

Материал и методы. В анатомических исследованиях на 60 трупах изучены особенности кровоснабжения и иннервации *m. gracilis*, *m. semitendinosus*, *m. gluteus maximus*. Разработаны оригинальные способы формирования кожно-подкожно-фасциально-мышечных трансплантатов на основе этих мышц, и возможные варианты использования в хирургии тазового дна и промежности (Федеральный патент РФ). В клинике у 52 больных выполнены реконструктивно-восстановительные операции при лечении ректоцеле, выпадения прямой кишки и пластике дефектов промежности и заднепроходно-крестцовой области. Всем больным до операции проводили тренировку сосудистого русла мышц-доноров.

Результаты. Разработанная оригинальная технология реконструктивно-восстановительных операций позволяет увеличить диапазон перемещения сложного трансплантата в сторону дефекта тканей тазового дна и промежности на 6-8 см. Полностью исключается угроза перегиба или натяжения сосудисто-нервной ножки сложного трансплантата. Восстановление замыкательного аппарата прямой кишки достигается фиксацией мышечного участка трансплантата к передней полуокружности наружного сфинктера. Фиксация мышечно-фасциального участка трансплантата лапароскопическим методом к фасциальной капсуле прямой кишки в натянутом состоянии, помимо радикального устранения ректоцеле или ее выпадения, позволяет создать в диафрагме таза упругую структуру, препятствующую дальнейшей деструкции его мягкого остова. Срок наблюдения за больными варьирует от 1 до 5 лет. У 83,3% больных получены хорошие функциональные результаты, а у 16,7% больных удовлетворительные.

Заключение. Положительные результаты лечения больных с ректоцеле, выпадением прямой кишки, рубцовой деформацией промежности позволяют расширить показания к выполнению операций по разработанной нами оригинальной методике.

#### **ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ**

Турова А.Ю., Каде А.Х., Уваров А.В., Кочергина А.Ю., Занин С.А., Калмыкова М.А.

*ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, e-mail: alla\_turovaya@rambler.ru*

Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей был и остается одной из наиболее важных проблем, встречающейся в практике врачей различных специальностей, как осложнение многих заболеваний, так и впервые проявляющийся на фоне внешнего благополучия. Самым

опасным последствием ТГВ нижних конечностей является тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Сам по себе ТГВ нижних конечностей больше чем в половине случаев влечет за собой развитие посттромботической болезни пораженной конечности, которая у 30% пациентов приводит к инвалидности.

Целью исследования является изучение распространенности и особенности этиопатогенеза тромбоза вен нижних конечностей в зависимости от предрасполагающих факторов.

Материалы и методы. На базе хирургического отделения МБУЗ «Городской клинической больницы №1» г. Краснодара и Красногвардейской ЦРБ Республики Адыгея были обследованы 40 пациентов с ТГВ нижних конечностей. При исследовании оценивали такие параметры: пол и возраст больных; факторы риска, повлекшие развитие тромбоза; локализацию окклюзии; осложнения; наследственную предрасположенность; состояние системы гемостаза на основании данных коагулограмм (активированное частичное тромбопластиновое время – АЧТВ, тромбиновое время – ТВ, антитромбин-III, фибриноген).

Результаты исследования и их обсуждение. Из 40 больных с диагнозом ТГВ нижних конечностей 43% – женщины и 57% – мужчины. 61,27% человек в возрасте 44-60 лет; 38,73% человек в возрасте 60-71 год. В ходе исследования показателей коагулограмм до начала лечения были выявлены различные нарушения в системе гемостаза. Укорочение АЧТВ ( $26 \pm 1,6$ с) и ТВ ( $15,6 \pm 0,2$ с) наблюдалось у 43,34% пациентов, что может свидетельствовать о возможной активации системы гемостаза – гиперкоагуляции. У 56,66% пациентов была зарегистрирована нормокоагуляция. Повышение фибриногена ( $4,16 \pm 0,09$ г/л) наблюдалось у 26,67% больных, что может наблюдаться при любом состоянии, вызванном воспалительными процессами или повреждениями тканей и активацией внутрисосудистого свертывания крови. Снижение уровня антитромбина III ( $73,5 \pm 3,6\%$ ) – компонент противосвертывающей системы, функцией которого является инактивация основных факторов свертывания, в том числе тромбина, было зафиксировано у 36,7% пациентов.

Установлено, что основным фактором риска развития ТГВ нижних конечностей являлись различные формы ишемической болезни сердца (ИБС), осложненные хронической сердечной недостаточностью (30% пациентов). Это может быть обусловлено нарушением реологических свойств крови таких, как повышение вязкости и агрегации тромбоцитов. Среди других предрасполагающих факторов в развитии ТГВ выявлены: перенесенная травма опорно-двигательного аппарата, потребовавшая иммобилизации – 26,67% больных и ожирение II и III степени – 13,34% больных, так как данная па-

тология способствуют возникновению венозных стазов. Перенесенные вирусные инфекции могли привести к ТГВ у 16,67% больных, по причине того, что вызывают выделение ФНО- $\alpha$ , ИЛ-1 и активацию факторов свертывания крови.

