффектом.

Цель — достижение благоприятного течения раневого процесса (от 5 до 10 дней) с целью предотвраще-

ния изменений по типу атрофии эндометрия, ускорения процессов его восстановления (регенерации) и профилактики инфекционных осложнений.

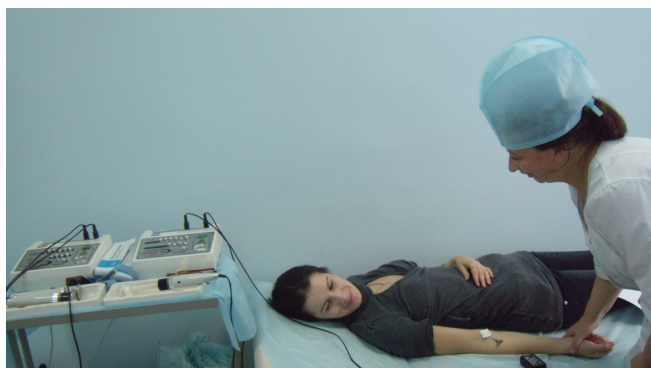
На втором этапе — в следующем менструальном цикле — проведение повторного курса физиотерапии.

Цель этого этапа — максимальное восстановление эндометрия. Выбор того или иного метода воздей-



Магнитотерапия

ствия делается на основании срока беременности, на котором был выполнен аборт, возраста женщины, ее гормонального статуса и сопутствующих заболеваний.



Диадинамотерапия

Магнитотерапия. С лечебной целью применяется переменное магнитное поле низкой частоты, в основе его клинической эффективности — восстановление нарушенного локального кровотока.

Магнитотерапия не вызывает повышения температуры в месте воздействия и может применяться у женщин с доброкачественными новообразованиями без тенденции к прогрессивному росту (например, при миоме матки), а также при гормонозависимых заболеваниях.

Продолжительность одной процедуры — 15 мин. Процедуры проводятся ежедневно, на курс от 7 до 15 процедур.

При **низкоинтенсивной лазеротерапии** наиболее выражены противоотечный, противовоспалительный, обезболивающий и трофикорегенераторный лечебные эффекты, что делает полезным ее назначение после аборта.

Процедуры проводят ежедневно, излучатель устанавливается контактно на передней брюшной стенке в области проекции матки и придатков. В дальнейшем при отсутствии противопоказаний применяют излучатели с полостными насадками. Общая продолжительность процедуры 6 мин, курс до 8 процедур.

При **внутривенном или надвенозном применении лазерного излучения** усиливается эффект от проводимой антибактериальной терапии.

Лазеротерапия в сочетании с постоянным **магнитным полем (магнитолазеротерапия)** взаимно потенцируют эффекты друг друга, увеличивая, таким образом, площадь и интенсивность воздействия.

Диадинамотерапия — воздействие на организм диадинамическими импульсными токами (токи Бернара), которые усиливают приток крови не только в тканях, расположенных под электродами,

но и в соседних зонах смежной иннервации. При этом наблюдается выраженный утеротонический эффект, поэтому диадинамотерапию применяют не только после прерывания беременности с профилактической целью, но и при лечении гематометры после аборта.

Улучшение крово- и лимфооттока стимулирует обменные процессы и способствует уменьшению трофических нарушений, вызванных травматизацией стенок полости матки во время инструментального выскабливания, снимает спазм и уменьшает отечность тканей, ослабляет воспалительный процесс.

Для диадинамотерапии характерен выраженный обезболивающий эффект, поэтому ее также можно выполнить однократно непосредственно после операции.

Флюктуоризация — применение импульсного тока, амплитуда и частота которого беспорядочно изменяются — используется не только с профилактической целью после прерывания беременности, но также при лечении после аборта, осложнившегося перфорацией матки, а также при синдроме вегетативной дисфункции. Для флюктуирующих токов характерно выраженное противовоспалительное действие, возникающее вследствие активации кровотока и лимфооттока в очаге воспаления, клеточного иммуногенеза и ускорения процессов регенерации.



транскраниальная электростимуляция

Интерференцтерапия — интерференционный ток — это образованный внутри органов и тканей ток синусоидальной формы с низкочастотными амплитудными колебаниями (1-200 Гц). Такие токи усиливают выделение во время процедуры вазоактивных веществ, что нормализует патологически измененный тонус артерий и улучшает микроциркуляцию. В результате этого обмен веществ значительно возрастает, что формирует трофостимулирующий эффект. Болеутоляющий эффект интерференционных токов обусловлен как улучшением кровообращения и уменьшением отечности ткани, так и ритмическим сокращением мышечных волокон, которые в силу своей упорядоченности способны погасить

доминанту боли. Выраженный утеротонический эффект объясняет назначение интерференцтерапии при гематометре, после выскабливания полости матки на сроке беременности 11-12 недель.

Мезодиэнцефальная модуляция, транскраниальная электростимуляция оказывают выраженное влияние на нормализацию гормональной функции гипофизарно-яичниковой системы. ТЭС-терапия достоверно и стойко восстанавливает нормальный менструальный цикл. Под воздействием ТЭС-терапии отчетливо улучшаются процессы репарации, ускоряется заживление тканей, развивается выраженное антистрессорное и психокорректирующее действие.

Электроимпульсная терапия — применение импульсных токов для восстановления деятельности органов и тканей, утративших нормальную функцию. Уже после первых процедур наступает анальгезирующий эффект, а к концу курса лечения — полное болеутоление.

Использование электроимпульсной терапии после прерывания беременности целесообразно на втором этапе реабилитации при сочетании хронического эндометрита и тазовых перитонеальных спаек, но с обязательным исключением гормонозависимых образований органов репродуктивной системы.

Большое клиническое значение имеет положительное влияние электрических импульсов на регенерацию эндометрия, что подтверждено данными

ультразвукового исследования. При всех методах электротерапии сила тока подбирается индивидуально — до ощущения выраженной, но безболезненной вибрации. Процедура проводится по 20 мин раз в день ежедневно, курс до 15 процедур.

Следует отметить, что эффективность лечения возрастает при комплексном использовании лечебных физических факторов в сочетанной или комбинированной формах. Сочетанное лечение предполагает одновременное воздействие несколькими факторами и бывает потенцирующим (лекарственный электрофорез, магнитолазерная терапия). При комбинированном воздействии физические факторы применяются последовательно с различным временным интервалом.

Назначая физиотерапию, важно учитывать противопоказания к определенным видам воздействия, индивидуальную переносимость процедур, а также конкретные задачи в отношении сохранения и восстановления репродуктивной функции женщины в будущем.

Таким образом, совершенно очевидно, что реабилитация после хирургического аборта — это многоэтапный процесс, направленный на восстановление физического, физиологического, репродуктивного и психологического здоровья.

Лысова А.О. — врач-физиотерапевт, заведующая отделением физиотерапии ГKB №8.

Литература:

1. Г.Н. Пономаренко, Е.С. Силантьева, Е.Ф. Кондрина Физиотерапия в репродуктивной гинекологии. — СПб.: ИИЦ ВМА, 2008.
2. Стругацкий В.М., Маланова Т.Б., Арсланян К.Н. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога (клинические аспекты и рецептура). — М.: МЕДпресс-информ, 2005.
3. Физиотерапия и курортология / Под редакцией В.М. Боголюбова. М.: Бином, 2016., -Т.1. Т.3.
4. А.К. Гордон, Е.Н. Шаманская, В.А. Крутова Современные аспекты послеоперационной клинической реабилитации гинекологических больных с гормонозависимыми заболеваниями на курортах Краснодарского края // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2016. - № 4.

МЕДИЦИНСКАЯ ПИЯВКА — РАЗУМНОЕ РЕШЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

Гирудотерапия — это метод использования живых медицинских пиявок в лечебных целях. Традиции лечения с помощью этого необычного метода идут из народной медицины и тысячелетиями успешно применялись нашими предками. В последние десятилетия на фоне нарастающей аллергизации населения, роста числа осложнений и побочных эффектов фармакотерапии, неуклонного роста числа хронических заболеваний появилась необходимость поиска альтернативных безлекарственных методов лечебного воздействия на организм человека.

Гирудотерапия применяется во всех без исключения клинических специальностях. Методы лечения в различных клинических случаях разработаны на кафедрах медицинских институтов и научных центров, методические пособия по применению гирудотерапии утверждены Министерством здравоохранения России с 1999 года.



Как пиявка воздействует на организм?

Применение пиявок позволяет оказывать достаточно выраженное локальное воздействие на отдельные органы и ткани за счет введения биологически активных соединений секрета слюны пиявки непосредственно в очаг заболевания. На сегодняшний день известно около 26 полезных ферментов, находящихся в слюне пиявки, которые получает пациент при контакте с ней. Это литические соединения (гиалуронидаза, коллагеназа), антигемостатики, наиболее известным среди них веществом является гирудин — это уникальный природный высокоспецифичный ингибитор фермента тромбина, препятствующий тромбообразованию.

Во время сеанса гирудотерапии происходит запуск системы адаптации всего организма за счет активации местного и общего иммунитета. Кроме этого, значительно улучшаются реологические свойства крови, что приводит к улучшению процессов микроциркуляции и обмена веществ в органах и тканях.

Применение медицинской пиявки в гинекологической практике.

В гинекологической практике применение пиявок основано на их выраженном противовоспалительном действии. Чрезвычайно важным преимуществом гирудотерапии как противовоспалительного средства является то, что медикаменты, как правило, блокируют развитие отдельных звеньев воспалительной реакции, которая не завершившись, нередко приобретает хронический характер. При гирудотерапии многофакторное и комплексное действие пиявок обеспечивает разрешение процес-

са воспаления. Именно этот эффект и составляет уникальность этого лечебного метода.

