

салфеток «Активтекс» сразу после вскрытия поднадкостничного гнойного очага отмечается следующее содержание клеток: сегментоядерные нейтрофилы — $(79,65 \pm 0,25) \%$ палочкоядерные нейтрофилы — $(2,30 \pm 0,72) \%$, базофилы — $(0,15 \pm 0,07) \%$, эозинофилы — $(1,00 \pm 0,29) \%$, лимфоциты — $(11,95 \pm 0,21) \%$, моноциты — $(4,18 \pm 0,43) \%$, макрофаги — $(0,59 \pm 0,23) \%$, плазмоциты — $(0,18 \pm 0,13) \%$.

Через трое суток уменьшилось относительное содержание сегментоядерных нейтрофилов - до $(77,85 \pm 2,39) \%$ ($p = 0,898$ и $p_l = 0,192$); палочкоядерных нейтрофилов и базофилов - 0% , эозинофилов — $(0,03 \pm 0,005) \%$ ($p = 0,066$ и $p_l = 0,001$), лимфоцитов - $(10,8 \pm 0,21) \%$ ($p < 0,001$ и p_l -

$0,001$). Существенно увеличилось относительное содержание макрофагов - до $(5,47 \pm 0,38) \%$ ($p < 0,001$ и $p_l = 0,001$), моноцитов - $(4,29 \pm 0,23) \%$ ($p = 0,824$ и $p_l = 0,001$), плазмоцитов, $(1,35 \pm 0,26) \%$ ($p < 0,001$ и $p_l = 0,001$). Помимо этого, в этот срок в ране появились фиброциты и фибробласты в количестве $(0,18 \pm 0,09) \%$, что свидетельствует о начале фазы регенерации.

Таким образом применение салфеток «Активтекс» для дренирования гнойных ран при лечении пациентов с острым гнойным одонтогенным периоститом челюстей по данным цитологических исследований, активизирует репаративные процессы, способствует более быстрому заживлению раны.

Литература

1. Вернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой, хирургии и хирургической стоматологии. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Мед. литература, 2003. - 416 с;
2. Биберман Я.М. Острые гнойные периоститы челюстей : Автореф. дис.... канд. мед. наук. - М., 1993. — 20 с;
3. Зубков М.Р. Особенности антибактериальной терапии неспецифических анаэробных инфекций // Русский медицинский журнал. - 2003. - Т. 11 - №18. - С. 1023-1027;
4. Никитин А.А. Лечение гнойно-некротических процессов челюстно-лицевой области с применением новых перевязочных средств / А.А. Никитин, П.В. Малыченко // Актуальные вопросы, стоматологии. — М., 2003. - С. 98-99;
5. Олтаржевская Н.Д. Текстиль и медицина. Перевязочные материалы с пролонгированным лечебным действием / Н.Д. Олтаржевская, И. А. Коровина, Л.Б. Савилова // Российский химический журнал. — 2002. - Т. 66. - Ч. 1. - С. 133-141;
6. Шаргородский А.Г. Острый одонтогенный периостит челюстей // Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. - С. 39-47;
7. Щепеткин И. А. Влияние саназола и метронидазола на продукцию активных форм кислорода макрофагами / И.А. Щепеткин, Н.В. Чердынцева, В.Т. Кагия // Антибиотики и химиотерапия. - 2003. - Том 48. - N 3. - С. 7-10;

**Агабабян Л.Р.,
Насимова Г. О.,
Насирова З.А.**

ФАКТОРЫ РИСКА ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ (зав. - доц. А.Т. Сафаров) СамМИ (ректор - проф. А.М. Шамсиев)

Проблема опущения и выпадения внутренних половых органов по-прежнему остается в центре внимания врачей-гинекологов, что обусловлено не только тенденцией к увеличению частоты и тяжести данной патологии, но и стабильно большим числом рецидивов после практически всех видов хирургического лечения. Проплапс гениталий приводит не только к гинекологическим, но и проблемам со стороны близлежащих органов - мочевого пузыря, кишечника, а так же к социальным проблемам: потере трудоспособности, социальной дезадаптации, психоневротическим нарушениям. Среди больных, находящихся на лечении в гинекологических стационарах, 28-38,9% - женщины с данной патологией, а среди всех гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения, - 15% (Долгих Т.А., 2009, Рулёв М.В., 2010). К ряду возможных факторов риска относят беременность и роды, особенно осложнившиеся перинеальной травмой; нарушения связочного аппарата; хроническое повышение внутрибрюшного давления; гипострогению; нарушение иннервации и

кровообращения тазового дна; биохимические изменения в тканях промежности. Более того, были получены интересные факты о генетической обусловленности данной патологии, что объясняет частоту развития рецидива после проведенного лечения (Жданова М.С., 2009).

