



5. Lakotsenina I.I., Moshkonova O.K., Serebrennikova L.V., et al. Anisakidosis. Diagnostic and treatment problems // Far Eastern Journal of Infectious Pathology. – 2005. – № 7. – P. 94-95.
6. Makarova T.E., Varakina V.L. Diagnosis of anisakidosis // Public Health of the Far East. – 2012. – № 1. – P. 51-53.
7. Miropolskaya N.Yu., Mirzoev R.A., Kostyurina A.M. Complex treatment of echinococcosis in children // Far Eastern Medical Journal. – 2019. – № 2. – P. 32-36.
8. Parasitic diseases in humans: protozoiasis and helminthiasis: a manual for doctors / Ed. by V.P. Sergiev, Yu.V. Lobzin, S.S. Kozlov. – Spb., 2006. – 592 p.
9. Serdyukov A.M. Problem of anisakidosis // Medical Parasitology and Parasitic Diseases. – 1993. – № 2. – P. 50-54.
10. Invasive anisakiasis by the parasite *Anisakis pegreffii* (Nematoda: Anisakidae): diagnosis by real-time PCR hydrolysis probe system and immunoblotting assay / S. Mattiucci, M. Paoletti, A. Colantoni, A. Carbone, R. Gaeta, A. Proietti, S. Frattaroli, P. Fazii, F. Bruschi, G. Nascetti // BMC Infect Dis. – 2017. – № 17.
11. Hochberg N., Hamer D. Anisakidosis: Perils of the Deep // Clin Infect Dis. – 2010. – № 51. – P. 806-812.
12. Oshima T. *Anisakis* and anisakiasis in Japan and adjacent area // Progr. Med. Parasitol. Jap. – 1972. – Vol. 4. – P. 301-393.

**Координаты для связи с авторами:** *Миropольская Наталья Юрьевна* – канд. мед. наук, доцент кафедры поликлинической педиатрии с курсом детских инфекционных болезней ДВГМУ, тел. +7-914-776-56-14, e-mail: miropolskayanatasha@mail.ru.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2021-3-53-58>

УДК 616-002.3-002.1-026.564-018-057.36.07-089

**А.Н. Коваль<sup>1,2</sup>, Н.В. Ташкинов<sup>1</sup>, Ю.А. Сапожников<sup>1</sup>, В.С. Кузьменко<sup>1</sup>, С.Е. Банкрашков<sup>1</sup>,  
И.В. Рачковский<sup>2</sup>, С.Н. Булавинов<sup>1,2</sup>**

## АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ИСКУССТВЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

<sup>1</sup>Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

<sup>2</sup>301 Военный клинический госпиталь, 680028, ул. Серышева, 1а, тел. 8-(4212)-39-76-30, г. Хабаровск

### Резюме

В статье представлен диагностический алгоритм, и проведена сравнительная оценка его эффективности в диагностике искусственных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей (ИГВЗМТ) по сравнению с традиционным методом диагностики данной патологии у 302 больных молодого возраста. Установлено, что применение предложенного алгоритма диагностики позволило статистически значимо сократить диагностический период и выполнить экстренное оперативное вмешательство в течение первых 2 часов от поступления у 59,7 % по сравнению с 17,9 % больных. Применение предложенного алгоритма диагностики позволило статистически значимо уменьшить частоту попыток продления госпитализации соответственно с 45,6 % до 17,6 % случаев, уменьшить случаи нарушения дисциплины с 43,3 % до 24,4 % и частоту повторных госпитализаций с данной патологией с 7,6 % до 2,3 % случаев.

*Ключевые слова:* искусственные гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей, алгоритм диагностики.