Пиявки эффективны не только в острый период воспалительного процесса. Комплекс протеолитических ферментов, содержащихся в слюне пиявки, обеспечивает рассасывающее действие. Использование пиявки позволяет снизить избыточное коллагенообразование, что позволяет уменьшить процессы формирования грубых спаек. Таким образом, применение пиявок полезно на любой стадии воспалительного процесса и в послеоперационном периоде.

Показаниями для гирудотерапии в гинекологии являются:

- Острые и хронические заболевания матки, придатков, шейки матки;
- Женское и мужское бесплодие;
- Спаечный процесс органов малого таза;
- Доброкачественные образования матки и придатков, кисты, в том числе поликистоз яичников, миомы матки, эндометриоз;
- Болезненные менструации (альгодисменорея).

Как и любой другой метод лечения, гирудотерапия имеет ряд **общих противопоказаний**. К ним относятся:

- Заболевания, сопровождающиеся повышенной кровоточивостью (геморрагические диатезы);
- Продолжающиеся кровотечения;
- Тяжелые анемии;
- Онкологические заболевания, кахексия;

- Индивидуальная непереносимость;
- Гипертермия неутонченного генеза.

При лечении гинекологических заболеваний **пиявки** могут использоваться не только наружно, на кожные зоны, но и **влагалищно**. Такая локализация приставок имеет **ряд преимуществ**:

- Наличие богатой сети кровоснабжения, близкое расположение матки и придатков позволяет во много раз усилить противовоспалительное действие пиявки;
- Полезные ферментоконплексы поступают с укусом пиявки непосредственно в очаг воспаления, сокращая тем самым время контакта с пиявкой;
- Отсутствие побочных эффектов в виде «приставочной реакции» — зуда, покраснения в месте укуса;
- Отсутствие косметических дефектов, в отличие от накожных приставок, где в месте укуса остается небольшой рубец;
- Меньшая продолжительность кровотечения, удобство контроля кровотечения с помощью обычных гигиенических прокладок;
- Отсутствие болезненных и любых других неприятных ощущений;
- Техническая простота и доступность метода.

Процедура выполняется в нашей клинике в условиях дневного стационара после полного обследования пациентки. Курс терапии формируется

индивидуально для каждого случая, складывается из определенного количества сеансов (от 3 до 10), в зависимости от диагноза и тяжести процесса. За один сеанс используется от 5 до 8 пиявок. Среднее время процедуры составляет 30-40 минут.

Гирудотерапия в лечении хронического эндометрита.

Эффект гирудотерапии в данном случае обусловлен как иммуномодулирующим, антимикробным и тромболитическим действием слюны пиявки. В результате терапии, восстанавливается трофика поврежденного эндометрия и нормализуется работа его рецепторного аппарата, что и является ключевым моментом в лечении.

Пиявок в таком случае могут размещать в области паха и нижней части живота, зоне крестцового отдела позвоночника, на вульве и влагалище. Стандартный курс состоит из 15 процедур.

В своей практике мы часто сочетаем гирудотерапию в комплексе с физиолечением, в частности, с такой методикой, как абдоминальная декомпрессия.

Абдоминальная декомпрессия — метод лечения, в основе которого лежит активное усиление регионального кровотока.

В то время, как на нижнюю часть тела воздействует пониженное давление, верхняя сохраняет свое нормальное давление. Такой эффект улучшает обменные процессы и нормализует кровообращение, лимфодренаж. Все сосуды увеличиваются в диа-



метре, задействуются даже самые незначительные капилляры, ранее мало или вовсе не используемые.

Метод абдоминальной декомпрессии является незаменимым в гинекологии, т.к. активно воздействует на процессы, которые приводят к хроническим заболеваниям в малом тазу.

Вакуумная терапия способствует улучшению общего состояния, снимает болевой синдром, нормализует гормональную и репродуктивную функцию яичников, уменьшает рубцово-спаечные изменения.

Благодаря активному воздействию на состояние сосудов и кровотока, абдоминальная декомпрессия в сочетании с другими лечебными процедурами, в частности с гирудотерапией, усиливает лечебный эффект последней.

Использование комплексных методик для лечения хронического эндометрита обеспечивает эффективность лечения и позволяет достигать купирование клинических проявлений заболевания, улучшение ультразвуковых и лабораторных параметров, нормализации микробиоценоза половых путей, при этом наблюдается низкая частота вероятных системных побочных эффектов лечения.

Гирудотерапия при спаечной болезни органов малого таза.

Слюна медицинских пиявок воздействуя на коллагеновые спайки за счет содержащихся в ней ферментов, позволяет их сделать более эластичными, подвижными, а нередко и лизировать их полностью.

Преимуществом гирудотерапии в данном случае является то, что данный метод не является хирургическим. Своевременное использование лечебных свойств гирудотерапии позволяет предотвратить операции по разделению спаек. Известно, что само по себе хирургическое вмешательство может стимулировать процесс спайкообразования. Вот почему эффективным средством борьбы со спайками остается гирудотерапия.

Курс гирудотерапии при спаечном процессе зависит от особенностей развития заболевания. В среднем он включает от 10 до 15 процедур, которые проводят с периодичностью в 1-2 дня. Для оптимальных результатов рекомендуется выполнить 2-3 курса с интервалом в пару недель.

Пиявок размещают на шейке матки и сводах, коп-



Метод абдоминальной декомпрессии

чике и анусе, в области крестца, паха и лона.

Лечение позволяет мягко, без хирургического вмешательства решить также проблему с бесплодием, вызванным спаечным процессом в области маточных труб или внутриматочными синехиями.

Гирудотерапия перед протоколом ЭКО.

Гирудотерапия — эффективный метод подготовки к ЭКО, позволяющий в целом подготовить организм женщины к вынашиванию беременности.

Гирудотерапия способствует успешному протеканию процедуры ЭКО за счет:

- Улучшения микроциркуляции в области органов малого таза;
- Уменьшения негативных последствий, связанных с течением хронического воспалительного процесса репродуктивных органов;
- Улучшения качества эндометрия.

Курс лечения подбирается индивидуально и включает несколько процедур накануне стимуляции. Далее осуществляется пара сеансов при менструации на первичном этапе стимуляции. Финальным этапом гирудотерапии является постановка пиявок после пункции до переноса яйцеклетки.

Подводя итог вышеизложенному, мы рассматриваем гирудотерапию как достойный лечебный метод — основной или дополнительный, но непременно в комплексе с другими методами лечения.

Бондаренко С.В. — врач акушер-гинеколог высшей категории, заведующая 1 гинекологическим отделением ГKB №8

Литература:

1. Г.Н. Пономаренко, Е.С. Силантьева, Е.Ф. Кондрина Физиотерапия в репродуктивной гинекологии. – СПб.: ИИЦ ВМА, 2008.
2. Стругацкий В.М., Маланова Т.Б., Арсланян К.Н. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога (клинические аспекты и рецептура). – М.: МЕДпресс-информ, 2005.
3. Физиотерапия и курортология / Под редакцией В.М. Боголюбова. М.: Бином, 2016., -Т.1. Т.3.
4. А.К. Гордон, Е.Н. Шаманская, В.А. Крутова Современные аспекты послеоперационной клинической реабилитации гинекологических больных с гормонально-зависимыми заболеваниями на курортах Краснодарского края// Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2016. - № 4.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОТЕРЕ

Тема перинатальных потерь (антенатальных, интранатальных, постнатальных, неонатальных), аборт (спонтанных и плановых) в нашем обществе долгое время являлась самой закрытой темой, перинатальные потери это то, о чем принято молчать.

В последние годы проблеме перинатальных утрат уделяется повышенное внимание как в психологическом сообществе, так и медицинском, все чаще специалистам приходится оказывать психологическую и психотерапевтическую помощь матерям понесшим утрату и их семьям.

К большому сожалению, не каждая беременность заканчивается рождением малыша. По статистике 64% тех, кто столкнулся с перинатальной потерей, не обращаются за психологической помощью, 54% обсуждают эту проблему с родственниками, 43% обсуждают с партнером, 11 % не обсуждают вообще.

Акушеры-гинекологи — свидетели не только безмерного человеческого счастья, но и концентрированного горя. Когда счастливая женщина смотрит с надеждой на экран УЗ-монитора, мрачающие лица врачей и напряженные голоса далеко не сразу проникают в ее сознание. «Ваша беременность не развивается» — страшный приговор для тех, кто уже был окрылен надеждой.

Как правило, врачи, занимающиеся ультразвуковой диагностикой, вынуждены сообщать женщине и ее родственникам о нежизнеспособности или о смерти плода. Они используют присущую человеку от природы эмпатию, сопереживают горю утраты. При этом у врача возникают и собственные переживания, которые могут негативно сказываться на его психическом состоянии, возможно возникновение, так называемого, синдрома эмоционального выгорания.

В качестве защиты от глубоких переживаний у отдельных врачей может возникать своеобразный блок «эмоционального канала», что проявляется формальным, холодным, а иногда и безучастным отношением к женщинам, переживающим утрату. Врач не обязан сидеть и рыдать вместе с каждым пациентом: если он будет так делать, его просто надолго не хватит.

В данной ситуации, прежде всего, следует подготовить пациента к разговору. Например, фразой: «У меня для Вас не очень хорошая новость» или «Нам сейчас предстоит с Вами сложный разговор». Дальше можно сказать: «К сожалению, я вижу это и это» — например, замершую беременность. «Это значит — это и это». Объяснить, что значит диа-



гноз, обязательно надо, большинство пациентов, услышав от врача слова «замершая беременность», выходят из кабинета с вопросом в голове: «А когда отомрет?». Или врач говорит: «У плода нет сердцебиения». «А когда появится?» — спрашивают пациенты. Дело в том, что под воздействием стресса человек не способен адекватно воспринять информацию, психика отказывается воспринимать такие тяжелые известия.

