

ции. Акцент был сделан на изучение изменений маточно-плацентарной перфузии при беременности низкого риска. За конечный результат бралось среднее значение от трех последовательных измерений. Для оценки состояния кровотока использовались следующие показатели: систоло-диастолическое отношение, индекс резистентности, пульсационный индекс.

*Результаты.* По данным скринингового обследования 375 беременных отсутствие нарушения доплерометрических показателей выявлено у 314 (83,7%); у 53 (14,1%) беременных выявлены какие-либо нарушения гемодинамических показателей. Наибольшее число нарушений кровотока в системе «мать—плацента—плод» составило нарушение маточно-плацентарной перфузии (67,9%), причем подавляющее большинство (94,4%) — одностороннее нарушение. Основная масса изменений кровотока (66,7%) происходила в левой маточной артерии, в правой их существенно меньше (27,7%). Максимальная частота гемодинамических нарушений в бассейне маточных артерий выявлялась на 32-й неделе гестации ( $\pm 3$  дн). Выявлен ряд бессимптомных и малосимптомных форм инфекционно-воспалительных процессов различной локализации. В первую очередь это касалось лор-органов — 33,3% и мочевыводящих путей (бессимптомная бактериурия) — 28,6%. В ряде случаев выявлялся идиопатический характер нарушения маточно-плацентарной перфузии — 28,6%. В 9,5% случаев наблюдалось сочетание

хронической инфекции лор-органов с бессимптомной бактериурией. Таким образом, основными факторами изолированного нарушения кровотока в маточных артериях явились экстрагенитальные очаги хронической инфекции (71,4%). Самый неблагоприятный исход наблюдался в подгруппе женщин без какой-либо терапии (25,0%). Высокий показатель эффективности лечения наблюдался в подгруппе женщин, получавших как изолированную этиотропную терапию, так и одновременную этиотропную и патогенетическую терапию (по 17,9% в обеих подгруппах). Эффективность изолированного патогенетического лечения без санации инфекционно-воспалительных очагов оказалась достаточно низкой (5,6%), низкой также была эффективность патогенетического лечения на фоне неэффективного этиотропного лечения (10,7%). Однако в группе пациенток с идиопатическими формами нарушения маточно-плацентарной перфузии патогенетическое лечение оказалось эффективным в 37,5% случаев.

Выявлена высокая зависимость (71,4%) между снижением маточно-плацентарного кровотока и наличием очагов хронической инфекции. Преобладающими очагами хронического инфекционного процесса (71,4%) являлись бессимптомная бактериурия и заболевания лор-органов. При обнаружении нарушений гемодинамических показателей в бассейне маточных артерий необходим прицельный поиск и этиотропная терапия очагов хронической инфекции.

*Кацук М.Г., Ищенко А.И., Тевлина Е.В.*

## ОЦЕНКА СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ. ВАРИАНТЫ ПЛАСТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА

ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»  
Минздрава России, г. Москва

*Исследование показало, что наиболее эффективным методом пластики рубца является операция лапаротомным доступом, так как отмечается низкое количество интра- и послеоперационных осложнений, снижение вероятности повторной операции по реконструкции рубца и возможно дальнейшее планирование и ведение беременности.*

*The research showed that the most effective method of plasty of a scar is a surgery laparotomic access due to the low number of intra- and postoperative complications, reducing the probability of re-operation for reconstruction of the scar and perhaps further planning and management of pregnancy.*

Проведенное исследование является актуальным, так как в последнее время значительно увеличилась частота операций кесарева сечения и послеоперационных осложнений в виде несостоятельности рубца на матке. Кроме того, нет алгоритма оценки состоятельности рубца и единых подходов к его лечению.

Исследование проводилось на кафедре акушерства и гинекологии № 1. Обследованы 25 пациенток. Больных разделили на две группы: 1-я группа — 13 (52%) пациенток — одна операция кесарева сечения в анамнезе; 2-я группа — 12 (48%) пациенток — две и более операции кесарева сечения в анамнезе или имелись рубцы после миомэктомии. Проводился анализ исто-

рий болезни (особое внимание уделялось жалобам и анамнезу больной) и клинико-лабораторных данных, включающих в себя УЗИ-диагностику рубца на матке, офисную гистероскопию, гистерографию, ЭКГ и консультацию терапевта. Рассмотрены методы лечения несостоятельного рубца у данных пациенток (пластика рубца с иссечением и без иссечения) лапароскопическим, лапаротомным и влагалищным доступами.