Целью нашего исследования стала изучить факторы, приводящие к пролапсу тазовых органов.

Материал исследования: нами были обследованы 50 женщин, оперированных по поводу выпадения половых органов в родильном

доме №2 г. Самарканда в 2008-2012 году.

Результаты собственных исследований:

У всех 50 женщин с пролапсом тазовых органов наблюдались изменения анатомических взаимоотношений тазовых структур и нарушения функции нижних мочевыводящих путей. Критериями включения в исследование явилось отсутствие признаков нестабильности мочевого пузыря и уретры, и сочетание инконтиненции с опущением тазовых органов. Возраст 50 обследованных женщин

находился в пределах от 45 до 75 лет. Средний возраст составил $59,4 \pm 0,5$ лет. Распределение больных по возрастным группам представлено в таблице 1. Такое распределение обусловлено окончанием репродуктивной функции у большинства женщин в 45 лет, пери- и постменопаузальными изменениями в 46-59 лет, старостью — с 60 лет и старше.

Таблица 1

Возраст пациенток с пролапсом тазовых органов (п, %)

Возраст пациенток	п	%
45	8	16
46-59	25	50
60 и старше	17	34
Всего	50	100

Из таблицы видно, что преобладает группа пациенток от 46-59, 60 лет и старше. Среди обследованных представительниц села было - 25 (50%), города - 25 (50%).

Возраст начала опущения варьировал в широких пределах: от 31 до 60

лет и в среднем составил $46,3 \pm 1,1$ года. Средняя продолжительность заболевания была $10,0 \pm 0,5$ лет. При поступлении в стационар общее состояние женщин было удовлетворительным. Клинические проявления заболевания характеризовались симптоматикой пролапса и недержания мочи при напряжении. Пациентки предъявляли жалобы: на ощущение инородного тела в промежности - 45 (90%), на боли внизу живота - 10 (20 %), недержание

мочи при физической нагрузке - 50 (100 %). При гинекологическом осмотре у всех 50 (100%) пациенток отмечено зияние половой щели. Трофические нарушения шейки матки по типу декубитальной язвы — у 7 (14%). При бимануальном исследовании выявлено: миома матки небольших размеров (до 5-6 недель) - у 14 (28 %), матка соответствует возрасту — у 36 (72 %). Патологических образований в придатках не выявлено ни у одной пациентки.

Распределение пациенток в зависимости от степени пролапса гениталий по данным объективного исследования представлено в таблице

2.

Таблица 2

Распределение пациенток в зависимости от степени пролапса гениталий

Признак, степень выраженности	Абс.	%
Полное выпадение матки и стенок влагалища	35	70
Элонгация шейки матки	15	30

Всего 50 100

Нами выделена еще одна группа женщин - с элонгацией шейки матки (п=15), у которых элонгация сочеталась с опущением внутренних половых органов. Длина шейки матки была от 5 до 10 см. Средняя длина элонгированной шейки - $8,14 \pm 0,25$ см.

Наследственная предрасположенность к заболеванию изучена у 40 (80%) женщин; не смогли представить информацию - 10 (20 %).

Опущение у родственников первой линии, из представивших информацию, имелось (матери) - у 14 (35 %) женщин, у родственников второй

линии (бабушки) - у 13 (32,5 %), у других родственников (тети и сестры) — у 6 (15%). Наследственной предрасположенности не выявлено - у 7 (17,5 %) пациенток. Влияние трудовой деятельности на степень пролапса гениталий

представлено в таблице 3. Из нее видно, что наличие трудовой деятельности

связанной с физическим трудом, оказалось значимым фактором для развития генитального пролапса.

