

БОЛЬНИЦА НА КАШИРИНА

№29. Декабрь 2021



с заботой о женском здоровье



Тема номера:

**Генитальный пролапс.
Ответы на деликатные
вопросы.**

Интервью с А.В. Маркиным

Экспресс-тест диагностики пролапса

Интересные клинические случаи

Материалы конференций

Чем запомнился 2021 год

В ЭТОМ НОМЕРЕ:

ПОЗДРАВЛЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА 3

ИНТЕРВЬЮ С ВРАЧОМ

Проблема, с которой обращаются ежедневно 4

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Генитальный пролапс, почему так актуально? 6

Экспресс-тест ранней диагностики пролапса 10

Тренировка мышц тазового дна 11

СОБЫТИЯ ГКБ 8

Центр лечения заболеваний бартолиновой железы
«Бартолина» 13

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИЙ, ВЫСТАВОК, ФОРУМОВ

Тактика ведения пациенток с несостоятельностью рубца
на матке после операции кесарева сечения 14

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Возможности хирургической коррекции шеечно-
влагалищных свищей при сочетанной патологии
шейки матки 17

НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НАШИХ СОТРУДНИКОВ

Актуальные методики снижения кровопотери при
реконструктивно-пластических операциях на матке 19

ЧЕМ ЗАПОМНИЛСЯ 2021 26

ГКБ №8 в социальных сетях.

www.instagram.com/womanhealth62gkb8

m.vk.com/whealth62

Редакционная коллегия:

Миров А.И., Маркин А.В.,

Метелкина П.В., Якушина Р.В.

Главный редактор: Бочарова С.М.

По всем вопросам публикации:
gkb8journal@yandex.ru





С Великим и Светлым праздником Рождества Христова! Желаю Божией помощи во всем, и пусть хранит Христос от всякого ненастья, от боли и недуга, от умного врага, от мелочного друга, и дай Господь здоровья, долгих лет жизни, любви и много счастья! Прекрасный таинственный сакральный Праздник! Именно от него мы ожидаем нечто чудесное или романтическое.

Но по календарю вначале нам предстоит встреча Нового года. И уже традиционно, завершая календарный год, принято подводить итоги, писать отчеты, составлять планы на будущее. От этого пахнет некой казенщиной.

Каков был уходящий? Как всегда — трудный? А были другие? Он был таким, каким был, полосатым черным и белым, радостным и ужасным. Каждый, в зависимости от своего ощущения, сохранит о нем память своего цвета и оттенка. Хорошо, что мы выстояли, решили все поставленные задачи (или почти все) на уверенное «хорошо»!

Совсем скоро в двери постучится с последним ударом курантов маленький 2022. Дед Мороз (а на самом деле — Николай Чудотворец) принесет подарки и маленьким и большим и от этого даже в самую суровую стужу потеплеют сердца и станут радостно ожидать Рождества.

Дорогие коллеги и друзья, ВЫ — замечательные! Искренне поздравляю ВАС!

Остаюсь искренне ваш, Мирон А.И.



ПРОБЛЕМА, С КОТОРОЙ ОБРАЩАЮТСЯ ЕЖЕДНЕВНО

На самые актуальные вопросы о генитальном пролапсе отвечает врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, заведующий операционным блоком ГБУ РО ГKB №8 Маркин Алексей Валерьевич.

— Алексей Валерьевич, расскажите как часто обращаются женщины в ГKB №8 по вопросам лечения генитального пролапса? Пациентки какого возраста приходят к вам на консультации?

— Пациентки с подобными проблемами обращаются ежедневно, и количество этих обращений растет. При этом возраст пациенток очень сильно варьирует — встречаются и женщины чуть старше 30 лет и даже более 90 лет.

— Как изменилось количество операций по поводу пролапса за последние 5 лет? Есть ли какая то динамика?

— Количество операций за последние пять лет достаточно стабильно, но в последний год отмечена тенденция к росту вмешательств при данной патологии. Связано это, прежде всего, с тем, что у пациенток появилась возможность получать специализированную консультативную помощь на базе нашего учреждения.

— Какие симптомы сигнализируют о том, что пора обратиться к гинекологу? И с какими жалобами чаще всего обращаются пациентки?

— Дискомфорт, ощущение инородного тела в области промежности, проблемы, связанные с нарушением мочеиспускания и опорожнения кишечника. Симптомы неспецифичны, но при их появлении необходима консультация специалиста.

— Как быть если есть пролапс, но ничего не беспокоит?

— Тактику в этом случае во многом определяет желание пациентки. Если проблема опущения не нарушает качество жизни и не вызывает беспокойства у женщины, то врачу не стоит настаивать на коррекции данного состояния, тем более хирургическими методами.



— Существует мнение, что генитальный пролапс — проблема больше женщин молодого возраста и необходимо начинать профилактику данного состояния как можно раньше, чтобы избежать тяжелых форм опущения и выпадения внутренних половых органов в будущем. Насколько вы согласны с этим утверждением? Всем ли женщинам необходима профилактика, с какого возраста ее необходимо начинать и что она включает?

— Согласен с этим утверждением полностью, поскольку в большинстве ситуаций пусковым механизмом данного состояния являются роды через естественный родовой путь.

Безусловно, профилактика необходима женщинам с одними и более самопроизвольными родами. Особенно это касается женщин с генетическими заболеваниями соединительной ткани и перенесших осложненные роды, сопровождающиеся травмами мягких тканей родового пути и промежности. Указанной группе рекомендуется регулярно выполнять упражнения для укрепления мышц тазового дна и исключить тяжелые физические нагрузки. Одновременно требуется коррекция хронических заболеваний и состояний, связанных с затрудненным актом дефекации.

Мероприятия по профилактике пролапса следует

начинать спустя 6 недель после родов и далее на регулярной основе.

— **Сегодня на рынке имеется большое количество приспособлений для тренировки мышц тазового дна в домашних условиях (конусы, шарики, миостимуляторы и тд). Можно ли их использовать самостоятельно или требуется предварительная консультация врача?**

— Даже несмотря на простоту использования приспособлений для тренировки мышц тазового дна, необходима предварительная консультация врача специалиста.

— **Каким пациенткам показано хирургическое лечение?**

— Хирургическое лечение показано пациенткам со 2 и более стадией пролапса при наличии клинических проявлений или при неэффективности консервативных методов лечения, используемых ранее.

— **Как проводится предоперационная подготовка и почему она важна?**

— Одно из важнейших условий успешного хирургического вмешательства — это тщательно проведенная предоперационная подготовка, особенно у пациенток постменопаузального периода. Большинство операций выполняется влагалищным доступом, поэтому адекватная подготовка влагалища позволяет ликвидировать атрофические процессы слизистой оболочки и повысить эффективность лечения.

Подготовка чаще проводится с использованием местных и комплексных препаратов: местных форм препаратов с эстрогенами, современных аппаратных методик (ультразвуковая кавитация) и специальных урогинекологических пессариев.

— **Какие альтернативы хирургического лечения существуют и кому они показаны?**

— В продолжение темы пессариев — они могут использоваться и для консервативного лечения пролапса. Показаны в том случае, если пациентка отказывается от хирургического вмешательства или при наличии противопоказаний к проведению операции.

— **Как правильно использовать пессарий и как часто его необходимо извлекать?**

— Пессарий должен использоваться ежедневно. Для облегчения его введения необходимо использовать специальные средства (увлажняющие гели, местные формы эстрогенов).

В своей практике мы, как правило, используем устройства, которые требуют ежедневного введения: на ночь пессарий удаляется, а утром вновь устанавливается во влагалище. Но существуют и устройства, устанавливаемые на более длительный период времени (до двух недель).

— **Известно, что пролапс тазовых органов заболевание прогрессирующее и часто пациентки поступают на повторное оперативное лечение. Были ли у вас такие случаи?**

— Пролапс тазовых органов, безусловно, заболевание неуклонно прогрессирующее. Даже успешно проведенная хирургическая коррекция не всегда позволяет до конца решить настоящую проблему. Частота рецидивов очень вариабельна и зависит от вида исходного пролапса, возраста женщины, наличия сопутствующих заболеваний и объема проведенного оперативного вмешательства. Думаю, что у любого хирурга, специализирующегося на подобных проблемах, были рецидивы данной патологии. И в данном вопросе большую роль играет регулярное наблюдение у врача и строгое соблюдение всех рекомендаций самой пациенткой.

— **Какие рекомендации следует соблюдать женщинам после оперативного вмешательства? Какие существуют ограничения?**

— Рекомендации после оперативного вмешательства касаются ограничений физических нагрузок в течение некоторого времени после операции. В ряде случаев рекомендуем использовать для сидения только жесткие поверхности. Часто советуем обратиться к специалистам для коррекции хронических заболеваний, сопровождающихся кашлем, нарушением работы кишечника. Обучаем женщин своевременному контролю за опорожнением мочевого пузыря и кишечника.

— **Как пациентки могут попасть на консультацию по вопросам пролапса и что для этого требуется?**

— На консультацию к нам может прийти любая женщина с подобной проблемой. Специализированный прием по вопросам генитального пролапса ведется несколько раз в неделю по предварительной записи, осуществляемой как при обращении лично, так и с использованием дистанционной записи.

Интервью подготовила Бочарова С.М.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ТАЗОВОГО ДНА. ПОЧЕМУ ТАК АКТУАЛЬНО?

Мы привыкли думать, что недостаточность тазового дна – это проблема женщин старшего возраста. Нет. Это проблема и молодых женщин.

Среди гинекологических заболеваний около 30% приходится на опущение и выпадение органов малого таза. С каждым годом эта патология прогрессирует и «омолаживается».

Во всем мире нарушение функции мышц тазового дна и опущение внутренних половых органов все чаще выявляется среди пациенток репродуктивного возраста. Позднее обращение за медицинской помощью, отсутствие симптомов при начальных формах заболевания, длительная выжидательная тактика приводят к росту заболеваемости тяжелыми формами пролапса уже в более старшем возрасте.

Основные понятия

В норме мочевой пузырь, матку, влагалище, прямую кишку (органы малого таза) удерживают связки и мышцы, формирующие тазовое дно. Мышцы натянуты в поперечном направлении, выстланы как черепица одна над другой, и располагаются между копчиком сзади и лобковой костью спереди.



Рис 1. Схематическое расположение мышц тазового дна

Пролапс тазовых органов — хроническое заболевание, возникающее в результате ослабления мышечно-связочного аппарата органов малого таза и приводящее к опущению стенок влагалища и выпадению матки.

