

В последние годы значительно возрос интерес к пликация магистральных вен, как способу хирургической профилактики ТЭЛА. Этот способ использован у 35 (25,0 %) пациентов, у 6 (17,2 %) – пликация выполнена механическим способом с помощью аппарата УО-40. Выбор оперативного доступа зависел от характера и тяжести клинической ситуации. Считается, что пликация с помощью механического шва отличается технической простотой и быстротой выполнения. Пликация наружной подвздошной вены выполнена – у 18 (51,4 %), общей подвздошной вены – 7 (20,0 %), общей бедренной вены – 6 (17,1 %), верхней трети поверхностной бедренной вены – 4 (11,5 %) из 35 больных.

Кроссэктомия предпочтительна при остром восходящем тромбозе, поскольку она предотвращала распространение тромботического процесса из поверхностных вен в глубокие и выполнена у 42 (30,0 %), флебэктомия – 31 (22,1 %), кроссэктомия с флебэктомией – у 7 (5,0 %) из 80 больных. Средняя продолжительность нахождения в стационаре больных, перенёвших радикальное вмешательство, по сравнению с пациентами, которым была выполнена лишь кроссэктомия, статистически значимо не различалась.

Перед имплантацией кава-фильтра или пликации вены в обязательном порядке проводилось ЦДС. В дальнейшем ЦДС выполнялось через 48 ч после операции или в другие сроки (при необходимости). Несмотря на проведение антикоагулянтной и антитромбоцитарной терапии в 32,0 % случаев на кава-фильтрах при ЦДС выявлены массивные тромбы, что является весьма убедительным доказательством эффективности профилактики фатальной ТЭЛА. Сегмент вены после пликации был проходим у 29 (82,9 %) из 35 больных, у 4 (11,4 %) выявлен восходящий тромбоз ниже места пликации, у 2 (5,7 %) кровотоков в области пликации вообще не удалось визуализировать. Установлено, что частота прогрессирования тромботического процесса и рецидивов тромбозов наиболее высока у пациентов, перенёвших имплантацию кава-фильтра, что можно объяснить нахождением в просвете НПВ инородного тела, изменяющего характер кровотока в сегменте. Частота рецидивов тромбозов у пациентов, перенёвших пликацию, либо лечившихся только консервативно, практически одинакова и при этом существенно ниже в сравнении с аналогичным показателем после эндоваскулярных вмешательств.

**Выводы.** ЦДС является информативным способом диагностики наличия и уровня тромботического процесса в вене, флотации тромбов, оценки эффективности медикаментозной терапии. Хорошая клиническая эффективность применения антикоагулянтных препаратов выявлена у пациентов при ранних сроках госпитализации и своевременном их назначении, пристеночном и неокклюзионном видах тромбоза, при субклинической картине заболевания и отсутствии ведущих факторов риска тромбозов.

Для улучшения результатов лечения венозных тромбозов необходим дифференцированный выбор хирургической тактики с учетом ультразвуковой диагностики и оценки динамики течения тромботического процесса. При распространенном тромбозе, а также после хирургической профилактики ТЭЛА интенсивная инфузионная терапия должна включать также антикоагулянты и антитромбоцитарные препараты с целью достижения и поддержания управляемой гемодилюции и гемокоагуляции.

#### Литература

1. Андрущенко И. В. Структура и результаты лечения флеботромбоза нижних конечностей / И. В. Андрущенко, В. Ф. Негрей, В. А. Агеев, А. Е. Маркова // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2010. – Т. 97. – № 6. – С. 237-238.
2. Ведяшкина О.С. Ультразвуковая диагностика острых венозных тромбозов нижних конечностей / О. С. Ведяшкина, В. И. Давыдкин, В. В. Махров, М. И. Паркина, В. В. Щапов // Огарёв-Online. – 2014. – № 14 (28). – С. 3.
3. Засимович В.Н. Опыт лечения тромбозов глубоких вен системы нижней полой вены в условиях специализированного стационара / В. Н. Засимович, А. М. Назарук, Е. А. Малашицкий, В. В. Могучий, М. Н. Борисенко // Новости хирургии. – 2008. – Т. 16. – № 4. – С. 154-159
4. Пиксин И. Н. Изменения системы гемостаза у больных тромбозом глубоких вен нижних конечностей при озонотерапии / И. Н. Пиксин, В. И. Махров, В. В. Махров, С. И. Табунков, С. П. Бякин, А. В. Щербаков, Н. В. Романова, А. В. Аверина // Современные технологии в медицине. – 2011. – № 4. – С. 173-176.
5. Савельев В. С. Профилактика послеоперационных венозных тромбозомических осложнений в российских стационарах (предварительные результаты проекта «Территория безопасности») / В. С. Савельев, А. И. Кириенко, И. А. Золотухин, А. И. Андрияшкин // Флебология. – 2010. – № 3. – С 3 – 8.
6. Савельев В. С. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / В.С. Савельев, А. И. Кириенко. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – Т. 3. –1008 с.

