

УДК 618.14-006.36-089.87  
ГРНТИ 76.29.48

---

## ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ

---

*Солдатова Екатерина Александровна*  
к.м.н., врач-акушер-гинеколог,  
высшая квалифицированная категория,  
г. Тюмень

*Киселева Мария Александровна*  
*Абрамова Юлия Владимировна*  
Гинекологические отделения областной клинической больницы №1  
и родильного дома №3 г. Тюмени

### АННОТАЦИЯ

Цель работы. Изучить состояние коагуляционного гемостаза у женщин до и после консервативной миомэктомии лапароскопическим доступом и оценить целесообразность назначения в до- и послеоперационном периоде комплекса витаминов – антиоксидантов «Селмевит».

Материалы и методы исследования. Обследовано 101 женщина (22 здоровых донора во второй фазе менструального цикла, средний возраст  $26 \pm 3,5$  лет, и 79 женщин, перенесших консервативную миомэктомию лапароскопическим доступом). Использовали методы исследования коагуляционного гемостаза и анализ социально-демографических показателей, структуры соматических и гинекологических нозологических форм.

Результаты. У женщин, перенесших консервативную миомэктомию лапароскопическим доступом, гемокоагуляционные сдвиги отражают ускорение внутрисосудистого свертывания крови. Применение «Селмевита» в качестве неспецифической профилактики тромбогеморрагических осложнений до и после консервативной миомэктомии лапароскопическим доступом позволяет нивелировать ДВС крови на 3-4 сутки после операции.

Выводы: У женщин, перенесших консервативную миомэктомию лапароскопическим доступом, развивается ДВС крови, признаки которого полностью не исчезают на 5-7-е сутки послеоперационного периода. Назначение комплекса витаминов - антиоксидантов «Селмевит» корригирует гемокоагуляционные сдвиги при выполнении консервативной миомэктомии эндоскопическим доступом и позволяет предупредить развитие тромбогеморрагических осложнений. Назначение препарата «Селмевит» целесообразно за 14-21 суток до операции и в течение 14-21 суток послеоперационного периода.

### ABSTRACT

Background: To study the state of coagulation hemostasis at women before and after conservative myomectomy with laparoscopic access and to assess the advisability of prescribing the «Selmevit» antioxidant complex of vitamins - before and after the operation.

Methods: 101 women were examined (22 healthy donors in the second phase of the menstrual cycle, average age  $26 \pm 3.5$  years, and 79 women undergoing conservative myomectomy with laparoscopic access). We used methods for the study of coagulation hemostasis and analysis of socio-demographic indicators, the structure of somatic and gynecological nosological forms.

Results: That women who underwent conservative myomectomy with laparoscopic access, hemocoagulation we can see an acceleration of intravascular coagulation. The use of «Selmevit» as a non-specific prevention of thrombohemorrhagic complications before and after conservative myomectomy with laparoscopic access makes it possible to level disseminated intravascular coagulation (DIC) on the blood 3-4 days after surgery.

Conclusion: Women who underwent conservative myomectomy with laparoscopic access develop disseminated intravascular coagulation, the signs of which do not completely disappear on the 5-7th day of the postoperative period. The purpose of the complex of vitamins - antioxidants "Selmevit" corrects hemocoagulation shifts during conservative myomectomy with endoscopic access and prevents the development of thrombohemorrhagic complications. The purpose of the drug "Selmevit" is advisable 14-21 days before surgery and within 14-21 days of the postoperative period.

**Ключевые слова:** миомэктомия, ДВС - синдром, витамины – антиоксиданты «Селмевит».

**Keywords:** myomectomy, disseminated intravascular coagulation, vitamins - antioxidants "Selmevit".

Одной из наиболее распространенных причин оперативного вмешательства у гинекологических больных – миома матки. По поводу данной патологии производится от 60 до 70% оперативных вмешательств в гинекологических стационарах [1-

4]. Самые тяжелые и частые осложнения при операциях на матке - кровотечения, после операций - тромбозы и эмболии, вызываемые нарушениями кровотока вследствие изменения коагуляционных свойств [5,6].