Опущение и выпадение органов малого таза — состояние, при котором нарушается размещение матки и стенок влагалища и наблюдается перемещение половых органов к влагалищному входу или они выпадают за его пределы.

Пролапс тазовых органов (пролапс гениталий, генитальный пролапс) — хроническое заболевание, которое развивается в результате ослабления



Рис. 2. Формы генитального пролапса

мышц тазового дна и приводящее к опущению и выпадению органов малого таза.

Существует 4 степени пролапса, определяемые с помощью специальных приемов. Упрощенно их можно описать следующим образом:

- 0 степень — во время натуживания опущения нет;
- 1-2 степень — опущение органов малого таза, при котором матка и стенки влагалища изменяют нормальное положение, но не выходят за пределы входа во влагалище;
- 3 степень — неполное выпадение матки и влагалища;
- 4 степень — полное выпадение матки и влагалища.

Недостаточность тазового дна (далее — НТД) является собирательным понятием, включающим опущение или выпадение тазовых органов, недержание мочи, недержание кала, сексуальную дисфункцию и тазовую боль (не связанную с другими причинами).

Что говорит статистика

Пролапс тазовых органов встречается в среднем у 50% женщин в возрасте 15-60 лет. Среди женщин в возрасте 20-29 лет частота пролапса составляет 20%. В 30-39 лет — 50%, 40-49 лет — 77%, 50-59 лет — 74%, после наступления менопаузы форми-

руется «плато».

По данным Российских исследователей 47% больных с пролапсом — женщины трудоспособного возраста. Симптомы недостаточности тазового дна имеются у 4% нерожавших женщин, у 7% первородящих, у 23% имевших 2 родов, у 33% — 3 родов и у 47% — 4 родов. Средний возраст женщин репродуктивного возраста имеющих те или иные проявления НТД 34-40 лет.

Наличие симптомов недостаточности тазового дна (по данным J. Awwad и соавт., 2012)



Рис. 3. Статистика НТД

Факторы риска недостаточности тазового дна

1. Генетические факторы. По мнению большинства ученых, основной причиной генитальных пролапсов у молодых женщин являются наследственные заболевания соединительной ткани (синдром Марфана, синдром гипермобильности суставов, синдром вялой кожи).
2. Дисплазия соединительной ткани. Это врожденная аномалия, сопровождающаяся нарушением структуры коллагена и приводящая к нарушению его прочности.
3. Раса. Латиноамериканки и белые женщины имеют более высокий риск пролапса тазовых органов по сравнению с женщинами афроамериканского происхождения.
4. Роды. Главной причиной опущения внутренних половых органов является недостаточность мышц тазового дна и мышц передней брюшной стенки, возникающие после родов через естественный родовый путь. При влагалищных родах травма структур тазового дна встречается у 10-40% рожениц. По сравнению с кесаревым сечением, спонтанные роды через естественный родовый путь повышают риск развития пролапса более чем в 3 раза.
5. Слабость мышц тазового дна, т.е. неспособность мускулатуры обеспечить нормальную архитектуру органов малого таза в отсутствие ее повреждений.

6. Возраст и снижение синтеза эстрогенов. У женщин старшего возраста наблюдается возрастной дефицит мышечной ткани, способствующий проявлению пролапса.
7. Хронические заболевания. Ожирение, неврологические расстройства, рассеянный склероз чаще сочетаются с НТД.
8. Повышение внутрибрюшного давления. К повышению внутрибрюшного давления приводят подъем тяжестей, упражнения, сопровождающиеся прыжками, хронический кашель (связанный с курением, хронической обструктивной болезнью легких, бронхиальной астмой), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (запоры). Систематическое чрезмерное повышение внутрибрюшного давления приводит к закономерному ослаблению мышечно-связочного каркаса тазового дна.
9. Ранее перенесенные операции по поводу пролапса. В связи с частыми рецидивами в настоящее время также являются фактором риска.

Вагинальные роды, возраст, вес — триада риска пролапса тазовых органов.

Какие симптомы указывают на недостаточность тазового дна

Ранние симптомы:

- «Хлюпающие» звуки при половом контакте;
- Попадание воздуха во влагалище при физических упражнениях;
- Слабая, прерывистая, разбрызгивающая струя мочи;
- Непроизвольное выделение мочи, газов, жидкого стула.

Классические симптомы

- Симптомы, связанные с пролапсом: чувство тяжести, распираания, ощущение инородного тела во влагалище, ощущение «выпавшего» органа, кровотечения при наличии язвы слизистой оболочки;
- Нарушение мочеиспускания: учащенное мочеиспускание, недержание мочи при напряжении;

- Кишечные симптомы: запоры, недержание кала;
- Симптомы сексуальной дисфункции: снижение либидо, дискомфорт, боли при половом акте;
- Хроническая боль.

При появлении симптомов пролапса важно не терпеть неудобства и своевременно обратиться к специалисту.



Рис.4. Виды пессариев.

Что включает первичное обследование

При первичном осмотре оценивается структура стенок и опорного аппарата влагалища, состояние матки и ее шейки. Выполняется:

- Мазок на флору (отделяемое урогенитального тракта);
- Цитологическое исследование мазков;
- УЗИ органов малого таза для исключения сопутствующей патологии;
- Консультация уролога при симптомах нарушения мочеиспускания.

Методы коррекции пролапса и симптомов НТД

1. Тренировка мышц тазового дна, упражнения Кегеля (подробное описание далее в одноименной статье)
2. Применение гинекологических пессариев. Решение об использовании пессария принимается совместно со специалистом. Существуют различные модификации, подбор осуществляется в индивидуальном порядке. Показаниями к применению могут стать:
 - Пролапс любой степени с наличием симптомов или бессимптомные формы;
 - Имеющиеся противопоказания к хирургическому лечению (отказ от операции, неудачный опыт хирургической коррекции, наличие общих противопоказаний);
 - Недержание мочи в сочетании с пролапсом;
 - Старший возраст и наличие серьезных соматических заболеваний.

3. Препараты эстрогенов. Используются вагинальные формы при атрофических изменениях слизистой оболочки влагалища, сопровождающихся сухостью, зудом, недержанием мочи, а также в качестве предоперационной подготовки.
4. Хирургическое лечение. Показаниями к хирургическому лечению является симптоматически выраженный пролапс 2-4 степени. Выбор методики осуществляется с позиции «какой вид вмешательства будет лучше для пациентки», то есть коррекция осуществляется с учетом индивидуальных особенностей. Могут применяться варианты пластических операций, как с использованием собственных тканей, так и с использованием сетчатых имплантов.

В нашей клинике проводятся консультации по вопросам генитального пролапса, в ходе которой составляется индивидуальный план обследования и лечения, включая методы хирургической и нехирургической коррекции.

Простые правила, которые могут предотвратить прогрессирование пролапса.

1. Лечение хронического кашля, отказ от курения.
2. Профилактика запоров. Запор — наличие менее 3 эпизодов стула в неделю. В целях контроля над опорожнением кишечника рекомендуется диета с высоким содержанием клетчатки (фрукты, овощи, орехи, бобы — около 25-30 г клетчатки в неделю), увеличение потребления жидкости (900-1200 мл в день), использование пробиотиков (в том числе употребление кисломолочных продуктов, квашеной капусты), слабительных средств, достаточная физическая активность.

3. Поддержание нормальной массы тела/снижение массы тела при ее избытке.
4. Избегание физических нагрузок, связанных с подъемом тяжестей.
5. Общая физическая активность. Рекомендуемая общая физическая активность для женщин 18-64 лет должна составлять не менее 30 мин в день аэробных упражнений умеренной интенсивности в течение 5 дней и силовых тренировок на основные группы мышц в течение 2 дней. В течение 1,5-2 мес после родов следует ограничить

упражнения с нагрузкой на брюшной пресс. В дальнейшем следует отказаться от физических упражнений, связанных с прыжками, подъемом тяжестей более 7 кг и бега со скоростью более 9 км/час. Общефизические тренировки, пилатес, йога и др виды оказывают положительное влияние на общее здоровье, а также улучшают результаты тренировок мышц тазового дна.

*Обзор подготовил врач акушер-гинеколог ГКБ №8,
Бочарова С.М.*

Литература:

1. Недостаточность тазового дна. Терапия на основе достижений науки и клинической практики/ под ред. В.Ф. Беженаря, Г.Б. Дикке, Е.Ю. Глухова. — М.: Изддом. «АБВ-пресс», 2021.
2. Российское общество акушеров-гинекологов Общероссийская общественная организация «Российское общество урологов». Клинические рекомендации. Выпадение женских половых органов. 2021.
3. <https://doctor-arabin.ru>



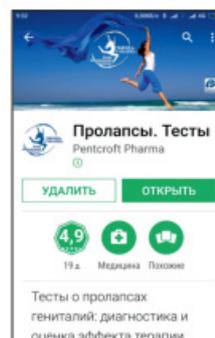
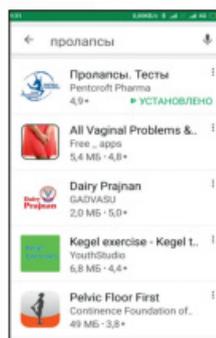
ЭКСПРЕСС-ТЕСТ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПРОЛАПСА

Данный опросник используется для диагностики своего состояния, понимания, есть ли повод обратиться к врачу по данной проблеме. Для полноценного теста нужно подготовиться, это касается ответа на вопрос №2. Возьмите зеркало и посмотрите, как выглядит Ваша промежность? На какое изображение максимально похожа?

