

89,0±6,0 и 131,1±11,4 МЕ/мл. Зависимости содержания от фазы менструального цикла не обнаружено. У женщин с вагинитом, осложненным цервицитом отмечено увеличение содержания Ig A и M по сравнению со здоровыми женщинами ($p<0,05$), соответственно 128,0±11 и 137,0±11,0 МЕ/мл. В то же время количество Ig G у них снижено до 117,0±14 МЕ/мл.

Для изучения микрофлоры влагалища при вагинитах беременных и матки при послеродовых эндометритах бактериологическое исследование проводили по общепринятой методике с использованием электроактивных и дифференциально-диагностических средств (без анаэробной технологии).

Обнаружено, что при эндометритах выделялись ассоциации микроорганизмов с одинаковым сочетанием ассоциантов (*Escherichia coli*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Streptococcus haemolyticus*, *Staphylococcus anhaemolyticus*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus*, *Proteus mirabilis*).

Микроорганизмы выделены в 84,3 % (59%) случаев с послеродовым эндометритом и в 42,9 % — у здоровых родильниц ($p<0,05$). Высокая обсемененность в матке (5 и более lg КОЕ/мл) выявлялась достоверно чаще ($p<0,05$) при тяжелом течении послеродового эндометрита в отличие от больных с легким и стертым течением эндометрита. При неосложненном течении пуэрперии у всех родильниц регистрировалась низкая обсемененность послеродовой матки (менее 3 lg КОЕ/мл). При бактериологическом исследовании со-

держимого влагалища при вагинитах обнаружено, что микрофлора представлена практически идентичными ассоциациями микробов, что и при эндометритах после родов. Высокая обсемененность влагалища (4 и более lg КОЕ/мл) найдена у 31 (38,7 %) с кандидозным и у 44 (74,6 %) больных с неспецифическим вагинитом. Лактобациллы были обнаружены только в 64,8% случаев у больных с кандидозными вагинитами и в 57,6 % — с неспецифическими вагинитами, что указывает на значительные нарушения микробиоценоза влагалища.

Результаты иммуноморфологического исследования экзцервикса у женщин с вагинитами свидетельствуют о наличии у них воспалительного процесса в шейке матки, подтвержденное кольпоскопическим исследованием и увеличением содержания Ig A, G и, особенно, Ig M в цервикальной слизи этих больных. Следовательно, воспалительный процесс во влагалище инициирует воспалительный процесс в экзцервиксе. Проведенные микробиологические исследования позволяют нам утверждать, что эндометрит после родов вызывается микрофлорой влагалища, распространяющейся за пределы своих экологических ниш в результате чрезмерного их размножения при вагинитах у беременных. Клиническим подтверждением этого являются полученные в нашей клинике данные о том, что у женщин с вагинальной инфекцией при беременности эндометриты после родов развиваются в 5,5 раз чаще, чем у женщин с нормобиоценозом влагалища.

THE NEW DATA ON PATHOGENESIS OF ENDOMETRITIS AFTER DELIVERY

M.A. Kupert, A.F. Kupert

(The Chair of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty ISMU)

With the purpose to prove ascending way of infecting internal genitals in postnatal endometritis there have been studied «microbial landscape» of vagina in vaginitis and of uterus in endometrites after delivery as well as immunomorphology of exocervix and content of immunoglobulins in cervical mucus in vaginites of pregnant women.

© ШАРИФУЛИН М.А., БУРДУКОВА Н.В., ЛАПА В.А., НАДИРАДЗЕ О.В., ГУМЕРОВА Е.В. -

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

М.А. Шарифулин, Н.В. Бурдукова, В.А. Лапа, О.В. Надирадзе, Е.В. Гумерова

(Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ИМГУ, зав. — проф. Н.В. Протопопова;

Иркутская областная клиническая больница, главный врач — П.Е. Дудин)

Резюме. Проведён анализ хирургического лечения 101 больной с миомой матки, которым выполнена органосохраняющая операция. Ранняя диагностика и своевременное оперативное лечение дают возможность избежать выполнения радикальных операций. Методом выбора для выполнения функциональных операций является эндоскопический.