Таблица 3

Зависимость степени пролапса гениталий от вида трудовой деятельности (п, %)

Степень пролапса гениталий	Кол-во наблюдений	Трудовая деятельность связана с физическими нагрузками	Трудовая деятельность не связана с физическими нагрузками
Полное выпадение матки	35	22 (68,8%)	13(31,2%)
Элонгация шейки матки	15	8 (53,3%)	7(46,7%)

Заболевания	N	%
Сердечно-сосудистая патология, из них:		
Гипертоническая болезнь	5	18
Пороки сердца	1	
ИБС	3	
Варикозная болезнь	9	18
Болезни ЖКТ	6	12
Инфекции мочевыводящих путей	21	42
Эндокринная патология, из них:		
Сахарный диабет	2	10
Заболевания щитовидной железы	3	
Бронхиальная астма	1	2
Тугоухость	9	18

Полное выпадение матки характерно для группы женщин, чей труд связан с нагрузкой. Зависимость элонгации шейки матки от физической деятельности не была выявлена.

Анализ соматической и гинекологической

патологии выявил следующее. Детские инфекционные заболевания перенесли 42 (84%) обследованных. Перенесенные экстрагенитальные заболевания у обследованных больных представлены в таблице 4.

Таблица 4

Экстрагенитальная патология у пациенток

Оперативные вмешательства на органах брюшной полости перенесли 25 (50%) пациенток: аппендэктомия - 10 (20 %), операция по поводу пупочной грыжи - 4 (8%), по поводу паховой грыжи - 1 (2%), внематочная беременность - 2 (4%), цистэктомия - 4 (8%), кесарево сечение - 6 (12%).

Ранее проведенную операцию по устранению генитального пролапса имели в анамнезе 6 (12 %) женщин. Средний промежуток от операции до рецидива составил $8,3 \pm 2,2$ (от 0,5 до 25) лет. Менструальная функция. Средний возраст менархе был $12,7 \pm 0,5$ лет. Менструальный цикл составлял в среднем $26,8 \pm 1,3$ дней, продолжительность - $5,0 \pm 0,4$ дней. На момент обследования в постменопаузе находились 37 (74%) женщин. Менопауза в среднем наступила в возрасте $48,7 \pm 0,3$ лет, в 2 (4%) случаях была ранней (до 40 лет).

Различная гинекологическая патология в анамнезе выявлена у всех (100%) женщин: воспаление придатков - 34 (68%); киста яичника 6 (12%), из них с оперативным лечением - 4 (8%), эрозия шейки матки (с ДЭК) - 10 (20%); ДМК - 10 (20%); внематочная беременность - 2 (4%), невынашивание беременности - 2 (4%); бесплодие - 1

(2%). В среднем на 1 женщину приходилось 1,1 случая гинекологического заболевания.

Детородная функция. Из 50 пациенток, имели в анамнезе роды через естественные родовые пути 40 (80%) женщин, операцию кесарева сечения - 8 (16%), не рожали - 2 (4%). Как следует из вышеизложенного, три и более родов имели 42 (84%) пациентки. Разрывы шейки матки и промежности в анамнезе наблюдались у 23 (46%) женщин; эпизио - и перинеотомия - у 11 (22%), ручное обследование полости матки - у 6 (12 %) женщин, наложение щипцов - у 2 (4 %). Как видно из таблицы 5, основную роль в генезе пролапса гениталий в группах обследуемых сыграл осложненный акушерско-гинекологический анамнез: патологические роды (роды при узком тазе, крупном плоде, слабости родовой деятельности, быстрые и стремительные роды), акушерские операции. Травма промежности (разрыв промежности в родах, эпизио-, перинеотомия, разрывы шейки матки) имела место у 33 (66%) женщин, при этом заживление послеоперационной раны вторичным натяжением отмечено у 5 (45,4%).

Осложнения родов и послеродового периода

Таблица 5

Осложнения родов	Абс.	%
Разрывы промежности	16	32
Разрывы шейки матки	7	14
Эпизио-перинеотомия	11	22
Слабость родовой деятельности	6	12
Стремительные роды	2	4
Акушерские щипцы	2	4
Кровотечение, ручное обследование полости матки	6	12
Краниотомия	1	2
Нагноение раны промежности	5	10

Подобные вмешательства в последствие в дальнейшем пролапсу тазовых органов. Вес ведут к недостаточности мышц тазового дна и новорожденных представлен в таблице 6.

