

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ
И ПЕРИНАТОЛОГИИ ИМ. АКАДЕМИКА В.И. КУЛАКОВА МИНЗДРАВА РФ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ



акушерство и гинекология

Научно-практический журнал

4 / 2013

Основан в 1922 г.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Л.В. АДАМЯН
Э.К. АЙЛАМАЗЯН
И.А. АПОЛИХИНА
О.Р. БАЕВ
Е.Н. БАЙБАРИНА
В.С. БАРАНОВ
И.И. БАРАНОВ
Е.М. ВИХЛЯЕВА
М.Ю. ВЫСОКИХ
А.И. ГУС
Д.Н. ДЕГТЯРЕВ
Ю.Э. ДОБРОХОТОВА
Н.В. ДОЛГУШИНА
Э.Р. ДУРИНЯН
Н.Е. КАН
Е.Ф. КИРА
Е.А. КОГАН
Н.И. КОНДРИКОВ
В.И. КРАСНОПОЛЬСКИЙ
Л.С. ЛОГУТОВА
О.В. МАКАРОВ
И.О. МАКАРОВ
А.Д. МАКАРАЯ
В.Б. МАНУХИН
В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ
В.Е. РАДЗИНСКИЙ
Г.М. САВЕЛЬЕВА
И.С. СИДОРОВА
А.Н. СТРИЖАКОВ
С.А. СЕЛЬКОВ
Н.К. ТЕТРАУШВИЛИ
Д.Ю. ТРОФИМОВ
Р.Г. ШМАКОВ

Главный редактор
Г.Т. СУХИХ

Зам. главного редактора
В.Н. СЕРОВ

Зам. главного редактора
Е.Г. ХИЛЬКЕВИЧ

Ответственный секретарь
А.И. ЩЕГОЛЕВ

Зав. редакцией
А.А. ХИЛЬКЕВИЧ

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
117997, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4
Телефон: (495) 438-69-46
E-mail: a_khilkevich@oparina4.ru

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

А.В. ДЕГТЯРЕВА (Москва)
С.Н. ЗАНЬКО (Витебск)
Т.С. КАЧАЛИНА (Нижний Новгород)
В.В. КОВАЛЕВ (Екатеринбург)
Ш.М. КУРБАНОВ (Душанбе)
В.А. ЛИНДЕ (Ростов-на-Дону)
В.Н. ЛОКШИН (Алматы)
А.И. МАЛЫШКИНА (Иваново)
Б.И. МЕДВЕДЕВ (Челябинск)
С.-М.О. ОМАРОВ (Махачкала)
Н.В. ОРДЖОНИКИДЗЕ (Москва)
С.В. ПАВЛОВИЧ (Москва)
О.Г. ПЕКАРЕВ (Новосибирск)
Л.В. ПОСИСЕЕВА (Иваново)
М.А. РЕПИНА (Санкт-Петербург)
И.И. РЮМИНА (Москва)
И.А. САЛОВ (Саратов)
Е.В. УВАРОВА (Москва)
И.Ф. ФАТКУЛЛИН (Казань)
З.С. ХОДЖАЕВА (Москва)
Г.Е. ЧЕРНУХА (Москва)
Е.Л. ЯРОЦКАЯ (Москва)
N. CHESCHIER (США)
D. LAUBE (США)
E. MILKARSKI (США)
R. WALDMAN (США)

*Журнал «Акушерство и гинекология» представлен в следующих международных информационных изданиях:
Abstracts of Bulgarian Scientific Medical Literature; Experta Medica;
Ulrich's International Periodicals Directory.*

bionika media

ИЗДАТЕЛЬ
ООО «Бионика Медиа»
Адрес для корреспонденции:
117420, Москва, а/я 1
www.idbionika.ru

Дата выхода 28.04.2013

Формат 60×90 1/8. Усл. печ. л. 13. Отпечатано в ГУП «ИПК «Чувашия». Тираж 5000 экз. Адрес: 428019, г. Чебоксары, проспект И. Яковлева, 13.
Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций в печатном или электронном виде из журнала «Акушерство и гинекология»
допускается только с письменного разрешения Издателя ООО «Бионика Медиа»

ISSN 0300-9092. Акуш. и гин. 2013. № 4

© ООО «Бионика Медиа»

СОДЕРЖАНИЕ

Обзоры

- Касихина Е.И. Хлоргексидин: обзор лечебных возможностей и потенциальных клинических показаний в практике акушера-гинеколога и венеролога 4
- Унаван А.Л., Сидорова И.С., Коган Е.А., Демур Т.А., Демур С.А. Активный и неактивный аденомиоз: вопросы патогенеза и патогенетической терапии 10