1. Сколько мне лет? (укажите балл, соответствующий возрасту)	До 25	<input type="checkbox"/> 1 балл
	25-34	<input type="checkbox"/> 1 балл
	35-44	<input type="checkbox"/> 1 балл
	45-54	<input type="checkbox"/> 1 балл
	55-64	<input type="checkbox"/> 1 балл
	65 и выше	<input type="checkbox"/> 1 балл
2. Как выглядит ваша промежность? (найдите похожую картинку и поставьте галочку в соответствующем окне, рядом вы увидите бальную оценку на этот вопрос)		
<input type="checkbox"/> 0 баллов	<input type="checkbox"/> 1 балл	<input type="checkbox"/> 2 балла
<input type="checkbox"/> 3 балла	<input type="checkbox"/> 4 балла	
		
3.1 Испытывали ли Вы когда-нибудь дискомфорт во влагалище?	<input type="checkbox"/> да 1 балл	<input type="checkbox"/> нет 0 баллов
3.2 У Вас есть ощущение как будто что-то выпадает из влагалища (подобное чувство бывает при выпадении тампона)?	<input type="checkbox"/> да 1 балл	<input type="checkbox"/> нет 0 баллов
3.3 Сексуальный контакт сопровождается неприятными ощущениями или «посторонними» звуками?	<input type="checkbox"/> да 1 балл	<input type="checkbox"/> нет 0 баллов
3.4 У Вас есть такие проявления как боль, чувство давления, чувство инородного тела во влагалище?	<input type="checkbox"/> да 1 балл	<input type="checkbox"/> нет 0 баллов
3.5 У Вас бывает непроизвольное подтекание мочи, особенно при кашле или чихании?	<input type="checkbox"/> да 1 балл	<input type="checkbox"/> нет 0 баллов
3.6 Есть ли у Вас сложности с опорожнением кишечника или недержание газов?	<input type="checkbox"/> да 1 балл	<input type="checkbox"/> нет 0 баллов
3.7 Отмечаете ли Вы при мочеиспускании прерывистую струю или слабый напор?	<input type="checkbox"/> да 1 балл	<input type="checkbox"/> нет 0 баллов
3.8 Ощущаете ли Вы частые боли в пояснице?	<input type="checkbox"/> да 1 балл	<input type="checkbox"/> нет 0 баллов
4. Ключ к тесту: впишите сумму полученных баллов и оцените вероятность наличия пролапса половых органов	<input type="checkbox"/> сумма баллов	

Если полученная сумма меньше 5 баллов, то у вас нет пролапса. Если сумма баллов составила 5 и более — у Вас возможно наличие пролапса, следует проконсультироваться со специалистом.

Для Вашего удобства опросник есть в мобильном приложении Google play App Store. Делитесь информацией с Вашими знакомыми. Помните, раннее обращение к специалисту поможет избежать серьезных осложнений в будущем.



ТРЕНИРОВКА МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

Послеродовое или возрастное снижение упругости мышц малого таза приводит к дисфункции и опущению органов мочеполовой системы у женщин. Предотвратить это помогут упражнения Кегеля, которые не требуют спортивных навыков и могут выполняться в любом месте в свободную минуту.

Упражнения Кегеля — это комплекс упражнений для повышения тонуса мышц тазового дна и интимных мышц у женщин. Разработал эти упражнения Арнольд Кегель — Американский врач-гинеколог (1894-1981), изначально для лечения недержания мочи. Упражнения Кегеля заключаются в многократном повторении сжатия и расслабления мышц, относящихся к тазовому дну (их иногда так и называют — мышцы Кегеля).

Регулярные тренировки мышц тазового дна обеспечивают:

- уменьшение болевых ощущений в родах и восстановление мышц после родов;
- профилактику и лечение опущения органов малого таза;
- профилактику и лечение недержания мочи и кала;
- улучшение качества жизни.

Тренировки мышц тазового дна могут проводиться и с использованием современных специальных приборов для интимной гимнастики, в том числе домашних портативных устройств. Однако существующие противопоказания для тренажеров требуют предварительной консультации врача акушера-гинеколога.

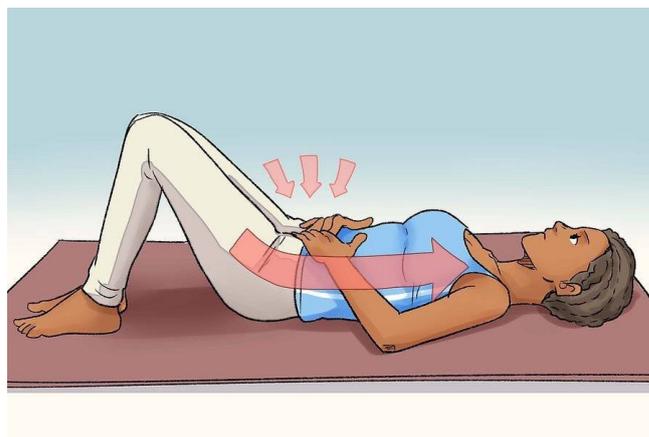
Общие противопоказания к проведению тренировок:

- Первые 6 недель после родов или хирургического вмешательства на органах малого таза;
- Воспалительные заболевания органов мочеполовой системы и малого таза;
- Беременность более 36 нед. или на любом сроке при наличии осложнений;
- Расширение вен в области влагалища. Тромбофлебит;
- Злокачественные образования тазовых органов;
- Менструация, использование барьерных контрацептивов.

Помните! Перед началом тренировок проконсультируйтесь с гинекологом. Каждый организм индивидуален, и всегда лучше спросить совета у профессионала.

Перед началом выполнения упражнений «найдите» у себя мышцы тазового дна:

- Во время очередного мочеиспускания попробуйте остановить усилием мышц струю мочи, а после, расслабляя их, возобновить.
- Перед началом упражнений постарайтесь напрячь мышцы тазового дна, которые Вы задействовали ранее (см. предыдущий пункт). Проследите, чтобы не сокращались другие группы мышц — живота, бёдер, ягодиц и иные. Если это происходит, ухудшается качество тренировки и оказывается давление на мочевой пузырь и контролирующие его мышцы.
- Чтобы не сокращать мышцы пресса положите руку на нижний сегмент живота во время упражнения — они должны быть полностью расслаблены во время «подтягивания» мышц тазового дна.



- Контролировать произвольные сокращения бёдер и ягодиц необходимо усилием воли, но можно также положить ладонь сверху.
- Также чтобы почувствовать мышцы тазового дна, можете поставить ноги на ширину плеч, носки стоп повернуть внутрь и после этого все действия (чихание, подъём чего-либо с пола, удерживание веса в руках) будут производиться с задействованием именно мышц малого таза, что будет ощущаться как напряжение в области гениталий.

Общие рекомендации перед началом:

- Выполнять гимнастику можно в любом удобном положении — сидя, стоя, лёжа.
- Начинать осваивать упражнения Кегеля для укрепления мышц тазового дна при недержании мочи лучше всего лёжа на спине или боку. Спустя некоторое время, когда тонус мускулатуры немного повысится, следует продолжить выполнение тренировок в положении сидя или стоя.
- Наибольшей эффективности можно добиться, выполняя упражнения с разведенными в стороны ногами.
- Важным правилом для выполнения упражнений при недержании мочи является пустой мочевого пузырь.

Доступность метода

- Вы можете выполнять упражнения практически где угодно — во время вождения машины, прогулки, просмотра телевизора, сидя за столом, лёжа в кровати.
- Возможно, в начале занятий на медленных сжатиях покажется, что мышцы не хотят оставаться в напряжённом состоянии. Возможно, вы не сможете выполнять сокращения достаточно быстро или ритмично из-за слабости мышц, которая со временем устранилась.
- Если мышцы устали в середине упражнения, отдохните несколько секунд и продолжайте. Не забывайте дышать естественно и ровно во время упражнений.

Техника выполнения упражнений Кегеля

№1. Медленные сжатия

- Напрягите мышцы, как при задержке акта мочеиспускания, медленно сосчитайте до трёх.

Расслабьтесь.

- Будет чуть сложнее, если, зажав мышцы, удерживать их в таком положении 5-20 секунд, потом плавно расслабить.

№2. «Лифт»

Начинайте «подъём на лифте» плавно!

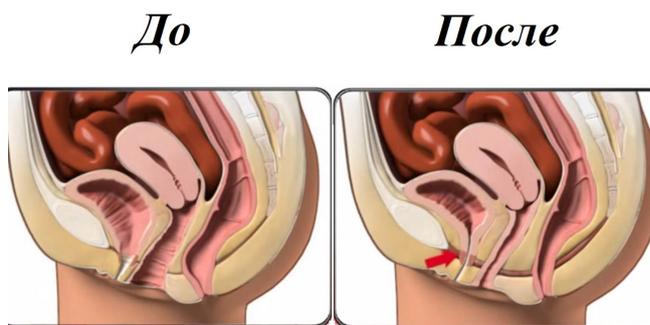
- 1 этаж. Слегка зажмите мышцы и удерживайте состояние 3-5 секунд.
- 2 этаж. «Подъём» продолжается: мышцы сжимаются чуть сильнее также на 3-5 секунд
- 3-7 этажи. Процедура повторяется с постепенным напряжением мышц и удержанием состояния по 3-5 секунд. Предельными считаются 4-7 этажи в зависимости от подготовленности и индивидуальных особенностей. «Спуск вниз» осуществляется также медленно и поэтапно с фиксацией на каждом из «этажей».

№3. Сокращения

- В исходном положении (лёжа) максимально резко сокращать и расслаблять мышцы. Рекомендуемое время фиксации мышц в сокращённом либо расслабленном виде — 10 секунд.
- После нескольких повторений рекомендуем дополнить упражнение интенсивными сокращениями (по 1 секунде на сокращение/расслабление) в течение 1 минуты.

Частота выполнения упражнений Кегеля

Начать выполнять упражнения Кегеля рекомендуется с десяти упражнений каждого вида. Через неделю добавьте по пять упражнений к каждому. Добавлять количество повторений нужно ежедневно до тех пор, пока количество каждого выполняемого упражнения не станет равно тридцати. В дальнейшем для поддержания тонуса мышц необходимо выполнять 150 повторений упражнений Кегеля каждый день.



Состояние мышц до и после занятий.

«ЦЕНТР ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ «БАРТОЛИНА»

В конце 2021 года в ГБУ РО «Городская клиническая больница №8» на функциональной основе открылся центр по лечению заболеваний бартолиновой железы «Бартолина». Центр назван так благодаря цветку, который называется — бартолина, или паучья орхидея, который не только красив, но и созвучен с бартолиновой железой, лечением заболеваний которой занимаются специалисты нашего центра.

Центр «Бартолина» организован на базе 3-го гинекологического отделения и направлен на оказание медицинской помощи пациенткам со всеми видами заболеваний бартолиновых желез, а также для проведения реабилитационных мер по профилактике рецидивов заболеваний.

Открытие нашего центра направлено не только на лечение уже имеющихся заболеваний, но и на проведение консультаций, своевременной диагностики, полноценной реабилитации с использованием современных методов физиолечения с целью профилактики и предотвращения повторных случаев возникновения заболеваний бартолиновой железы.

Бартолиновы железы, также большие вестибулярные железы или большие железы преддверия — большие парные железы преддверия влагалища, получившие своё название в честь датского анатома Каспара Бартолина-младшего (1655—1738), впервые подробно описавшего их.

Самыми распространенными заболеваниями бар-



толиновой железы являются абсцесс (истинный и ложный) и киста.