#### References

1. Andrijushhenko I. V. Struktura i rezultaty lechenija flebotromboza niznih konechnostej / I. V. Andrijushhenko, V. F. Negrej, V. A. Ageev, A. E. Markova // Sibirskij medicinskij zhurnal (Irkutsk). – 2010. – Т. 97. – № 6. – S. 237-238.
2. Vedjashkina O.S. Ul'trazvukovaja diagnostika ostryh venoznyh trombozov niznih konechnostej / O. S. Vedjashkina, V. I. Davydkin, V. V. Mahrov, M. I. Parkina, V. V. Shhapov // Ogarjov-Online. – 2014. – № 14 (28). – S. 3.
3. Zasimovich V.N. Opyt lechenija trombozov glubokih ven sistemy nizhnej poloj veny v uslovijah specializirovannogo stacionara / V. N. Zasimovich, A. M. Nazaruk, E. A. Malashickij, V. V. Moguchij, M. N. Borisenko // Novosti hirurgii. – 2008. – Т. 16. – № 4. – S. 154-159
4. Paksin I. N. Izmenenija sistemy gemostaza u bol'nyh tromboflebitom glubokih ven niznih konechnostej pri ozonoterapii / I. N. Paksin, V. I. Mahrov, V. V. Mahrov, S. I. Tabunkov, S. P. Bjakin, A. V. Shherbakov, N. V. Romanova, A. V. Averina // Sovremennye tehnologii v medicine. – 2011. – № 4. – S. 173-176.
5. Savel'ev V. S. Profilaktika posleoperacionnyh venoznyh trombozombolicheskikh oslozhnenij v rossijskikh stacionarah (predvaritel'nye rezultaty proekta «Territorija bezopasnosti») / V. S. Savel'ev, A. I. Kirienko, I. A. Zolotuhin, A. I. Andrijashkin // Flebologija. – 2010. – № 3. – S 3 – 8.
6. Savel'ev V. S. Klinicheskaja hirurgija: nacional'noe rukovodstvo: v 3 t. / V.S. Savel'ev, A. I. Kirienko. – M: GJeOTAR-Media, 2010. – Т. 3. –1008 s.

**Парамонова Т. К.<sup>1</sup>, Зобова Д. А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Доцент, кандидат медицинских наук, <sup>2</sup>клинический ординатор, кафедра акушерства и гинекологии, медицинский институт, ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева»

#### СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

*Аннотация*

*Целью данной работы явилось изучение структуры факторов риска развития послеродового эндометрита.*

**Ключевые слова:** послеродовый эндометрит, кесарево сечение, кольпит.

**Paramonova T. K.<sup>1</sup>, Zobova D. A.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Associate professor, PhD in medical Sciences, <sup>2</sup>Clinical resident, Department of obstetrics and gynecology. Medical Institute, Ogarev Mordovia State University

#### THE STRUCTURE OF THE RISK FACTORS FOR POSTPARTUM ENDOMETRITIS

*Abstract*

*The aim of this study was to examine patterns of risk factors for postpartum endometritis.*

**Keywords:** postpartum endometritis, caesarean section, colpitis

Несмотря на проводимую профилактику, своевременную диагностику и лечение урогенитальных заболеваний, число случаев эндометрита не имеет тенденции к снижению [1]. Нами изучены основные клинико-анамнестические параметры 57 родильниц, находящихся на лечении в ГБУЗ РМ «Мордовский республиканский клинический перинатальный центр» г. Саранска: 35 родильниц с послеродовым эндометритом (ПЭ) и 22 с неосложненным течением пуэрперия.

При обследовании родильниц выявлено, что кольпит встречался у 11 родильниц (31,5%) с ПЭ. Эктопия шейки матки имела место у 13 родильниц (37,2%) с ПЭ. Изучая экстрагенитальные заболевания родильниц с ПЭ, патология была выявлена у 34 женщин, что составило 97,1%. Самой частой экстрагенитальной патологией у обследуемых родильниц всех возрастных групп являлся хронический пиелонефрит, который имел место у 13 родильниц - больных ПЭ (37,1%) и у 1 родильницы (4,5%) с нормальным течением послеродового периода. В ходе обследования родильниц было обращено внимание на наличие у них осложнений беременности. Как было выявлено, самым частым осложнением явился гестоз легкой и средней степени тяжести, который выявлен у 54,3% обследуемых. Среди осложнений родов самым частым является родовое излитие околоплодных вод, которое имело место у 15 родильниц, больных ПЭ (43%) и у 3 (13,7%) здоровых родильниц. Вторым по частоте встречаемости осложнением является первичная слабость родовой деятельности, которая имела место у 6 родильниц (17%) из группы больных ПЭ. При обследовании учитывался путь родоразрешения. Операция кесарева сечения использовалась в группе больных ПЭ в 77,1% случаев (27 родильниц), что почти в 2,5 раза чаще, чем в группе здоровых родильниц. При обследовании учитывалась масса плода. Плод массой свыше 4000 г встречался у 16 родильниц (45,7%) больных ПЭ, в контрольной группе у 7 родильниц (20,1%).