Оригинальные статьи

- Кан Н.Е., Санникова М.В., Донников А.Е., Климанцев И.В., Амирасланов Э.Ю., Ломова Н.А., Кесова М.И., Костин П.А., Тютюнник В.Л., Сухих Г.Т. Клинические и молекулярно-генетические факторы риска преждевременного разрыва плодных оболочек 14
- Покусаева В.Н., Никифоровский Н.К., Мариновичева Е.И., Никифоровская Е.Н. Факторы риска патологического увеличения массы тела при беременности 19
- Карапетян Т.Э., Муравьева В.В., Анкирская А.С. Аэробные вагиниты и беременность 25
- Кравченко Е.Н., Гордеева И.А., Кубарев Д.В. Инфекционно-воспалительные заболевания почек у беременных. Диагностика и лечение. 29
- Зорина Р.М., Кереметская Е.В., Зорина В.Н., Баженова Л.Г., Зорин Н.А. Сравнительное изучение уровней ассоциированного с беременностью α_2 -гликопротеина, α_2 -макроглобулина и некоторых цитокинов у беременных и женщин, использующих комбинированные оральные контрацептивы 33
- Чернуха Г.Е., Немова Ю.И., Блинова И.В., Руденко В.В. Представленность неслучайной инактивации хромосомы X и полиморфизма гена андрогенного рецептора при различных фенотипах синдрома поликистозных яичников 38
- Радзинский В.Е., Ордяныч И.М., Масленникова М.Н., Павлова Е.А., Карданова В.В. Возможности терапии сочетания миомы матки и доброкачественных дисплазий молочных желез 44

Организация здравоохранения

- Шувалова М.П., Фролова О.Г., Волгина В.Ф., Чаусов А.А., Гребенник Т.К. Кадровый акушерского профиля, состояние и перспективы 48
- Малышкина А.И., Самсонова Т.В., Чаша Т.В., Харламова Н.В., Васильева Т.П., Филиппов С.Э., Песикин О.Н. Медицинская помощь глубококондоношенным детям с перинатальными поражениями Центральной нервной системы 53

Обмен опытом

- Соловьева А.В. Принципы терапии запора у беременных 58
- Подольский В.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика женщин фертильного возраста с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов 61

CONTENTS

Reviews

- Kasikhina E.I. Chlorhexidine: a review of treatment options and potential clinical indications in the practice of an obstetrician/gynecologist and a venereologist 4
- Unavan A.L., Sidorova I.S., Kogan E.A., Demura T.A., Demura S.A. Active and inactive adenomyosis: problems in the pathogenesis and pathogenetic therapy 10

Original Articles

- Kan N.E., Sannikova M.V., Donnikov A.E., Klimantsev I.V., Amirasanov E.Yu., Lomova N.A., Kesova M.I., Kostin P.A., Tyutyunnik V.L., Sukhikh G.T. The clinical and molecular genetic risk factors of premature rupture of membranes in pregnant women with undifferentiated connective tissue dysplasia 14
- Pokusayeva V.N., Nikiforovsky N.K., Marinovicheva E.I., Nikiforovskaya E.N. Risk factors for pathological weight gain during pregnancy 19
- Karapetyan T.E., Muravyeva V.V., Ankirskaya A.S. Aerobic vaginitis and pregnancy 25
- Kravchenko E.N., Gordeyeva I.A., Kubarev D.V. Infectious and inflammatory renal diseases in pregnant women: Diagnosis and treatment 29
- Zorina R.M., Keremetskaya E.V., Zorina V.N., Bazhenova L.G., Zorin N.A. Comparative study of the levels of pregnancy-associated α_2 -glycoprotein, α_2 -macroglobulin, and some cytokines in pregnant women and women using combined oral contraceptives 33
- Chernukha G.E., Nemova Yu.I., Blinova I.V., Rudenko V.V. Presentation of nonrandom X chromosome inactivation and androgen receptor gene polymorphism in different phenotypes of polycystic ovary syndrome 38
- Radzinsky V.E., Ordiyants I.M., Maslennikova M.N., Pavlova E.A., Kardanova V.V. Possibilities for therapy of a comorbidity of uterine myoma and benign breast dysplasias 44