20 (80%) пациенток имели объективные жалобы: на боль в малом тазу, метроррагию, меноррагию. При обследовании по данным УЗИ, офисной гистероскопии и гистерографии у 5 (20%) пациенток обеих групп толщина рубца — до 4 мм, наличие ниши во всех случаях;

у пациенток 1-й группы выявлено: протяженность рубца 3-4 мм, истончение рубца до 2 мм в виде ниши — у 8 (88,9%) больных, наличие воспалительного процесса — у 4 (44,4%), образование сквозного дефекта в рубце — у 2 (22,2%); у пациенток 2-й группы: протяженность рубца 4—5 мм, истончение рубца до 2 мм в виде ниши — у 9 (81,8%), наличие воспалительного процесса — у 5 (45,4%), образование дырки в рубце — у 3 (27,3%). Лапароскопическая операция пластики рубца без иссечения выполнена 2 (22,2%) пациенткам 1-й группы и 3 (27,3%) пациенткам 2-й группы. Лапароскопическая операция пластики рубца с иссечением выполнена 2 (22,2%) пациенткам 1-й группы и 3 (27,3%) пациенткам 2-й группы. Кровотечение во время операции у всех больных составило не более 100 мл. Повторное оперативное лечение лапаротомическим доступом выполнено 4 (40%) пациенткам с иссечением рубца по поводу несостоятельности рубца на матке. В настоящее время беременна 1 (10%) пациентка из 1-й группы. Операция пластики рубца лапаротомным доступом с иссечением рубца выполнена 3 (33,3%) пациенткам 1-й группы и 3 (27,3%) пациенткам 2-й группы. Интра- и

послеоперационных осложнений не зафиксировано. Кровопотеря во время операций — не более 150 мл. Повторная пластика рубца не требуется. В настоящее время 5 (83,3%) пациенток беременны. Влагалищным доступом выполнены операции 2 (22,2%) пациенткам из 1-й группы и 2 (18,9%) из 2-й группы. Повторная несостоятельность рубца выявлена у 2 (50%) пациенток. Интраоперационное осложнение в виде повреждения мочевого пузыря обнаружено у 1 (25%) больной.

Критериями к выбору способа операционного лечения несостоятельного рубца являются: расположение рубца, его протяженность, толщина, сопутствующие осложнения, необходимость сохранить репродуктивную функцию женщины. Количество операций кесарева сечения и миомэктомии не играет главной роли в выборе варианта лечения. Наиболее эффективным методом является операция пластики рубца лапаротомным доступом. Об этом свидетельствует низкое число интра- и послеоперационных осложнений, снижение вероятности повторной операции по реконструкции рубца и возможное планирование и ведение беременности.

**Клюкина Л.А.**

## **ДИЕНОГЕСТ — СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА**

ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

*В ходе данной работы проведена оценка эффективности влияния препарата диеногест на ключевые звенья патогенеза эндометриоза и возможности использования данного препарата в качестве гормональной терапии в комплексном лечении эндометриоза, а также профилактики рецидивов данного заболевания.*

*In the course of this work there has been done the evaluation of the influence of Dienogest in the key links of pathogenesis endometriosis and the possibility of its application as a hormonal therapy in a complex treatment of endometriosis, as well as in prevention of relapse of this disease.*

Эндометриоз является хроническим, гормонозависимым, прогрессирующим и рецидивирующим заболеванием, поражающим 12—60% женщин репродуктивного возраста. Эндометриоз диагностируют у 6—7% фертильных женщин, у пациенток с бесплодием его частота может достигать, по данным различных авторов, 20—48%. Лечение эндометриоза должно быть комплексным и поэтапным. На первом этапе лечения проводят хирургическое удаление гетеротипий, на втором этапе целесообразным считается применение гормональной терапии. Прогестагены, наряду с комбинированными оральными контрацептивами (КОК), являются препаратами первой линии в комплексном лечении эндометриоза.

**Цель:** оценить эффективность терапии диеногестом по влиянию данного препарата на ключевые звенья патогенеза эндометриоза.

**Материал и методы.** Проведен поиск и анализ современной литературы в отношении патогенеза эндометриоза и оценена эффективность использования ди-

еногеста в качестве гормональной терапии на втором этапе лечения эндометриоза.

**Результаты.** Диеногест — современный гестагенный препарат, разработанный специально для лечения эндометриоза. Диеногест — прогестаген IV поколения, сочетает свойства 19-нортестостерона — высокую селективность, сильное прогестагенное действие на эндометрий и высокую биодоступность при пероральном применении, и свойства производных прогестерона — хорошую переносимость, отсутствие метаболических, сосудистых и печеночных эффектов, что крайне важно для длительного использования. Самые низкие дозы пероральных прогестагенов содержатся именно в диеногесте (2 мг/сут).

Диеногест в минимальной дозе — 2 мг/сут оказывает центральное воздействие — угнетает систему гипоталамус—гипофиз—яичники, вследствие чего происходит надежное подавление овуляции за счет апоптоза клеток гранулезы доминантного фолликула, что приводит к снижению секреции эстрадиола и сохранению его в пре-