Ключевые слова. Миома матки, органосохраняющие операции.

Миома матки часто встречающееся доброкачественное заболевание у женщин репродуктивного возраста и составляет 25—30% среди всех гинекологических заболеваний, при этом чаще в возрасте до 35 лет. Статистические исследования показывают «омоложение» опухолевых процессов. Средний возраст оперируемых гинекологических больных составляет 30—40 лет. Одной из важных проблем современной гинеко-

логии является сохранение репродуктивной функции и качества жизни у больных социально-активного возраста. Основным методом лечения миомы в настоящее время остаётся оперативное вмешательство. После радикальных операций на матке в 20—30% случаев у женщин появляются психоэмоциональные расстройства, изменения нейроэндокринной системы, нарушения уродинамики, которые в значительной сте-

пени ухудшают качество жизни женщин. В связи с этим, в настоящее время наблюдается тенденция к расширению показаний для проведения органосохраняющих операций при миоме матки. Функциональная хирургия матки должна решить вопрос о сохранении тазовых органов, профилактике их опущения, а также сохранении менструальной и детородной функций.

В гинекологическом отделении ОКБ за 2003 год обследованы и прооперированы 245 больных с миомой матки. Органосохраняющие операции выполнены у 101 (41,2%) больной; из них лапаротомным доступом — 37, лапароскопическим — 37, гистероскопическим — 27. Перед консервативной миомэктомией в качестве предоперационной подготовки 35 женщин получали гормональное лечение (бусерелин, золадекс) курс у большинства составил 2-3 месяца. Возраст больных, которым проведена органосохраняющая операция колебался от 23 до 53 лет, средний возраст составил 35,7. По возрасту все больные распределены на три группы. В I группу вошли 45 (44,5%) женщин (ранний репродуктивный возраст - 23-35 лет); во II - 37 (36,6%) (поздний репродуктивный возраст - 36-45 лет); III - 19 (18,8%) (перименопаузальный возраст — 46—53 года). При выборе доступа и объема оперативного вмешательства учитывались, кроме возраста и желания женщин сохранить менструальную и детородную функции, локализация миоматозных узлов, их размеры, структура узлов, наличие сопутствующей патологии. В старшей возрастной группе (III), у 13 (68,4%) женщин основным показанием к оперативному лечению явилось субмукозное расположение узлов. Все больные прооперированы гистероскопическим доступом, 6 — выполнена органосохраняющая операция лапароскопическим доступом при сочетании миомы матки с доброкачественными опухолями яичников (серозная цистаденома, дермоидная киста) и опухолевидными образованиями придатков матки. Во II группе (36—45 лет) миомэктомия лапаротомическим доступом проведена у 13 (35,1%) женщин, лапароскопическим — 12 (32,4%) и гистероскопическим — 12 (32,4%). Показаниями к проведению миомэктомии в данной группе послужили: менометроррагия на фоне субмукозного узла (12 больных), множественная миома матки с быстрым ростом (15), нарушение кровообращения в узле — (7) и бесплодие на фоне миомы (3). В раннем репродуктивном возрасте (I группа) выполнены органосохраняющие операции 45 больным: лапаротомическим доступом — 24, лапароскопическим — 19 и гистероскопическим — 2. Операции проводили по следующим показаниям: бесплодие (при исключении других причин кроме миомы) — у 19 больных, субмукозное расположение узла — у 2, нарушение питания в узле с дистрофическими и некротическими изменениями — у 8. Желание сохранить менструальную и репродуктивную функции высказали 16 женщин. Выбор оперативного доступа определялся величиной и расположением узлов. Если фиброматозный узел был размером более 5—7 см и проникал