Organization of Public Health

- Shuvalova M.P., Frolova O.G., Volgina V.F., Chausov A.A., Grebennik T.K. Obstetric profile personnel, status, and prospects 48
- Malyskhina A.I., Samsonova T.V., Chasha T.V., Kharlamova N.V., Vasilyeva T.P., Filipov S.E., Pesikin O.N. Medical care for extremely premature infants with perinatal CNS lesions 53

Exchange of Experience

- Solovyeva A.V. Principles of therapy for constipation in pregnant women 58
- Podolsky V.V. The clinical and epidemiological characteristics of fertile-aged women with chronic genital inflammatory diseases 61

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© И.А. Аполихина, М.Г. Шнейдерман

И.А. АПОЛИХИНА^{1,2}, М.Г. ШНЕЙДЕРМАН¹**УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕССАРИИ:
НОВЫЕ МОДЕЛИ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ**¹ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. академика В.И. Кулакова Минздрава России, Москва²ФППОВ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Разработанные авторами новые виды урогинекологических пессариев выполнены из высококачественного силикона определенной упругости и плотности, специально подобранного для оптимального использования пессария. Отличительной особенностью новых пессариев является наличие двух или четырех полукруглых вырезов с внешней поверхности кольца с симметричным расположением. Преимущество новых моделей урогинекологических пессариев перед существующими образцами состоит в следующем:

1. Происходит дополнительная фиксация пессария во влагалище за счет наружных вырезов и отсутствует смещение и выпадение пессария при физических нагрузках, кашле, чихании и натуживании.
2. Повышается удобство и простота сжимания пессария при его введении во влагалище.
3. За счет уменьшения площади соприкосновения пессария со стенкой влагалища понижается возможность развития пролежней и язв на слизистой влагалища.
4. Увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого.
5. Антимикробное покрытие способствует предупреждению развития бактериальных осложнений во влагалище.
6. Отсутствуют аллергические осложнения.
7. Отмечается легкость и безболезненность удаления пессария из влагалища.

Ключевые слова: урогинекологический пессарий, опущение тазовых органов.

I.A. APOLIKHINA^{1,2}, M.G. SHNEIDERMAN¹**UROGYNECOLOGICAL PESSARIES: NEW MODELS ARE NEW POSSIBILITIES**¹Academician V.I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology,
Ministry of Health of Russia, Moscow²Faculty for Postgraduate Professional Training of Physicians, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University,
Ministry of Health of Russia, Moscow

The new types of urogynecological pessaries designed by the authors were made from high-grade silicone of definite elasticity and density, specially chosen for optimal pessary use. The distinctive property of the new pessaries is the presence of two or four half-round cuts on the outer surface of the ring with symmetric arrangements. The advantage of the new models of urogynecological pessaries over the existing ones is as follows:

1. There is additional fixation of the pessary in the vagina owing to the external cuts and there is no pessary displacement and descent during exercises, coughing, sneezing, or straining.
2. The ease and simplicity of vaginal compressibility of the pessary are increased when inserted into the vagina.
3. The possibility of developing bedsores and ulcers on the vaginal mucosa is decreased due to the reduced area of pessary contact with the vaginal wall.
4. The vaginal outflow tracts are enlarged.
5. The antimicrobial coating of the pessary contributes to the prevention of bacterial vaginal complications.
6. There are no allergic complications.
7. There is easy and painless pessary removal from the vagina.

Key words: urogynecological pessary, pelvic organ descent.

Сведения об авторах:

Аполихина Инна Анатольевна, доктор медицинских наук, профессор, руководитель гинекологического отделения восстановительного лечения ФГБУ НЦ АГиП им. академика В.И. Кулакова, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППО врачей ПМГМУ им. И.М. Сеченова
Адрес: 117485, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4. Телефон: 8 (926) 245-05-51. E-mail: apolikhina@inbox.ru
Шнейдерман Михаил Григорьевич, кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения восстановительного лечения ФГБУ НЦ АГиП им. академика В.И. Кулакова
Адрес: 117485, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4. Телефон: 8 (926) 245-05-51. E-mail: innamike@imi.net

В последние годы все больше женщин обращаются к врачам по поводу довольно серьезного заболевания — опущения и выпадения органов малого таза. Часто опущение органов малого таза сопровождается недержанием мочи при напряжении, чихании, кашле и поднятии тяжестей, то есть стрессовым типом. Опущение гениталий начинается в репродуктивном возрасте [1], постепенно прогрессирует и характеризуется выпячиванием задней или передней стенок влагалища, нередко обеих стенок, что сопровождается рядом неприятных ощущений и приводит к множеству проблем в различных аспектах качества жизни, в том числе в сексуальной и социальной сферах.