При возникновении абсцесса бартолиновой железы метод лечения один – это вскрытие и дренирование абсцесса.

При наличии кисты бартолиновой железы до недавнего времени было три вида операций:

- марсупиализация,
- вылушивание кисты,
- экстирпация железы.

Основная задача органосохраняющего лечения — восстановить железу, а точнее вновь сформировать канал, через который секрет, вырабатываемый железой, будет вновь выходить наружу.

Самым современным видом лечения кист и ложных абсцессов бартолиновых желез является установка катетера Ворда (Word Bartholin gland cateter).

Смысл метода заключается в том, что в кисте или абсцессе под местной анестезией выполняется маленький разрез (3-5 мм), эвакуируется содержимое и промывается полость. После этого в полость кисты вводят, так называемый катетер Ворда (Word-катетер), на конце которого раздувается фиксирующий шарик. Такой катетер оставляется на 6 недель, после чего извлекается. За это время полностью формируется новый канал железы, который уже не слипнется, так как его стенки полностью эпителизируются и поэтому не прилипают



друг к другу. Процедура выполняется под местным обезболиванием, занимает 10 минут и является абсолютно безболезненной.

В первые дни после установки катетера женщина может испытывать небольшой дискомфорт, в дальнейшем наличие катетера женщиной почти не ощущается, единственным ограничением является воздержание от половой жизни. Рецидив после такой операции возникает в 10% случаев и, как правило, связан с повторным инфицированием или преждевременным выпадением катетера. Установку катетера всегда можно повторить.

Альтернативой установки катетера Ворда является марсупиализация кисты бартолиновой железы. К ней прибегают при неоднократных рецидивах при использовании катетера Ворда, невозможности его установки из-за слишком маленьких размеров кисты или наличия нескольких полостей из-за длительного воспаления и множественных вскрытий абсцессов и кист.

В нашем стационаре успешно используются все методы лечения заболеваний бартолиновой железы, но все большую популярность приобретает метод постановки Word-катетера, т.к. данный метод прост в применении, не требует длительной госпитализации и имеет минимальный процент повторного возникновения заболевания.

Основной задачей центра «Бартолина» является освоивание современных методов лечения и



профилактики заболеваний бартолиновой железы, а также успешное применение их на практике, наблюдение и консультирование пациентов в раннем и отдаленном послеоперационном периоде, а также своевременное выявление заболеваний, приводящих к инфицированию и закупорке выводного протока бартолиновой железы. Такой подход поможет нам стать лучшими в вопросах лечения заболеваний бартолиновой железы, улучшить качество жизни пациентов, обратившихся к нам за помощью и в максимально короткие сроки оказать необходимую качественную медицинскую помощь.

*Якушина Р.В., врач акушер-гинеколог,
руководитель центра по лечению заболеваний
бартолиновой железы*

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

За последние 30 лет частота кесарева сечения в России увеличилась более чем в 3 раза и сегодня составляет в среднем 22–23%. В общей когорте повторнородящих не менее 4–8% пациенток имеют рубец на матке после кесарева сечения. Увеличение частоты этого пособия сформировало новую проблему в современном здравоохранении – ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения (МКБ-10 O34.2). Послеоперационный рубец на матке требует предоставления медицинской помощи матери, поскольку его несостоятельность является наиболее часто встречающимся осложнением оперативного родоразрешения.

Факторами риска формирования несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения, по данным МОНИИАГ (2015), являются следующие: наличие у пациентки «воспалительного» акушерского и гине-

кологического анамнеза, наличие и обострение во время беременности хронических воспалительных экстрагенитальных заболеваний, продолжительная по времени операция, патологическая кровопоте-

ря, предлежание плаценты в разрез, проведение операции в условиях резкого истончения нижнего сегмента, экстренность операции, использование непрерывного шва для зашивания раны на матке, грубые ручные приемы выведения головки.

К настоящему времени приняты долгожданные и чрезвычайно необходимые клинические рекомендации «Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, в родах и послеродовом периоде».

Признаками идеального рубца по данным клинических рекомендаций являются: толщина миометрия 2.5 мм и более; отсутствие или минимальное количество эхопозитивных включений (элементы соединительной ткани), хорошая васкуляризация.

К признакам несостоятельности рубца на матке в свою очередь относятся:

- неравномерное критическое истончение зоны рубца на матке с признаками деформации и явлениями болезненности при надавливании трансвагинальным ультразвуковым датчиком;
- наличие у беременной локальной болезненности при пальпации рубца на матке после КС;
- наличие кровянистых выделений из половых

путей;

- наличии гипоксии плода по данным КТГ.

Есть данные отечественных авторов о наличии ультразвуковых критериев несостоятельности рубца на матке, к которым относятся: баллонная/конусовидная форма нижнего маточного сегмента; наличие локальных втяжений/утолщений или локальных утолщений + эконегативность окружающей ткани; участки микроабсцедирования передней стенки матки; выраженная гиперэхогенность области рубца; локальное истончение рубца между маткой и мочевым пузырем; отсутствие диастолического компонента кровотока в области рубца, резкое снижение кровоснабжения передней стенки матки; деформация полости: ниша конусовидной формы >0,5 см до наружного контура передней стенки.

Заслуживает внимание информация представленная М.А. Курцером на XXII Всероссийском научно-образовательном форуме «Мать и Дитя» об опыте ведения женщин с несостоятельностью рубца на матке.

В исследовании, проводимом в сети клиник «Мать и дитя» все женщины в зависимости от клинических признаков несостоятельности рубца на матке были разделены на 3 группы (рис. №1).

Тактика ведения пациенток с нишами в области рубца на матке, обратившиеся вне беременности

в зависимости от количества баллов по шкале оценки ниши (Курцер М.А. и соавт)

N – 308

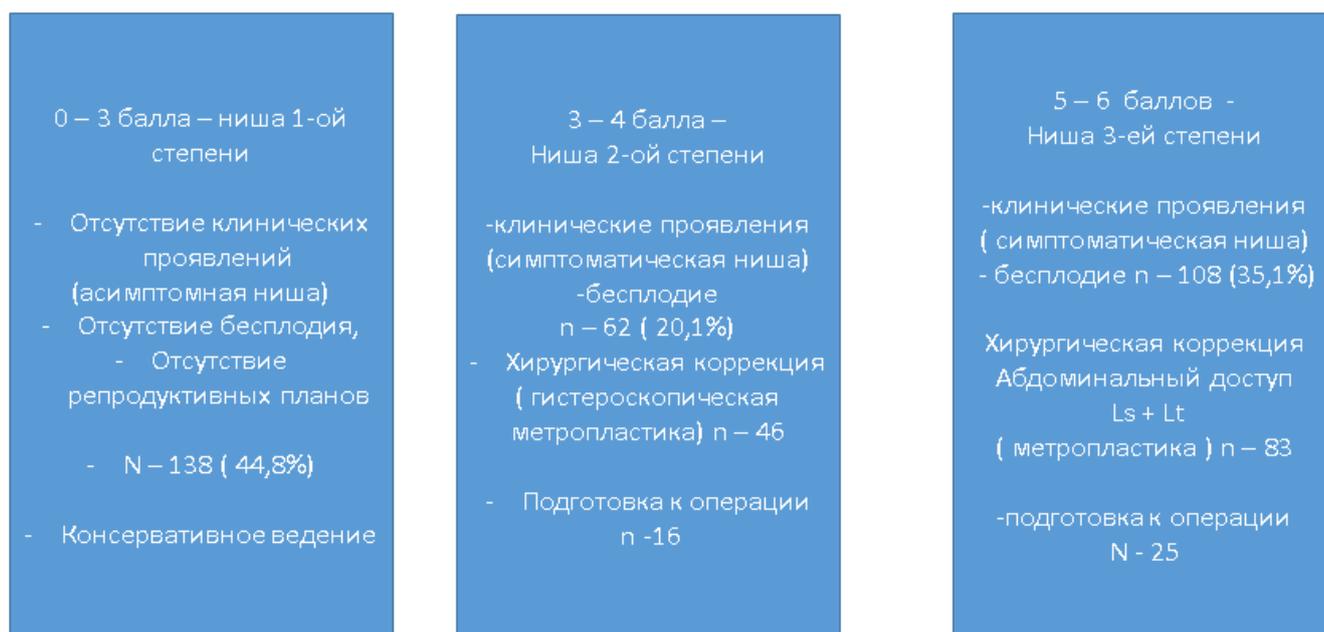


Рис.1.

Пациентки с нишей в области рубца на матке после кесарева сечения, обратившиеся в госпитали «Мать и дитя» вне беременности



Рис.2.

Каждой группе пациенток была предложена определенная тактика ведения. Так например, женщинам с нишей 3 степени в области рубца на матке проводилась хирургическая коррекция лапароскопическим или лапаротомическим доступом, в свою очередь консервативное ведение было у пациенток с нишей 1 степени. Пациенткам 2 группы (с нишей в области рубца 2 степени) проводилась также хирургическая коррекция — гистероскопическая метропластика.

Таким образом, в результате проводимой работы, на данном этапе 86 женщин достигли желаемой беременности, 47 из которых закончились рождением живого доношенного младенца. (рис. №2). Вопрос ведения женщин с несостоятельностью рубца на матке различной степени остается дискуссионным и требует дальнейшего изучения. Но на данном этапе уже можно сформулировать определенным выводами:

- ниши в области рубца на матке не всегда требуют оперативного лечения;
- специалистам репродуктивной медицины следует принимать во внимание вклад застойного содержимого в проекции ниши в области рубца в патогенез маточной формы вторичного бесплодия;

- при консервативном ведении пациенток с нишами не происходит разрывов матки во время беременности;
- показаниями для метропластики являются: клинические проявления ниши; маточная форма бесплодия, критически тонкий рубец;
- для профилактики формирования ниши важна правильная хирургическая техника при операции кесарево сечение.

Обзор подготовлен врачом акушером-гинекологом Метелкиной П.В. по материалам XXII Всероссийского научно-образовательного форума «Мать и дитя»



ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ШЕЕЧНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ.

Генитальные свищи — фистулы, соединяющие половые органы и тазовую клетчатку с любым полым органом малого таза или передней брюшной стенкой [1]. Они могут являться результатом не только гинекологических и акушерских вмешательств, но и осложнением гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки или одним из исходов послеоперационных осложнений [1].

