

Кроме острых респираторных вирусных инфекций, у детей диагностированы пневмонии, бронхиты, анемия. На первом году анемия установлена у 12,5% детей 1-й группы, у 10% — 2-й группы, у 25% — группы сравнения и у 2,9% — контрольной группы, пневмонии диагностированы у 7,5, 5, 10 и 2,9% детей соответственно. Частота бронхитов составила у 10, 7,5, 12,5% детей соответственно группам. У детей контрольной группы бронхитов не было.

У невролога на диспансерном учете дети наблюдались по поводу гипоксически-ишемически-геморрагических поражений ЦНС, проявляющихся внутричерепной гипертензией, синдромом тонусных расстройств, гиперрефлексией, гипертонией. У хирурга дети наблюдались с грыжами различной локализации, у ортопеда — с дисплазиями тазобедренных суставов, у окулиста — с атрофией зрительных нервов, ангиопатией сетчатки.

Обсуждение. Предупредительное лечение ВУИП позволило снизить частоту постнатальных асфиксий у новорожденных, церебральных ишемий, поражений ЦНС в виде отека мозга, кровоизлияний в мозг, внутриутробных пневмоний и перинатальной смертности. Кроме того, важным фактором является снижение частоты воспалительных поражений последа после предупредительного лечения ВУИП. На высокую эффективность предупредительного лечения восходящего инфицирования родовых путей в снижении перинатальной заболеваемости и смертности указывали А. Н. Стрижаков и соавт. [3]. Предупредительное лечение гестозов и невынашивания беременности снижает частоту перинатальных осложнений у матери и ребенка [1, 8]. Особенно возрастает результативность предупреждения акушерских осложнений у матери и новорожденного, если превентивное лечение гестоза проведено рано — с начала II триместра гестации [9,10].

Заключение. Из предложенных методов предупреждения ВУИП и перинатальных осложнений у матери и ребенка аквааэробика несколько эффективнее, чем медикаментозное лечение. Дородовая физическая подготовка беременных групп риска по ВУИП с использованием аквааэробики является эффективным способом безмедикаментозного ведения беременных, снижает частоту заболеваний у детей раннего возраста.

Конфликт интересов. Работа выполнена в рамках программы «Охрана здоровья матери и ребенка: научно-фундаментальные и клинические аспекты этиопатогенеза и создания новых технологий диагностики, лечения, организации специализированной и профилактической помощи». Номер государственной регистрации 01200959761.

Библиографический список

1. Василенко Л. В., Зрячкин Н. И., Василенко Т. Л. Состояние здоровья детей, родившихся после превентивного лечения беременных групп риска по внутриутробному инфицированию плода // Проблемы репродукции. 2008. № 3. С. 73–76.

2. Тирская Ю. И., Белкова Т. И., Рудакова Е. Б., Долгих Т. И. Врачебная тактика при внутриутробных инфекциях // Акушерство и гинекология. 2011. № 8. С. 42–47.

3. Стрижаков А. Н., Баев О. Р., Буданов П. В. Профилактика и лечение восходящего инфицирования родовых путей как метод снижения перинатальной заболеваемости и смертности // Проблемы внутриутробной инфекции плода и новорожденного: матер. III съезда Рос. ассоциации специалистов перинатальной медицины. М.: ГОУВЦНМЦ МЗРФ, 2000. С. 138–140.

4. Иванько О. Г., Михалюк Е. Л., Пидкова В. Я. Физическая реабилитация первичной артериальной гипертонии у подростков // Педиатрия, акушерство и гинекология: тез. I конгресса Федерации педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания» (19–21 мая 2009). Киев, 2009. С. 62–63.

5. Стальная И. Д. Метод определения диеновой конъюгации ненасыщенных высших жирных кислот // Лабораторное дело. 1998. № 2. С. 63–64; 66–68.

6. Михайленко Е. Т., Василенко Л. В., Зимина И. Л. О доклинической диагностике поздних токсикозов беременных // Акушерство и гинекология. 1990. № 5. С. 65–66.

7. Колб В. Г., Камышников В. С. Справочник по клинической химии. Минск: Беларусь, 1982. 336 с.

8. Сухих Г. Т., Мурашко Л. Е. Доклиническая диагностика, профилактика и лечение гипертензивных осложнений у беременных: пособие для врачей. М., 2007. 29 с.

9. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности. М.: Триада-Х, 2002. 304 с.

10. Одинокова О. С. Прогнозирование и превентивное лечение гестоза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2011. 23 с.