лась консервативная миомэктомия лапаротомическим доступом с тщательным ушиванием стенки матки отдельными викриловыми швами в два ряда. Лапароскопическим доступом производилась органосохраняющая операция при субсерозных узлах, поверхностных интрамуральных узлах (при проникновении в толщу миометрия менее 50%), при отсутствии некроза миоматозного узла. Интрамуральные узлы (с расположением в миометрии на 50% и более) лапароскопическим доступом удалялись у больных не заинтересованных в беременности. Консервативная трансцервикальная миомэктомия нами выполнена у 27 больных с субмукозными узлами 0-1 типа при размерах узлов от 1,5 до 3,5 см, во всех случаях произведена механическая миомэктомия. При субмукозных узлах II типа, после уточнения локализации и размеров узла гистероскопическим путём, назначалась гормональная предоперационная подготовка агонистами гонадотропинов на 2-3 мес с последующим оперативным лечением. Все удалённые миоматозные узлы подвергались морфологическому исследованию. В 8 случаях отмечено нарушение кровообращения с дистрофическими и некротическими изменениями. В 92% случаев узлы имели строение простой лейомиомы, в 8% — клеточная, пролиферирующая лейомиома. Послеоперационный период у всех больных после лапароскопических и гистероскопических операций (64) протекал благоприятно, без осложнений. Сроки пребывания в стационаре после эндоскопической операции составили в среднем 6,5 суток. У одной больной после консервативной миомэктомии выполненной лапаротомическим доступом послеоперационный период осложнился образованием гематомы на матке (удалялся узел в диаметре 25—30 см). Гематома была опорожнена и дренирована лапароскопическим доступом. Средний койко-день пребывания в стационаре после традиционной лапаротомической миомэктомии равнялся в среднем 12,5 к/дней.

Обобщая результаты анализа проведённых операций, можно сделать следующие выводы: подход к оперативному лечению миомы матки должен быть дифференцированным, важна ранняя диагностика опухоли и ранняя миомэктомия преимущественно эндоскопическим доступом, которая затем должна подкрепляться адекватной гормональной терапией с целью профилактики рецидива заболевания. Наш опыт показывает, что консервативная миомэктомия должна выполняться не только у женщин младших возрастных групп, но и у более старшего возраста (45—50 лет), в целях поддержания гомеостаза в женском организме. Радикальные операции на матке при миомах у больных младших возрастных групп допустимо производить только в тех случаях, когда технически невозможно и нецелесообразно выполнение функциональной операции. Лапароскопический и гистероскопический доступы должны стать методом выбора для проведения органосохраняющих операций на матке по поводу миомы, позволяющие снизить риск интра- и послеоперационных осложнений, положительно влияющие на психоэмоциональный статус больных.

ORGANO-PRESERVING OPERATIONS IN MYOMA OF UTERUS

M.A. Sharifulin, N. V. Burdukova, V.A. Lapa, O. V. Nadiradze, E. V. Gumerova

(Sub-Faculty of Obstetrics and Gynecology of ISMU, Irkutsk State Regional Hospital)

There has been conducted the analysis of surgical treatment of 101 patients with uterus myoma after organo-preserving operations. The early diagnosis and well-timed surgical treatment give opportunity to avoid fulfillment of radical operations. The en-doscopic method is a method of choice for carrying out functional operations.

© КУПЕРТ А.Ф., АКУДОВИЧ Н.В. -

ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

А.Ф. Куперт, Н.В. Акудович

(Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ,
зав. проф. Н.В. Протопопова)

Резюме. Изучена распространенность и структура вагинального кандидоза при обследовании 398 беременных. Выявлены основные 9 видов грибов рода *Candida* - возбудителей вульвовагинального кандидоза у беременных. Изучены особенности клинического течения и лечения вульвовагинального кандидоза в зависимости от вида возбудителя.

Ключевые слова. Вагинальный кандидоз, структура, клиника, лечение.