Истинная частота генитальных свищей неизвестна. Это связано с тем, что лечение таких больных осуществляется в различных стационарах (урологических, проктологических, общехирургических, гинекологических) [3]. Шеечно-влагалищные свищи являются редкой патологией и составляют 7,37% от всех генитальных свищей. Как правило, они развиваются в результате травмы шейки матки во время родов или при прерывании беременности, при гинекологических операциях (пластика шейки матки). Грубые свищи формируются после криминальных вмешательств в поздние сроки беременности, травматичных медицинских аборт. Причиной шеечно-влагалищных свищей также является неправильное ушивание глубоких разрывов шейки матки в родах и несвоевременное снятие швов, наложенных на шейку при беременности для коррекции истмико-цервикальной недостаточности. Женщины с данной проблемой часто предъявляют жалобы на рецидивирующие воспалительные процессы органов малого таза (цервициты, эндометрит, сальпингоофорит), нарушение менструального цикла (как следствие), контактные кровотечения, невынашивание беременности [1-3].

Тактика ведения пациенток шеечно-влагалищными свищами является сложным и не до конца решенным вопросом. Это обусловлено отсутствием единых подходов к определению сроков выполнения операции, выбору операционного доступа и методики вмешательства [1].

При изолированных шеечно-влагалищных свищах может применяться операция закрытия шеечно-влагалищного свища (модификация Вачнадзе). При сочетании шеечно-влагалищного свища с рубцами шейки матки может проводиться пластика шейки матки методом расслоения тканей (операция Ельцова-Стрелкова).

При сочетанной патологии (рубцовые изменения шейки матки в сочетании гипертрофическим удлинением шейки матки) используется комбинация пластики шейки матки с ампутацией шейки матки. Могут использоваться такие модификации как клиновидная ампутация (операция Шредера), конусовидная ампутация шейки матки (по методу Штурмдорфа) или высокая ампутация шейки матки, особенно в случаях глубоких разрывов и выраженной деформации, сочетающихся с пролапсом гениталий.

Клинический случай

Пациентка С, 36 лет, обратилась в ГКБ №8 с жалобами на частые изменения характера влагалищных выделений, вагинальный дискомфорт.

Из анамнеза: в анамнезе трое родов, путем кесарева сечения. Со слов пациентки во время 1 беременности проводилась хирургическая коррекция ИЦН. Наложение швов осложнилось прорезыванием и их нагноением в послеоперационном периоде (документального подтверждения данного обстоятельства нет).

В течение последних 2 лет беспокоят часто рецидивирующие вульвовагинальные воспалительные процессы (с обострениями до 6 раз в год), не поддающиеся медикаментозной терапии.

Соматический анамнез: не отягощен. Операций не было. Гинекологический анамнез: Роды 3, путем кесарева сечения. Аборты 0. Выкидыши 0. Менструальный цикл регулярный, по 5 дней, через 28-30 дней. Гинекологические заболевания: аденомиоз.

При поступлении в ГКБ №8 состояние пациент-

ки удовлетворительное. Артериальное давление 120/70, 120/70 мм.рт.ст. Пульс 82 уд/мин. Температура тела 36,6°C. ИМТ-26,4. Живот безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме.

Гинекологический статус: Вход во влагалище при осмотре зияет. Слизистая влагалища розовая, чистая. Шейка матки: гипертрофирована преимущественно по передней губе, грубо деформирована старыми разрывами и рубцами, преимущественно в зоне передней губы, несколько удлинена. На границе задней губы и свода единичное отверстие диаметром 3-4мм – наружный зев?, свищевой ход? Матка не увеличена, плотная, безболезненная, подвижная. Придатки не определяются. Выделения слизистые обильные.

Сформулирован предварительный диагноз: Гипертрофическое удлинение шейки матки. Старые рубцы и рубцовая деформация шейки матки. Шеечно-влагалищный свищ. Несостоятельность мышц тазового дна. Аденомиоз. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

В рамках предоперационной подготовки пациентка обследована в амбулаторных условиях, проводилось орошение влагалища кавитированными растворами (5 процедур), санация полового пути.

Учитывая состояние шейки матки, влагалища и промежности, было решено провести пластику шейки матки с элементами конусовидной ампутации измененной части шейки матки, включая обнаруженный свищевой ход в задней губе шейки, кольпоррафию, перинеолеваторопластику. В зоне отсепарованной слизистой острым путем измененная часть влагалищной порции шейки конусовидно отсечена. Наложены сначала задний, а затем передний викриловые швы по Штурмдорфу, затянуты с подтягиванием слизистой влагалищной порции шейки к цервикальному каналу. В полость матки и цервикальный канал установлен трубчатый дренаж, фиксирован отдельным швом к шейке матки. Произведена задняя кольпоррафия, перинеопластика типичным путем.

Макропрепарат: шейка матки с выраженными рубцовыми изменениями и дефектом по задней стенке размером около 4 мм. Гистологическое заключение:



Рис.1. Макропрепарат

экто- и эндоцервикс типичного строения (рис. 1).

В послеоперационном периоде проводилась санация полового пути (эльжина №6 вагинально), физиолечение (общая магнитотерапия №5). Дренажная трубка удалена из полости матки на 8 сутки. При осмотре в зеркалах шейка матки сформирована, зона швов на шейке матки состоятельна.

Пациентка была выписана на 8 сутки в удовлетворительном состоянии. Контрольный осмотр проведен через 6 месяцев. Жалоб нет. В зеркалах: шейка сформирована, втянута в своды, длиной около 1,5 см. Выделения слизистые.

Заключение

Патологические изменения шейки матки, сопровождающиеся рецидивирующими воспалительными заболеваниями, требуют пристального внимания врачей акушеров-гинекологов. С целью улучшения качества жизни у таких пациенток, следует рассматривать хирургические методы лечения в качестве приоритетных.

Клиновидная ампутация шейки матки с пластикой по Штурмдорфу демонстрирует хорошие клинические результаты при использовании данной методики в целях коррекции шеечно-влагалищных свищей и рубцовой деформации шейки матки.

Бочарова С.М., Маркин А.В.

Литература:

- 1) Гинекология. Национальное руководство/под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина 2-е изд.-М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017
- 2) Краснопольский В.И., С.Н. Буянова, Н.А., Н.А. Шукина и др. Оперативная гинекология. Медпресс-информ-2018
- 3) Т. А. Смирнова, О. Д. Новодворская. Генитальные свищи в практике врача акушера-гинеколога (<http://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/8639/генитальные%20свищи.Image.Marked.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)

АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ СНИЖЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА МАТКЕ.

Авторы: Попов А.А., Бекова М. А., Завьялова И.В., Сопова Ю.И., Федоров А.А., Чечнева М.А., Барто Р.А., Коваль А.А., Идашкин А.Д., Алиева А.С., Головин А.А. Сарибекян Г.А., Баринова И.В.

Сохранение возможности вынашивания беременности у пациенток с различными доброкачественными заболеваниями матки приводит в последнее время к возрастанию количества реконструктивных оперативных пособий, в том числе и в позднем репродуктивном возрасте, что требует усовершенствования хирургических органосохраняющих методик, сокращающих продолжительность оперативного вмешательства, снижающих объем кровопотери и улучшающих тем самым реабилитационный период пациентки.

Введение.

Как известно, миома матки является самой распространенной доброкачественной опухолью женской репродуктивной системы, клинические проявления которой многогранны. Среди основных симптомов данного заболевания следует отметить наличие аномальных маточных кровотечений, приводящих к анемизации пациенток, синдрома сдавления смежных органов при значительных размерах узлов, болевого синдрома, а также нарушение фертильности. В настоящее время следует отметить повышение частоты выявления миомы матки у женщин репродуктивного возраста, не реализовавших свою репродуктивную функцию. Согласно данным литературы данная патология выявляется у 70-80% гинекологических пациенток, а множественная миома матки выявляется у большинства (до 84 %) обследованных [1,2,3]. Несмотря на прогрессирующее количество медикаментозных способов лечения данного заболевания, миома матки в настоящее время является преимущественно хирургической патологией.

История развития современного «консервативного» хирургического лечения миомы матки насчитывает немногим более 160 лет. Техника миомэктомии, выполняемой лапаротомным доступом, которая была разработана в конце XX столетия, не претерпела значительных изменений в современной оперативной гинекологии [4,5]. В литературе описано немало исследований, посвященных усовершенствованию техники миомэктомии [6,7]. В данных источниках наибольшее внимание уделено изучению влияния разнонаправленных разрезов при миомэктомии и способов миоррафии, как маркера успешной репарации миоме-

трия [8,9,10]. В настоящее время целью научных исследований является модернизация методики операции с целью снижения травматизации миометрия и, как следствие, снижение объема интраоперационного кровотечения. Помимо хирургического, существуют различные способы борьбы с кровотечением, такие как фармакологические и механические методы. Согласно публикации Кохрейновского обзора в 2014 году к эффективным фармакологическим методам следует отнести применение мизопростола, вазопрессина, бупивакаина и адреналина, а также транексамовой кислоты [11]. Среди механических методов, способствующих снижению кровопотери, следует акцентировать внимание на методике, предложенной Buttram F. и Reiter S. в 1987 году. Согласно данной технике, до начала миомэктомии следует установить турникет на уровне перешейка матки, что способствует возникновению временной ишемии миометрия с целью уменьшения кровопотери во время операции. В ходе миомэктомии в проекции миоматозного узла производится овальный разрез, вылушивание миоматозного узла осуществляют поочередно острым и тупым способами. Ложе узла ушивается по окончании миомэктомии монофиламентными лигатурами [12].

Также описана методика миомэктомии, во время которой до начала энуклеации производится перевязка ветвей восходящей маточной артерии с целью уменьшения интраоперационной кровопотери. Ткань матки прокалывается у самого ребра на уровне восходящей маточной артерии, с таким расчётом, чтобы ткань матки попала в лигатуру. Обратным движением этой же иглой перфорируется широкая связка матки, отступив от нее на 2-3 см.

Лигатура завязывается. Разрезы на матке производятся с учетом локализации узлов [13, 19].

С целью снижения интраоперационной кровопотери и предупреждения послеоперационного кровотечения при проведении миомэктомии больших размеров и множественной миоме матки, а также для профилактики рецидива опухоли предложена предварительная перевязка внутренней подвздошной артерии [16].

Необходимо отметить, что методику механической компрессии восходящих ветвей маточных сосудов эффективно применяют не только в оперативной гинекологии при миомэктомии, а также в таких сложных акушерских ситуациях, как плотное приращение и приращение плаценты, в случаях необходимости кесарева сечения у пациенток с наличием миомы матки [12,14, 15].