Когда женщина сталкивается с потерей ребенка, она часто не ищет помощи и даже стремится обособиться от окружающей действительности. В большинстве случаев круг знакомых, семья, близкие люди не знают, как отреагировать на сам факт перинатальной потери, не понимают, как происходит переживание женщины, как можно и как правильно нужно обсуждать тему смерти, к какому специалисту можно обратиться за помощью. Родители, которые потеряли ребенка, не знают где найти ресурсы для продолжения жизни, возникает страх при упоминании случившегося факта.

Окружающим (специалистам, родственникам, друзьям, сослуживцам) следует понимать, что переживание горя — это нормально, в сложившейся ситуации женщине и должно быть больно. Они сочувствуют, очень хотят ей помочь, облегчить страдание, но, к сожалению, не знают, как. А помощь не только возможна, но и необходима, чтобы есте-

ственный процесс переживания горя не стал патологическим, чтобы у несостоявшейся матери появились силы жить дальше.

Каких слов стоит избегать, чтобы не причинить боль в разговорах с людьми, переживающими перинатальную потерю:

- «Я понимаю». Если вы лично не переживали подобную потерю, то, скорее всего, не представляете, что точно чувствуют люди, с которыми она случилась.
- «У вас же есть старшие дети». Не важно, сколько у женщины детей. Это не влияет на болезненные переживания от случившегося.
- «С ребенком было что-то не так?». Не задавайте вопросов, которые заставляют вспоминать подробности ситуации людям, переживающим потерю.
- «Бывают ситуации и хуже». «Хуже» или «лучше» это не те категории, которыми измеряется горе.
- «Еще родишь». Подобными фразами вы обесцениваете переживания людей, испытывающих горе.
- «Соберись». Подобная агрессивная мотивация не работает в моменты горя и приносит только дополнительные страдания людям, переживающим потерю.
- «Надо жить дальше». Испытывать горе от потери ребенка нормальной реакция, дайте родителям столько времени, сколько им нужно, чтобы прожить этот сложный период. Не торопите их.

Как поддержать партнершу, которая переживает горе?

Особенно сложно подобрать правильные слова для самого близкого человека, с которым случилась беда.

- Будьте рядом. Не торопитесь. У чувства горя нет определенного срока, нужно ждать столько, сколько придется.
- Не запрещайте проявлять эмоции. Важно не сдерживать свои переживания и позволять себе проявлять их. Иначе они будут копиться внутри, причиняя еще больше боли.
- Говорите о произошедшем. Постарайтесь находить силы и обсуждать случившееся — осознание и проживание этого помогает искать смыслы, чтобы жить дальше.
- Предложите собрать «коробку памяти» о ребенке.

Ритуал помогает прожить горе: можно написать письмо малышу, сохранить купленную игрушку.

- Сообщите родственникам. После потери сложно говорить с родными и друзьями о том, что произошло. Будет легче, если вы возьмете на себя рассказ о вашем горе.
- Поделитесь своими чувствами. Женщине важно не только чувствовать поддержку и опору, но и понимать, что партнер тоже горюет — важно слышать о чувствах и эмоциях.

Как помочь себе, если вы столкнулись с потерей.

Вы сами тоже можете оказывать себе поддержку и влиять на свое состояние. Вот несколько советов.

Не запрещайте себе чувствовать. Выражение своей скорби — не признак слабости, а нормальная реакция на горе.

Не игнорируйте свои потребности. Тратить время только на работу или бытовые вопросы — ошибка. Важно слушать себя и подумать, чего бы хотелось прямо сейчас, и делать это.

Принимайте помощь и поддержку, когда они предлагаются. Не стесняйтесь сами обратиться за помощью. Ваши родные и друзья не умеют читать ваши мысли — попросите у других то, что Вам нужно.

Делайте что-нибудь для других людей. Это может несколько облегчить вашу боль. Например, выполняйте какую-нибудь волонтерскую работу, пожертвуйте деньги в фонд родителям, переживающим перинатальную потерю, подарите подарок в память о вашем ребенке и т. д.

Поговорите с кем-то о том, что случилось, и своих чувствах. Важно обсуждать проблему с кем-то и не держать все в себе. Сеанс с психологом или поход на групповую терапию. Не игнорируйте профессиональную помощь и обратитесь к специалисту, который поможет пережить горе.

Каждый переживает утрату, справляется с горем по-своему, здесь не бывает однозначных рецептов и четких рекомендаций. Однако потеря — это не только неизбежная боль, но и всегда — возможность посмотреть на жизнь по-новому и чему-то научиться. Научиться ценить моменты радости и не тратить время на пустые волнения. Научиться сопереживать и помогать.

Подготовила психолог ГКБ №8 Василевская О.В.
по материалам сайтов

<https://nadopogovorit.mailrugroup.com/>
<https://www.b17.ru/psiholog/>
<https://www.stillbirthalliance.org/>

«ЛЮБИТЬ СВОЮ ПРОФЕССИЮ И НЕ БОЯТЬСЯ....»

Миров Александр Игоревич — главный врач ГБУ РО «ГКБ № 8», к.м.н., заслуженный врач Российской Федерации, врач высшей квалификационной категории, член правления Рязанского научного общества акушеров-гинекологов, член Всероссийской ассоциации гинекологов-эндокринологов, отличник здравоохранения, ассистент кафедры акушерства и гинекологии РязГМУ, член ассоциации МАРС.

В этом году исполняется 30 лет деятельности А.И. Мирова в стенах ГКБ №8. Это был путь от студента до главного врача.

В преддверии праздника Александр Игоревич делится своим личным опытом и ценными советами с коллегами.

— Александр Игоревич, расскажите, кем Вы мечтали стать в детстве, помните ли, в какой момент Вы выбрали профессию врача и почему захотели связать свою жизнь с медициной?

— Помню, в детстве за нашим домом было поле. Я часто наблюдал, как в поле работал трактор, пахал землю. В конце лета к нему цепляли комбайн, и он убирал рожь. Тогда большое впечатление на меня произвел дядька-тракторист. Он казался мне большим и могучим. В моем представлении он был просто олицетворением «технического гения», ведь этот человек управлял такой сложной машиной! Я думал: «Вот бы мне вырасти и стать трактористом!». И это была острая, детская мечта.

Папа и мама были врачами, и их работа для меня казалась чем-то обыденным. А вот тракторист! Это было весьма необычно, ведь среди знакомых нашей семьи не было ни одного человека с такой профессией.

Конечно, когда я вырос и стал вопрос выбора профессии, я даже не размышлял на эту тему, потому как точно знал, что буду врачом. Почему? Перед глазами был пример моих родителей.

— Возникла ли когда-нибудь мысль сменить профессию?

— Да. Это были «голодные» 90-е годы. Я работал сразу в трех лечебных учреждениях. Мы с моим другом, он тоже врач, помимо своей основной деятельности занимались строительством. На определенном этапе перед нами возникла дилемма: либо оставить медицину и строить бизнес, либо остаться в профессии.

Однажды вечером мы собрались, чтобы взвесить все за и против. И оба приняли решение остаться в своей специальности. Лично я об этом я ни разу не пожалел.

— Почему именно специализация акушерство и гинекология?

— В выборе специальности размышлений у меня тоже не было. Я воспитывался на примере отца, и

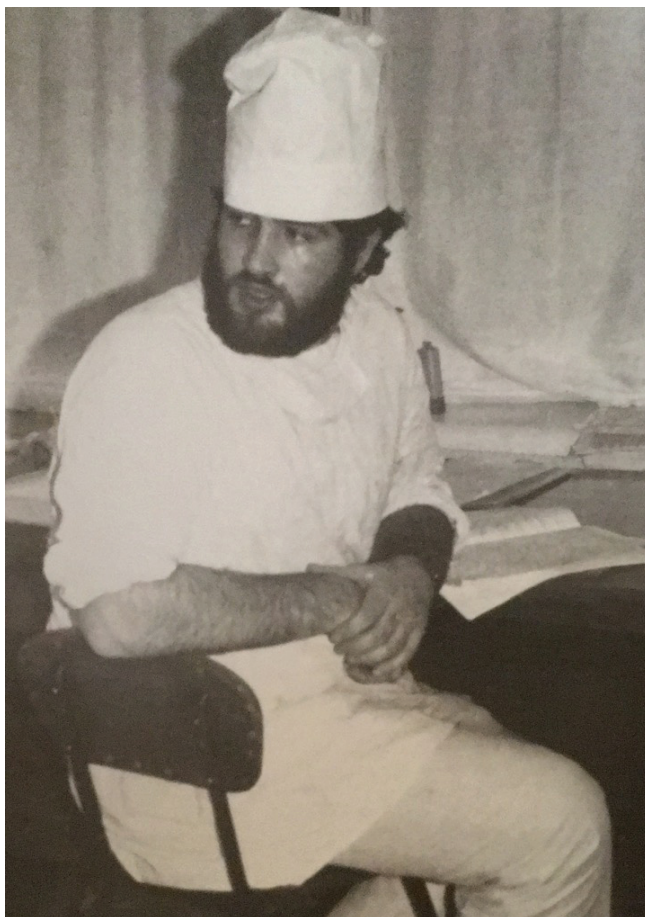


Фото из личного архива
видел, как он трепетно относится к своей работе.

Будучи студентом, я был просто влюблен в акушерство. С первого курса посещал студенческий кружок и не представлял для себя иной работы. Мне нравились те детские научные доклады. Я любил читать историю медицины. Мог наизусть пересказать классическое акушерство со всеми операциями. Особенный интерес у меня вызывали приемы ведения родов в тазовом предлежании — пожалуй, один из самых технически сложных разделов акушерства.