Данное заболевание встречается у женщин преимущественно после 40 лет, но бывает и у молодых нерожавших женщин (2%). Медленно прогрессирующее патологическое состояние причиняет постоянные страдания женщинам, снижает трудоспособность, приводит к нервно-психическим срывам, ведет к разрыву семейных отношений.

Нередко вместе с передней стенкой влагалища опускается мочевой пузырь, а опущение и выпадение задней стенки влагалища ведет к опущению передней стенки прямой кишки. Как следствие этого происходит недержание мочи при напряжении (кашле, подъеме тяжестей), непроизвольное выделение газов, запоры.

Чаще всего опущение влагалища наблюдается у женщин пожилого возраста как следствие инволюционных процессов в половых органах и обычно сопровождается недержанием мочи, кала или затрудненным мочеиспусканием.

Каждая четвертая женщина в мире страдает недержанием мочи. Каждая одиннадцатая женщина в мире оперируется по поводу опущения половых органов и недержания мочи. Около 30% женщин оперируются повторно. В США ежегодно 100 тыс. женщин оперируют по поводу опущения органов малого таза [2].

Современные методы оценки опущения органов малого таза классифицируются по системе POP-Q (рис. 1 см. на вклейке) [3].

Для оценки степени опущения тазовых органов удобно использовать гинекологические зеркала, изобретенные Г. Бородулиным и А. Диокно (2005) [4].

Проблема опущения тазовых органов и недержания мочи включает в себя три фактора: медицинский, социальный, экологический.

Первый этап лечения тазовых нарушений у женщин — консервативная тактика, включающая:

- тренировку мышц тазового дна;
- сочетание тренировки мышц тазового дна с биологической обратной связью;
- применение урогинекологического pessария;
- гинекологический массаж [5];
- заместительную гормональную терапию, которая улучшает кровоснабжение мышц тазового дна, стенок влагалища и может в определенной степени укрепить связочный аппарат внутренних половых органов.

Хирургическое лечение чаще всего проводят при выраженном опущении органов малого таза, когда

консервативные методы лечения неэффективны и бесполезны. Поэтому своевременная помощь женщинам в начальных проявлениях заболевания опущения влагалища и матки, недержания мочи является весьма важной и актуальной.

Одним из эффективных методов консервативного лечения является использование урогинекологических pessариев.

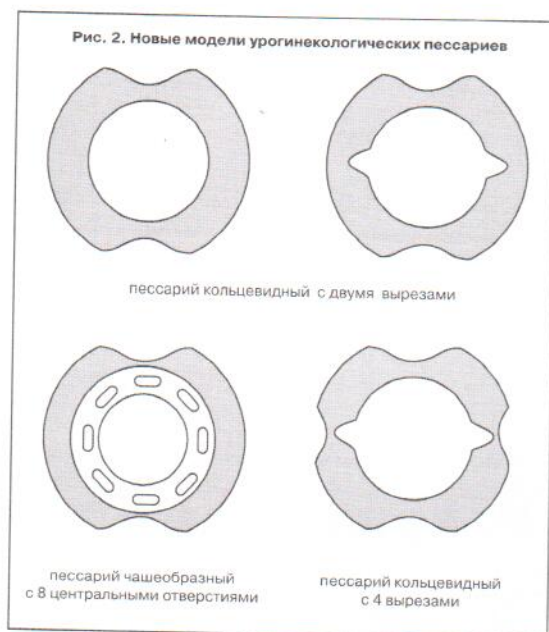
Изучение имеющихся разновидностей pessариев выявило ряд недостатков в их конструкции и наступающих осложнений при использовании. Наиболее частым из них является возникновение чувства дискомфорта, боли и смещение введенных во влагалище pessариев. Это связано в первую очередь с неудобной формой pessария или материалом, из которого он изготовлен. Появление обильных влагалищных выделений и образование пролежней на стенке влагалища также связано с качеством используемого материала, плотностью, возможностью инфицирования и частичного химического разложения. Кроме того, нередки влагалищные раздражения, бактериальный вагиноз, актиномикоз, аллергические реакции на латекс.

Ущемление, свищи, мочевая или кишечная непроходимость могут являться результатом неудачной формы pessариев, повышенной плотности применяемых материалов, сильной упругостью и деформацией при длительном использовании. Кроме того, существующие pessарии не учитывают таких факторов, как узкий или, наоборот, широкий вход во влагалище (ширина больше 4 пальцев), короткую длину влагалища (меньше 6 см) [6], сочетание опущения влагалища и стрессового недержания мочи.