Translit

1. Vasilenko L. V., Zryachkin N. I., Vasilenko T. L. Sostojanie zdorov'ja detej, rodivshijsja posle preventivnogo lechenija beremennyh grupp riska po vnutritrobnomu inficirovaniju ploda // Problemy reprodukcii. 2008. № 3. S. 73–76.

2. Tirskaja Ju. I., Belkova T. I., Rudakova E. B., Dolgih T. I. Vrachebnaja taktika pri vnutritrobnih infekcijah // Akusherstvo i ginekologija. 2011. № 8. S. 42–47.

3. Strizhakov A. N., Baev O. R., Budanov P. V. Profilaktika i lechenie voshodjavego inficirovanija rodovyh putej kak metod snizhenija perinatal'noj zaboлеваemosti i smertnosti // Problemy vnutritrobnaj infekcii ploda i novorozhdennogo: mater. III s#ezda Ros. associacii specialistov perinatal'noj mediciny. M.: GOUVC-NMC MZRF, 2000. S. 138–140.

4. Ivan'ko O. G., Mihaljuk E. L., Pidkova V. Ja. Fizicheskaja reabilitacija pervichnoj arterial'noj gipertonii u podrostkov // Peditrija, akusherstvo i ginekologija: tez. I kongressa Federacii peditrov stran SNG «Rebenok i obvestvo: problemy zdorov'ja, razvitija i pitanija» (19–21 maja 2009). Kiev, 2009. S. 62–63.

5. Stal'naja I. D. Metod opredelenija dienovoj konjugacii nenasywennyh vysshih zhirnyh kislot // Laboratornoe delo. 1998. № 2. S. 63–64; 66–68.

6. Mihajlenko E. T., Vasilenko L. V., Zimina I. L. O doklinicheskoj diagnostike pozdnyh toksikozov beremennyh // Akusherstvo i ginekologija. 1990. № 5. S. 65–66.

7. Kolb V. G., Kamysnikov V. S. Spravochnik po klinicheskoj himii. Minsk: Belarus', 1982. 336 s.

8. Suhih G. T., Murashko L. E. Doklinicheskaja diagnostika, profilaktika i lechenie gipertenzivnyh oslozhnenij u beremennyh: posobie dlja vrachej. M., 2007. 29 s.

9. Sidel'nikova V. M. Privychnaja poterja beremennosti. M.: Triada-X, 2002. 304 s.

10. Odnokozova O. S. Prognozirovanie i preventivnoe lechenie gestoza: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Volgograd, 2011. 23 s.

УДК 616.61–007.43–89

Оригинальная статья

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

С. В. Вдовин — ГБОУ ВПО Волгоградский ГМУ Минздравоохранения России, кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, профессор, доктор медицинских наук; **М. С. Селихова** — ГБОУ ВПО Волгоградский ГМУ Минздравоохранения России, кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, профессор кафедры, доцент, доктор медицинских наук; **Е. В. Филина** — МУЗ КБСМП № 7 г. Волгограда, врач гинекологического отделения; **Д. Л. Сперанский** — ГБОУ ВПО Волгоградский ГМУ Минздравоохранения России, кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, профессор, доктор медицинских наук

наук; **А. В. Селихов** — ГБУ Волгоградский медицинский центр Федерального медико-биологического агентства России, врач гинекологического отделения.

FEATURES OF POSTOPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH GENITAL PROLAPSE

S. V. Vdovin — Volgograd State Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology, HFCs, Professor, Doctor of Medical Science; **M. S. Selikhova** — Volgograd State Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology, HFCs, Professor, Doctor of Medical Science; **E. V. Philina** — Regional Hospital № 7, Gynecological Ward, Gynecologist; **D. L. Speransky** — Volgograd State Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology, HFCs, Professor, Doctor of Medical Science; **A. V. Selikhov** — Volgograd Medical Center, Gynecological Ward, Gynecologist.

Дата поступления — 05.03.2012 г.

Дата принятия в печать — 28.02.2012 г.

Вдовин С. В., Селихова М. С., Филина Е. В., Сперанский Д. Л., Селихов А. В. Особенности ведения послеоперационного периода у пациенток с пролапсом гениталий // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 1. С. 47–50.