Гинекологию я, мягко говоря, недолюбливал. Но волею судьбы именно с ней связал свою жизнь. О чем, кстати говоря, ни разу не пожалел.

— *С чего начинался ваш путь как врача и руководителя? Какой из периодов жизни вы вспоминаете с особой теплотой?*

— Родился, рос и учился в Рязани. Окончил наш Рязанский медицинский институт. Затем интернатура. После — работа по распределению в районе. Ординатура. И, больница №8 — мое неизменное место работы.

Я сохранил очень теплые воспоминания о студенческих годах, субординатуре, которую я проходил в новом Родильном доме №4. У меня были хорошие учителя, которые не оттолкнули, а привили мне любовь к профессии. Это Л.П. Покусовская, В.И. Переводчикова, Ю.К. Гусак, В.М. Уткин и многие другие преподаватели, которые были настоящими профессионалами своего дела. Я очень рад, что был с ними знаком и был их учеником.

Мне повезло с работой в районе, в Кораблинской ЦРБ. У нас был очень душевный коллектив. Я благодарен заведующей отделением — В.Е. Зуевой, первой старшей акушерке — И.Ю. Роговой, которые были мне как родители. Ко всем молодым врачам они относились очень тепло и были настоящими учителями и в жизни, и в профессии. У них я перенял такие качества, как доброе и милосердное отношение к пациентам.

С 1991 года я работаю в ГКБ №8 и застал ее в то время, когда она была, действительно, одной из лучших. Это была «элитная больница», с хорошей материально-технической базой. Но, в девяностых – нулевых годах больница просто стала разрушаться. Наблюдать за этим процессом сначала было больно, затем какое-то время эту разруху никто замечал, потому, что и в стране был беспорядок. Были сложные времена для всех.

С января 2000 года меня пригласили работать заместителем главного врача по клинко-экспертной работе. Я занимался восстановлением этой службы с нуля.

Данная работа нравилась и нравится мне тем, что



Фото из личного архива

она дает возможность наблюдать сверху за теми процессами, которые в рутинной практике врача остаются просто незамеченными. Это значительно расширяет кругозор.

Затем я стал начмедом. Потом — исполняющим обязанности главного врача. После ухода прежнего руководителя больница фактически на 1,5 года осталась без руководства и «катилась в пропасть». Я понимал, что нужно что-то решать. В то время был потенциал и было видение, как работать, с одной стороны. А с другой... в ординаторской на кранбуксе лежит кирпич и кран затянут грязным бинтом, трубы обмотаны бинтом с канцелярским клеем, чтобы не подтекали, в коридоре черный потолок с тремя ржавыми трубами и висит лампочка Ильича. На тот момент мне предложили стать главным врачом.

Я не был готов к этой роли. Я был хорошим исполнителем и работал по принципу: поставьте передо мной задачу, и я ее выполню.

Больница досталась мне в очень плачевном состоянии. Мне говорили: «Да ладно, ты никогда эту больницу не вытащишь, ничего не получится! Лучше уехать работать в другое место». Но, во-первых, здесь работал мой отец. Во-вторых, я отработал в больнице 15 лет. Как-то я «прикипел душой» к ней. И я знал, что нужно делать на тот момент в гинекологии.

Однажды я подслушал разговор двух руководителей с опытом работы побольше моего. Они говорили: «Он, наверное, бредит».

Было сложно, и не всегда была поддержка. Иногда все получалось вопреки всему. Но, с большим напряжением, привлечением сил и средств спонсоров, удалось сплотиться и создать современную клинику. Мы сделали первую гистероскопию, эмболизацию маточных артерий, термобаллонную абляцию. Построили хорошее физиотерапевтическое отделение, развили УЗИ-диагностику, сделали современный ремонт больницы. В работу удалось внедрить много технологий, которые, на тот момент, были инновационными в регионе.

Подводя итог, хочу сказать, что любой этап в работе был для меня важным, и каждый для меня по-своему дорог.

— *В стенах ГКБ №8 вы прошли путь от студента до главного врача, что лично для Вас значит это место?*

— Оно значит все. Я его люблю. Все мои силы были направлены сюда, своей семье я уделял гораздо меньше времени. В этом вопросе я в долгу перед своими детьми, женой и благодарен им за понимание. Конечно, я сожалею, но они были достаточно ухожены, а вот больница нет. Пришлось выбирать.



Фото приемного отделения до и после ремонта

— **Что для Вас было самым сложным в профессии?**

— Самым сложным для меня было решительно и бесповоротно отказаться от того, чему меня учили мои учителя и во что я однозначно верил. Снять с себя весь этот багаж и пойти современным путем. Мне говорили: «После влагалищных операций пациентка должна 5 дней лежать. Поднять ее можно только по истечении этого срока». В больнице мы круто изменили эту технологию и активизируем больных уже к концу первых суток.

Сложно дается каждая новая методика, которую мы осваиваем. На самом деле страшно, когда ты делаешь что-то сам впервые и при этом понимаешь, что за твоей спиной никого нет.

Тяжело было разрабатывать врачебное пособие при поздних выкидышах, артифициальных и самопроизвольных, неразвивающихся беременностях большого срока. Тогда, без владения технологией и понимания что делать, каждый случай мог закончиться массивным кровотечением, ДВС-синдромом и даже смертью пациентки. Это было время, когда каждый из врачей видел ДВС-синдром по 2-3 раза в месяц. Сейчас, благодаря накопленному опыту, такие осложнения практически не встречаются.

— **Самый неординарный случай в вашей практике?**

— Мы в операционной с нашим врачом анестезио-

логом. На столе лежит пациентка после выкидыша, осложнившегося ДВС-синдромом и тяжелым геморрагическим шоком. Создавалось впечатление, что до этого была попытка криминального аборта. Мы сделали все, что могли. Проведена релапаротомия по поводу продолжающегося кровотечения. Удалена матка. Пациентка вся «белая». Из всех вколов у нее сочится кровь. ДВС-синдром не купируется. Капает плазма.

За каждую смерть в то время следовал «малый нюрнбергский трибунал». Анестезиолог держит меня за руку, на глазах у нее слезы, и говорит: «Саша, она у нас не умрет? Не умрет, правда?» А у меня кошки на душе скребут. Я понимаю, что пациентка умирает. И главным на трибуне разбора буду я. Не думая отвечаю: «Нет, не должна она у нас умереть. Она должна нас пожалеть».

О том случае, даже сейчас вспоминать страшно. Но пациентка осталась жива! И это было большое чудо.

— **Есть ли у Вас увлечения, хобби? Что вдохновляет и морально поддерживает?**

— Все мужское мне не чуждо. Рыбалка, охота. Люблю рукоделие мужское, резьбу по дереву, металлу. В квартире родителей есть мебель, которую я сделал своими руками из подручных материалов.

В 90-е годы мне очень хотелось иметь свой автомо-

биль. Тогда были проблемы с приобретением авто, в частности сложно было найти УАЗ. Я приобрел списанный УАЗик и в течение 2, 5 лет я его восстанавливал. Конечно, на некоторых этапах приходилось прибегать к помощи профессионалов друзей, но тем не менее, я его сделал из руин и на нем ездил несколько лет. Сейчас он стоит у меня в гараже. И я обожаю эту машину! В ней есть только один недостаток — ее нужно постоянно ремонтировать.

Единственное, я не освоил электрическую сварку. Но это сделаю в текущем году.



Фото из личного архива

— Вам удастся занимать руководящую должность и при этом вести активную практическую и научную деятельность, может быть есть какой-то секрет для молодых врачей, как успевать все и добиваться успехов в любых начинаниях?

— Главное ничего не бояться. Любить профессию, не бояться тратить свое время и понимать, что для



Фото из личного архива

того, чтобы освоить ее, потребуются годы. Нужно работать, вести больных и во всем помогать старшим, чтобы они видели в молодых врачах помощников.

В молодости я был неорганизован, и мне казалось, что я ничего не успеваю. Это я вижу и сейчас в молодежи. Но! Время — очень важно и его нужно правильно организовывать, планировать. Важно читать о научной организации труда и рационально строить свой рабочий день.

Нужно воспитывать в себе упорство и смелость. Всегда будут неудачи, отчаяние и разочарование. Сложности будут всегда. Важно это просто понимать. Я не говорю, что нужно размышлять: «Случилось осложнение ну и что? У всех бывает! Сделал перфорацию, ну и что! Все же делают!». Переживать надо, но доводить до абсурда ситуацию просто нельзя. Важно научиться анализировать свою деятельность и понимать, как сделать так, чтобы подобных ситуаций в дальнейшем не было.

Никогда не поздно учиться. Вернее, учиться нужно всегда. Мы сами, как никто другой, знаем, в чем не хватает знаний. Крайне важно восполнять эти пробелы. Возможностей для этого сейчас намного больше, чем в наше время. Можно даже учиться за границей. Хотя в целом, любой день может быть поучающим. Важно лишь помнить об этом.

Интервью подготовила Бочарова С.М.

P.S. Редакционная коллегия от лица коллектива ГKB №8 благодарит Александра Игоревича Мирову за вклад в развитие больницы, ежедневную помощь и сотрудничество.

Мы глубоко ценим Ваш труд и желаем Вам крепкого здоровья, вдохновения, сил и душевного благосостояния. Пусть в любых начинаниях Вам сопутствует удача, а каждый день будет наполнен радостными событиями, теплом и поддержкой близких людей. Желаем дальнейших профессиональных и личных успехов, осуществления всех намеченных планов и идей.

ТРАДИЦИИ В ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

День медицинского работника — главный профессиональный праздник врачей, медицинских сестер и фельдшеров, который отмечают каждое третье воскресенье июня.