Миома матки – это доброкачественная гормональнозависимая опухоль миометрия. Гормональные изменения у таких пациентов существенно влияют на коагуляционные свойства крови [7-9]. Так, эстрогены, как и синтетические прогестины с высокой дозой эстрогенного компонента вызывают повышение общей коагуляционной активности крови, активацию фибринолиза и увеличение частоты тромбозов [10].

При формировании миомы увеличивается тромбопластическая активность миометрия [5,11], что активизирует коагуляционное звено системы гемостаза и повышает риск тромбоэмболических осложнений [11,12]. Кроме того, установлено снижение фибринолитической активности в ткани миомы за счет низкой концентрации активаторов плазминогена, что вероятно связано с низкой васкуляризацией опухолевой ткани [13]. Одним из показаний к оперативному лечению миомы матки является наличие у женщин нарушений менструального цикла по типу мено- и метроррагий, приводящих к возникновению анемии у пациенток. Повышенная кровопотеря у больных миомой матки, приобретая характер хронической, довольно быстро приводит к нарушениям в различных системах организма, в частности системы гемостаза и кроветворения и способствует развитию органической тканевой гипоксии [14]. Развитие гипоксии ведет к нарушению метаболизма клетки, повреждению клеточных структур, нарушению барьерной и структурной функции мембраны и является пусковым механизмом активации перекисного окисления липидов и угнетения антиоксидантной системы [5,15].

Ускорение процессов ПОЛ является важным патогенетическим фактором гипертромбинемии, непосредственно вызывающей ДВС независимо от инициирующего момента [1]. Активация ПОЛ усиливает образование тромбина, а тромбин в свою очередь интенсифицирует свободнорадикальные процессы [16].

Оперативное вмешательство усугубляет нарушения в системе гемостаза при миоме. Этому способствуют травмирование тканей и поступление в кровь тромбопластического материала, наркоз, переливание препаратов крови.

Степень изменений гемостаза зависит от нескольких факторов: исходного состояния организма, длительности болезни, объема и травматичности оперативного вмешательства, вида анестезии, степени расстройств гемодинамики.

Возникновение тромбоза после гинекологических операций зависит от объема оперативного вмешательства, доступа к удаляемому органу. На протяжении последних десятилетий возрастает количество выполняемых лапароскопических операций в гинекологической практике, что связано с минимальным операционным травматизмом, благоприятным течением послеоперационного периода, сокращением сроков стационарного лечения и временной нетрудоспособности пациенток, более

полным восстановлением функции репродуктивной системы. В связи с ростом количества мини-инвазивных операций все большее значение приобретает вопрос о частоте и характере осложнений после лапароскопических операций. Одной из основных причин летальных исходов являются тромбоэмболические осложнения, которые регистрируются в 0,2-0,4% [17,18]. Активация тромбогенеза и признаки хронического ДВС-синдрома имеют место у 20,6% больных [19].

Истинная частота тромбоэмболических осложнений после лапароскопических операций остается неуточненной. Не до конца понятны и механизмы развития таких осложнений. Повышение внутрибрюшного давления при лапароскопии приводит к нарушению гемодинамики, снижению капиллярного кровотока в органах брюшной полости, компрессии нижней полой вены и ограничению венозного возврата из нижних конечностей, расширению венозных сосудов, что в итоге в какой-то степени повышает риск тромбообразования [7,17]. Положение Тренделенбурга еще более усугубляет ситуацию, влияя на перераспределение объема крови с учетом гравитации, и снижает скорость венозного оттока от верхних отделов туловища, что также может стать одной из причин тромбоэмболических осложнений [12].