Цель: оптимизация ведения послеоперационного периода у пациенток с пролапсом гениталий за счет включения в комплекс лечебных мероприятий препарата депантол. **Материал и методы.** Проведено обследование 57 пациенток с пролапсом гениталий после оперативного лечения. В зависимости от особенностей ведения послеоперационного периода они были разделены на 2 группы: 22 пациентки получали общепринятые методы обработки швов влагалища, в комплекс лечебных мероприятий 35 больных был включен комбинированный препарат депантол. Клинико-микробиологическая оценка эффективности лечения проводилась с использованием стандартных методик. Материалом для кратных исследований в динамике являлось содержимое влагалища. Оценка эффективности проводилась на основании клинического наблюдения и лабораторных методов обследования. **Результаты.** Клинико-лабораторное обследование показало, что включением депантола в комплекс лечебных мероприятий обеспечивалось благоприятное течение послеоперационного периода. У пациенток, получавших депантол, не было зафиксировано инфекционных осложнений, сроки пребывания в стационаре сократились на 2,3 койко-дня. **Заключение.** Усовершенствованный метод ведения послеоперационного периода у пациенток с пролапсом гениталий обеспечивает его благоприятное течение, отсутствие инфекционных осложнений и полноценную регенерацию.

Ключевые слова: пролапс гениталий, оперативное лечение, инфекционные осложнения, регенерация, депантол.

Vdovin S. V., Selikhova M. S., Philina E. V., Speransky D. L., Selikhov A. V. Features of postoperative treatment of patients with genital prolapse // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2012. Vol. 8, № 1. P. 47–50.

The aim of the study was to improve management of the postoperative period in patients with genital prolapse after surgery. **Methods.** Survey of 57 patients, which, depending on the characteristics of the postoperative period were divided into 2 groups: 22 patients received conventional treatment methods vagina seams, in complex treatment of 35 patients was included depantol. The effectiveness of inclusion depantol was control by clinical and laboratory (analysis of blood, vaginal discharge) evidence. **Results.** Clinical and laboratory evidence of the effectiveness of inclusion depantol, which has antiseptic and stimulating regenerative processes, in the complex of therapeutic measures, reflected in the absence of infectious complications in patients of the main group and reducing lengths of stay in hospital. **Conclusions.** A higher efficiency of the new method is proved.

Key words: genital prolapse, surgery, infectious complications, regeneration, depantol.

Введение. Пролапс гениталий — синдром опущения тазового дна и органов малого таза, приводящий к нарушению их функций. Актуальность данной проблемы определяется высокой частотой встречаемости. Так, по данным профилактических осмотров женщин в России, у 60% выявляются опущение стенок влагалища и матки, деформация промежности и шейки матки, недержание мочи, ректоцеле и т.д. [1, 2]. К факторам, провоцирующим пролапс гениталий, относятся многократные и травматичные роды, гистерэктомия, особенно с удалением шейки матки, врожденная недостаточность соединительной ткани, тяжелый физический труд, повышение внутрибрюшного давления [3–6]. В литературе описано большое количество методов оперативного лечения при пролапсе гениталий, в настоящее время все шире внедряются методы с использованием имплантов [7, 8]. Но сам факт отсутствия единой общепринятой методики свидетельствует о недостаточной эффективности разработанных методик. Прежде всего это выражается в высокой частоте рецидивов, которые, по данным разных авторов, достигают от 10 до 30% [9, 10]. Решение данной проблемы видится в усовершенствовании техники самой операции с использованием современного шовного материала, а также в обеспечении оптимальных условий для заживления

послеоперационных швов во влагалище. Это особенно важно с учетом того, что возраст пациенток, страдающих данной патологией, как правило, более 50 лет. Используемые традиционно средства обработки послеоперационных швов во влагалище направлены только на обеспечение антисептического эффекта.

Наше внимание привлек комбинированный препарат депантол, в состав которого входит асептический (хлоргексидин 0,016 мг) и метаболический (декспантенол 0,1 г) компоненты. Препарат выпускается в виде вагинальных суппозиториев, что делает его максимально удобным в применении и определяет его дополнительные преимущества.

Цель: оптимизация ведения послеоперационного периода у пациенток с пролапсом гениталий за счет включения в комплекс лечебных мероприятий препарата депантол.