Поездка в Суздаль



Срезнево. Музей имени академика И.И. Срезневского

В нашей больнице сложилась замечательная традиция — День медицинского работника отмечать экскурсионной поездкой по достопамятным местам Рязанской области и ближнего Подмосковья.

За последние десять лет коллектив побывал в р. п. Шилово, г. Скопин, посетили НИИ Пчеловодства в г. Рыбное, музей знаменитых певцов солистов Большого театра Григория и Александра Пироговых в с. Новоселки, музей С.А. Есенина в с. Константиново, г. Коломну, г. Суздаль и др.

Профсоюзная организация организовала для сотрудников экскурсионные поездки в г. Тулу и музей-усадьбу Л.Н. Толстого Ясная Поляна, му-



Поездка в Срезнево



Поездка в Константиново

зей-усадьбу А.П. Чехова Мелихово, музей-усадьбу Кусково, музей-усадьбу Поленово, музей-усадьбу Остафьево, Сергиев Посад, музеи Московского Кремля — Оружейную палату и Алмазный фонд, музей изобразительных искусств им. А.С. Пушкина, в г. Гжель, музей фарфора и завод фарфора Дулево и т. д.

Эти поездки способствуют объединению коллектива, помогают лучше узнать друг друга.

Надеемся, что к уже сложившемуся коллективу путешественников присоединятся и молодые сотрудники нашего коллектива.

*Председатель профсоюзного комитета
С.Л. Иштулина*

Шилово. Добрынин курган



ОБУЧЕНИЕ ДЛИНОЮ В ЖИЗНЬ...

Девизом настоящего времени является фраза: «Обучение длиною в жизнь» или «Life long learning». Поэтому для успешного специалиста как медицинской, так и не медицинской сферы образование не заканчивается при выдаче диплома, а наоборот, с этого момента все только начинается.

Тренд непрерывного обучения подразумевает добровольное, самомотивированное стремление к знаниям по личным и профессиональным причинам. Оно не только способствует социальной интеграции, активной позиции и личностному развитию, но и самообеспеченности, а также конкурентоспособности.

Получение новых знаний, обмен информацией со сверстниками и получение опыта старших коллег — является особо важным и актуальным для молодых специалистов, делающих первые шаги в карьере.

Напротив, учитывая появление все новых и новых технологий, меняющиеся взгляды на диагностику и лечение заболеваний, более старшим сотрудникам будет полезен опыт общения с молодежью, пришедшей со «школьной скамьи».

К счастью, в нашей больнице присутствует преемственность поколений. И мы с полной уверенностью можем сказать, что «Городская клиническая больница №8» является кузницей высокоспециализированных кадров.

При поддержке руководства с целью более быстрой интеграции молодых сотрудников в коллектив, повышения их профессиональных навыков, и как следствие, улучшения качества оказания медицинской помощи, еще в августе 2009 года была создана Школа молодого специалиста (далее — ШМС), которая функционирует и сейчас.

На тот момент школа включала в свои ряды врачей и медицинских сестер со стажем работы 5 и 3 года соответственно.



Фото из архива больницы

В настоящее время ряды школы состоят из 14 специалистов по лечебному, сестринскому делу и других сотрудников больницы, стаж которых не превышает 7 лет. Встречи участников ШМС проводятся 1 раз в 1-2 месяца на территории больницы.



Фото из архива больницы

Мероприятия включают в себя тематические семинары, разбор интересных клинических случаев, мастер классы от высокоспециализированных кадров, инсайды.

Каждую встречу один из участников школы готовит материал для представления своим коллегам совместно с модератором мероприятия. Таким образом, выполняется несколько функций: развитие сотрудничества, усвоение, закрепление и обмен новой информацией, развитие профессиональных и личностных качеств молодежи.

Метелкина П.В. — врач акушер-гинеколог, руководитель школы молодого специалиста

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ИНФИЦИРОВАННОЙ ЛЕЙОМИОМОЙ

Миома матки — наиболее распространенная доброкачественная опухоль женской репродуктивной системы. Редким, но грозным осложнением миомы матки, развивающимся вторично, вследствие инфицирования некротизированного миоматозного узла, является пиомиома. В этом случае лейомиома подвергается воспалению, содержит гной с нейтрофилами и некротический экссудат. Инфекция имеет, как правило, полимикробный характер, распространяется восходящим, гематогенным или лимфогенным путями.

Диагностика пиомиомы сложна, так как это относительно редкое заболевание и может развиваться в течение длительного периода времени. Кроме того, данный процесс очень трудно дифференцировать с различными видами злокачественных опухолей. Клинически лейомиосаркома и лейомиома с некрозом и нагноением узла неотличимы, и диагноз устанавливается лишь интраоперационно.

Пациентки обычно обращаются с жалобами на лихорадку, боли в животе при наличии в анамнезе миомы матки. Методы визуализации дают неспецифичную картину. При ультразвуковом исследовании определяется миома матки неоднородной структуры, с включением кистозных компонентов и/или воздуха.

Пиомиома может привести к фатальным осложнениям, включая ее разрыв, перитонит и септический шок. Несмотря на широкие возможности антибактериальной терапии, смертность от этого состояния составляет от 6 до 21% [1-3].

Клинический случай

Пациентка Е, 52 лет обратилась 22.03.2021 года в ГКБ №8 с жалобами на повышение температуры тела, гнойные выделения из полового пути.

Из анамнеза:

Считает себя больной с февраля 2021 года, когда после эпизода переохлаждения стали беспокоить вышеуказанные симптомы. Женщина обратилась поликлинику по месту жительства, где было рекомендовано лечение в гинекологическом стационаре. С 22.02.2021 по 02.03.2021 проводилась антибактериальная, противовоспалительная терапия. На фоне терапии отмечалось незначительное улучшение, и пациентка была переведена в областную клиническую больницу, где было выполнено экстренное раздельное диагностическое выскабливание.

По результатам гистологического исследования: на фоне выраженного гнойного цервицита и эндометрита многослойный плоский эпителий шейки матки с явлениями акантоза, паракератоза и очаговой ДЗ, полиморфизм и гиперплазия эндометрия.

Стеклопрепараты были пересмотрены в онкологическом диспансере: картина эндоцервикального эпителия с плоскоклеточной метаплазией и реактивной атипией метаплазированного плоского эпителия на фоне гнойного воспаления, пролиферативный эндометрий со скоплением гнойного экссудата.

Пациентке продолжалась проводиться антибактериальная и противовоспалительная терапия, назначена инфузионная, антианемическая терапия. Выписана с временным улучшением. Амбулаторно рекомендована противовоспалительная терапия, санация полового пути.

На фоне лечения у женщины сохранялись эпизоды повышения температуры до 38,5 °С, гнойные выделения из полового пути.

При поступлении в ГКБ №8 состояние пациентки удовлетворительное. Артериальное давление 120/70, 120/70 мм.рт.ст. Пульс 82 уд/мин. Температура тела 37,1 °С. ИМТ – 36,45. Живот болезненный при пальпации в нижних отделах. Физиологические отправления в норме.

Соматический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: Роды — 2, срочные, нормальные. Аборты — 2, хирургические. Менструальный цикл по 5 дней, нерегулярный в течение полугода — 28-90 дней. Последняя менструация в январе 2021г. Гинекологические заболевания: миома матки более 10 лет.

Гинекологический статус:

Наружные половые органы без особенностей. Влагалище без видимых патологических изменений. Шейка матки цилиндрическая, слизистая розовая. Матка увеличена до 16-17 недель, слегка болезненная, подвижная. Придатки не пальпируются, безболезненны. Выделения обильные, гнойно-сукровичные.

При обследовании:

Гемоглобин 85 г/л, лейкоциты $11,3 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 30 мм/ч. С-реактивный белок — 12 мг/л, фибриноген 6,86 г/л. **На УЗИ органов малого таза:** тело матки 145x106x104 мм, структура неоднородная за счет участков сниженной и повышенной эхогенности неправильной формы.

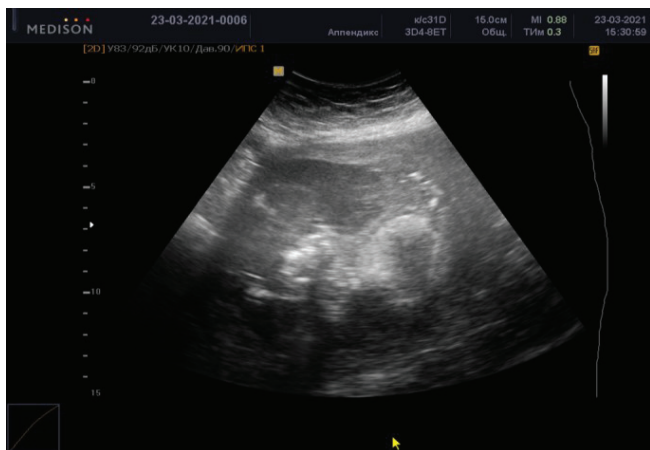


Фото УЗ-картины образования

Границы между данным образованием и полостью матки четко не визуализируются. Наружные контуры миометрия по передней и задней стенкам ровные, в области дна не визуализируются. Узел миомы по передней стенке 24 мм, с интерстициально-субсерозным расположением. Ткань яичников достоверно не визуализируется. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве нет.

Заключение: Образование тела матки (следует дифференцировать между миомой матки с дисциркуляторными изменениями, саркомой матки). УЗИ органов брюшной полости, ирригоскопия, рентгенография органов грудной клетки без патологии.

Пациентка осмотрена коллегиально, установлен **предварительный диагноз:** Интрамуральная миома матки. Некроз и нагноение узла миомы. Отягощенный гинекологический анамнез. Анемия 2 степени. Ожирение 2 степени.