Таблица 6

Вес новорожденных у женщин пролапсом гениталий

Вес, г	Новорожденный			
	Первый	Второй	Третий	Четвертый
2500,0-3000,0	4	5	20	13
3001,0-4000,0	41	37		
Более 4000,0	5	8	14	9

Вес первого новорожденного чаще был от 2500,0 до 3000,0 и от 3001,0 до 4000,0 г. Крупные новорожденные (вес более 4000,0 г) составили 36 (72%) человек среди всех новорожденных младенцев.

Медицинский аборт имели в анамнезе - 36 (72%) из всех обследованных женщин. Не было абортов - у 4 (8%). Половую жизнь в настоящее время имели - 33 (66%) пациентки, не имели по причине вдовства или инвалидности мужа - 17 (34 %). У обследованных пациенток имела высокая частота детских инфекций (84%), тяжелая экстрагенитальная патология (100%), с преобладанием сердечно-сосудистых заболеваний, патологии ЖКТ и почек. У 50% женщин имели место различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости.

Почти все женщины имели в анамнезе роды (96%). Детородная функция

характеризовалась большим числом родов (более трех у 84%), которые сопровождались высоким травматизмом промежности (22%) (при этом масса

новорожденного была более 4000,0 г у 72%), высокой частотой абортов (более трех у 56%). Гинекологические заболевания выявлены в 100%. Роды, аборты, выкидыши, сопровождались низведением шейки матки, что не исключало травму мочеполовой диафрагмы. Все перечисленные факторы неблагоприятны для полноценности промежности и мышц тазового дна, что следует расценивать как фактор риска в возникновении пролапса тазовых органов.

Заключение

Таким образом, факторами риска приводящие к пролапсу тазовых органов в порядке значимости являются: возраст старше 52 лет (100%), роды (96%), наследственность (82,5%); манипуляции на органах малого таза, связанные с возможным нарушением целостности поддерживающих структур (аборты - 72%); нарушение индекса массы тела (70%); тяжелый физический труд (68,8%); наследственность (68,4%), травма промежности (66%).

Литература

1. Богатырева Е. В. Особенности диагностики и результаты хирургического лечения ректоцеле при пролапсе тазовых органов у женщин : диссертация ... кандидата мед. наук, Санкт-Петербург, 2010.
2. Долгих Т.А. Эффективность хирургического лечения пролапса тазовых органов. Диссертация ... кандидата медицинских наук, Москва, 2009 98 с. : 3. Демина О. А. Клиническое и экономическое обоснование выбора метода хирургической коррекции недержания мочи при напряжении. : диссертация ... кандидата мед. наук, Москва, 2009.
4. Денисова Т. Б. Оптимизация хирургического лечения женщин с пролапсом тазовых органов. Диссертация ... кандидата медицинских наук Москва, 2010 132 с. : 5. Жданова М. С. Пролапс гениталий у женщин с дисплазией соединительной ткани, тактика ведения. Диссертация ... кандидата медицинских наук. Москва, 2009 97 с. : 6. Коршунов М.Ю. Уродинамика нижних мочевых путей у женщин до и после хирургического лечения пролапса тазовых органов: об объективном и субъективном в урогинекологии. Журнал акушерства и женских болезней, 2010, выпуск 1, том LIX 7. Рулиев М. В. Эффективность хирургического лечения пролапса тазовых органов с использованием синтетического импланта Prolift. Диссертация ... кандидата медицинских наук, Санкт-Петербург, 2010 129 с.
8. Ящук А. Г. Научное обоснование и реализация лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин пролапсом гениталий (клинико-генетические аспекты). Диссертация ... доктора медицинских наук : 14.00.01 / Ящук Альфия Салимовна; Москва, 2009 216 с. : 9. Martan, A. New options in reconstructive pelvic floor surgery and surgery in urogynecology / A. Martan // Ceska Gynecol. - 2006. - Vol. 71, N 6. P. 455-463.