Вагинальный кандидоз по праву считается «болезнью цивилизации» и занимает 75 % в структуре всех форм кандидоза. Высокая частота вульвовагинального кандидоза при беременности (19,9-50,8 %) обусловлена изменением гормонального баланса. Несмотря на наличие большого количества антимикотических средств, эффективность лечения ими недостаточна (70-80 %), за исключением дифлюкана (92-96 %), который при беременности не рекомендуется.

Исходя из всего вышесказанного, нами изучена распространенность, структура вульвовагинального кандидоза при беременности, а также особенности клинической картины и эффективности лечения кандидозного вагинита в зависимости от вида возбудителя. Обследовано 398 беременных женщин в сроке от 16 до 38 недель. Установлено, что самой распространенной формой влагалищной инфекции среди обследованных больных оказался вагинальный кандидоз 141 (35,43 %). Особо следует отметить, что смешанные кандидозные вагиниты в нашем исследовании обнаружены у 53 (37,59 %) больных. Для определения видовой принадлежности грибов рода *Candida* нами использовался метод «пестрого ряда». При этом нами выделены 9 видов грибов-возбудителей кандидозного вагинита у беременных. По нашим данным отмечено снижение роли *Candida albicans* (52, 01 %) и возрастание роли *C. glabrata* (12,42 %), *C. parapsilosis* (7,04 %), *C. tropicalis* (4,7 %) в этиологии кандидозных вагинитов у беременных женщин. Микст — инфекция (сочетание двух и более видов грибов рода *Candida*) регистрировалась у 42 (14,09 %) больных. Впервые подробно изучены и детализированы субъективные и объективные клинические проявления кандидозного вагинита у больных во II и III триместрах беременности в зависимости от вида грибов рода *Candida*. Клиническую картину описывали на основании предложенной нами 5-ти балльной шкалы оценки выраженности симптомов. При изучении клинической картины кандидозных вагинитов были установлены различия в зависимости от вида

возбудителя. Наиболее выраженная клиническая картина по сумме баллов, с превалированием творожистых выделений и частым отсутствием чувства жжения выявлена у беременных при инфицировании грибами вида *Candida albicans* (20,66т). При поражении же *C. glabrata* выраженность клинической картины составляет 15м баллов, с преобладанием молочных выделений и отсутствием выраженного зуда. Для *C. guilliermondii* (9,65 м) характерны выраженные зуд и жжение во влагалище и в области наружных половых органов. Следует особо отметить, что при вагините, вызванном *C. parapsilosis* (7,04 %) практически отсутствуют клинические проявления (2,83 с). При этом имеется единственный симптом — диспареуния (болезненность при половом контакте и введении влагалищных зеркал). При беременности происходит разрыхление слизистой оболочки влагалища и уменьшение ороговения поверхностных клеток, что способствует проникновению грибов в более глубокие слои слизистой и затруднению проникновения применяемых местно лечебных препаратов в очаги деструкции. Исходя из этого, предложен новый метод лечения. Многокомпонентный препарат тержинан применяли совместно с протеолитическим иммобилизованным пролонгированным ферментом — *имозимазой*, для улучшения доставки препарата к возбудителю в глубокие слои слизистой.

Нами отмечена высокая эффективность (93,42%) комплексного лечения по сумме отличных (80,26 %) и хороших (13,16 %) результатов, с преобладанием отличных в 6,1 раза. Следует особо отметить, что у 5 (6,58 %) больных, несмотря на то, что нам не удалось добиться микробиологического эффекта, мы достигли выраженного клинического эффекта (исчезновение жалоб, выделений, гиперемии слизистой). Традиционный способ лечения тержианом оказался менее эффективным (77,27 %), что на 16,15 % ниже, чем при комплексной терапии. При данном методе лечения у 20 (22,73%) больных не удалось добиться ни клинического, ни микробиологического эффектов. Нами