**A.N. Koval<sup>1,2</sup>, N.V. Tashkinov<sup>1</sup>, U.A. Sapozhnikov<sup>1</sup>, V.S. Kuzmenko<sup>1</sup>, S.E. Bankrashkov<sup>1</sup>**

### DIAGNOSTIC ALGORITHM FOR ARTIFICIAL PYOINFLAMMATORY DISEASES OF SOFT TISSUES

<sup>1</sup>Far Eastern State Medical University;

<sup>2</sup>Military Clinical Hospital № 301, Khabarovsk

### Abstract

In this article a comparative assessment of the effectiveness of the suggested diagnostic algorithm for artificial pyoinflammatory diseases of the soft tissues (APIDST) in 302 young patients was carried out. It was found out that the use of the described diagnostic algorithm made it possible to significantly reduce the diagnostic period and perform emergency sur-

gery within the first 2 hours of admission in 59,7 % of patients compared to 17,9 % of patients, when a traditional method of diagnostics was implemented. The use of the presented diagnostic algorithm helped to significantly reduce the frequency of attempts to prolong hospitalization from 45,6 % to 17,6 % of cases, to reduce the cases of discipline violations from 43,3 % to 24,4 %, and the frequency of repeated hospitalizations with this pathology from 7,6 % to 2,3 % of cases.

*Key words:* artificial pyoinflammatory diseases of soft tissues, diagnostic algorithm.

Диагностика искусственных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей (ИГВЗМТ) является одной из самых сложных в хирургической практике [10, 14, 15]. Скорее всего универсальной диагностической схемы для этой патологии не существует, так как искусственный характер патологии бывает трудно доказать. Пациент нередко дезинформирует хирурга относительно истинных причин заболевания, опасаясь административной и уголовной ответственности [6, 9, 11, 13].

По мнению J. Maldonado (2002), клиницист имеет три основных возможности для диагностики искусственной патологии. В редких случаях пациента удаётся застичь во время нанесения себе самоповреждения, иногда он признаётся в причинении себе вреда,

или, что бывает чаще всего, диагноз искусственного заболевания устанавливается хирургом на основании собранных «доказательств» аутоагрессии.

По данным Я.Л. Заруцкого и соавт. (2009), лишь в 25,1 % случаев больные из организованного коллектива признались в искусственном характере ИГВЗМТ. Krahn L.E., et al. (2003) указывают, что 17,2 % «больных» добровольно признали искусственный характер своей патологии. N.A. Alinejad, et al. (2011) приводят данные о 39 % признавшихся, а Т.В. Бурловой (1998) удалось получить аналогичное признание от 65 % пациентов. В остальных случаях наблюдается поздняя диагностика ИГВЗМТ, что значительно ухудшает результаты лечения [10].

### Материалы и методы

Мы располагаем опытом лечения 302 мужчин молодого возраста с ИГВЗМТ, находившихся в отделении гнойной хирургии 301 Военного клинического госпиталя г. Хабаровска с 1987 по 2011 гг., что составило 6,1 % среди всех больных с различными формами хирургической инфекции мягких тканей. Для оценки эффективности разработанного нами диагностического алгоритма была сформирована основная группа (131 пациент), в которой диагностика ИГВЗМТ осуществлялась с использованием предложенного алгоритма, и группа сравнения (171 пациент), где ИГВЗМТ диагностировалось традиционными методами.

Для сравнения средних значений количественных показателей определяли среднюю арифметическую величину (M) и стандартное отклонение (s).

Для оценки нормальности распределения использовали критерий Шапиро – Уилка. Сравнение групп по количественным признакам проводили с использованием критериев Манна – Уитни, Вальда – Вольфовица, Колмогорова – Смирнова. С целью сравнения качественных показателей использовался критерий хи-квадрат ( $\chi^2$ ). Критическое значение уровня статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимали равным  $p < 0,05$ . Статистический анализ был выполнен с использованием программы SPSS (freeware).

В основной группе при подозрении на искусственный характер заболевания применялась диагностическая программа, включающая в себя до-, интра- и послеоперационный этапы (рис. 1, 2).