Для предотвращения послеоперационного венозного тромбоза предложены различные физические (механические) и фармакологические средства. К первой группе относятся различные способы ускорения венозного кровотока, такие как ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде, эластическая компрессия нижних конечностей. Все большее внимание уделяется обеспечению адекватного восполнения потерь жидкости, использованию нормоволемической гемодилюции (оптимальная величина гематокрита перед началом вмешательства - 27-29%), применение максимально сберегающей техники оперативного вмешательства, лечение дыхательной и циркуляторной недостаточности [1]. Отсутствует единое мнение о целесообразности применения тех или иных фармакологических препаратов для профилактики тромбогеморрагических осложнений. Большинство авторов [18] используют для этих целей прямые антикоагулянты, такие как гепарин, низкомолекулярные гепарины, отдавая предпочтение последним. Другие применяют дезагреганты: курантил, трентал [1]. Все большее внимание заслуживает использование с профилактической целью комбинации витаминно-антиоксидантов А, С, Е, Р, РР, которые способны ограничивать активацию тромбообразования через подавление свободно радикальных процессов [12,13]. Находят применение и другие препараты, такие как бемитил, парацетам, обладающие антигипоксическими и стрессопротекторными свойствами [10]. В последние годы изучается

применение гепариноидов, к которым относят сульфатированные полисахариды, родственные гепаринам по структуре, регулирующие проницаемость стенок капилляров, микроциркуляцию крови в органах и тканях, однако их профилактическая активность еще недостаточно доказана [11].

Другие применяют дезагреганты: курантил, трентал, препараты, обладающие антигипоксическими свойствами: бемитил, пирасетам, сульфатированные полисахариды, родственные гепаринам по структуре.

Наше внимание привлекли данные, указывающие на связь гипертромбинемии (непосредственной причины ДВС независимо от инициатора) с гипероксидацией, на роль активации перекисного окисления липидов в образовании тромбина, на наличие обратной связи между тромбиногенезом и свободнорадикальными процессами.

В работах, опирающихся на упомянутые данные, показано, что антиоксиданты, ограничивая гипероксидацию через торможение свободнорадикальных процессов, позитивно влияют на исходы ДВС крови. Это подтверждено в практике: комплекс витаминов-антиоксидантов, каждый из которых порознь не влияет в условиях физиологической нормы на свертываемость крови, ограничивает гемокоагуляционные сдвиги при воздействиях, вызывающих гипертромбинемиию. Данные об эффективности антиоксидантов в профилактике гемокоагуляционных сдвигов, связанных с гипертромбинемией, представления о связи тромбеморрагических осложнений при оперативном вмешательстве с нарушениями коагуляционного гемостаза, провоцируемого тромбинемией, отсутствие противопоказаний к применению витаминов-антиоксидантов, их доступность и возможность амбулаторного назначения послужили основанием к изучению воздействия «Селмевита» на гемокоагуляцию у оперируемых больных лапароскопическим доступом, как средства ограничения частоты тромбеморрагических осложнений.

Цель работы - изучить состояние коагуляционного гемостаза у женщин до и после консервативной миомэктомии лапароскопическим доступом, а также оценить целесообразность назначения в до- и послеоперационном периоде комплекса витаминов – антиоксидантов «Селмевит».

Материалы и методы исследования. Обследовано 101 женщина. В их числе 22 здоровых донора во второй фазе менструального цикла,

средний возраст 26+/-3,5 лет, и 79 женщин перенесших консервативную миомэктомию лапароскопическим доступом. Женщины объединены для наблюдений в следующие группы. 1-я группа состояла из 49 пациенток, получавших традиционное лечение послеоперационного периода; 2-я (30 женщин), на фоне традиционной терапии до и после операции получала препарат «Селмевит». Наблюдения и исследования проводили в акушерско-гинекологической клинике Тюменской медицинской академии на базе гинекологических отделений областной клинической больницы № 1, и родильного дома №3 г. Тюмени.

У всех женщин проводили контроль за основными показателями состояния коагуляционного гемостаза до операции, и далее в динамике на 1, 3-4, 5-7 сутки после оперативного лечения. «Селмевит» назначали по 1 таблетке в день на 14-21 день до и после операции.

Методы исследования коагуляционного гемостаза: 1. Активированное время рекальцификации /ABP/. 2. Активированное частичное тромбопластиновое время /АЧТВ/ 3. Протромбиновое время /ПТВ/, протромбиновое отношение /ПО/, международное нормализованное отношение /МНО/ 4. Концентрация фибриногена /ФГ/. 5. Растворимые фибрин-мономерные комплексы /РФМК/. 6. Активность антитромбина III /АТ-III/. 7. Индекс резерва плазминогена /ИРП/.