Одним из самых дискуссионных и обсуждаемых вопросов является выбор оперативного доступа при миоме матки с выраженным интерстициальным компонентом. Выполнение миомэктомии лапароскопическим доступом требует тщательного и надежного сопоставления тканей, которое обеспечивает формирование качественного рубца на матке, как маркера успешно выполненной операции. Но зачастую выраженный пролиферативный компонент миоматозного узла, богатая сосудистая сеть приводят к внушительной интраоперационной кровопотере. Работа в ограниченном поле зрения, отсутствие адекватной визуализации, чрезмерное использование коагуляции становятся преградой к качественному оперативному пособию. Таким образом, применение эндоскопических методик, требует постоянного совершенствования хирургического навыка и применения все более новых и универсальных дополнений. Возможно, одним из решений данной проблемы, может стать применение временной окклюзии сосудов, кровоснабжающих матку при лапароскопической миомэктомии, что позволит сделать данный вид оперативного вмешательства универсальным в лечении миомы матки.

Говоря об актуальных проблемах оперированной матки у женщин репродуктивного возраста, нельзя не отметить достаточно высокую частоту формирования несостоятельного рубца после кесарева сечения. По данным литературы частота дефекта в области рубца на матке после данной операции составляет от 20 до 86 %. По мнению Попова А.А. и соавторов наличие дефекта со стороны полости матки или цервикального канала глубиной более

2 мм, выявляемое при выполнении гидросонографии, является наиболее информативным методом диагностики несостоятельного рубца на матке [17]. Наличие глубокого дефекта миометрия может приводить к ряду серьезных последствий. Клинические симптомы могут проявлять себя от незначительных в виде постменструальных кровянистых выделений по типу олигоменореи в виду частичного стеноза цервикального канала и гематометры небольшого размера, до жизнеугрожающих в виду риска формирования эктопической беременности в проекции рубца на матке после кесарева сечения при имплантации плодного яйца в области ниши. Рубец на матке может стать причиной врастания плаценты в зону рубца, прорастания её в мочевой пузырь у 0.8-2% беременных [18, 20]. Для предотвращения подобных состояний важной является методика восстановления миометрия, а именно качественная миорафия отдельными швами.

Таким образом, в современной оперативной гинекологии в настоящее время на первый план выступает поиск и применение в практической деятельности врача-хирурга методик реконструктивных оперативных пособий, отвечающих потребностям современного общества, а именно сохранение фертильности и репродуктивной функции женщин.

В данной публикации мы представляем два клинических случая успешного применения лапароскопической и лапаротомной методики снижения кровопотери при реконструктивно-пластических операциях на матке у пациенток с миомой матки больших размеров с симптомом кровотечения и рубцом на матке после кесарева сечения с формированием глубокой ниши и гематомы в проекции рубца, возникшей при удалении эктопической беременности.

Цель: изучить применение кровосберегающих технологий при лапароскопическом и лапаротомном доступах в оперативной гинекологии, как методик, повышающих качество оперативного пособия при органосохраняющих операциях.

Материалы и методы:

В отделение оперативной гинекологии с онкогинекологией и дневным стационаром ГБУЗ МО МО-НИИАГ экстренно госпитализирована пациентка Н., 37 лет. В анамнезе три беременности, одни срочные оперативные роды в 2019 году в связи со слабостью родовой деятельности в активную фазу первого периода родов на открытии маточного зева 8-9 см. Произведена лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте.

Медицинской документации о технике выполнения оперативного пособия, используемом шовном материале не было предоставлено. Со слов пациентки послеоперационный период протекал без осложнений, выписана на 5-е сутки. Вторая беременность в 2020 году закончилась неразвивающейся в гестационном сроке 7-8 недель, в связи с чем проведено медикаментозное прерывание беременности согласно клиническому протоколу (мифепристон 200 мг + мизопростол 200 мкг). На основании жалоб на мажущие выделения кровянистого характера обратилась в стационар частной медицинской клиники, где было выполнено оперативное вмешательство в объеме вакуум-аспирации плодного яйца. Выписана на 2-е сутки послеоперационного периода без осложнений. Однако после проведенного оперативного лечения сохранялись жалобы на продолжающиеся мажущие выделения кровянистого характера из половых путей.

Диагностический поиск метроррагии был начат с ультразвукового исследования органов малого таза (УЗИ ОМТ). Заключение: эхо-картина состояния после вакуум-аспирации плодного яйца, гематометра, нельзя исключить остатки хориона, плодного яйца в полости матки, рубец после кесарева сечения с признаками деформации и формированием грыжи матки, выполненной сгустками крови.

На момент поступления в ГБУЗ МО МОНИИАГ пациентка предъявляла вышеописанные жалобы.

Данные УЗ картины представлены на рисунках 1-4.

Рисунок 1. Трансвагинальное сканирование. Полость матки в верхней и средней трети расширена за счет жидкостного содержимого, нижнюю треть полости и перешейка матки выполняет содержимое, гетерогенной структуры, смешанной эхогенности.



Рис. 1. Фото УЗ картины



Рис. 2 Фото УЗ-картины

Рисунок 2. Трансвагинальное сканирование. Рубец после операции кесарева сечения отдельно не определяется.



Рис. 3 Фото УЗ-картины

Рисунок 3. Трансвагинальное сканирование. Стенка матки в проекции рубца представлена гематомой. Передний контур матки прослеживается нечетко, определяется только серозная оболочка, которая, на некоторых участках, размытая, прерывистая.

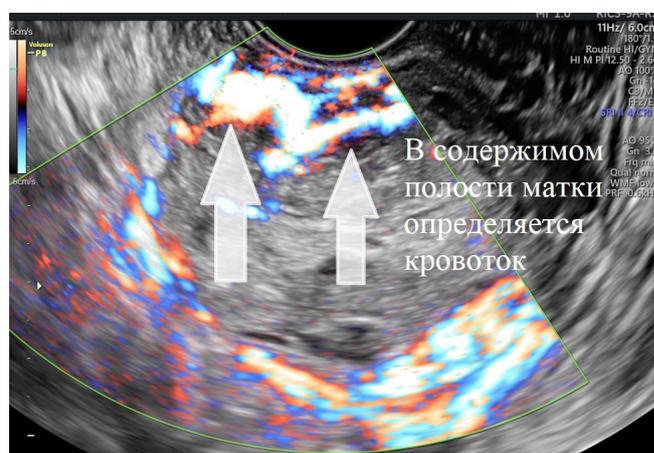


Рис. 4 Фото УЗ-картины

Рисунок 4. Трансвагинальное сканирование. Режим направленного Допплера. В структуре содержимого матки определяется кровоток, сосудистые локусы которого сливаются с внешним контуром матки.



Рис. 5 Фото УЗ-картины

Рисунок 5. Трансабдоминальное сканирование. Стенка матки пролабирует кпереди в форме «паруса» или грыжи, гематома прикрыта по переднему контуру матки серозной оболочкой.

Пациентке была выполнена гистероскопия, гистерорезектоскопия биполярным резектоскопом 26 шр. в режиме «холодной петли». По данным гистероскопической картины: цервикальный канал не сужен, проходим для гистероскопа, на границе с полостью матки визуализируется глубокая ниша, заполненная частично геморрагическим, частично фибринозным содержимым, представляющей собой остатки плодного яйца (Retained products of conception RPOC) и извитыми сосудами. Размер данного образования не менее 40 мм в диаметре. Ниже и дистальнее в ретрофлексию располагается полость матки - свободная от фрагментов плодного яйца. Полость матки интактна. Налета фибрина на стенке матки нет. Резектоскопом KarlStorz 26 Шр. В режиме «холодной петли» частично мобилизованы сгустки в зоне истмочеле, по центру и в дистальной части отмечено интимное прикрепление фиксирование данного образования к передней стенке деформированного перешейка. При тракции петель гистерорезектоскопа отмечается повышенная кровоточивость тканей в данной зоне. Поскольку возможности для безопасного и быстрого удаления остатков плодного яйца отсутствовали интраоперационно было введено 1.0 мл карбетоцина, на фоне продолжающейся кровопотери в объеме 400 мл было принято решение выполнить лапаротомию в интересах жизни пациентки. Для уменьшения объема кровопотери произведена тампонада влагалища, произведена лапаротмия при объеме кровопотери

600 мл. В полости малого таза была обнаружена матка бледно-розового цвета, передняя стенка ее в проекции рубца после кесарева сечения была выражено деформирована округлым образованием, располагающимся интрамурально, достигающего серозного покрова миометрия диаметром до 50 мм, синюшного цвета с утолщёнными извитыми сосудами на поверхности, переходящими на шейку матки вниз и на нижнюю треть тела матки вверх. Изменений придатков не отмечено. Придатки слева и справа без видимой патологии. Произведено: Остро вскрыта *plica vesicouterina*. В листках широких связок на уровне внутреннего зева, отступая от ребра матки на 1–1,5 см, в бессосудистой зоне сформированы отверстия – «окна» диаметром 0,5– 1 см с обеих сторон. Через созданные отверстия проведён гемостатический турникетный жгут, с использованием которого выполняют временное перекрытие кровотока в восходящих ветвях маточных артериях за счет стягивания и сжатия маточных сосудов. Мобилизована передняя поверхность шейки матки, от тела матки отделен мочевой пузырь. При помощи монополярного электрода остро иссечен послеоперационный рубец с прилежащим имбибированным миометрием на всю толщу до визуализации здоровых интактных тканей. Целостность перешейка восстановлена отдельными швами в три ряда: 1

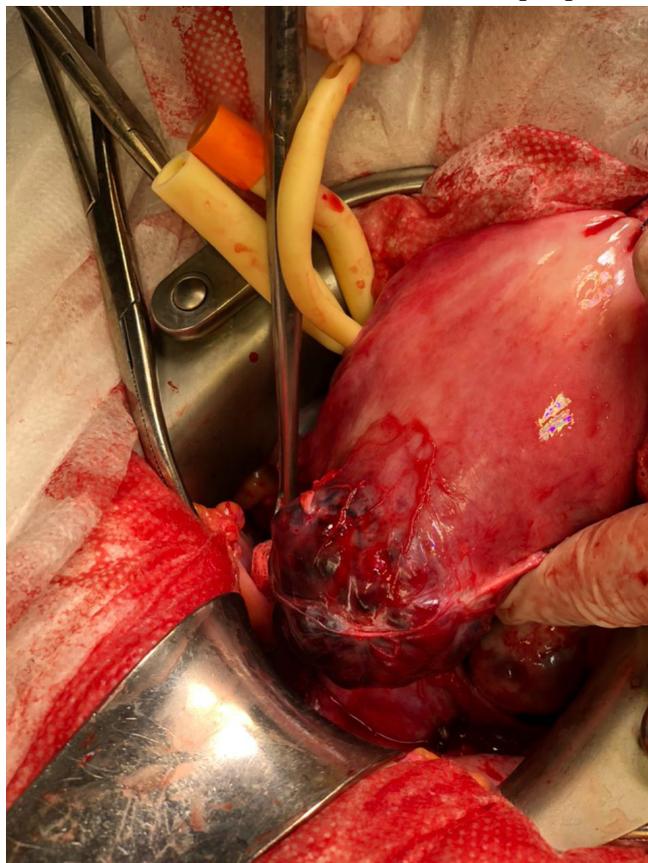


Рис. 6

ряд отдельные мышечно-мышечные швы с захватом слизистой нитью викрил (0), 2 ряд отдельные серозно-мышечные швы нитью викрил (0), 3 ряд перитонизация непрерывным викриловым швом. Турникетный зажим удален.