Методы. В исследование были включены 57 женщин, которые получали хирургическое лечение по поводу пролапса гениталий влагалищным доступом. Пациентки, у которых при проведении пластических операций были использованы импланты, в данное исследование не включались. В зависимости от особенностей ведения послеоперационного периода пациентки были разделены на две группы методом случайной выборки: 22 пациентки после операции получали стандартную терапию, которая заключалась в ежедневной обработке влагалища раствором фурацилина, перекиси водорода и раствором марганца (группы сравнения). В комплекс лечебных

Ответственный автор — Селихова Марина Сергеевна.
Адрес: 400081, г. Волгоград, ул. Ангарская, 118, кв. 6.
Тел.: 89608674848.
E-mail: SelikhovaMarina@yandex.ru

мероприятий 35 обследованных пациенток в послеоперационном периоде был включен депантол по 1 свече 2 раза в день 7 дней (основная группа). Пациентки обеих групп подвергались стандартному медицинскому обследованию перед оперативным вмешательством.

Эффективность определялась на основании оценки клинических данных, переносимости препарата, наличия или отсутствия побочных эффектов, нежелательных эффектов, а также анализа лабораторных данных.

На первом этапе оценивались скорость заживления послеоперационных швов во влагалище у пациенток сравниваемых групп, субъективные жалобы пациентки (наличие/отсутствие общего дискомфорта, зуд, боль, жжение, наличие/отсутствие характерных выделений), наличие/отсутствие гиперемия, отек, болезненность, наличие/отсутствие характерных выделений), наличие/отсутствие инфицирования послеоперационных швов.

На втором этапе оценивались лабораторные показатели: количество лейкоцитов и эпителиальных клеток в поле зрения, наличие ключевых клеток, качественный и количественный состав влагалищной микрофлоры при микроскопическом исследовании.

Клинико-микробиологическая оценка эффективности лечения проводилась в динамике: на 6-е сутки после операции и на 10–11-е сутки после операции (перед выпиской из стационара). Для статистической обработки результатов исследования использовали пакет прикладных программ Statistica 6,0 с помощью общепринятых параметрических и непараметрических методов статистического анализа (критерий Манна — Уитни, критерий Фишера и показатель достоверности p , различие признавали достоверным при $p < 0,05$).

Результаты. Возраст больных с пролапсом гениталий в обследованных группах колебался от 45 до 76 лет и в среднем составил $60,57 \pm 0,53$ года в основной группе и $57,4 \pm 1,2$ в группе сравнения. По социальным характеристикам пациентки сравниваемых групп не отличались, более половины (59,9%) из них были пенсионерками, 13,5% домохозяйками, 14,7% служащими и только 11,9% рабочими. Частота экстрагенитальной патологии у пациенток основной группы составила 89%, в группе сравнения 87%. В структуре экстрагенитальной патологии обследованных обеих групп преобладали заболевания почек, сердечно-сосудистой системы, эндокринные и аллергические нарушения.

В анамнезе у большинства (65 в основной группе и 58% в группе сравнения) имелись данные о перенесенных гинекологических заболеваниях. Анализ структуры показал, что среди перенесенных заболеваний половой сферы преобладали воспалительные процессы.

Большинство обследованных пациенток обеих групп имели в анамнезе двое и более родов, одни роды были у 32,2% пациенток основной группы и 36,8% в группе сравнения. Длительность заболевания составила от 1 года до 45 лет (в среднем $7,49 \pm 0,36$ года в основной группе и $6,2 \pm 0,7$ в группе сравнения). У большинства (70,3%) больных пролапс гениталий сопровождался нарушением функции соседних органов: 14,5% пациенток основной группы и 11,2% группы сравнения страдали от запоров, у 55,8 и 59,2% соответственно выявлено нарушение мочеиспускания, причем у 27,7% в обеих группах было учащенное мочеиспускание, у 22,9% затрудненное мочеиспускание и у 4,2% больных отмечено недер-

жание мочи. Объем оперативного лечения в сравниваемых группах был идентичен и в подавляющем большинстве случаев (74,9% основной и 79,4% группы сравнения) была выполнена передняя и задняя кольпоррафия с леваторопластикой, при этом в 4,1% она сопровождалась гистерэктомией, в 8,2% ампутацией шейки матки. Изолированная передняя или задняя кольпоррафия выполнялась редко и составила соответственно 0,8 и 2,5%. Срединная пластика выполнена в 1,2% случаев.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует, что по социально-биологическим характеристикам, характеру и длительности основного заболевания, объему выполненных оперативных вмешательств группы обследованных пациенток однородны и сопоставимы, что подтверждает случайное распределение пациенток на группы.

Все обследуемые пациентки получали с первых суток послеоперационного периода обработку швов в соответствии с рандомизацией и дизайном исследования.