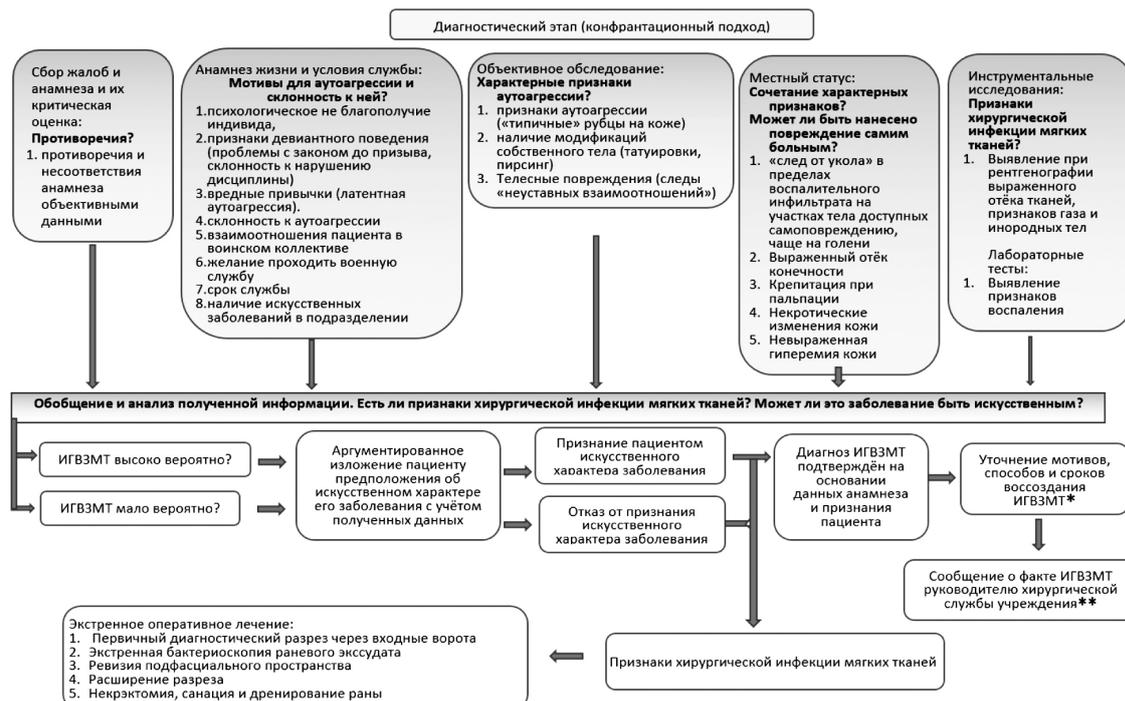


Рис. 1. Алгоритм диагностики и оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на ИГВЗМТ



**Дооперационный этап** (рис. 1) включал следующие компоненты:

Сбор жалоб, анамнеза и их критическая оценка. Основной задачей этого компонента являлось выявление противоречий и несоответствий анамнеза объективным данным. Опрос пациента был максимально подробным с детализацией обстоятельств возникновения заболевания.

Аналитическая оценка анамнеза жизни и условий службы (быта). В ходе сбора анамнеза уточнялись возможные мотивы аутоагрессии и склонность к ней. Проводился анализ медицинской документации и обращалось внимание на многочисленные и длительные госпитализации по поводу заболеваний, которые сложно подтвердить объективными данными, например: «вегетососудистая дистония», «невралгия» и так далее. Неоднократные оперативные вмешательства и травмы также свидетельствовали об осознанной или неосознанной склонности пациента к травматизации.

3. Выявлялось психологическое неблагополучие пациента, признаками которого могли быть проблемы в семье, жестокое обращение и прочее. У лиц в организованных коллективах уточнялись срок службы, взаимоотношения в коллективе, желание исполнять обязанности службы, наличие искусственных заболеваний в коллективе.

4. Выявлялись черты девиантного поведения (проблемы с законом, склонность к нарушению дисциплины), вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем, наркомания), свидетельствующие о латентной аутоагрессии. К этой группе относились и увлечение экстремальными (суицидальными) видами спорта.