Рисунок 6. На данном изображении представлен рубец на матке после кесарева сечения с формированием глубокой ниши и выраженная гематома в проекции рубца, placenta percreta.

Наложен турникетный зажим на уровне внутреннего зева с гемостатической целью и профилактики профузного кровотечения.

Интраоперационно перелито 2 дозы свежзамороженной плазмы и 1 доза эритроцитарной взвеси. За время наблюдения во время операции гемодинамические показатели были в пределах нормы, уровень гемоглобина составил 76 г/л, при исходном уровне 87 г/л. Продолжительность операции составила 1 час 50 минут, общая кровопотеря 900 мл. Послеоперационный период протекал без особенностей.

На 2-е сутки по данным УЗИ послеоперационного периода проведено УЗИ ОМТ, по данным ультразвуковой картины гематом нет, толщина миометрия в области нижнего сегмента составляла не менее 15-16 мм, полость матки была сомкнута. Пациентка была выписана на 5-е сутки. По данным гистологического заключения: в присланном фрагменте определяется гематома из фибрина и гемолизированных эритроцитов с фрагментами хориальной пластинки на поверхности, в толще ворсины хориона ранних сроков беременности с отеком, дистрофическими изменениями в состоянии некроза, прилежащий неравномерно истонченный миометрий без децидуальной ткани, с фибриноидными некрозами и инвазивным трофобластом в стенках сосудов, ворсинами хориона в просветах сосудистых лакун, в центральных отделах миометрия отсутствует, отмечается резко истонченная, до серозного покрова ткань с инвазивным трофобластом, с десквамацией серозного покрова и замещением гематомой на всю толщу – структурные особенности соответствуют placenta creta (increta, percreta) с массивной гематомой (в рубце после кесарева сечения в 2019 году).

На период реабилитации в течение 6 месяцев данной пациентке с целью контрацепции, а также для создания наиболее благоприятных условий репарации миометрия вследствие аменореи назначены пероральные контрацептивы. По окончании срока восстановительного периода пациентке будет выполнено контрольное УЗИ ОМТ, офисная гистеро-

скопия с оценкой состояния полости матки и послеоперационного рубца. При удовлетворительных результатах проведенных исследований разрешается планирование беременности.

Второе клиническое наблюдение посвящено современным методикам кровосберегающих технологий эндоскопической хирургии в оперативной гинекологии. Пациентка Н, 28 лет поступила в отделение оперативной гинекологии с онкогинекологией и дневным стационаром в плановом порядке. При поступлении предъявляла жалобы на отсутствие беременности в течение 2 лет при регулярной половой жизни без контрацепции, а также на обильные длительные (до 10 дней) менструации, снижение уровня гемоглобина до 59 г/л. В анамнезе одна неразвивающаяся беременность, в связи с чем выполнено выскабливание полости матки без осложнений. В течение 2х лет при регулярной половой жизни без контрацепции беременность не наступала, что явилось критерием для постановки диагноза вторичное бесплодие. Миома зарегистрирована 18 месяцев назад, по данным УЗИ ОМТ выявлена множественная миома матки. Проводилась антианемическая терапия, длительное динамическое наблюдение. Направлена в МОНИИАГ для оперативного лечения. По данным УЗИ ОМТ: в области передней стенки матки определялся интерстициальный миоматозный узел с деформацией полости (тип 2 -5 по классификации FIGO) диаметром до 90 мм. По данным клинико-лабораторного обследования уровень гемоглобина составлял 83 г/л. Учитывая выраженный интерстициальный компонент миоматозного узла, пролиферативный характер роста по ультразвуковым данным и богатую сосудистую сеть, исходную железодефицитную анемию средней степени тяжести позволило спрогнозировать высокий риск большой кровопотери и принять решение о необходимости применения временного клипирования маточных сосудов и сосудов воронко-тазовых связок, как кровосберегающей технологии.

По данным гистероскопической картины: передняя стенка полости матки в средней трети деформирована миоматозным узлом, в полости матки не более 30 % объема узла (тип 2 по классификации FIGO). Лапароскопическим доступом остро с биполярным гемостазом произведена диссекция ретроперитонеального пространства, при помощи заднего доступа к arteria uterinae - «posterior approach» выделены и мобилизованы правая и левая маточные артерии. После проведения временной окклюзии маточных артерий и сосудов воронко-тазовых связок с использованием клипатора фирмы Karl

Shtorz™ диаметром 10 мм, клипс 8 мм. Визуализировалась проекция пупочной артерии: без выделения прослеживался ее ход до яичниковой ямки, визуализировался мочеточник.

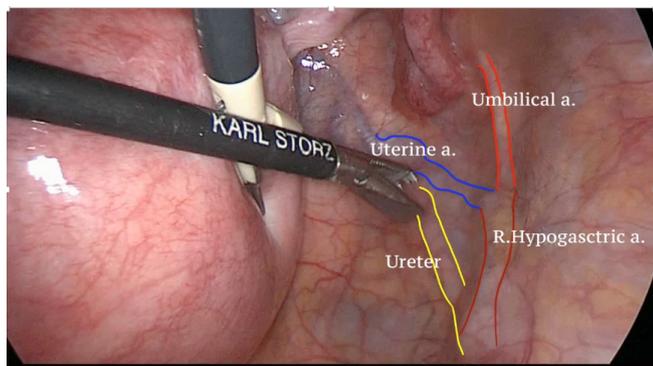


Рис. 7

Рисунок 7. Этапы операций с клипированием маточных артерий

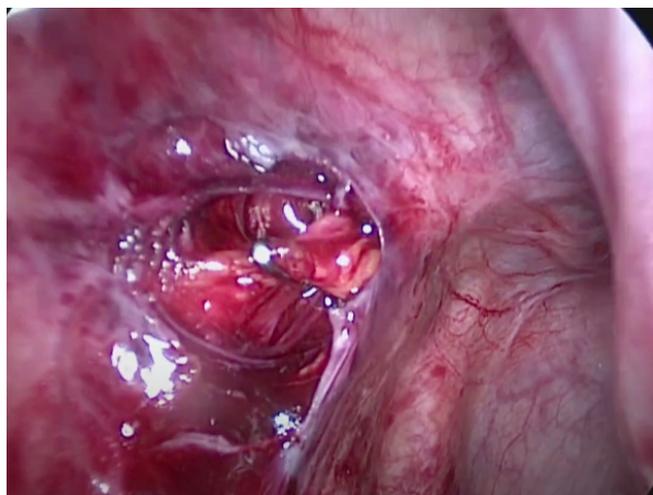


Рис. 8

Рисунок 8. Клипса наложена на левую маточную артерию.

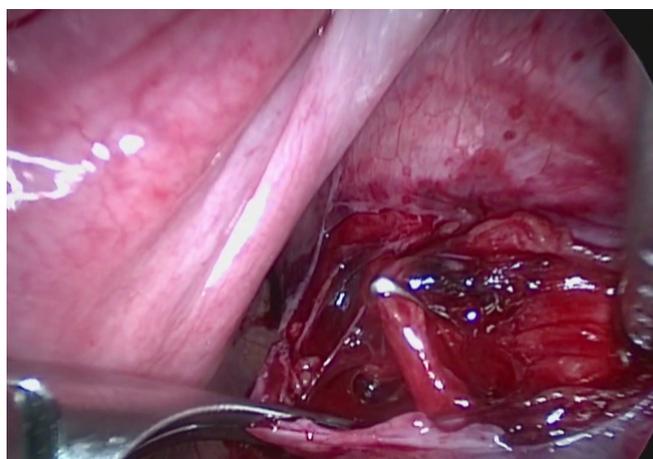


Рис. 9

Рисунок 9. Клипса наложена на правую маточную артерию

В данном случае использовался гармонический скальпель. Произведена миомэктомия со вскрытием полости матки. На ложе миоматозного узла наложены три ряда экстракорпоральных швов с использованием монофиламентной нити.

Из протокола операции: в углу, образованном проекцией пересечения мочеточника и пупочной артерии, тупоконечными ножницами произведено рассечение брюшины и выделено забрюшинное пространство. Это место – проекция отхождения ствола маточной артерии. Выделена маточная артерия, с помощью клипатора 10 мм наложена клипса. Аналогично выполнена операция с противоположной стороны. Далее произведено клипирование сосудов воронко-тазовых связок с двух сторон. Методика клипирования представлена на рис. 1 и 2.