Решено начать антибактериальную терапию (гентамицин + амоксиклав + метронидазол), инфузионную терапию в объеме 1500 мл/сут, противовоспалительную терапию (диклофенак), антикоагулянтную терапию (эноксапарин натрия), антианемическую терапию, орошение полости матки и влагалища растворами антисептика с последующим оперативным лечением.

В полость матки установлена двухканальная проточно-промывная система для орошения полости матки раствором фурацилина. Промывные воды гнойно-сукровичные, содержащие фибрин, детрит. 26.03.2021г произведена нижнесрединная лапаро-

томия, разделение спаек, простая экстирпация матки с придатками.



Фото из операционной

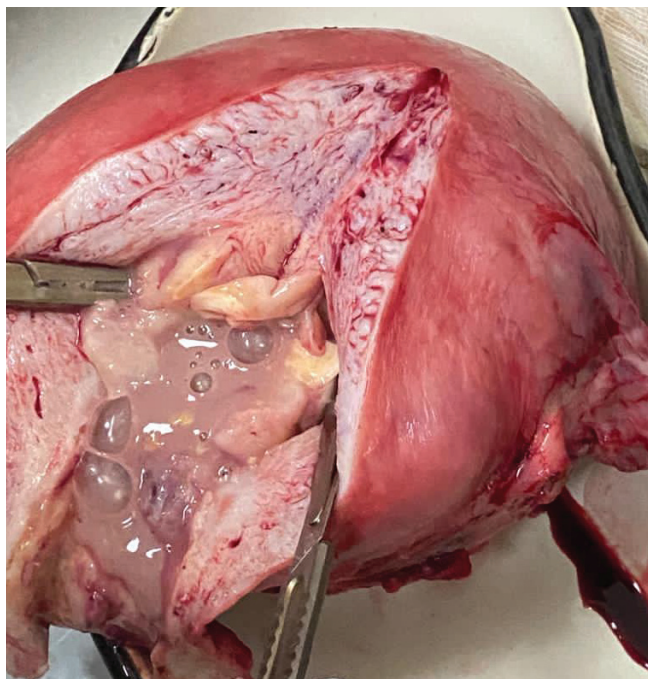


Фото макропрепарата

Интраоперационно:

Матка увеличена до 19 недель беременности за счет интрамурального узла миомы, исходящего из задней стенки, мягковата, узел синюшного цвета.

Маточные трубы гиперемизированы, отечны, подпаяны к задним листкам широких связок. Яичники кистозно изменены. Органы брюшной полости, сальник без патологических изменений.

Макропрепарат:

Матка весом 950г. Тело деформировано интрамуральным узлом диаметром около 12 см. Узел на разрезе некротизирован, дряблый, серо-желтого цвета, граница с миометрием четкая. Эндометрий серо-розовый, гладкий, тонкий.

Послеоперационный период протекал гладко. Продолжена антибактериальная противовоспалительная, антианемическая терапия, санация полового пути. Пациентка выписана на 7 сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Патолого-гистологический диагноз:

Крупноузловая лейомиома матки с некрозом узла. Железистая гиперплазия эндоцервикса. Многослойный плоский эпителий шейки матки обычного вида. Хронический цервицит. Хронический саль-

пингит, склероз слизистой маточных труб. Текома яичника. Серозная киста другого яичника.

Таким образом, пиомиома — крайне редкое осложнение миомы матки, которое требует тщательной дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов женской репродуктивной системы.

Стертость клинической картины, отсутствие информативных методов обследования, значительно затрудняет диагностический поиск, и адекватное лечение зачастую проводится отсроченно.

Поэтому данная категория пациенток, требует индивидуального подхода к лечению, комплексной предоперационной подготовки и поисков новых методов ранней диагностики данного состояния.

Бочарова С.М., Веретенникова И.В

Литература:

1. Naoyuki Iwahashi Yasushi Mabuchi Michihisa Shiro Shigetaka Yagi Sawako Minami Kazuhiko Ino. Large uterine myoma in a perimenopausal female: A case report and review of 50 reported cases in the literature. Molecular and Clinical Oncology. November-2016. Volume 5 Issue 5
2. Габидулина Р.И., Мингазетдинов М.А., Дружкова Е.Б., Сирматова Л.И. Опыт лечения пиомиомы матки. Гинекология. 2020; 22 (5): 81–83.
3. Клинические рекомендации. Миома матки. ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ), 2020г.

ФЕРМЕНТАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ ПЛОДА И МИКРОБИОТА ВЛАГАЛИЩА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Андреева М.Д., Агаян Р.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. М. Седина, 4, Краснодар, Россия, 350063 (ректор д.м.н. С.Н. Алексеев) кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС (зав. кафедрой проф. Г.А. Пенжоян)

Проблема преждевременных родов (ПР) остается актуальной, несмотря на целый ряд исследований и разработок, появляющихся ежегодно [1–3]. Учитывая проводимую работу в мире, а также в Российской Федерации и в Краснодарском крае, удастся сохранять стабильные показатели по их частоте. Так, на территории Краснодарского края за 5-летний период уровень ПР составил: в 2015г. — 4,5%; в 2016г. — 4,4%; в 2017г. — 4,2%; в 2018 г. — 4,3%; в 2019 г. — 4,3%. Доля сверхранних ПР составила 8,4; 9,0; 8,9; 9,7; 10,7% соответственно. Работ, посвященных поиску факторов риска ПР, направленных на коррекцию угрозы их развития, в отечественной и мировой литературе довольно много [4, 5]. В последнее время появились работы, посвященные исследованию галектинов (семейство гликансвязывающих протеинов), которые контролируют фетально-материнскую иммунную толерантность [6]. В обзоре 2020 г. Е. Вауар и соавт. проведен анализ сложного диалога между влагалищным микробиомом на фоне беременности и ПР [7]. При этом нам не встретилось работ по изучению влияния изменений микробиоты влагалища во время беременности на ферментативный потенциал плода.

Цель исследования — определить влияние микробиоты влагалища у рожениц с ПР и доношенной беременностью на секреторную и ферментативную активность у плода.

Материалы и методы

Изучено течение беременности у 36 рожениц со срочными родами (от 37 нед), составивших 1-ю

группу, и у 35 рожениц с ПР (от 22 до 37 нед) — 2-я группа, из числа которых у 3 рожениц были многоплодные беременности. Также нами изучалось состояние новорожденных: I группу составили дети, родившиеся в срок ($n=36$), II группу — недоношенные дети ($n=40$). Изучена частота экстрагенитальной, гинекологической патологии. Гидролитические ферменты определяли в крови у рожениц из кубитальной вены и у новорожден-

ных из крови пуповины: щелочную фосфатазу (ЩФ), ед./л; липазу, ед./л; амилазу, ед./л; пепсиноген 1, нг/мл; пепсиноген 2, нг/мл и альфа-1-антитрипсин. Определение перечисленных показателей проводили с использованием модульной платформы для биохимического и иммунохимического анализа Cobas-8000 (модуль 702) фирмы Roche.

Патология	Группа 1 (n=36) n (%)	Группа 2 (n=35) n (%)
Желудочно-кишечный тракт	1 (2,78)	9 (25,71)*
Эндокринная система	4 (11,11)	5 (14,29)*
Сердечно-сосудистая система	4 (11,11)	2 (5,71)
Инфекция мочевыводящих путей	6 (16,67)	17 (48,57)*
Нервная система	2 (5,56)	6 (17,14)

Таблица 1. Экстрагенитальная патология в группах родильниц

Статистический анализ проведен в среде пакета STATISTICA 10 (USA, Tibco). Рассчитывали описательные статистики: число женщин в группах (n), среднее (M), стандартную ошибку среднего (m), медиану (Me), верхние и нижние квартили [25%; 75%]. Сравнение групп родильниц (1-й и 2-й) и новорожденных (I и II) проводили при помощи критерия Манна–Уитни, двустороннего критерия Стьюдента, критерия Вилкоксона. Оценку взаимосвязи качественных показателей, характеризующих анализируемые группы, осуществляли с помощью критериев χ^2 Пирсона, максимум правдоподобия (М-П) χ^2 , а также непараметрических коэффициентов корреляции Фи, Крамера, Спирмена, коэффициента сопряженности. Во всех критериях использовали общепринятый уровень статистической значимости $p=0,05$ [8].

Результаты

Проведенный анализ частоты экстрагенитальной патологии у родильниц с ПР и доношенной беременностью показал, что чаще болели обследованные во 2-й группе (табл. 1): в 1-й группе на 1 родильницу приходилось 0,5 диагноза экстрагенитальной патологии, а во 2-й группе — 1,1 диагноза. Статистически достоверно чаще во 2-й группе отмечали заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) ($p=0,005$) и инфекции мочевыводящих путей

(ИМВП) ($p=0,003$). Между числом родильниц, страдающих заболеваниями эндокринной ($p=0,692$), сердечно-сосудистой ($p=0,420$) и нервной ($p=0,126$) систем статистическая разница отсутствовала (см. табл. 1).

Превалирование частоты заболеваний ЖКТ и ИМВП являются тем преморбидным фоном, на котором вынашивалась беременность. Мы можем предположить, что как заболевания ЖКТ, так и ИМВП влияют на доношивание беременности.

Изучение имеющихся в анамнезе гинекологических заболеваний показало статистически достоверную разницу в частоте бесплодия ($p=0,003$), инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) ($p=0,039$), бактериального вагиноза (БВ) ($p=0,000$) и наличия миом матки и генитального эндометриоза ($p=0,009$), при этом по частоте данной патологии лидировали родильницы 2-й группы (табл. 2).