Жалобы на боли и отек в области послеоперационных швов отмечали пациентки обеих групп в течение 1–2 дней после операции, характер обработки швов на этот показатель не оказывал достоверного влияния. Гиперемия в области швов сохранялась через 2–3 суток у всех пациенток группы сравнения и у большинства (85,4%) основной. На протяжении времени пребывания в стационаре температура тела была нормальной у большинства (83%) пациенток основной группы и 71% женщин группы сравнения, у остальных обследованных был зафиксирован подъем температуры тела до $37,2$ и $37,6^\circ\text{C}$, который сохранялся в течение 2–5 суток. Восстановление мочеиспускания происходила от 1 до 6 суток (в среднем на 2,6 дня в группе сравнения и 2,1 в основной).

На 6-е сутки послеоперационного периода оценивался характер заживления швов, для чего проводилось влагалищное исследование.

У всех пациенток, в комплекс лечения которых был включен депантол, отмечено заживление швов первичным натяжением, в группе сравнения у трех пациенток (13,5%) группы сравнения гиперемия и отек в области швов влагалища сохранялся на протяжении всех дней осмотра, имело место частичное расхождение швов, в связи с чем проводилось дополнительное лечение (обработка раствором перекиси, тампоны с гипертоническим раствором, а также дополнительная антибактериальная терапия).

Проведенные лабораторные исследования на 1–2-е сутки после операции указывают, что у 75% пациенток основной группы и 72% группы сравнения во влагалищных мазках количество лейкоцитов было более 50–60 в поле зрения, а также присутствовали другие признаки воспалительных изменений (флора кокки, мицелий грибка, ключевые клетки и др.). После проведенной обработки в течение 6 дней повторный влагалищный мазок показал, что у пациенток основной группы воспалительные изменения сохранились только у трех (8,3%) пациенток, но степень воспалительных изменений была минимальной (количество лейкоцитов 25–35 в поле зрения). У 5 женщин (22,1%) группы сравнения сохранились воспалительные изменения в мазках, причем у троих из них реализовалась инфекция в области швов во влагалище, что потребовало дополнительного лечения и длительного пребывания больных в стационаре.

Длительность пребывания больных в стационаре при оперативном лечении пролапса гениталий коле-

балась от 7 до 22 дней и составила $9,5 \pm 0,14$ дня в основной группе и $11,8 \pm 1,1$ дня в группе сравнения.

Обсуждение. Проблема пролапсов половых органов у женщин приобретает особую остроту в связи с их высокой распространенностью и крайне негативным влиянием на качество жизни.

Общепринятые методы обработки послеоперационных швов во влагалище направлены только на антисептический эффект, однако характер заживления во многом определяется трофикой тканей и особенностями местного кровообращения. Особенно это важно в пери- и постменопаузальный периоды, в которых находятся большинство пациенток с пролапсом гениталий. Сочетание широкого спектра антисептического действия хлоргексидина с наличием репаративного компонента декспантенола делает препарат депантол весьма привлекательным для оптимизации ведения послеоперационного периода у гинекологических больных после пластических операций. Проведенное исследование подтвердило высокую эффективность препарата депантол в комплексе лечебных мероприятий послеоперационного периода у пациенток данного контингента. В группе пациенток, получавших депантол, отмечено более благоприятное течение послеоперационного периода, что выражалось в отсутствии инфекционных осложнений и заживлении швов во влагалище первичным натяжением, а также в сокращении пребывания больных в стационаре на 2,3 койко-дня.

Заключение. Результаты исследования позволили продемонстрировать безопасность применения депантола в послеоперационном периоде у женщин после пластических операций, выполняемых влагалищным путем при пролапсе гениталий. Нежелательных явлений, связанных с терапией препаратом депантол, в процессе его применения зарегистрировано не было.

Проведенное исследование свидетельствует о высокой эффективности комплексного ведения послеоперационного периода с включением депантола для профилактики воспалительных осложнений в послеоперационном периоде и улучшения трофики и регенерации послеоперационной раны.

Конфликт интересов. Исследование выполнено в рамках программы НИР «Нейроэндокринные и воспалительные заболевания в акушерстве и гинекологии», номер государственной регистрации 01200706750.

Библиографический список

1. Балан В.Е. Патогенез атрофического цистоуретрита и различные виды недержания мочи у женщин в климактерии // *Cons. med.* 2001. № 3. С. 332–338.
2. Перинеология. Опушение и выпадение половых органов: учеб. пособие. М.: РУДН, 2008. 256 с.
3. Ильина И. Ю., Доброхотова Ю. Э., Жданова М. С. Оптимизация методов лечения, направленных на улучшение процессов коллагенообразования у женщин с дисплазией соеди-

нительной ткани // *Вестн. РУДН. Сер.: Медицина. Акушерство и гинекология.* 2009. № 5. С. 76–81.