5. При объективном обследовании акцентировали внимание на признаках, свидетельствующих о склон-

ности пациента к аутоагрессивному поведению. К признакам аутоагрессии относили «типичные» рубцы на коже после попыток «суицида». Не оставляли без внимания и наличие татуировок, пирсинга и так далее. Особое внимание уделяли выявлению кровоподтёков, характерных для телесных повреждений и косвенно свидетельствовавших о конфликтах в коллективе.

6. При оценке местного статуса обращали внимание на характерный для ИГВЗМТ «след от укола» в пределах воспалительного инфильтрата и старались определить возможность нанесения такого повреждения самим больным.

7. Обращали внимание на признаки, характерные для анаэробной инфекции мягких тканей: выраженный отёк конечности, крепитация при пальпации, некротические изменения кожи, невыраженная гиперемия кожи и так далее.

8. Данные инструментальных и лабораторных исследований также позволяли выявить признаки характерные для ИГВЗМТ.

При наличии убедительных данных за ИГВЗМТ пациенту излагалось аргументированное предположение об искусственном характере его заболевания и предлагалось экстренное оперативное вмешательство [3].

**На интраоперационном этапе диагностики** (рис. 2) оценивалось соответствие глубины и распространённости очага хирургической инфекции причине возникновения и срокам заболевания, указанными пациентом. Основное внимание было направлено на выявление признаков, которые характерны для ИГВЗМТ [4].

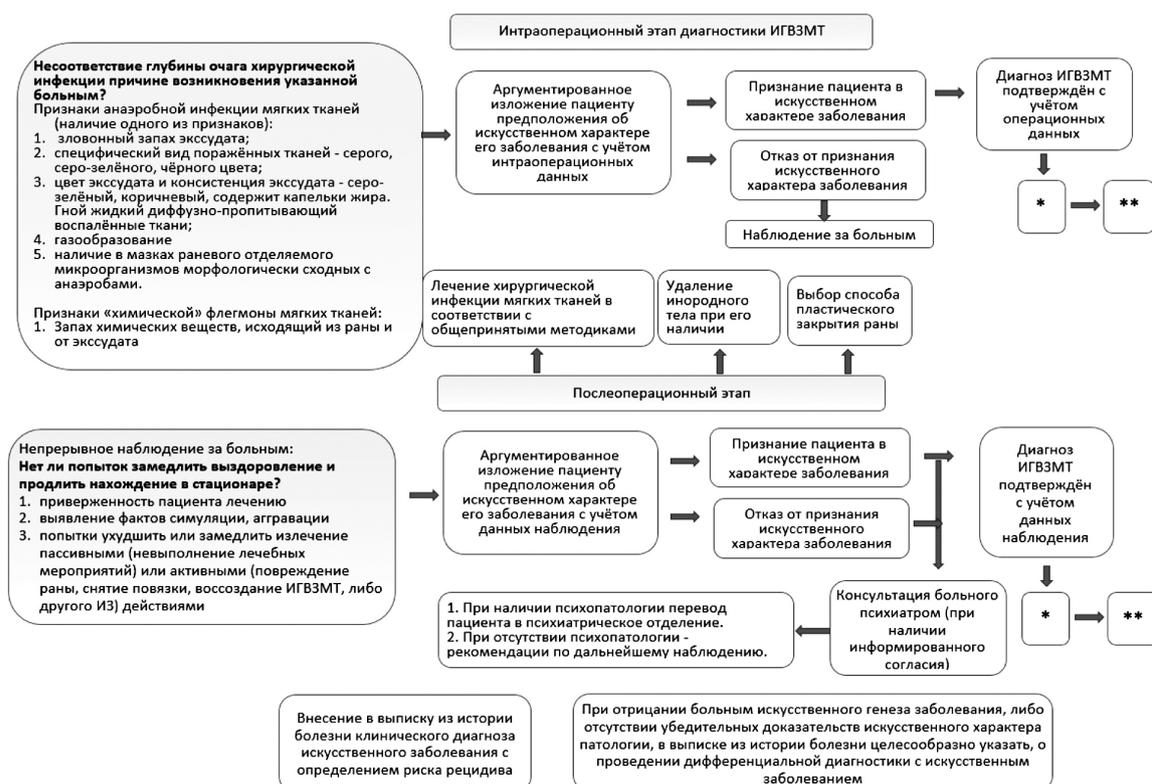


Рис. 2. Алгоритм диагностики и оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на ИГВЗМТ