Анализ социально-демографических показателей, структуры соматических и гинекологических нозологических форм, представленный в табл. 1, показал, что в выделенных группах оперированные больные достоверно не различались по возрасту и клинко-анамнестическим данным. Возраст женщин колебался от 24 до 57 лет. Средний возраст пациенток, получавших традиционное лечение, составил 37,1±1,2 лет, принимавших селмевит – 36,9±1,3 лет.

Как видно из табл. 8, наиболее часто консервативная миомэктомия выполнялась женщинам в возрасте 31-40 лет (44,9% и 44,4%) и 41-50 лет (26,5% и 26,7%).

Длительность основного заболевания была 3,3±0,4 лет у женщин, получавших традиционное лечение, и 3,4±0,3 лет – у пациенток, получавших селмевит. Размер матки в исследуемых группах составил 6,8±0,5 нед. и 6,8±0,4 нед. соответственно, средний размер узлов – 4,0±0,6см и 3,8±0,4 см. Не отличались сопоставляемые группы женщин и по локализации миоматозных узлов, что видно из табл. 1.

Таблица 1.

**Клинико-анамнестическая характеристика обследованных женщин**

Показатели	1 группа (получавшие традиционную терапию (n=49))	2 группа (получавшие дополнительно селмевит (n=30))
Средний возраст, М±m, (лет)	37,1±1,2	36,9±1,3
Возраст, n (%):		
21 – 30 лет	11 (22,4)	7 (23,3)
31 – 40 лет	22 (44,9)	13 (43,3)

41 – 50 лет	13 (26,5)	8 (26,7)
51 – 60 лет	3 (6,1)	2 (6,7)
Социальное положение, n (%):		
- рабочие и служащие	25 (51,1)	16 (53,3)
- неработающие	20 (40,8)	12 (40,0)
- учащиеся и студенты	4 (8,2)	2 (6,7)
Место жительства, n (%):		
- город	40 (89,8)	27 (90,0)
- село	5 (10,2)	3 (10,0)
Семейное положение, n (%):		
- замужем	39 (79,6)	23 (76,7)
- незамужем	10 (20,4)	7 (23,3)
- наличие детей	25 (51,1)	16(53,3)
Имели в анамнезе, n (%):	38 (77,5)	23 (76,7)
- беременность	25 (51,1)	17 (53,3)
- аборт	16 (32,6)	10 (33,3)
- 2 аборта и более	25 (51,9)	16(53,3)
- роды	12 (24,5)	7 (23,3)
-самопроизвольный выкидыш		
-внематочную беременность	3 (6,1)	2 (6,7)
- регрессирующую беременность		
-амниоцентез по социальным показаниям	1 (2,1)	1 (3,3)
	1 (2,1)	1 (3,3)
Длительность заболевания, M±m, (лет)	3,3±0,4	3,4±0,3
Форма миомы, n (%):		11 (36,7)
- субсерозно-интерстициальная	19 (38,8)	
- субсерозная	12 (24,5)	8 (26,7)
- субсерозно-интерстициально-субмукозная	9 (18,4)	5 (16,7)
- интерстициальная		
- интралигаментарная	7 (14,3)	4 (13,3)
- интерстициально-субмукозная	2 (4,1)	1 (3,3)
	1 (2,1)	1 (3,3)
Размер матки, M±m, (нед.)	6,8±0,5	6,8±0,4
Размер узлов, M±m, (см)	4,0±0,6	3,8±0,4

Обращает на себя внимание высокая заболеваемость экстрагенитальными заболеваниями (табл. 2).

Таблица 2.