ТГВ у пациентов с гормонотерапией (заместительной или контрацептивной) наблюдались в 13,34% случаях, что можно объяснить повышением активности факторов VII, VIII, IX, X, увеличением синтеза протромбина, фибриногена, повышением агрегации тромбоцитов, вязкости крови и уменьшением образования антитромбина-III. У больных с варикозной болезнью тромбозы встречались с частотой – 10%, это объясняется нарушением нормальной работы венозных клапанов с возникновением обратного тока крови и застоем в нижней конечности. Онкологические заболевания имели место у 6,67% пациентов. В 1 случае ТГВ осложнил течение беременности.

У 16,7% пациентов ТГВ нижних конечностей наблюдался повторно. Окклюзия наиболее часто (57% случаев) выявлялась в венах голени, причем у 24% пациентов носила двусторонний характер. Тромботическое поражение бедренной вены наблюдалось в 30% случаев, у 33% пациентов – двустороннее. У 6,7% больных выявлен илеофemorальный флелотромбоз. У 16,7% пациентов после перенесенного острого ТГВ нижних конечностей развивалось осложнение в виде посттромботического синдрома – заболевания, обусловленного органическим поражением глубоких вен нижней конечности с последующим развитием хронической венозной недостаточности. У 23,4% пациентов тромбозы глубоких вен нижних конечностей и возникающие в связи с ними осложнения в виде ТЭЛА, наблюдались у близких родственников.

**Выводы.**

1. Полученные данные подтверждают высокую роль ИБС, осложненной хронической сердечной недостаточностью, перенесенных травм опорно-двигательного аппарата, потребовавших иммобилизации, и ожирения в развитии ТГВ нижних конечностей, что требует проведения профилактических мероприятий у данного контингента больных.

2. Несмотря на достаточно зрелый возраст пациентов и небольшое количество женщин в выборке, применение эстроген-гестагеновых препаратов у каждой четвертой женщины вызывало ТГВ нижних конечностей, что диктует необходимость назначать препараты данной группы с проведением дополнительного обследования и тщательным сбором анамнеза у больных.

3. Учитывая высокую встречаемость наследственной предрасположенности ТГВ (у каждого четвертого больного), требуется дополнительное обследование всех кровных родственников данных пациентов, с решением

вопроса о назначении специфического профилактического лечения, особенно перед ситуациями, сопровождающимися повышенным риском развития ТГВ нижних конечностей.

### **ЗНАЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ГЕНЕЗЕ РЕЦИДИВА ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ**

Хворостухина Н.Ф., Михеева Ю.В.,  
Новичков Д.А.

*ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ  
им. В.И.Разумовского Минздрава РФ», Саратов,  
e-mail: khvorostukhina-nf@yandex.ru*

Охрана репродуктивного здоровья женского населения остается одним из приоритетных направлений современного здравоохранения. Эктопия шейки матки является самым распространенным доброкачественным заболеванием органов репродуктивной системы. При профилактических осмотрах данная патология выявляется у 38,8% женщин, а при гинекологических заболеваниях – у 42,2% больных. Несмотря на большое количество работ, посвященных вопросам этиологии, патогенеза, диагностики и лечения эктопии шейки матки, частота рецидивов заболевания остается достаточно высокой, достигая 35%. По данным литературы частота возникновения рецидива эктопии шейки матки после химической коагуляции варьирует от 32,9% до 45,9% (Буртушкина Н.К., 2009), после диатермокоагуляции – 55% (Sjoberg K.B., 2007), при использовании лазерной вапоризации – 17-66,7% (Vetrano G., 2010), а после криодеструкции рецидив может достигать 87% (Журкова И.В., 2011).

**Цель исследования:** изучить значение хронических урогенитальных инфекций в генезе рецидива эктопии шейки матки после коагуляции.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 35 историй болезней женщин с рецидивирующими эктопиями шейки матки, обратившихся за консультативной помощью в «Центр женского здоровья» ГУЗ «Областной онкологический диспансер №2» и женскую консультацию МУЗ «Городская поликлиника №10» г. Саратов. Всем пациенткам проводился стандартный объем диагностических мероприятий, включая бактериологическое и цитологическое исследования, ВПЧ-тестирование, расширенную кольпоскопию. Дополнительно в план обследования был включен иммуноферментный анализ крови (ИФА) на обнаружение антител IgG и IgM к возбудителям урогенитальных инфекций.

**Результаты исследования.** Средний возраст обследуемых больных составил 30±5,5 лет. По социальному положению преобладали работающие женщины (82,9%). Из экстрагени-