**На послеоперационном этапе** (рис. 2) проводилось непрерывное наблюдение за больным с целью выявить возможные попытки пациента замедлить выздоровление и продлить нахождение в стационаре. Оценивалась приверженность пациента лечению с целью выявления актов симуляции и аггравации, фиксировались попытки ухудшить или замедлить лечение пассивными (невыполнение лечебных мероприятий) или активными (повреждение раны, снятие повязки, воссоздание ИГВЗМТ или либо другого искусственного заболевания) действиями.

При подтверждении ИГВЗМТ в выписку из истории болезни выносился клинический диагноз искусственного заболевания с определением риска рецидива.

### Результаты и обсуждение

При использовании диагностического алгоритма ИГВЗМТ на госпитальном этапе в течение первых 24 часов выявлено у 89 (71,8 %) больных из 124, в то время как при обычном диагностическом подходе правильный диагноз был установлен у 102 (65,4 %) пациентов из 156. Анализ с использованием непараметрических критериев выявил достоверные межгрупповые различия по критерию Вальда – Вольфовица ( $p=0,00046$ ), однако критерии Манна – Уитни и Колмогорова – Смирнова значимых межгрупповых различий не показали.

Использование диагностического алгоритма на госпитальном этапе позволило диагностировать ИГВЗМТ и выполнить своевременное оперативное вмешательство в течение первых 2 часов у 74 (59,7 %) больных, в то время как при обычном диагностическом подходе правильный диагноз был установлен у 28 (17,9 %) пациентов. Непараметрический анализ сравнения групп показал статистически значимые межгрупповые различия: согласно критерию Манна – Уитни ( $p<0,004$ ), критерию ( $p<0,001$ ) и критерию ( $p<0,001$ ).

При использовании алгоритма в ходе диагностики в искусственном характере патологии признались 100 (76,3 %) больных, в то время как при традиционных подходах диагностики факт аутоагрессии признали 120 (70,2 %) пациентов, что по данным анализа параметрическими методами свидетельствует о статистически незначимом влиянии использования алгоритма на признание аутоагрессии пациентами ( $\chi^2=1,423$ ,  $p=0,233$ ). Анализ с использованием непараметрических критериев выявил достоверные межгрупповые различия по критерию Вальда-Вольфовица ( $p<0,0014$ ), однако критерии Манна-Уитни и Колмогорова-Смирнова значимых межгрупповых различий не обнаружили.

При использовании предложенного алгоритма диагностики стремление продлить нахождение в стационаре выявлено у 17,6 % пациентов, при классических методах диагностики – в 45,6 % случаев. Следовательно, использование унифицированного диагности-

При отрицании больным искусственного генеза заболевания либо отсутствии убедительных доказательств искусственного характера патологии в выписке из истории болезни указывалось о проведении дифференциальной диагностики с искусственным заболеванием [4].

При сравнении групп в качестве показателей эффективности алгоритма диагностики использованы критерии, аналогичные критериям оценки подходов диагностики – конфронтационный / не конфронтационный [2], признание больным аутоагрессии, сроки госпитализации, попытки пролонгировать госпитализацию, повторные случаи госпитализации, нарушения дисциплины.

Использование диагностического алгоритма статистически значимо снижает частоту попыток пролонгировать госпитализацию ( $\chi^2=26,232$ ,  $p<0,001$ ).

