Статья поступила в редакцию 12.07.2019 г.

Кравченко Е.Н., Безнощенко Г.Б., Цыганкова О.Ю., Кропмаер К.П.
Омский государственный медицинский университет, г. Омск, Россия

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

В ближайшее время после гинекологических операций медицинская реабилитация оперированных больных реализуется при поэтапном осуществлении различных мероприятий, направленных на восстановление репродуктивной функции женщины.
Разработаны и представлены тактические мероприятия для пациенток после оперативных вмешательств по поводу миомы матки, доброкачественных новообразований яичников, эндометрином, синдрома поликистозных яичников, апоплексии яичников, внематочной беременности, воспалительных заболеваний органов малого таза, а также после пластических операций на влагалище, произведённых в связи с опущением его стенок.
Объём реабилитационных мероприятий, основанный на индивидуальном дифференцированном подходе, зависит от характера послеоперационных изменений в организме, обусловленных преморбидным фоном к моменту операции, хронических инфекционных заболеваний, повторных хирургических вмешательств, длительных приёмов препаратов, психических травм и т.д., и направлены на возможную реализацию детородной функции в последующем.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гинекологические операции; медицинская реабилитация; физиолечение; репродуктивная функция.

Kravchenko E.N., Beznoshchenko G.B., Tsygankova O.Yu., Kropmaer K.P.
Omsk State Medical University, Omsk, Russia

REHABILITATION AFTER GYNECOLOGICAL OPERATIONS IN REPRODUCTIVE AGE

In the short period after the operation medical rehabilitation of operated patients is realized by phased implimentation of different interventions aimed to restore woman's reproductive function.
We developed and presented tactic interventions for patients operated because of uterine fibroids, benign ovarian neoplasms, endometriomas, polycystic ovary syndrome, ovarian apoplexy, ectopic pregnancy, pelvic inflammatory diseases, and after plastic operations on the vagina, performed due to its omission.
The amount of rehabilitation activities, based on an individual differentiated approach, depends on the nature of the postoperative changes in the body, due to the premorbid background at the time of the operation; chronic infectious diseases, repeated surgical interventions; long-term medications, mental trauma, etc, and aimed to save the possibility to keep the childbearing function in the future.

KEY WORDS: gynecological operations; medical rehabilitation; physiotherapy; reproductive function.

Репродуктивная функция женщин в XXI веке в связи с поздним планированием беременности и «омоложением» ряда гинекологических заболеваний, влияющих на фертильность, относится к важнейшим социальным проблемам. В связи с актуальностью проблемы вокруг методик и схем ведения пациенток после оперативных вмешательств в репродуктивном возрасте развернулись масштабные обсуждения. Объектами дискуссии являются не только объём и продолжительность медикаментозной терапии, но и целесообразность гормонального лечения для реализации репродуктивной функции после операции. Наличие международных клинических протоколов и рекомендаций снимает остроту противоречий, однако всё чаще схемы лечения сдают свои позиции под натиском характерной для наших дней антибиотикорезистентности бактерий. Перечисленное подтверждает необходимость углубленного анализа особенностей оказания медицинской помощи пациенткам с гинекологическими заболеваниями на современном этапе, особенно после оперативных вмешательств.

Разработанная В.Е. Радзинским [1] трёхэтапная модель лечебной тактики у данной категории больных включает: предоперационный этап; хирургический этап с соблюдением органосохраняющего принципа; реабилитационный этап, задачей которого является восстановление двухфазного цикла, поддержка влагалищного биотопа и рациональная контрацепция.

Известно, что после операций возникает ряд патологических состояний: изменяется функция оперированного органа, отмечаются определённые сдвиги в состоянии здоровья женщин в ближайшее время и в отсроченные отрезки её жизни.

Помимо нарушений в системе «шейка – тело матки – яичники», частично обусловленных неизбежным нарушением кровеносной, лимфатической и нервной систем этих органов, при любом вмешательстве, изъятии части или целого органа, включаются механизмы обратной связи, когда нарушение периферического эндокринозависимого звена вызывает изменение деятельности гипоталамуса и гипофиза; в полной мере при этом проявляются закономерности, подчиняющиеся функциональной системе, сформированной по принципу «плюс-минус взаимодействие». Эти изменения имеют в своей основе ряд причин:

Корреспонденцию адресовать:
КРОПМАЕР Кирилл Петрович,
644043, г. Омск, ул. Ленина, д. 12,
ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России.
Тел.: 8 (3812) 23-02-93.
E-mail: kirillka75@mail.ru

1. При хирургическом вмешательстве на матке, трубах или/и яичниках наступают процессы, обусловленные тесными анатомическими связями (общностью кровеносной, лимфатической, нервной систем), которые делают операцию на одном органе небезразличной для деятельности другого.
2. Матка, яичники и трубы взаимосвязаны в системе эндокринной функции в целом по принципу «прямой» и «обратной» связи.
3. Удаление части или всего периферического эндокринозависимого органа неизбежно отражается на функции высшей регулирующей деятельности, т.е. гипоталамо-гипофизарной системы (ГГС).
4. Изменения ГГС приводят к определённым сдвигам в деятельности других желёз, в первую очередь функций щитовидной железы и надпочечников. Последнее обстоятельство делает проявления послеоперационных синдромов плюригландулярными.