**Частота соматических заболеваний у наблюдавшихся женщин, n (%)**

Заболевание	1 группа, получавшие традиционную терапию (n=49)	2 группа, получавшие дополнительно селмевит (n=30)
Хронические заболевания верхних дыхательных путей	8 (17,8)	5 (16,7)
Сердечно-сосудистые заболевания	7 (14,3)	4 (13,3)
Хронические заболевания печени и желчевыводящих путей	6 (12,2)	4 (13,3)
Хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы	5 (10,2)	3 (10,0)
Варикозная болезнь нижних конечностей	5 (10,2)	3 (10,0)
Эндокринные заболевания	3 (6,1)	2 (6,7)
Ожирение	3 (6,1)	2 (6,7)
Остеохондроз позвоночника	2 (4,1)	1 (3,3)
Мастопатия	1 (2,1)	0 (0)
Всего:	40 (81,6)	24 (80,0)

Не отличались сопоставляемые группы и по частоте гинекологических заболеваний (табл. 3).

Таблица 3.

**Частота гинекологических заболеваний у наблюдавшихся женщин, n (%)**

Гинекологические заболевания	1 группа получавшие традиционную терапию (n=49)	2 группа получавшие дополнительно селмевит (n=30)
Сальпингофорит	43 (87,7)	26 (86,7)
Эндометриоз	23 (46,9)	14 (46,7)
Поликистоз яичников	20 (44,4)	13 (43,3)
Кисты и кистомы яичников	17 (37,8)	11 (36,7)
Вторичное бесплодие	13 (28,9)	9 (30,0)
Эрозия шейки матки	10 (22,2)	7 (23,3)
Гидросальпингс	5 (11,1)	3 (10,0)
Нарушения менструальной функции	4 (8,9)	2 (6,7)
Первичное бесплодие	1 (2,2)	1 (3,3)
Адреногенитальный синдром	1 (2,2)	1 (3,3)
Пиосальпинкс	1 (2,2)	0 (0)
Пиовар	1 (2,2)	0 (0)

Все пациентки, поступившие в стационар, были оперированы в плановом порядке. Как следует из табл. 4, наиболее часто показаниями для выполнения консервативной миомэктомии были

сочетание с другими патологическими состояниями половых органов (63,3% и 63,3%), реже – гиперменструальный синдром (6,1% и 6,7%) и быстрый рост опухоли (4,1% и 3,3%).

Таблица 4.

**Показания для выполнения консервативной миомэктомии, n (%)**

Показания для выполнения операций	1 группа получавшие традиционную терапию (n=49)	2 группа получавшие дополнительно селмевит (n=30)
Сочетание миомы с другими патологическими состояниями половых органов	31 (63,3)	19 (63,3)
Гиперменструальный синдром	3 (6,1)	2 (6,7)
Быстрый рост опухоли	2 (4,1)	1 (3,3)

У значительной части обследованных женщин лапароскопическая операция не ограничивалась консервативной миомэктомией и включала в себя электрокоагуляцию яичников (36,7% и 36,7%), адгезиолизис (30,6% и 33,3%), вылушивание кисты яичников (26,5% и 26,7%), электрокаутеризацию яичников (24,5% и 23,3%), резекцию яичников (24,5% и 23,3%), сальпингоэктомию (22,4% и 20,0%). Реже выполнялись стерилизация (16,3% и 16,7%), хромогидротубация (16,3% и 16,7%), резекция и коагуляция эндометриозных очагов (14,3% и 13,3%). В единичных наблюдениях проводились стоматоластика и овариоэктомию (табл. 5).

В группе пациенток, получавших селмевит, развития тромбгеморрагических осложнений отмечено не было. Послеоперационная летальность в обеих группах составила 0%.

В предоперационном периоде у женщин, получавших традиционное лечение, отмечалось достоверно значимое по сравнению со здоровыми женщинами увеличение показателей АЧТВ – на 13,8%, ТВ – на 31,4%, ПО – на 50%, МНО – на 50% и снижение уровня АТ-III на 15,5%, ИРП – на 21,2% (табл. 8). В группе женщин, получавших селмевит,

достоверно более высокими по сравнению со здоровыми женщинами оказались значения АВР – на 12,7%, другие показатели статистически не отличались друг от друга. Следует отметить, что в группе женщин, получавших селмевит, показатели ПО и МНО были достоверно более низкими по сравнению с женщинами, получавшими традиционную терапию, соответственно на 23,9% и 20,8%, а значения АТ-III и ИРП – достоверно более высокими на 18,8% и 14,9%.