Склонность к нарушению дисциплины и низкая приверженность к лечению при применении алгоритма наблюдались в 32 (24,4 %) случаях, в то время как данные явления среди больных контрольной группы фиксировались в 74 (43,3 %) случаях. Таким образом, отмечается статистически значимое влияние алгоритма диагностики на оцениваемые показатели ( $\chi^2=11,567$ ,  $p<0,001$ ).

При применении алгоритма диагностики лишь в 3 (2,3 %) случаях отмечена повторная госпитализация, в то время как при традиционном варианте диагностики 13 (7,6 %) пациентов были повторно госпитализированы по поводу ИГВЗМТ, что подтверждает эффективность диагностического алгоритма ( $\chi^2=4,172$ ,  $p=0,042$ ).

В связи с низкой частотой встречаемости ИГВЗМТ и отсутствием рандомизированных исследований по этой патологии существует большое количество противоречивых мнений относительно оптимальной диагностической стратегии [7, 11, 12, 14].

Все перечисленные работы объединяет перечисленные косвенные критерии, так называемых «красных флажков» [12], которые помогают заподозрить искусственный характер патологии и способствуют успешной диагностике ИГВЗМТ. Однако авторы в своих исследованиях не приводят диагностического алгоритма.

При диагностике ИГВЗМТ врачу необходимо учитывать, что этот диагноз является «диагнозом исключения», нередко требуя для постановки значительных затрат времени и ресурсов. Специалисту следует с осторожностью относиться к маркировке пациента как «членовредитель» без всяких на то оснований. Кроме того, необходимо помнить, что при сомнениях в диагнозе ИГВЗМТ, последний следует устанавливать только после всестороннего обследования, исключая редкую патологию или аномальное течение какого-либо заболевания.



### Выводы

1. Разработанный и внедрённый в лечебную практику диагностический алгоритм является попыткой улучшить диагностику ИГВЗМТ.

2. Применение предложенного алгоритма диагностики в основной группе по сравнению с контрольной не привело к статистически значимому улучшению диагностики в течении первых суток по сравнению с традиционным диагностическим подходом (71,8 % и 65,4 %) и не позволило статистически значимо повысить процент случаев признания аутоагрессии (76,3 % и 70,2 %).

3. Применение предложенного алгоритма диагностики позволило статистически значимо сократить

диагностический период и выполнить экстренное оперативное вмешательство в течение первых 2 часов у 59,7 % больных, в то время как при обычном диагностическом подходе своевременная операция выполнена у 17,9 % пациентов.

4. Применение предложенного алгоритма диагностики позволило статистически значимо уменьшить частоту попыток продления госпитализации с 45,6 % до 17,6 % случаев, уменьшить случаи нарушения дисциплины и низкой приверженности к лечению с 43,3 % до 24,4 % и частоту повторных госпитализаций с данной патологией с 7,6 % до 2,3 % случаев.

### Литература

1. Бурлова Т.В. Патомимия в клинике гнойной хирургии: дис ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 121 с.

2. Коваль А.Н., Ташкинов Н.В., Бояринцев Н.И. Сравнительная оценка диагностических подходов при искусственных гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей // ДМЖ. – 2020, № 2. – С. 24-27.

3. Коваль А.Н., Ташкинов Н.В., Мелконян Г.Г. с соавт. Основные принципы хирургического лечения искусственных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей // ЯМЖ. – 2018, № 4. – С. 44-46.

4. Коваль А.Н., Ташкинов Н.В., Мелконян Г.Г. О классификации и формулировке диагноза искусственных заболеваний в хирургии // ДМЖ. – 2017, № 1. – С. 33-37.

5. Хирургическая инфекция: учеб. для слушателей-хирургов Украинской военно-мед. академии, врачей-интернов, практикующих хирургов / Н.П. Безлуда [и др.]; ред. Я.Л. Заруцкий; Украинская военно-медицинская академия, Главный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ». – К.: [б. и.], 2009. – 296 с.

6. Alinejad N.A., Ottel D.J. Factitious Disorder as Repeated Diabetic Ketoacidosis Innov // Clin. Neurosci. – 2011. – Vol. 8, № 2. – P. 41-47.

7. Bourke J., Turner B. Neuropathica diabolica // APT. – 2008. – № 14. – P. 276-282.

8. Krahn L.E., Li H., O'Connor M.K. Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical

symptoms // Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160, № 6. – P. 1163-1168.

9. Louis D.S., Kasdan M.L., et al. Factitious Disorders. Green's Operative Hand Surgery, 6th ed. – 2010. – Vol. 2. – P. 1989-1992.

10. Maldonado J.R. When patients deceive doctors: a review of Factitious Disorders // Am. J. of Forensic Psychiatry. – 2002. – Vol. 23, № 2. – P. 29-58.

11. Paar G.H. Factitious disorders in the field of surgery // Psychother Psychosom. – 1994. – Vol. 62. – P. 41-47.

12. Schnellbacher S., O'Mara H. Identifying and Managing Malingering and Factitious Disorder in the Military // Curr Psychiatry Rep. – 2016. – Vol. 18, № 11 – P. 105.

13. Silva, N.M.R., Petrucci G.W., Palitot E.B., et al. Dermatite factícia desencadeada pela síndrome de Münchhausen // An. Bras. Dermatol. – 2010. – Vol. 85, № 1. – P. 77-79.

14. Werdin F., Amr A., Eckhardt-Henn A. The phenomenon of covert self-mutilation in the surgical routine // Chirur. – 2016. – Vol. 87, № 2. – P. 129-125.

15. Yates G. P., Yates M. A., Feldman M. D. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2016. – Vol. 41, № 1. – P. 20-28.

### Literature

1. Burlova T.V. Pathomimia in the clinic of purulent surgery: Thesis of ... a Candidate of Med. Science. – M., 1998. – 121 p.

2. Koval A.N., Tashkinov N.V., Boiarintsev N.I. Comparative assessment of diagnostic approaches for artificial pyoinflammatory diseases of soft tissues // Far Eastern Medical Journal. – 2020. – № 2. – P. 24-27.

3. Koval A.N., Tashkinov N.V., Melkonyan G.G., et al. Basic principles of surgical treatment of artificial pyoinflammatory diseases of soft tissues // Yakut Medical Journal. – 2018. – № 4. – P. 44-46.

4. Koval A.N., Tashkinov N.V., Melkonyan G.G. On the classification and formulation of diagnosis of factitious disease in surgery // Far Eastern Medical Journal. – 2017. – № 1. – P. 33-37.

5. Surgical infection: a textbook for surgeons of the Ukrainian Military Medical Academy / N.P. Bezluda [et al.]. Edited by Ya.L. Zarutsky; Ukrainian Military Medical Academy, Chief Military Medical Clinical Center (CMMC). – Kiev, [SN], 2009. – 296 p.

6. Alinejad N.A., Ottel D.J. Factitious Disorder as Repeated Diabetic Ketoacidosis Innov // Clin. Neurosci. – 2011. – Vol. 8, № 2. – P. 41-47.

7. Bourke J., Turner B. Neuropathica diabolica // APT. – 2008. – № 14. – P. 276-282.

8. Krahn L.E., Li H., O'Connor M.K. Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms // Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160, № 6. – P. 1163-1168.

9. Louis D.S., Kasdan M.L., et al. Factitious Disorders. Green's Operative Hand Surgery, 6th ed. – 2010. – Vol. 2. – P. 1989-1992.
10. Maldonado J.R. When patients deceive doctors: a review of Factitious Disorders // Am. J. of Forensic Psychiatry. – 2002. – Vol. 23, № 2. – P. 29-58.
11. Paar G.H. Factitious disorders in the field of surgery // Psychother Psychosom. – 1994. – Vol. 62. – P. 41-47.
12. Schnellbacher S., O'Mara H. Identifying and Managing Malingering and Factitious Disorder in the Military // Curr Psychiatry Rep. – 2016. – Vol. 18, № 11. – P. 105.
13. Silva, N.M.R., Petrucci G.W., Palitot E.B., et al. Dermite factícia desencadeada pela síndrome de Münchhausen // An. Bras. Dermatol. – 2010. – Vol. 85, № 1. – P. 77-79.
14. Werdin F., Amr A., Eckhardt-Henn A. The phenomenon of covert self-mutilation in the surgical routine // Chirurg. – 2016. – Vol. 87, № 2. – P. 129-125.
15. Yates G. P., Yates M. A., Feldman M. D. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2016. – Vol. 41, № 1. – P. 20-28.