Для оценки кровопотери применялся метод количественной оценки - измерение объема эвакуированной из брюшной полости крови при помощи аквауратора. В данном случае с использованием ультразвукового скальпеля был удален интерстициальный миоматозный узел с деформацией полости (тип 2 -5 по классификации FIGO) из передней стенки матки, диаметром до 90 мм. Применение временной окклюзии сосудов, кровоснабжающих матку, способствовало оптимальной визуализации тканей в виду отсутствия кровотечения и исключения использования биполярной коагуляции, что привело к более детальному сопоставлению миометрия в зоне разреза и в дальнейшем вероятно будет способствовать качественному формированию послеоперационного рубца на матке. Общая продолжительность операции составила 1 час 45 минут, из них время, затраченное на период от диссекции ретроперитонеального пространства до наложения последней клипсы 9 минут, непосредственно время миомэктомии 22 минуты. Миорафия выполнялась в три ряда: первый ряд отдельные слизисто-мышечные швы нитью монокрил (0), второй ряд отдельные мышечно-мышечные швы нитью монокрил (0), третий ряд отдельные серозно-мышечные швы нитью монокрил 0. Общее время миорафии составило 28 минут. Подсчет интраоперационной кровопотери методом количественной оценки - 67 мл. По окончании операции снятие клипс с маточных сосудов с обеих сторон и сосудов воронко-тазовых связок – без осложнений, общее время ишемии 1 час 4 минуты. Послеоперационный период без осложнений, отмечено снижение уровня гемоглобина на 1 г\л от исходного. На 2-е сутки послеоперационного периода выполнено УЗИ ОМТ: в

проекция шва на матке гематом нет, лигатуры лежат хорошо, пациентка была выписана на 3-е сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии. В реабилитационный период была назначена пероральная гормональная терапия на 6 месяцев. Через полгода было проведено УЗИ ОМТ и офисная гистероскопия. По данным ультразвуковой картины: миоматозные узлы не определяются, рубец на матке после миомэктомии достоверно не визуализируется, миометрий на всем протяжении равномерный. Гистероскопическая картина: полость матки правильно треугольной формы, эндометрий равномерной толщины на всем протяжении, соответствует фазе менструального цикла, в полости матки деформации не определяются, зона рубца после миомэктомии достоверно не визуализируется, полость без ниш и деформаций, нормальная гистероскопическая картина. По данным гистологического заключения: лейомиома матки с очаговым отеком.

Пациентке разрешено планировать беременность под тщательным контролем врача акушера-гинеколога.

Заключение:

Благодаря уменьшению кровоточивости тканей при наложении гемостатического турникетного жгута

облегчается проведение операции за счет создания удобства для хирургической бригады. Данный факт обеспечивает высокую точность и максимальное сохранение окружающих здоровых тканей, что позволяет уменьшить степень травматичности операции и повысить качество оперативного пособия.

Клипирование восходящей ветви маточной артерии, а также сосудов воронко-тазовых связок при выполнении реконструктивно-пластических операций на матке представляется перспективной методикой, успешно зарекомендовавшей себя среди оперирующих докторов, позволяющей снизить кровопотерю, улучшить условия выполнения операции и течения послеоперационного периода.

Реконструктивно-пластические операции в гинекологии должны отвечать высоким заявленным требованиям. Качество оперативного пособия определяется не только течением интраоперационного периода, а также послеоперационным результатом в виде формирования качественного полноценного рубца на матке, способного выполнить свою основную функцию. Внедрение в практику дополнительных методик, позволяет совершенствовать оперативную технику, что вследствие приводит к улучшению репродуктивного исхода пациенток с оперированной маткой.

1. Сидорова И.С. Миома матки у больных молодого возраста: клиничко патогенетические особенности / Сидорова И.С., Унянян А.Л., Коган Е.А., Гурьев Т.Д. // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2010. № 1. С. 16- 20.
2. Вихляева Е.М. Миома матки/ Вихляева Е.М., Васильевская Л.Н. // М.: Медицина. - 1981. - 160 с.
3. Можейко Л. Ф. Современный взгляд на этиопатогенез миомы матки / Л.Ф. Можейко, К. В. Белонович // Медицинский журнал. -2014. -№ 3 (49). -С. 19-22.
4. Адамьян Л.В., Зарубиани З.Р., Киселев С. И. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста // Акушерство и гинекология. — 1997. — № 3. — С. 40–44
5. Гинекология от пубертата до постменопаузы: практическое руководство для врачей / Айламазян Э.К. [и др.].— 3-е изд.— М.: МЕДпресс-информ, 2007.— 496 с.
6. Dubuisson J.B., Chavet X. Uterine rupture during pregnancy after laparoscopic myomectomy // Hum. Reprod.— 1995.— Vol. 10.— P. 1475–1477.
7. Malzoni M. Laparoscopic myomectomy: a report of 982 procedures // Surg. Technol. Int.— 2006.— Vol. 15.— P. 123–129.
8. Iftikhar R. Outcome of abdominal myomectomy. Journal of Surgery Pakistan 2009;14(2):85-88
9. Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. Fertil Steril. 2009;91(4):1215-23.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 96. Alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. Obstet Gynecol. 2008;112(2):387-400.
11. Kongnyuy, Eugene J (1996). Cochrane Database of Systematic Reviews (Reviews) || Interventions to reduce haemorrhage during myomectomy for fibroids. , (), -. doi:10.1002/14651858.CD005355.pub5
12. Buttram V.C., Reiter R.C. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology and management // Fertil. Steril. 1981. Vol. 36. P. 433–445.
13. Орлов В. М., Ковалева Ю. В. Методы уменьшения кровопотери при реконструктивно-пластических операциях на матке (обзор литературы) // Ж. акуш. и жен. болезн.. 2003. №3.
14. Ищенко А.И., Ботвин М.А., Ланчинский В.И. Миома матки: этиология, патогенез, диагностика, лечение /А.И. Ищенко, М.А. Ботвин, В.И. Ланчинский // . — Москва: Издательский дом Видар/ - М, 2010. - 244 с.
15. Deng L, Chang Q, Wang Y, Wang L, Li Y, Hu Q. Tourniquet device for hemorrhage control during cesarean section of complete placenta previa pregnancies. J Obstet Gynaecol Res. 2014 Feb;40(2):399-404.
16. Политова А.К., Зарубенко И.П., Кира Е.Ф., Демкина И.В., Гайтукиева Р.А., Вязьмина К.Ю., and Попова М.Н. «Оптимизация методики лапароскопической миомэктомии» Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова, vol. 6, no. 2, 2011, pp. 77-80.
17. Попов А. Федоров А. Вроцкая В., Мананникова Т., Тюрина С., Коваль А., Чечнева М., Логутова Л. Эндоскопические методы диагностики и хирургической коррекции несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения. Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга 1(2017) 54-57.
18. Donnez O, Donnez J, Orellana R, Dolmans MM Gynecological and obstetrical outcomes after laparoscopic repair of a cesarean scar defect in a series of 38 women Fertil Steril. 2017 Jan;107(1):289-296.e2. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.09.033. Epub 2016 Nov 2
19. Arthur R, Kachura J, Liu G, Chan C, Shapiro H. Laparoscopic myomectomy versus uterine artery embolization: long-term impact on markers of ovarian reserve. // J Obstet Gynaecol Can. 2014. №36(3). P. 240-247.
20. Xie L , Liu Y, Wang D, Liu C., Zhou H., Lin Z., Lu H. Application of a 'Baseball' Suture Technique in Uterine Myomectomy Following Laparoscopic Enucleation of Uterine Leiomyoma (Fibroid). // Med Sci Monit. 2018; 24: 3042–3049. Published online 2018 May 9. doi: 10.12659/MSM.909143

ПОДВОДИТЬ ИТОГИ УХОДЯЩЕГО ГОДА – ДОБРАЯ И ПОЛЕЗНАЯ ТРАДИЦИЯ.

Вспоминая счастливые события, мы получаем возможность еще раз сказать спасибо за то, что это случилось. А анализируя трудные и не столь приятные моменты, мы приобретаем важный опыт, который помогает нам двигаться вперед и ценить то, что у нас есть. В последние дни 2021 года, мы спросили наших коллег, чем запомнился им этот год.



Этот год научил нас любить жизнь во всех ее проявлениях и ценить каждое мгновение, проведенное с людьми, которые нам дороги.

Хочу пожелать в Новом году побольше оптимизма, здорового креатива, достижения личных целей и создания коллективного иммунитета!

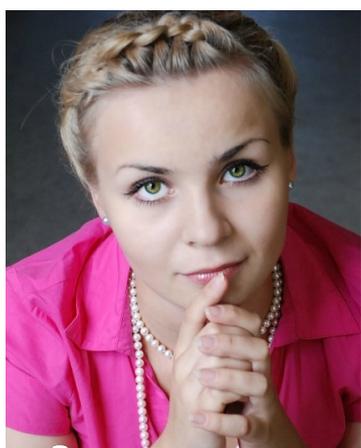
Бондаренко С.В.



В этом году, благодаря проводимой прививочной кампании, наш коллектив остался целым, и врачи старшего возраста смогли продолжить трудиться на благо пациентов в такое непростое для всех время.

Желаю всем доброго здоровья, благополучия, процветания и творческих успехов!

Ананьина В.М.



В этом году, в условиях нашей больницы, мы начали проводить восстановительное лечение после перенесенной коронавирусной инфекции. Мы искренне рады, что можем помочь пациенткам не только в вопросах укрепления репродуктивного здоровья, но и внести свой посильный вклад в борьбу с пандемией.

Желаю всем крепкого здоровья, настоящего счастья и хорошего настроения! И пусть все, что вы желаете, в Новом году обязательно сбудется!

Льсова А.О.





2021 год стал одним из самых непростых в жизни больницы. Мы были вынуждены работать в крайне сложных условиях как для всего коллектива в целом, так и для каждого нашего сотрудника. В некоторых ситуациях мы оказались впервые. Однако, благодаря сохранившимся традициям нашего коллектива: взаимопомощи, поддержки, высоких моральных качеств, стойкости – наш коллектив сохранился, и мы продолжаем работать на том же высоком уровне, оставаясь верными своему призванию.

Хочу пожелать в Новом году оптимизма, душевного и физического здоровья, рабочего энтузиазма и удовольствия от каждого дня!

Алешкина О.С.



В конце года принято подводить итоги работы, планировать дальнейшую деятельность. Несмотря на эпидемиологическую обстановку, в этом году мы с коллегами посетили крупнейшие научные мероприятия: съезд ISUOG, конгресс «Мать и дитя», 30-ый съезд РАСУДМ.

В следующем году мы продолжим активно работать, чтобы помочь нашим пациентам сохранить и улучшить репродуктивное здоровье!

В 2022 году желаю коллегам вдохновения в работе и профессионального роста! Пусть исполняются все ваши мечты! Счастья вам и вашим близким!

Ловкова Ю.В.

Этот год, запомнился нам, как один из самых сложных. Мы столкнулись с такими трудностями, как кадровый дефицит, замена оборудования, вышедшего из строя, проблемами финансирования. Но все эти обстоятельства заставили нас мобилизоваться, перестроить нашу работу, и сплотили наш коллектив.

И пусть Новый год принесет только хорошие события, яркие моменты в жизни, счастье, исполнение желаний и поставленных целей!

Бритенькова Н.С.



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

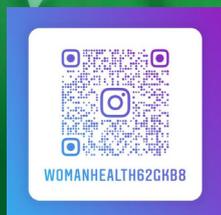
тел.: 25-66-19

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.