У женщин, подвергшихся консервативной миомэктомии и получающих традиционное лечение, в первые сутки после операции отмечалось статистически значимое увеличение показателей АВР – на 16,1%, ФГ – на 28,6%, РФМК – на 76,3%, ПДФ – на 13,87% и снижение уровня АТ-III – на 16,9%, ИРП – на 20,5%. (табл. 9).

Достоверные различия уровня ФГ по сравнению с предоперационными данными сохранялись до 3-4-х суток после операции, АВР, АТ-III, РФМК, ПДФ, ИРП – до 7-х суток послеоперационного периода. Значения АЧТВ, ТВ, ПО, МНО статистически значимо не отличались от дооперационных данных, но вместе с тем на 7-е

сутки после операции оставались достоверно более высокими по сравнению со здоровыми женщинами.

У пациенток, получавших селмевит, в первые сутки после операции происходило статистически значимое увеличение ТВ – на 23,4%, РФМК – на 30,5%, ПДФ – на 12,3%, снижение уровня АТ-III – на 15,6%, ИРП – на 31,9% (табл. 10). На 3-4-е сутки после операции сохранялись статистически значимые по сравнению с дооперационными результатами различия показателей ИРП и АТ-III. На 5-7-е сутки достоверных различий с предоперационными данными мы не находили.

Таким образом, у женщин, перенесших консервативную миомэктомию лапароскопическим доступом, гемокоагуляционные сдвиги отражают ускорение внутрисосудистого свертывания крови. После оперативного вмешательства развивается ДВС-крови, признаки которого не исчезают к 5-7 суткам после операции.

Применение селмевита в качестве неспецифической профилактики тромбогеморрагических осложнений до и после консервативной миомэктомии лапароскопическим доступом позволяет нивелировать ДВС крови уже на 3-4 сутки после операции.

Выводы. 1. У женщин, перенесших консервативную миомэктомию лапароскопическим доступом, развивается ДВС крови, признаки которого полностью не исчезают на 5-7-е сутки послеоперационного периода.

2. Назначение комплекса витаминов - антиоксидантов «Селмевит» корригирует гемокоагуляционные сдвиги при выполнении консервативной миомэктомии эндоскопическим доступом и позволяет предупредить развитие тромбогеморрагических осложнений.

3. Назначение препарата «Селмевит» целесообразно за 14-21 суток до операции и в течение 14-21 суток послеоперационного периода.

#### Литература:

1. Кулинич С.И., Бурлакова О.А. Миома матки (клиника, диагностика, лечение, реабилитация): пособие для врачей. Иркутск: РИО ГБДОУ ДПО ИГМАПО, 2012. – 32 с. [Kulinich S.I., Burlakova O.A. Mioma matki (klinika, diagnostika, lechenie, rehabilitatsiya): posobie dlya vrachei. Irkutsk: RIO GBDOU DPO IGMAPO, 2012. – 32 s. (In Russ).]

2. Памфамиров Ю. К., Заболотнов, В. А., Рыбалка, А. Н., и др. Актуальность органосохраняющего лечения миомы матки // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2012. – Т. 1. – С. 1-24. [Pamfamirov Yu. K., Zabolotnov, V. A., Rybalka, A. N., i dr. Aktual'nost' organosokhranyayushchego lecheniya miomy matki // Meditsinskie aspekty zdorov'ya zhenshchiny. – 2012. – Т. 1. – С. 1-24. (In Russ).]

3. Kelly B. A., Bright P. Does the surgical approach used for myomectomy influence the morbidity in subsequent pregnancy? // J. Obstet. Gynaecol. — 2008. — Vol. 28, N 1. — P. 77-81. <https://doi.org/10.1080/01443610701811738>

4. Vinokurova E.A., Baranov Vladimir, Karabinskaya Elena Gynecological. care and rehabilitation of patients with chronic pain syndrome related to CPID // E-book: Publication of the Proceedings of the X World Congress on Asthma, Allergy and COPD (New York, USA, April 28 - May 1, 2017): 321-329. Allergy, asthma, copd, immunophysiology & norehabilitology: innovative technologies Filodiritto international proceedings. 2017. P. 321-329.