**Координаты для связи с авторами:** Коваль Алексей Николаевич – канд. мед. наук, доцент кафедры общей и клинической хирургии ДВГМУ, врач-хирург отделения гнойной хирургии 301 ВКГ, тел. +7-914-191-53-28, e-mail: afuolle@rambler.ru; Ташкинов Николай Владимирович – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой хирургии ФПК и ППС ДВГМУ, e-mail: taschkinov@mail.ru; Сапожников Юрий Анатольевич – ассистент кафедры общей и клинической хирургии ДВГМУ, тел. +7-924-201-06-10, e-mail: youris1971@mail.ru; Кузьменко Виталий Станиславович – канд. мед. наук, доцент кафедры общей и клинической хирургии ДВГМУ, тел. +7-924-118-95-85, e-mail: vitkuzmenko@yandex.ru; Банкрашков Сергей Евгеньевич – ординатор кафедры общей и клинической хирургии ДВГМУ, сот. +7-924-210-44-04, e-mail: bankrashkov@gmail.com; Рачковский Игорь Васильевич – зав. отделением гнойной хирургии 301 ВКГ, тел. +7-924-303-81-67, e-mail: doctore68@yandex.ru; Булавинов Сергей Николаевич – ассистент кафедры общей и клинической хирургии, врач хирург отделения гнойной хирургии 301 ВКГ, тел. +7-914-182-26-58, e-mail: bulavinov.sn@yandex.ru.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2021-3-58-62>

УДК 618.5,618.4

О.Ю. Пачковская, М.Б. Игитова, К.В. Дмитриенко

## ВОЗМОЖНОСТИ ЕСТЕСТВЕННОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ С УЧЕТОМ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

Алтайский государственный медицинский университет, 656038, пр-т Ленина, 40, тел. 8-(3852)-56-68-00, e-mail: rector@agtu.ru, г. Барнаул

### Резюме

Установлены факторы перинатального риска при наличии рубца на матке после однократного кесарева сечения: возраст беременных 31 год и старше (OR=2,51 [95 % CI 1,11-5,66], p=0,0264), интергенетический интервал менее двух лет (OR=6,13 [95 % CI 1,89-19,8], p=0,0024), 4-я и более настоящая беременность (OR=5,14 [95 % CI 2,11-12,5], p=0,0003), курение (OR=8,93 [95 % CI 1,07-74,34], p=0,0429), наличие случаев прерывания беременности до 22 недель в анамнезе (OR=2,71 [95 % CI 1,19-6,18], p=0,0175), гестационных осложнений (OR=6,34 [95 % CI 2,27-17,7], p=0,0004), выявление гемодинамических нарушений в системе «мать–плацента–плод» (OR=3,17 [95 % CI 1,39-7,18], p=0,0057) и маловодия (OR=5,73 [95 % CI 1,19-27,7], p=0,0298). Отношение шансов неблагоприятного перинатального исхода также возрастало при формировании плаценты в проекции рубца (OR=2,66 [95 % CI 1,15-6,16], p=0,0221) и ее локализации на передней стенке матки (OR=3,88 [95 % CI 1,68-8,95], p=0,0015). Полученные данные легли в основу стратификации беременных по степени перинатального риска для выбора способа родоразрешения.

**Ключевые слова:** беременность, рубец на матке после кесарева сечения, факторы перинатального риска.