Недостатком существующих урогинетальных pessариев является трудность их введения самими женщинами, особенно в пожилом возрасте. Все это заставляет искать новые формы pessариев и новые материалы для их изготовления. Данную задачу смогут решить разработанные нами новые модели урогинекологических pessариев.

Новые виды урогинекологических pessариев выполнены из высококачественного силикона определенной упругости и плотности, специально подобранного для оптимального использования pessария. Отличительной особенностью кольца является наличие двух или четырех полукруглых вырезов с внешней поверхности кольца с симметричным расположением. Pessарий с внутренней стороны кольца может содержать чашечку с центральным отверстием, имеющую дополнительные отверстия по периметру для оттока влагалищного отделяемого (рис. 2).

Нами проанализирован опыт по использованию новых моделей pessариев на 40 женщинах, страдающих различными формами нарушения положения тазовых органов. Возраст женщин составлял от 42 до 78 лет. Из них 14 женщин имели сочетание уретроцеле и цистоцеле, у 18 женщин было опущение матки и влагалища, 8 женщин страдали опущением влагалища и ректоцеле. У 32 женщин происходило непроизвольное подтекание мочи при физических нагрузках, кашле, смехе.



Во всех случаях реализация новых изделий (рис. 3 см. на вклейке) позволила облегчить введение пессария во влагалище, обеспечить правильную его установку, при этом происходило прочное удержание тела матки, мочевого пузыря и влагалища в правильном анатомо-физиологическом положении. Удаление пессария и повторное самостоятельное его введение не составляло проблем для женщин пожилого возраста и происходило абсолютно безболезненно.

Новые модели пессария легко и удобно сжимаются при введении во влагалище благодаря наружным вырезам, куда помещаются пальцы (рис. 4 см. на вклейке) и могут легко и безболезненно извлекаться из влагалища.

Пессарий прочно удерживается во влагалище в заданном положении, имея четыре наружных выреза, к которым прижимаются стенки влагалища, и при этом не происходит смещения кольца (рис. 4). Рассчитанная упругость и плотность кольца и его форма позволяют удерживать тело и шейку матки в правильном анатомическом положении, препятствуют опущению стенок влагалища, предотвращают подтекание и недержание мочи при напряжении, кашле, смехе, чихании и поднятии тяжестей.

Совершенно новым и существенным преимуществом в использовании новых моделей пессариев является наличие антимикробного покрытия

(мирамистин, хлоргикседин, серебро), которое предотвращает развитие бактериального вагиноза и связанных с этим затруднений в использовании маточного кольца.

Таким образом, преимущество новых моделей урогинекологических пессариев перед существующими образцами состоит в следующем:

1. Происходит дополнительная фиксация пессария во влагалище за счет наружных вырезов и не наблюдается смещения и выпадения пессария при физических нагрузках.
2. Повышается удобство и простота сжимания пессария при его введении во влагалище.
3. За счет уменьшения площади соприкосновения пессария со стенкой влагалища понижается возможность развития пролежней и язв на слизистой влагалища.
4. Увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого.
5. Антимикробное покрытие способствует предупреждению развития бактериальных осложнений во влагалище.
6. При использовании новых моделей не наблюдаются аллергические осложнения.
7. Отмечается легкость и безболезненность удаления пессария из влагалища.

Оптимальное время непрерывного использования пессария — от 20 до 25 дней, после чего пессарий извлекается, промывается теплой водой и может быть снова введен во влагалище. Кроме этого, рекомендуются профилактические гинекологические осмотры один раз в 6 мес.

Таким образом, применение новых видов урогинекологических пессариев значительно повышает качество жизни женщин, страдающих нарушением положения органов малого таза.

Литература

1. Аполихина И.А. Использование пессариев при урогинекологических заболеваниях. В кн.: XIII Всероссийский научный форум "Мать и дитя-2012". М.: 2012.
2. Манухин И.Б., Бурдули Г.М., Даянов Ф.В. и др. Проплапс гениталий. М.: МГМСУ; 2000. 112 с.
3. Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. Гинекология. Национальное руководство. 2009.
4. Diokno A.C., Borodulin G.A. A new vaginal speculum for pelvic organ prolapse quantification (POP-Q). Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. 2005; 16(5): 384–8.
5. Шнейдерман М.Г. Лечебный гинекологический массаж. Практическое руководство для врачей. 2-е изд. М.: РИТМ; 2011.
6. Burton G. Pessaries and prolapse. Sydney: University of Sydney; 2012.

Поступила 19.03.2013