Неблагоприятный преморбидный фон по частоте как экстрагенитальной патологии, так и гинекологических заболеваний, чаще приводил к угрозе прерывания настоящей беременности в I ($p=0,006$) и во II триместрах ($p=0,021$) во 2-й группе. Течение беременности осложнилась у 14 (38,89%) родильниц 1-й группы и у 19 (54,29%) родильниц во 2-й группе инфекциями верхних дыхательных путей (ВДП) и острой респираторно-вирусной инфекцией (ОРВИ), $p=0,193$. Кроме этого, у 5 (13,89%) родильниц в 1-й группе и у 9 (25,71%) во 2-й группе ($p=0,210$) во время настоящей беременности выявляли ИМВП; вульвовагинальный кандидоз (ВВК) выявлен в 1-й группе у 6 (16,67%) родильниц и во 2-й группе у 9 (25,71%), $p=0,350$; БВ определялся в 1-й группе у 6 (16,67%) родильниц и во 2-й группе у 18 (51,43%), $p=0,001$.

Как видно, частота БВ как до наступления настоящей беременности, так и во время ее была статистически значимо выше у родильниц с ПР, что ухудшало течение самой беременности (рис. 1). Статистически достоверные различия между группами по частоте развития на фоне настоящей беременности бактериального вагиноза ($p=0,001$) повлекли за собой исследования состава микробиоты влагалища. Мы изучили микробный фон у родильниц с БВ (табл. 3).

Статистически значимо чаще *Gardnerella vaginiae* ($p=0,024$) и *Atopobium vaginiae* ($p=0,001$) были выяв-

Патология	Группа 1 (n=36) n (%)	Группа 2 (n=35) n (%)
Бесплодие	3 (8,33)	13 (37,14)*
Воспалительные заболевания органов малого таза	9 (25,0)	16 (45,71)
Инфекции, передаваемые половым путем	9 (25,0)	17 (48,57)*
Миома и эндометриоз	2 (5,56)	10 (28,57)*
Бактериальный вагиноз	7 (19,44)	22 (62,86)*

Таблица 2. Частота гинекологической патологии у родильниц групп исследования

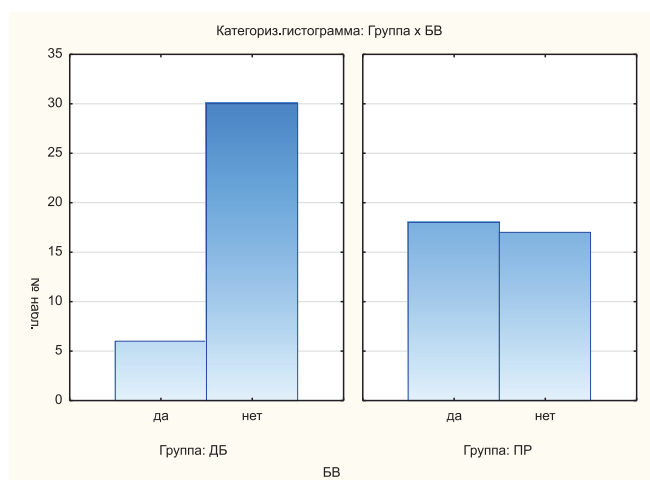
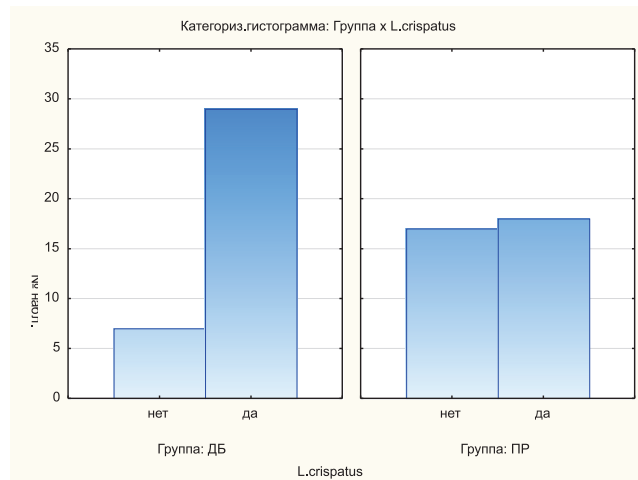


Рис.1. Наличие бактериального вагиноза (БВ) в группах исследования


 Рис.2. Число родильниц в группах с *L.crispatus*

лены у родильниц с ПР (2-я группа), что, несомненно, повлияло на частоту выделения лактобактерий (ЛБ). Исследования показывают, что ЛБ должны составлять до 90% микробного сообщества [9, 10]. В нашем исследовании в 1-й группе *L. crispatus* выявлена у 80,56% (29 родильниц), во 2-й группе таких родильниц было 51,43% (18 женщин), $p=0,009$, что показано на рис. 2. Присутствие *L. crispatus* препятствует развитию патогенов [11], способствуя доношиванию беременности.

Сравнение показателей величины ферментов ЖКТ у родильниц обеих групп продемонстрировало существенную разницу только в уровне ЩФ, $p=0,000$ (табл. 4). При этом в 1-й группе определена корреляционная связь между амилазой и липазой ($R=0,623$), липазой и альфа-1-антитрипсином ($R=0,395$), а также между пепсиногеном 1 и пепсиногеном 2 ($R=0,715$), во 2-й группе — между пепсиногеном 1 и пепсиногеном 2 ($R=0,610$), ЩФ и пепсиногеном 2 ($R=-0,375$).

Среди новорожденных в обеих группах эти же показатели отличались по уровню амилазы ($p=0,002$), пепсиногена 1 ($p=0,000$) и пепсиногена 2 ($p=0,001$) (табл. 5). В отличие от матерей, уровень ЩФ у новорожденных обеих групп (I и II) статистически не отличался ($p=0,284$). Нами не выявлено отличий между новорожденными обеих групп также в уровне альфа-1-антитрипсина ($p=0,617$). Полученные результаты соответствуют данным, которые были получены Г.А. Пенжояном и соавт. в 2017 г. [12].

Математический анализ сравнения показателей уровня ферментов у родильниц и новорожденных соответствующих групп показал: если между

родильницами 1-й группы и новорожденными I группы имеется корреляция между пепсиногеном 2 и амилазой ($R=0,473$), пепсиногеном 1 и липазой ($R=0,362$), то между 2-й группой родильниц и II группой новорожденных выявлена отрицательная связь пепсиногена 2 и ЩФ ($R=-0,516$), что нехарактерно для доношенных детей I группы.

Таким образом, выявлена связь между уровнем ЩФ и пепсиногеном 2 ($R=-0,375$) как у родильниц с ПР, так и у недоношенных детей ($R=-0,516$). Для родильниц с ПР характерна статистически значимая высокая частота заболеваний ЖКТ ($p=0,005$), а также БВ как в анамнезе ($p=0,000$), так и во время настоящей беременности ($p=0,001$). Преимущественное выделение *Atopobium vaginae* ($p=0,001$) и *Gardnerella vaginae* ($p=0,024$) во 2-й группе у родильниц с ПР коррелирует со сниженным уровнем ЩФ ($R=0,372$) и повышенным уровнем пепсиногена 2 у новорожденных II группы ($R=0,415$). Отсюда можно предположить, что между микробиотой влагалища, проявляющейся ее дисбиозом, имеется связь, подтверждаемая коэффициентами корреляции с гидролазами, которые были определены как у родильниц с ПР, так и у рожденных ими недоношенных детей.

Заключение

Учитывая, что на уровень ЩФ влияет целый ряд факторов, таких как фетоплацентарная недостаточность, преэклампсия и др. [13, 14], а ее снижение коррелирует с частотой БВ, можно считать, что гидролазы родильниц и новорожденных (ЩФ и пепсиноген 2) при ПР зависят от состояния ми-

Возбудитель БВ	1 группа, n=36		2 группа, n=35		p=
	абс.	%	абс.	%	
<i>Gardnerella vaginae</i>	5	13,89	13	37,14	0,024
<i>Atopobium vaginae</i>	5	13,89	17	48,57	0,001
<i>Mobiluncus spp.</i>	4	11,11	9	25,71	0,111

Таблица 3. Возбудители бактериального вагиноза (БВ) в группах

Биохимические показатели матерей	1 группа, n=36			2 группа, n=35			p=
	M±m	Me	[25,0%;75,0%]	M±m	Me	[25,0%;75,0%]	
Липаза, Ед/л	28,79 ±12,61	25,55	[21,8;32,4]	28,96±10,78	25,7	[22,8;34,8]	0,620
Амилаза, Ед/л	52,96±17,9	54,0	[42,0;63,0]	51,57±17,75	54,0	[40,0;67,0]	0,895
Альфа 1 антитрипсин	2,34±0,44	2,28	[2,2;2,5]	2,39±0,47	2,46	[2,08;2,66]	0,225
ЩФ, Ед/л	182,5±79,99	170,5	[133,0;190,0]	113,12±41,82	106,0	[81,0;136,0]	0,000
Пепсиноген 1, нг/мл	50,74±24,09	45,8	[32,9;69,8]	56,45±34,74	52,6	[36,8;66,7]	0,615
Пепсиноген 2, нг/мл	8,88±6,5	6,1	[4,4;11,4]	7,87±3,69	7,0	[5,6;9,4]	0,879

Таблица 4. Ферменты ЖКТ у родильниц клинических групп

Показатель	I группа, n=36			II группа, n=40			p=
	M±m	Me	[25,0%;75,0%]	M±m	Me	[25,0%;75,0%]	
Липаза, Ед/л	10,72 ±3,3	10,25	[8,2;12,2]	10,49±3,11	9,8	[8,2;12,6]	0,951
Амилаза, Ед/л	9,0±9,24	6,5	[4,0;10,0]	4,61±3,25	4,0	[2,0;6,0]	0,002
Альфа 1 антитрипсин	1,33±0,34	1,3	[1,2;1,41]	1,30±0,43	1,28	[0,97;1,63]	0,617
ЩФ, Ед/л	157,53±43,71	156,0	[115,0;189,0]	166,76±56,18	171,0	[133,0;211,0]	0,284
Пепсиноген 1, нг/мл	10,92±10,54	7,9	[6,5;9,6]	4,66±2,55	4,1	[2,5;5,9]	0,000
Пепсиноген 2, нг/мл	5,55±6,74	3,55	[2,3;5,4]	3,39±5,0	1,8	[0,9;4,6]	0,001

Таблица 5. Гидролазы сыворотки крови пуповины плода

кrobiоты влагалища родильницы. Возможно, что профилактика дисбиотических состояний путем введения интравaginaльных [15] или пероральных лактобактерий будет улучшать состояние микробиоты и ЖКТ, предупреждать возможное неблагоприятное воздействие материнской влагалищной микробиоты при естественных родах. Показатели гидролаз новорожденных зависят от микробиоты их ЖКТ, а также от состояния микробиоты вла-

галища родильниц. Нормальная беременность сопровождается взаимодействием и балансом плода и матери. Важную роль в этом играет не только микробиота влагалища, но и ферментативная активность новорожденного. Исследования в этой области необходимо продолжить, чтобы найти новые пути по профилактике ПР и стабилизации дигестивного потенциала у новорожденного, что улучшит грудное вскармливание [11].