5. Винокурова Е.А., Журавлева Т.Д., Киянюк Н.С., и др. Антиоксидантная активность и перекисное окисление липидов при различных акушерско-гинекологических операциях // Медицинская наука и образование Урала. - 2012. - № 3 (71). - Т.13. - С.44-48. [Vinokurova E.A., Zhuravleva T.D., Kiyanyuk N.S., i dr. Antioksidantnaya aktivnost' i perekisnoe okislenie lipidov pri razlichnykh akushersko-ginekologicheskikh operatsiyakh // Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala. - 2012. - № 3 (71). - Т.13. - С.44-48. (In Russ).]

6. Kellal I. et al. Leiomyoma during pregnancy: which complications? // Gynecologie, obstetrique & fertilité. – 2010. – Т. 38. – №. 10. – С. 569-575. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2010.08.001>

7. Винокурова Е.А. Гемостаз при оперативных вмешательствах в гинекологической практике // М.: «Медицинская книга», 2006. – 100 с. [Vinokurova E.A. Gemostaz pri operativnykh vmeshatel'stvakh v ginekologicheskoi praktike // М.: «Meditsinskaya kniga», 2006. – 100 s. (In Russ).]

8. Винокурова Е.А. Влияние оперативного лечения на гемокоагуляцию у больных раком тела матки и миомой матки // Российский вестник акушера-гинеколога. – М. – 2008. - № 1. – С. 8 – 12. [Vinokurova E.A. Vliyanie operativnogo lecheniya na gemokoagulyatsiyu u bol'nykh rakom tela matki i miomoi matki // Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa. – М. – 2008. - № 1. – С. 8 – 12. (In Russ).]

9. Кох Л.И., Ким С.К. Этиопатогенез миомы матки // Современные аспекты этиопатогенеза и лечения лейомиомы матки. Материалы научно - практической конференции. - 2009. - С. 4 - 9. [Kokh L.I., Kim S.K. Etiopatogenez miomy matki // Sovremennye aspekty etiopatogeneza i lecheniya leiomiomy matki. Materialy nauchno - prakticheskoi konferentsii. - 2009. - С. 4 - 9. (In Russ).]

10. Croxtall J.D. Ulipristal acetate: in uterine fibroids. Drugs. 2012; 72 (8): 1075–85. <https://doi.org/10.1007/BF03262118>

11. Reza M., Maeso S., Blaco J.A., Andradas E. Meta-analysis of observational studies on the safety and effectiveness of robotic gynaecological surgery // Brit.J.Surg. 2010. - Vol. 97. - P. 1772-1783. <https://doi.org/10.1002/bjs.7269>

12. Полякова В.А., Винокурова Е.А., Чернова А.Л., и др. Использование витаминно-антиоксидантов для коррекции нарушений гемостаза при лапароскопических гинекологических операциях // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. -М. - 2007. - №1. - С. 24-29. [Polyakova V.A., Vinokurova E.A., Chernova A.L., i dr. Ispol'zovanie vitaminov-

antioksidantov dlya korrektsii narushenii gemostaza pri laparoskopicheskikh ginekologicheskikh operatsiyakh //Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. -M. - 2007. - №1. - S. 24-29. (In Russ).]

13. Gambadauro P. Dealing with uterine fibroids in reproductive medicine. J Obstet Gynaecol. 2012; 32 (3): 210–6. <https://doi.org/10.3109/01443615.2011.644357>

14. Ищенко А И., Ботвин М.А., Ланчинский В.И. Миома матки / Москва: Издательский дом Видар. - М, 2010. - 244 с. [Ishchenko A I., Botvin M.A., Lanchinskii V.I. Mioma матки / Moskva: Izdatel'skii dom Vidar. - M, 2010. - 244 s. (In Russ).]