4. Шалаев О.Н., Тотчиев Г.Ф., Токтар Л.Р. Репродуктивное здоровье и качество жизни женщин после хирургического лечения пролапса гениталий // *Вестн. РУДН. Сер.: Медицина. Акушерство и гинекология.* 2003. № 1. С. 143–147.

5. Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., Ашахман О.С. Сакроspинальная кольпопексия как профилактика и лечение пролапса гениталий влагалищным доступом // *Мать и дитя: матер. IV Рос. форума.* М., 2002. Ч. 2. С. 323–324.

6. Токтар Л.Р. Хирургическая коррекция тазового дна после акушерской травмы промежности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 25 с.

7. Лапароскопическая сакрокольпопексия как операция выбора при пролапсах гениталий // И.Б. Манухин, М.М. Высоккий, О.Г. Харлова, Е.Р. Кайтукова // *Амбулаторно-поликлиническая практика — новые горизонты: сб. тезисов.* М., 2010. С. 211–212.

8. Попов А.А. Хирургическое лечение осложненных и неосложненных форм пролапса гениталий // *Мать и дитя: матер. II Рос. форума.* М., 2000. С. 271–272.

9. Репродуктивное здоровье и качество жизни женщин после хирургического лечения пролапса гениталий // О.Н. Шалаев, Г.Ф. Тотчиев, Л.Р. Токтар [и др.] // *Вестн. РУДН. Сер.: Медицина. Акушерство и гинекология.* 2003. № 1. С. 143–147.

10. Токтар Л.Р. Хирургическая коррекция тазового дна после акушерской травмы промежности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 25 с.

Translit

1. Balan V.E. Patogeneza atroficheskogo cistouretrita i razlichnye vidy nederzhanija mochi u zhenwin v klimakterii // *Cons. med.* 2001. № 3. S. 332–338.

2. Perineologija. Opuwenie i vypadenie polovoyh organov: ucheb. posobie. M.: RUDN, 2008. 256 s.

3. Il'ina I. Ju., Dobrohotova Ju. Je., Zhdanova M. S. Optimizacija metodov lechenija, napravlennyh na uluchshenie processov kollagenoobrazovanija u zhenwin s displaziej soeditel'noj tkani // *Vestn. RUDN. Ser.: Medicina. Akusherstvo i ginekologija.* 2009. № 5. S. 76–81.

4. Shalaev O. N., Totchiev G. F., Toktar L. R. Reprodukivnoe zdorov'e i kachestvo zhizni zhenwin posle hirurgicheskogo lechenija prolapsa genitalij // *Vestn. RUDN. Ser.: Medicina. Akusherstvo i ginekologija.* 2003. № 1. S. 143–147.

5. Radzinskij V. E., Shalaev O. N., Ashahman O. S. Sakrospinal'naja kol'popeksija kak profilaktika i lechenie prolapsa genitalij vlagalivnym dostupom // *Mat' i ditja: mater. IV Ros. foruma.* M., 2002. Ch. 2. S. 323–324.

6. Toktar L. R. Hirurgicheskaja korrekcija tazovogo dna posle akusherskoj travmy promezhnosti: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2005. 25 s.

7. Laparoskopicheskaja sakrokol'popeksija kak operacija vybora pri prolapsah genitalij // I. B. Manuhin, M. M. Vysockij, O. G. Harlova, E. R. Kajtukova // *Ambulatorno-poliklinicheskaja praktika — novye gorizonty: sb. tezisov.* M., 2010. S. 211–212.

8. Popov A. A. Hirurgicheskoe lechenie oslozhnennyh i neoslozhnennyh form prolapsa genitalij // *Mat' i ditja: mater. II Ros. foruma.* M., 2000. S. 271–272.

9. Reprodukivnoe zdorov'e i kachestvo zhizni zhenwin posle hirurgicheskogo lechenija prolapsa genitalij // O. N. Shalaev, G. F. Totchiev, L. R. Toktar [i dr.] // *Vestn. RUDN. Ser.: Medicina. Akusherstvo i ginekologija.* 2003. № 1. S. 143–147.

10. Toktar L. R. Hirurgicheskaja korrekcija tazovogo dna posle akusherskoj travmy promezhnosti: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2005. 25 s.