Литература:

1. Cause of preterm birth as a prognostic factor for mortality / P. Delorme, F. Goffinet, P-Y. Ancel, et al. // *Obstet Gynecol.* – 2016. – 127(1). – P.40-8. doi: 10.1097/AOG.0000000000001179;
2. Михайлова НА., Воеводин Д.А., Поддубиков А.В. Коррекция дисбиоза – основа регенеративной медицины. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2018; 95(5): 107-13. <https://doi.org/10.36233/0372-9311-2018-5-107-113> / N.A. Mikhailova, D.A. Voevodin, A.V. Poddubikov Disbiosis correction – the basis of regenerative medicine // *Zh. Mikrobiol. (Moscow)*, 2018, №5, P. 107-113. <https://doi.org/10.36233/0372-9311-2018-5-107-113>
3. Diemert A., Arck P.C. Preterm birth: pathogenesis and clinical consequences revisited. *Seminars in immunopathology*. 2020; 42:375-376. doi: 10.1007/s00281-020-00809-w; 4. World Health Organization. Preterm birth. 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>;
5. Халафян А.А. STATISTICA 6. Математическая статистика с элементами теории вероятностей. М.: Бином, 2010. 491 с. ISBN: 978-5-9518-0386-3/ Khalafyan A.A. STATISTICA 6. Mathematical statistics with elements of probability theory. Moscow: Binom, 2010. P.491;
6. Epidemiology and causes of preterm birth / R.L. Goldenberg, J.F. Culhane, J.D. Iams, et al. // *Lancet.* – 2008. – Vol.371(9606). – P.75-84. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-4;
7. Карахалис, Л.Ю. Особенности репродуктивного здоровья пациенток с невынашиванием беременности, имеющих избыточную массу тела или ожирение / Л.Ю. Карахалис, Е.И. Стебло, Г.А. Пенжоян // *Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение*, 2019. – 2(24). – С.31-37. doi: 10.24411/2303-9698-2019-12003 / Karakhalis L.Yu., Steblo E.I., Penzhoyan G.A. Reproductive health features of women with miscarriage, with overweight or obesity. *Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obucheniye* [Obstetrics and Gynecology: News, Opinions, Training]. 2019; 7(2): 31-37. doi: 10.24411/2303-9698-2019-12003;
8. Maternal and neonatal outcomes of antenatal anemia in a Scottish population: a retrospective cohort study / R. Rukuni, S. Bhattacharya, M.F. Murphy, D. Roberts, S.J. Stanworth, M. Knight // *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* – 2016. – Vol.95. – P.555-64;
9. Van Oostrum N., De Sutter P., Meys J., Verstraeten H. Risks associated with bacterial vaginosis in infertility patients: a systematic review and meta-analysis. *Hum. Reprod.* 2013; 28(7): 1809-15;
10. Chen C., Song H., Wei W., Zhong H., Dai J., Lan Z., et al. The microbiota continuum along the female reproductive tract and its relation to uterine-related diseases. *Nat. Commun.* 2017; 8(1): 875;
11. Stine L. Infectiion: Vaginal microbiota and infectious infertility. *Nat. Rev. Urol.* 2018; 15(3): 136.
12. Bacteria in the vaginal microbiome alter the innate immune response and barrier properties of the human vaginal epithelia in a species-specific manner / S.Y. Doerflinger, A.L. Throop, M.M. Herbst-Kralovetz // *J Infect Dis.* –2014. –Vol. 209. P.1989-99. doi: 10.1093/infdis/jiu0046;
13. Карахалис, Л.Ю. Влияние влагалищной микробиоты на течение беременности и роды // Л.Ю. Карахалис, Н.С. Иванцов // *Кубанский научный медицинский вестник*. 2020; 27(6): 30-43. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2020-27-6-30-43> / Karakhalis L.Yu., Ivantsov N.S. Impact of Vaginal Microbiota on Gestation and Labour. *Kubanskii Nauchnyi Meditsinskii Vestnik*. 2020; 27(6): 30-43. (In Russ., English abstract). <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2020-27-6-30-43>

ВАШИ ОТЗЫВЫ ГРЕЮТ НАШИ СЕРДЦА

Стихи — это самое короткое, но самое яркое выражение благодарности.

* Сохранены авторская орфография и пунктуация

От всей души вам выражаем благодарность!
Примите благодарность от души,
За каждый ваш совет, за все старанья.
Желаем мы успехов Вам больших!
Желаем вам помочь еще многим людям.

Савостьянова Т.Г., Скорина Е.А.

Спасибо всему персоналу за ваши умелые руки, за
ваши умные головы, за ваши труды с нами, иногда
капризными пациентами. Я благодарю судьбу, что в
трудную минуту, она свела меня с такими прекрас-
ными и чуткими людьми.

Спасибо, доктор, Вам за помощь,
За то, что мне придали сил.
Вы протянули в горе руку,
Когда недуг меня скосил.
Здоровы будьте, вдохновенны.
Светите знанием, добротой.
Пусть будет меньше огорчений.
Удач вам, доктор дорогой!

Терехина Е.В.

Выражаем сердечную благодарность всему кол-
лективу 2 отделения за их работу, человеческую
чуткость, за их нелегкий труд. Отдельное спасибо
работникам кухни за их вкусную еду. Огромное спа-
сибо санитаркам за чистоту в отделении. Огромное
спасибо всем! Мы очень признательны всему ваше-
му коллективу!

Спасибо, вам, что излечили,
Что возвратили нам здоровье,
Что нам внимание уделили,
За то, что трудитесь с любовью!
Вам благодарность выражаем,
Вам сил, энергии желаем!

Пациентки палаты №14
(Денисова, Струкова, Сидорова)

Спецы! Как трудно подобрать слова
Всем вам — в знак нашей благодарности?!
Вы на «своем посту» всегда!
И с Гиппократом в солидарности.

Ваш ненормированный график
(хотя, закон это «претит») —
Бодрит и радует нас! Счастье,
Что коллектив ваш так Един!

Медикаменты! Плюс + улыбка!
Забота! Трепет! Труд! Все нам.
Вы «психологией» прикрыто
Нас лечите от «всяких ран»

Так, помолясь, Господу Богу,
Мы у Него просим в мольбах:
Не только нам — МНОГО здоровья,
Но и всем вам, мед.персонал!

Афонькина Н.И.

Как здорово, что есть на свете,
Профессия — которой нет важней!
И взрослые, и старшие, и дети
Находят помощь у заботливых врачей!
Спасибо за последнюю надежду,
За жизнь, спасенную в который раз!
С болезнями вы в бой идете смело,
Благодарим за это Вас!

Нестерова А.А., Гребенюк Н.А., Попова О.Ю,
Сурина О.В., Миронова М.В.

Мы ждем Ваших отзывов:

1. В книгах отзывов в отделениях
2. На официальном сайте ГКБ№8
(www.rzn8gb.ru)
3. В официальной группе вконтакте
(vk.com/whealth62)
4. На странице в инстаграм
(www.instagram.com/womanhealth62gkb8)

ГБУ РО Городская клиническая больница №8

Мы оказываем все виды квалифицированной гинекологической помощи, в том числе в условиях дневного стационара, в плановом и экстренном порядке по полису ОМС, ДМС и платным услугам по следующим направлениям

- Патология беременности (до 22 недель) и послеродового периода
- Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза
- Патология шейки матки
- Оперативное лечение в плановом и экстренном порядке, включая высокотехнологичную помощь
- Малые гинекологические операции и внутриматочные вмешательства
- Реабилитация после хирургических вмешательств и в рамках подготовки к беременности
- Прерывание беременности, в т. ч. медикаментозный аборт

подробности по тел.: 25-42-27

В нашей клинике также проводятся:

- Современные физиотерапевтические процедуры, озонотерапия, гирудотерапия, УЗ-кавитация
- Ультразвуковое исследование органов малого таза и молочных желез
- Гистеросальпингография
- Маммография, рентгенография органов грудной клетки, ирригография
- Кольпоскопия
- Все виды необходимых лабораторных исследований

тел.: 25-66-19

Консультации:

- Ведущего специалиста по вопросам генитального пролапса Маркина А.В.
- Главного внештатного детского гинеколога Хоревой А.Е.

запись по тел.: 25-42-27

Рязань,
ул. Каширина, д. 6



www.instagram.com/womanhealth62gkb8
m.vk.com/whealth62

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ТРЕБУЕТСЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА.