

Психолог оценивал интеллектуальное развитие детей с СДВГ по 3, 5, 7, 8 субтестам методики Д. Векслера перед поступлением в первый класс и в конце учебного года. Педагог по специальным шкалам оценивал эмоциональный статус детей – в первой четверти один раз в две недели, затем в конце каждой четверти; проводил социометрию – раз в четверть и коррекционные пробы – в начале 1-го года обучения, в конце 3-й и 4-й четверти. Педиатр в конце каждой четверти проводил оценку заболеваемости, динамики массы тела, невротических расстройств и симптомов СДВГ, показатели кардиоинтервалограмм. В конце учебного года по совокупности всех данных давал комплексную оценку течения адаптации. Для назначения коррекции и медикаментозного лечения дизадаптационных расстройств все дети с СДВГ консультировались неврологом, при необходимости – психологом, психиатром, иммунологом, аллергологом. Контроль за течением адаптации позволил своевременно назначать мероприятия по коррекции нарушений адаптации у детей с СДВГ. При выявлении эмоционально-поведенческих и невротических нарушений у детей с СДВГ стремились минимизировать психотравмирующую ситуацию (в школе или дома). Для этого психолог разъяснял учителям и родителям психологические особенности детей с СДВГ и необходимость индивидуального подхода к ним. Для коррекции нарушений вегетативной регуляции и невротических расстройств в период адаптации у детей с СДВГ в условиях школы использовался метод термопульсации, способствующий улучшению эмоционального состояния, повышению умственной работоспособности, уменьшению невротической симптоматики, нормализации исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности, облегчению венозного оттока из полости черепа. Термопульсацию проводили с помощью аппарата «Вита Терм» (фирма «Нейрософт», г. Иваново) ежедневно, преимущественно после учебных занятий, длительность процедуры составляла 20 минут, курс лечения – 10–12 процедур.

Детям с дизадаптационными нарушениями вегетативной регуляции в условиях детской поликлиники проводили физиотерапевтическое лечение (электросон, магнито-, лазеро- и иглорефлексотерапия, точечный массаж на активные точки китайской акупунктуры). По показаниям использовались занятия ЛФК, массаж мышц позвоночника, воротниковой зоны, электрофорез на воротниковую зону. Применялись водные процедуры (контрастные, жемчужные, солено-хвойные, радоновые и сульфидные ванны, обливание прохладной водой (ниже привычной температуры), душ Шарко, циркулярный и веерный душ). В отдельных случаях, педиатром по согласованию с неврологом, назначались вегетотропные препараты. После перенесенной ОРВИ, особенно при частой заболеваемости, детям с СДВГ назначались консультации ЛОР-врача, иммунолога. Дети с дефицитом массы тела направлялись в поликлинику под наблюдение участкового педиатра для дополнительного обследования (консультации эндокринолога) и лечения. Проводилась коррекция питания. Рекомендовались продукты с высоким содержанием белков животного происхождения, белково-витаминные добавки, витаминно-кислородные коктейли, назначалась стимулирующая терапия.

Сравнительная оценка состояния здоровья детей с СДВГ, которым проводились мероприятия по облегчению адаптации, со сверстниками, которым она не проводилась, выявила, что у них в 1,4 раза реже возникали выраженные невротические расстройства, ОРВИ (в 1,6 раза), в 1,3 раза реже усиливались симптомы СДВГ, отмечалась большая прибавка массы тела, меньшее напряжение вегетативной регуляции и утомление, был выше эмоциональный статус и темпы интеллектуального развития.

Разработанная система оценки течения адаптации, профилактики и коррекции выявленных нарушений позволяют сохранить здоровье детей с СДВГ и предотвратить развитие дизадаптационных нарушений.

Литература

1. Антропова М.В. Гигиена детей и подростков.– М., 1982.– 335 с.
2. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей: Рук-во для врачей: В 2 томах, Т.1.– М.: Медицина, 1987.– 448 с.
3. Белоусова Е.Д., Никанорова М.Ю. // Рос. вест. перинатал. и педиатрии.– 2000.– Т. 45.– №3.– С.25–29.
4. Брызгунов И.П. и др. //Рос. педиатр. ж.– 2001.– №5.–

С.24–25.

5. Воробушкова М.В. и др. // Реабилитология: сб. науч. тр.– М., 2003.– С.129

6. Жданова Л.А. Системная деятельность организма ребенка при адаптации к школьному обучению: Автореф.дис. ... докт.мед. наук.– М.– 1990.– 41 с.

7. Заваденко Н.Н. и др. // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова.– 1997.– №1.– С.57–61.

8. Рывкин А.И. и др. Здоровье ребенка и критерии его оценки.– Иваново, 1998.– 53 с.

9. Ионова М.Ю., Суслова Г.А. // Реабилитология: сб. науч. тр.– М., 2003.– С.139

10. Коломенский Я.Л. Психология личных взаимоотношений в детском коллективе.– Минск, 1969.

11. Кучма В.Р. // Рос. вест. перинатол. и педиатрии.– 1996.– Т.41, № 2.– С.42–26.

12. Лиманова О.А. Комплексная оценка содержания макро- и микроэлементов в волосах у детей 6-8 лет с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.– Иваново, 2004.– 23с.

13. Лихов М.И. и др. Плохой хороший ребенок: Проблемы развития, нарушения поведения, внимания, письма и речи.– СПб., 2003.– 320 с.

14. Русова Т.В. Возрастные закономерности физического, интеллектуального развития, системной деятельности организма школьников 6-11 лет и их заболеваемость: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.– Иваново, 1996.– 38 с.

УДК 618.14-002-02:618.7

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНО-ЛАЗЕРНОЙ И ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Д.Р. МЕДЖИДОВА*

Одной из ведущих актуальных проблем послеродового периода в современном акушерстве являются инфекционно-воспалительные заболевания. Несмотря на проводимую профилактику, своевременную диагностику и лечение урогенитальных заболеваний, число случаев эндометрита не имеет тенденции к снижению [1, 3–6, 9, 11].

Цель исследования – разработка алгоритма лечения послеоперационного эндометрита.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы результаты комплексного обследования и лечения 145 родильниц с послеоперационным метрозендометритом. Все обследованные нами женщины были разделены на группы: основная группа (ОГ) – 110 пациенток, прошедших комплексное лечение (медицинский озон, лимфотропную и лазерную терапию), группа сравнения – 35 родильниц, получивших традиционное обследование и получавших традиционную терапию, контрольная группа (КГ) – 50 женщин с физиологическим течением послеродового периода. Пациентки ОГ также были разделены: 1-я подгруппа – 50 женщин с послеоперационным эндометритом и 2-я подгруппа – 60 родильниц с послеродовым эндометритом.

Средний возраст родильниц составил 26±1.2 лет. Первородящие составили 58,5% от общего числа обследованных, повторнородящие – 41,5%. У 46% женщин с эндометритом во время настоящая беременность протекала на фоне гестоза, у 14% – на фоне железодефицитной анемии, обострение хронического пиелонефрита отмечено у 38,2%. Преждевременное излитие околоплодных вод было у 23,4% родильниц. Кесарево сечение произведено в 54% случаев.

Средняя продолжительность родов у женщин 2-й подгруппы и группы сравнения была сопоставима и составила 7.2±1.2 часа. Средняя продолжительность операции кесарева сечения в 1-й подгруппе равнялась 43±0.12 мин. На его частоту влияет в 34% случаях длительный безводный промежуток (1-я группа – 16,4%; 2-я группа – 14,3%; 3-я группа – 2%). Гипотоническое кровотечение отмечено у 3,7% родильниц 1-й подгруппы, у 5,7% – группы

* Дагестанский научный центр РАМН, г.Махачкала

сравнения и у 2% – из КГ). Патология отделения и выделения плаценты наблюдалась у 6,3% родильниц 2-й подгруппы ОГ и 5,7% женщин из группы сравнения. В связи с чем было произведено ручное обследование полости матки: в 16,3% случаев в ОГ, в 11,4% – в группе сравнения и в 2% случаев в КГ. Ручное отделение плаценты произведено 6,3% рожениц ОГ и 5,7% пациенткам группы сравнения. Диагностику эндометрита осуществляли на основании клиники заболевания, данных лабораторного (анализы крови, бактериологическое исследование содержимого полости матки, иммунологическое исследование) и инструментального обследования (эхография матки, гистероскопия).

Результаты исследования. Данные проведенного нами исследования показали, что послеродовый эндометрит в большинстве случаев возникает на 4–7 сутки. Исходное состояние пациенток в КГ и ОГ было практически одинаковым и оценено в среднем в 9,9 балла при эндометрите после кесарева сечения, 9,1 балла – после родов через естественные родовые пути.

К моменту клинического выздоровления, то есть к 15 дню от начала лечения ряд больных ОГ отмечали легкую слабость, снижение аппетита, особенно заметные на фоне массивной антибактериальной терапии. В группе сравнения подобная симптоматика была более выражена и оценивалась в 1,2 балла после естественных родов и в 1,5 балла после кесарева сечения, в то время как в ОГ оценка остаточных явлений составила 0,1 балла в обеих подгруппах. Анальгетический и седативный эффект без применения соответствующих медикаментов отмечали практически все пациентки ОГ. К 13–15 дню заболевания наличие болевого синдрома отмечено в 63% случаев традиционного лечения, и лишь в 32,8% комплексного. Объективно влияние комплексной терапии проявлялось в снижении лихорадки, изменении вида температурной кривой, нормализации количественных и качественных характеристик пульса, АД. Снижение температуры наблюдалось после начала лечения у родильниц во всех группах, но темпы снижения были различными. У родильниц группы сравнения нормализация температуры тела наступила через 5 суток после начала лечения, а у родильниц ОГ – в течение суток. Явных отклонений между значениями температуры тела в подгруппах родильниц с оперативными исходами и родами через естественные родовые пути не отмечено. По мере купирования воспалительной реакции шла нормализация АД, но в ОГ стабилизация этого показателя происходила гораздо быстрее, чем в группе сравнения. В первые сутки у большинства было снижено систолическое давление: у 55% пациенток в ОГ – ниже 100 мм рт.ст., в группе сравнения – у 54%. Через 72 часа от начала лечения ни у одной из обследованных не было АД ниже 100 мм рт.ст. У пациенток всех групп определялась тахикардия.

При сравнении высоты стояния дна матки (ВДМ) в течение первых двух суток после родов не отмечалось различий ее значений у родильниц 1-й и 2-й групп. У родильниц 1-й группы ВДМ равнялась $14,9 \pm 0,1$ см, во 2-й группе – $15,4 \pm 0,1$ см, что превышало нормальные показатели у родильниц контрольной группы ($12,0$ см) на 28,3 и 24,2% соответственно. В течение первых суток после лечения ВДМ уменьшилась у родильниц ОГ до $14,5 \pm 0,1$ см, в группе сравнения – до $14,7 \pm 0,1$ см. Однако в последующие дни наблюдались изменения динамики ВДМ у родильниц ОГ и группы сравнения. В ОГ динамика ВДМ имеет стабильность и равномерность. Этот факт можно объяснить восстановлением сократительной активности матки на фоне комплексного лечения. Нормализация показателей ВДМ наступает у родильниц ОГ на 12–е сутки, группы сравнения – к 14-м суткам.

У родильниц, получавших традиционную терапию, тенденция к снижению лейкоцитов и СОЭ была слабо выражена. У женщин в ОГ уровень общего белка был на 1,9 выше, чем в группе сравнения. Достоверных различий в уровне глюкозы и креатинина между группами с различными лечебными схемами выявлено не было. Выявленные различия концентрации калия на 1–2-е сутки после операции (тенденция к снижению), были более выражены у женщин с послеоперационным эндометритом, чем у родильниц после родов через естественные родовые пути и сохранялись к 8–9-м суткам после операции. Одним из важнейших критериев оценки того или иного метода терапии является вероятность развития осложнений и побочных эффектов. Ни одного осложнения и побочных эффектов при проведении комплексной терапии больным с эндометритом отмечено не было. Для исследования возможного отрицательного влияния озона на функции жизненно важных органов нами были изучены такие показатели,

как АсАТ, АлАТ и мочевины в периферической крови. Но установить какое-либо влияние озono-лазерной и лимфотропной терапии на динамику АсАТ, АлАТ и мочевины не удалось.

Проведенное нами исследование выявило нарушения системы гемостаза у обследованных женщин. В ОГ величина протромбинового индекса была ниже на 15%, чем в КГ. У женщин, которым в комплекс лечения включали озон, к 8–9 суткам время кровотечения было длительнее, чем у женщин группы сравнения, но различия носили недостоверный характер. На количество единиц Т-клеточного звена иммунитета оба вида лечения (традиционное и предлагаемое нами), значительного влияния не оказывали, различия в показателях Т-лимфоцитов в на период клинического выздоровления недостоверны.

В то же время, субпопуляционные отношения демонстрируют наибольшую эффективность комплексного лечения с включением озono-лазерной и лимфотропной терапии, поскольку традиционное лечение не оказывает влияния на иммунорегуляторный индекс (ИРИ) (он остается значительно ниже относительно группы сравнения $p < 0,05$), а озono-лазерная и лимфотропная терапии приводят к оптимизации соотношения хелперов и супрессоров (ИРИ). Повышенный до начала терапии уровень Ig M на фоне традиционного лечения не снижался, напротив, отмечена тенденция к повышению, превосходя норму к периоду клинического выздоровления, что свидетельствует в пользу незавершенности воспалительной реакции, нарастающей напряженности гуморального ответа. Применение комплексного лечения оказывало положительное влияние на данный показатель, снижая содержание Ig M и приводя к его нормализации. Нарастание как спонтанной, так и индуцированной хемолюминисценции под воздействием озона свидетельствует в пользу респираторного взрыва – одной из ранних реакций, обеспечивающих бицидность нейтрофильных гранулоцитов. При изучении люминолзависимой хемолюминисценции нейтрофилов крови было выявлено, что исходные показатели спонтанной и индуцированной хемолюминисценции у пациенток обеих групп были практически одинаковыми ($p > 0,05$). Показатели спонтанной хемолюминисценции (СХЛ) уже в первый день лечения характеризовались тенденцией к росту, однако разница с группой сравнения была недостоверна ($p > 0,05$). Достоверное по сравнению с контрольной группой усиление СХЛ наступило через два дня от начала лечения. Последующее продолжение лечения не приводило к активации кислородозависимого метаболизма клеток, напротив, происходило незначительное снижение СХЛ, но уровень ее все же был выше контрольного.

Аналогичные результаты и по эффекту, и по срокам наблюдения получены относительно индуцированной хемолюминисценции (ИХЛ) нейтрофилов цельной крови: 1-й день лечения характеризовался ростом показателя, максимальный всплеск зарегистрирован через два дня с последующей нормализацией процесса. УЗИ полости матки у лиц с неосложненным течением послеродового периода показало, что на 5-е и 8-е сутки она представляла собой на эхограмме сплошную линию («смыкание» передней и задней стенок). На 8-е сутки – полость матки у 43,9% пациенток 2-й подгруппы и 60,9% – 1-й подгруппы ОГ имела щелевидную форму. К 18-м суткам у 24,4% и 43,9% из них полость матки представляла собой сплошную линию.

Сравнительному анализу подвергались также результаты гистероскопии, производившейся на 1-й и 7-й день лечения. Сократительная способность матки у родильниц, получавших традиционную терапию, была в два раза ниже ($5,40 \pm 0,3$), чем у родильниц, получавших комплексную терапию ($11,33 \pm 0,5$). Удаление патологических субстратов из полости матки, ее санация под контролем гистероскопии приводили к ускорению темпов инволюции матки, способствовали быстрому купированию клинических симптомов воспалительного процесса, что сопровождалось и улучшением показателей внутриматочного кровотока в обеих группах. Через 7–8 дней от начала терапии эндоскопическая картина существенно изменялась у всех больных. В группе сравнения налет фибрина покрывал область плацентарной площадки с кровоточащими участками отторжения по периферии, область шва на матке (в случае кесарева сечения) в виде тонкой белесоватой полоски и частично область перешейка.

Зона регенерации эндометрия была более выражена в области плацентарной площадки, имела желтовато-оранжевый оттенок. В области перешейка наблюдалось сочетание участков регенерации с участками воспаления, что макроскопически

выглядело как сочетание желто-оранжевых участков с участками гиперемии. В ОГ уже на 3–4 сутки от начала лечения наблюдалось значительное уменьшение или полное исчезновение фибринового налета, изменения оттенка слизистой от грязно-белого до бледно-розового или бледно-желтого. На 8–9 сутки слизистая полости матки практически не отличалась от слизистой у рожениц с неосложненным послеродовым периодом.

Применение в клинической практике разработанной нами комплексной терапии способствует достоверно более быстрой нормализации клинико-лабораторных показателей и регрессу воспалительного очага при послеродовом эндометрите. Концентрация озона 1200 мкг/л в газовой фазе и кратность введения 5 процедур на курс лечения являются эффективными для применения при послеродовом эндометрите, что обосновано в эксперименте возможностью перекисного взрыва и ростом резервной мощности нейтрофилов. В основе безопасности этой методики лежит факт обратимости перекисления за счет активации системы антиоксидантной защиты и регулируемость усиления кислородозависимого метаболизма нейтрофильных гранулоцитов [2, 7–8,10,12]. Введение озона по предлагаемой методике положительно влияет на состояние больных, оказывая седативное, детоксикационное, анальгетическое, иммуностимулирующее действие, обладает выраженным противовоспалительным эффектом. Включение этих методов в комплекс лечения улучшает ближайшие результаты (остаточные явления у пациенток ОГ – 0,1 балла, в то время как в группе сравнения – 0,3 балла) и лабораторных данных свидетельствует об эффективности озонотерапии и позволяет рассматривать ее как важный компонент местного и комплексного лечения эндометрита, способствующего снижению суммарной дозы антибактериальных препаратов и сокращению сроков лечения. В результате проведенного исследования был решен ряд теоретических и практических задач, что позволило разработать патогенетически обоснованный алгоритм комплексного лечения послеродового эндометрита и оценить эффективность его применения.

Литература

1. Алмазов В. и др. // Бюл. exper. биол. – 1991. № 5. – С.486.
2. Влияние озона на клетки периферической крови человека при введении его в кровь in vitro: Отчет инст-та иммунологии МЗ СССР. – М.
3. Горин В.С. и др. // Рос. вестн. акушер. – гин. – 2002. – № 2 – 3. – С. 20–43
4. Зуев Б.М. и др. Озонотерапия в гинекологии // Акуш. гин. – 1998.
5. Куперт М.А. и др. // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2003. – №3–4. – С.42–46.
6. Кулинич С.И. и др. // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гин. – 1999. – №. – С.47–50.
7. Ковалев М., Побединский Н. Клинические особенности эндометрита после кесарева сечения, 2000.
8. Никонов А., Анкирская А. // Акуш.-гин. – 1999. – №5. – С.35.
9. Орджоникидзе Н.В. и др. // Акуш.-гин. ж. – С.3–5.
10. Риллинг З., Вибан Р. // Практическая озонотерапия: Справ-к и рук.-во. – Гейдельберг, 1985.
11. Серов В.Н. // Руководство по практическому акушерству. – М.: МИА, 1997. – С. 391–393
12. Carpendale M.T., Griffiths J. Ozone in Medicine. Proceedings of the Eleventh Ozone World Congress. – San-Francisco, 1993.

УДК 616.351-007.44

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕКТОЦЕЛЕ И ОПУЩЕНИЕМ СТенок ВЛАГАЛИЩА

Д.Б.ДЗАНАЕВА, В.З. ТОТИКОВ, Т.И. ЦИДАЕВА, Л.В. ЦАЛЛАГОВА*

Среди многочисленных проблем современной акушерско-гинекологической науки особое медицинское и социальное значение приобретают проблемы опущения женских половых органов в сочетании с ректоцеле. Заболевание, определяемое в

литературе термином «ректоцеле», до сих пор недостаточно известно широкому кругу хирургов. Если колопроктологи трактуют «ректоцеле» как дивертикуллоподобное выпячивание передней стенки прямой кишки в сторону влагалища либо в сторону анокопчиковой связки, то в гинекологической литературе термином «ректоцеле» определяется только опущение либо выпадение стенок влагалища. Генитальный пролапс встречается у 17–28% всех гинекологических больных, по данным колопроктологов, у 15–43% рожавших женщин [1–3]. Эти патологии ведут к нарушениям анатомии и физиологии гениталий, но и к изменению функций мочевого пузыря (74,1%) и прямой кишки (21,3%) [4–5].

Цель исследования – разработка индивидуализированных подходов к лечению в зависимости от характера местных и общих изменений при ректоцеле и опущении стенок влагалища.

Материалы и методы. Для изучения причин развития и результатов лечения пролапса гениталий и ректоцеле было обследовано 354 женщины с опущением стенок влагалища и ректоцеле, в возрасте от 27 до 75 лет. Из 354 пациенток у 208 (59%) отмечено сочетание ректоцеле и опущения передней и задней стенки. У 146 имелось опущение только передней стенки. С рецидивом опущения стенок влагалища и ректоцеле поступили 28 женщин, из которых 9 женщин перенесли гистерэктомию. Средний возраст больных в группе с рецидивными формами пролапса на момент обследования составил 57 лет. В исследовании были включены больные только с ректоцеле и опущением задней стенки влагалища, в том числе в сочетании с опущением передней стенки. Длительность заболевания колебалась от 1 до 15 лет. При изучении характера жалоб во всех случаях уточнялось наличие болевых ощущений в нижних отделах живота, в промежности, гениталии, нарушений функций мочевого пузыря (недержания, неудержания мочи), кишечника (чувство неполного опорожнения кишечника, затруднение при дефекации, боли, выделение слизи, крови из ануса). Также обращалось внимание на болевые ощущения при половом контакте, наличие или отсутствие полового удовлетворения у самой больной, а также на то, какие проблемы создает заболевание женщины у супруга.

В обязательном порядке проводилась влагалищное исследование, пальцевое исследование прямой кишки, бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого влагалища и мочи, УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Дополнительными обследованиями больных с опущением стенок влагалища и ректоцеле являлись гистероскопия (19% больных), биопсия шейки матки (8%), биопсия кожи вульвы (1,4%), ректороманоскопия (26%), ирригоскопия (48%), проктодефекография (75%), электромиография (31%), определение ректо-анального рефлекса (31%), кольпоцитологическое исследование (100%), исследование адаптационной способности прямой кишки (734%)

Результаты. Основными жалобами были чувство неполного опорожнения прямой кишки (79%), запоры (59%), боли и дискомфорт в области промежности (68,5%), недержание мочи (38,4%), частое, болезненное мочеиспускание (10,4%), боль при дефекации (15,6%), бели (15,8%), зуд (14,3%), сухость во влагалище (20,1%). Выявлены также жалобы эмоционально-сексуального характера; глубокая диспареуния наблюдалась у 24,4% пациенток, стойкая аноргазмия – у 10,5% женщин. Степень выраженности симптомов, указанных больными, зависела от длительности и выраженности основного заболевания. При анкетировании больных установлено, что 80% женщин связывали появление первых симптомов заболевания с родами. У 39% женщин в анамнезе были одни роды, у 60% – двое или более родов, причем в 56,2% наблюдалось течение родов. Значительное число пациенток уделяли продолжительное время акту дефекации (от 10 мин до 80 мин), при этом около 80,4% женщин, страдающих ректоцеле 1-2 степени и опущением задней стенки влагалища 2-3 степени, использовали ручное пособие при акте дефекации. Более половины больных (55,1%) прибегали к очистительным клизмам, 56,2% больных постоянно принимали слабительные средства. Длительность приема слабительных у большинства женщин превышала 10 лет. У 58,2% больных при опросе выявлены жалобы, характерные для заболеваний анального канала и дистального отдела прямой кишки. В зависимости от клинического варианта ректоцеле и опущения стенок влагалища использовали следующие методы лечения. При 1-степени ректоцеле и 1-2 степени опущения стенок влагалища, у женщин молодого возраста (39 пациенток) с целью профилактики прогрессирования и лечения данных патологий, проводили комплекс не-

* 962025, г. Владикавказ, Северо-Осетинская госмедикадемия, ул. Пушкинская, д. 40; тел. 8-867-2-74-04-35