15. Салехов С. А., Гатин Р.Ф, Алексеева Т.А. Перманентная блокада генитально-генитального рефлекса после операций на маточных трубах //Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2014. – №. 78. [Salekhov S. A., Gatin R.F, Alekseeva T.A. Permanentnaya blokada genital'no-genital'nogo reflexa posle operatsii na matochnykh trubakh //Vestnik Novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta im. Yaroslava Mudrogo. – 2014. – №. 78. (In Russ).]

16. Barakat E.E. Robotic-assisted, laparoscopic, and abdominal myomectomy: a comparison of surgical outcomes/ E.E. Barakat, M.A. Bedaiwy et al.// Obstetrics And Gynecology.-2011.- Vol. 117 (2 Pt 1).- P. 256-265. doi: 10.1097/AOG.0b013e318207854f

17. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Попов А.А. Оперативная гинекология. - М.: МЕДпресс - информ. - 2010. - 319с. □ Krasnopol'skii V.I., Buyanova S.N., Shchukina

Н.А., Попов А.А. Оперативная гинекология. - М.: МЕДпресс - информ. - 2010. - 319с. (In Russ).□

18. Radosa M.P., Bernardi T.S., Weisheit A., et al. Pregnancy and delivery outcome after laparoscopic myomectomy with a 6 years-FU // Gynecol. Surg. 2010. - Vol. 7. (Suppl. 1)-P. S86.

19. Давыдов А.И., Панкратов В.В., Ягудаева И.П. Восстановительное лечение после органосберегающих операций у больных подслизистой миомой матки и аденомиозом. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии 2011; 10 (6): 13–21 с. □Davydov A.I., Pankratov V.V., Yagudaeva I.P. Vosstanovitel'noe lechenie posle organosberegayushchikh operatsii u bol'nykh podslizistoi miomoi матки i adenomiozom. Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii 2011; 10 (6): 13–21 с. (In Russ).□

20. Можейко Л. Ф., Лапотко М.Л., Казакевич А.И., Гладышева Т.Н. Органосохраняющие хирургические технологии в лечении женщин с доброкачественной опухолью матки // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. — 2012. — № 2. — 27–36 с. □Mozheiko L. F., Lapotko M.L., Kazakevich A.I., Gladysheva T.N. Organosokhranyayushchie khirurgicheskie tekhnologii v lechenii zhenshchin s dobrokachestvennoi opukhol'yu матки // Reproaktivnoe zdorov'e Vostochnaya Evropa. — 2012. — № 2. — 27–36 с. (In Russ).□

21. Donnez J., Tatarчук T.F., Bouchard P. et al. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. N Engl J Med. 2012 Feb 2; 366 (5): 409–20. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1103182>

УДК 616.314.18-002.2  
ГРНТИ 76.29.55

## ИНФИЦИРОВАНИЕ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ

*Яинова Н.Б., Катман М.А.*

*ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия  
672000, г. Чита, ул. Горького 39а.*

## INFECTION OF PERIODONTAL POCKETS WITH HELICOBACTER PYLORI IN CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS

*N. Yashnova*

*Chita state medical Academy*

*M. Katman*

*Chita state medical Academy*

### АННОТАЦИЯ

По данным различных авторов распространенность пародонтита составляет 80-90%, у лиц старше 40 лет. Помимо этого определенную роль уделяют взаимосвязи патологии ротовой полости и желудочно-кишечного тракта. Целью работы явилось: выявить Helicobacter pylori при различной степени тяжести хронического пародонтита. Материалы и методы: пациенты от 40-70 лет, находившиеся на амбулаторном приеме у хирурга стоматолога, которые страдают хроническим генерализованным пародонтитом с различной степенью тяжести течения (легкая n=30, средняя n=30, тяжелая n=30). Исследование на Helicobacter pylori проводилось цитологическим методом. Цитологическим методом Helicobacter pylori выявлен при хроническом генерализованном пародонтите тяжелой степени у 93,3%, средней степени у 86,6%, легкой степени у 66,7% исследуемых в содержимом пародонтального кармана. В результате проведенного исследования, полученные данные указывают на прямую связь частоты поражения тканей