Таким образом, предрасполагающим к возникновению ПЭ фактором является наличие у родильниц экстрагенитальной патологии, в частности заболевания почек. Важную роль в развитии изучаемого заболевания играют гинекологические заболевания, в первую очередь - это эктопия шейки матки и кольпит. Из осложнений беременности предпосылкой для развития ПЭ является гестоз. Из осложнений родов наибольшее значение имеет родовое излитие околоплодных вод, первичная слабость родовой деятельности, крупный плод. Родоразрешение путем операции кесарева сечения также играет роль в развитии ПЭ.

**Парамонова Т. К.<sup>1</sup>, Зобова Д. А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Доцент, кандидат медицинских наук, <sup>2</sup>клинический ординатор, кафедра акушерства и гинекологии, медицинский институт, ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева»

### **АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

*Аннотация*

*Целью данной работы явилось изучение анамнестических факторов риска развития очень ранних преждевременных родов.*

**Ключевые слова:** преждевременные роды, сахарный диабет, медицинский аборт.

**Paramonova T. K.<sup>1</sup>, Zobova D. A.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Associate professor, PhD in medical Sciences, <sup>2</sup>Clinical resident, Department of obstetrics and gynecology. Medical Institute, Ogarev Mordovia State University

### **ANAMNESTIC RISK FACTORS FOR VERY EARLY PRETERM BIRTH**

*Abstract*

*The aim of this work was to study anamnestic risk factors for very early preterm birth.*

**Keywords:** premature birth, diabetes, medical abortion.

Очень ранние преждевременные роды - это роды на сроке 22-27 недель беременности, являются очень важной демографической и медико-социальной проблемой в силу высокой частоты осложнений и перинатальной смертности. Нами были обследованы 27 родильниц с соответствующим диагнозом, родоразрешенных в ГБУЗ РМ «МРКПЦ» г. Саранска. При изучении учитывались следующие параметры: возраст, паритет беременности и родов, медицинский аборт в анамнезе, гинекологические заболевания, экстрагенитальная патология, осложнения в течение данной беременности. В нашем исследовании родильницы в возрасте старше 35 лет составили 74%. В группе обследуемых 62,9% явились повторнородящими, причем более половины из них (53,6%) имели в анамнезе 1 и более преждевременных родов. Среди обследуемых родильниц только 5,2% не имели отягощенного акушерского анамнеза. Более двух выскабываний полости матки в анамнезе (во время искусственных абортов, случаи замершей БР и самопроизвольного выкидыша), нами выявлено в 57,9% случаев. Причем медицинский аборт имел место у каждой 4 родильницы, а самопроизвольный выкидыш в 3 раза чаще встречался при сроке до 12 недель. Заслуживает внимания тот факт, что аномалии развития внутренних половых органов имели место у 8 родильниц (29,6%). Среди экстрагенитальной патологии лидируют хронический пиелонефрит - 55,6%, заболевания эндокринной системы (сахарный диабет выявлен у 14,8%, ожирение у 7,4%), причем у всех родильниц с сахарным диабетом имели место множественные осложнения (диабетическая полинейропатия, нефропатия, ретинопатия, липоидный некробиоз). Наиболее частыми осложнениями беременности явились хроническая фетоплацентарная недостаточность - 88,9%, угроза прерывания беременности - 70,4%.

Таким образом, к развитию очень ранних преждевременных родов предрасполагают возраст беременных старше 35 лет, наличие в анамнезе преждевременных родов, выскабываний полости матки, аномалий развития внутренних половых органов, различная экстрагенитальная патология, в особенности в стадиях суб- и декомпенсации. Беременность протекает на фоне угрозы прерывания, хронической фето-плацентарной недостаточности.

### **Литература**

1. Малдыбаева Э. К. Оптимизация ведения преждевременных родов: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Бишкек, 2008. - 23 с.

**Бакайкин В.М.<sup>1</sup>, Курусин В.М.<sup>2</sup>, Кадыров А.Ш.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Кандидат медицинских наук, доцент; <sup>2</sup>Аспирант; <sup>3</sup>Кандидат медицинских наук, ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт

### **ДИНАМИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЖЕЛУДКА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА ФОНЕ ФИТОТЕРАПИИ**

*Аннотация*

*В статье рассмотрено лечение предраковых и ранних стадий раковых заболеваний желудка комбинированным терапевтическим методом с использованием фитотерапии без осложнений на организм человека.*

**Ключевые слова:** предраковые заболевания, рак желудка, Helicobacter pylori, фитотерапия.

**Bakaykin V.M.<sup>1</sup>, Kurusin V.M.<sup>2</sup>, Kadyrov A.Sh.<sup>3</sup>**

<sup>2</sup>PhD in Medicine, associate professor; <sup>2</sup>Postgraduate student; <sup>3</sup>PhD in Medicine, Ogarev Mordovia State University, The Institute of Medicine

### **DYNAMICS OF MORPHOFUNCTIONAL CHANGES IN THE HUMAN STOMACH WITH PRECANCEROUS DISEASES DURING THE PHYTOTHERAPY**

*Abstract*

*The article considers the treatment of precancerous and early stages of the stomach cancer by combined therapeutic method using a phytotherapy without complications on the human body.*

**Keywords:** precancerous diseases, stomach cancer, Helicobacter pylori, phytotherapy.