В ближайшее время после операции медицинская реабилитация оперированных больных реализуется при поэтапном осуществлении следующих мероприятий [2]: мобилизация защитных реакций и усиление компенсаторных механизмов; предупреждение обострения хронических воспалительных экстрагенитальных заболеваний; санация зоны оперативного вмешательства; размягчение спаечных структур и улучшение трофики тканей в области операции; купирование болей в послеоперационном периоде; профилактика осложнений в системе органов дыхания; предупреждение возникновения в послеоперационной ране патологической инфильтрации и нагноения; коррекция нарушений функции ГГС. Используется отсроченное восстановительное лечение после операции в следующих менструальных циклах [3]: 3-6 месяцев применяют медикаментозные препараты (гормоны и антигормоны) и немедикаментозные (санаторно-курортные, эфферентные, физиотерапевтические, фитотерапевтические методы).

Проблема восстановительной коррекции репродуктивной функции при лейомиоме матки до настоящего времени остаётся недостаточно решённой. У женщин старше 35 лет лейомиома встречается в 35-45 % случаев, в более раннем репродуктивном возрасте – от 20 до 25 %. Необходимо иметь в виду, что ближайшие 3-4 недели после операции консервативной миомэктомии матка остаётся увеличенной, плотной, ограниченно подвижной. Нормальных размеров она достигает в зависимости от величины опухоли и количества удалённых узлов, их топографии и течения послеоперационного периода лишь через 2-4 мес. После операции консервативной миомэктомии в раннем послеоперационном периоде необходимо использовать средства, направленные на улучшение крово- и лимфообращения и уменьшающие развитие неизбежного раневого воспаления, поскольку при лапароскопической операции не всегда технически удаётся тщательно ушить рану матки при больших размерах интерстициальных узлов, субсерозных узлов на широком основании или узлов с тенденцией к субмукозному росту с возможным вскрытием полости матки во время операции.

Для профилактики активации воспаления и развития спаечных процессов в малом тазу после консервативной миомэктомии целесообразно применять физиолечение с 1-го дня после операции: УВЧ на низ живота 5-6 процедур; с 5-7 дня – ультразвук в импульсном режиме 15 процедур. Через 2 месяца рекомендуется повторить курс ультразвуковой терапии из 15 процедур. Компонентом реабилитации после операции на матке является также назначение системной энзимотерапии. К мерам реабилитации после данной операции относят также нормализацию условий труда, быта, ультрафиолетовое облучение, физиотерапевтическое воздействие на диэнцефальные структуры (продольная диатермия головы, гальванический воротник по Щербаку), насыщение организма аскорбиновой кислотой в середине цикла и во вторую фазу.

По данным С.Н. Буяновой с соавт. [4], при относительно небольших миоматозных узлах (диаметром до 4-5 см), послеоперационная реабилитация в репродуктивном возрасте должна включать: с 1-го дня менструации агонисты гонадотропин-релизинг-гормонов (3-4 инъекции) с последующим использованием эстроген-гестагенов до 6 мес.; иммуномодулирующую и противовоспалительную терапию; при сочетанных формах бесплодия в возрасте старше 35 лет – экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Аналогичная реабилитация предлагается и пациенткам с большими и располагающимися атипично миоматозными узлами.

Разработаны также следующие тактические моменты для пациенток с лейомиомой матки, планирующих реализацию репродуктивной функции:

1. Беременность можно планировать при наличии единичных миоматозных узлов размерами менее 5 см, расположенных в теле матки.
2. У пациенток, желающих реализовать репродуктивную функцию, небольшие субсерозные миоматозные узлы (диаметром менее 5-6 см) целесообразно удалять лапароскопическим доступом.

Сведения об авторах:

КРАВЧЕНКО Елена Николаевна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ДПО, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: kravchenko.en@mail.ru

БЕЗНОЩЕНКО Галина Борисовна, доктор мед. наук, профессор, кафедра акушерства и гинекологии ДПО, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: beznoshenko.galina@mail.ru

ЦЫГАНКОВА Ольга Юрьевна, канд. мед. наук, ассистент, кафедра акушерства и гинекологии ДПО, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: olts74@mail.ru

КРОПМАЕР Кирилл Петрович, канд. мед. наук, ассистент, кафедра акушерства и гинекологии ДПО, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: kirillka75@mail.ru

3. Глубокие интерстициальные узлы, особенно с центростремительным ростом, интралигаментарные и шеечно-перешеечные диаметром больше 5 см подлежат удалению путём чревосечения.
4. Планирование беременности возможно через 6 мес. после операции при наличии полноценного рубца на матке после миомэктомии.

В последние годы остро стоит вопрос о реабилитационных мероприятиях после операций по поводу доброкачественных новообразований яичников [5]. Рекомендуются 3 этапа реабилитационных мероприятий после подобных операций у женщин в возрасте до 35 лет, основными принципами которых являются: непрерывность и преемственность лечения, индивидуальный подход при разработке программы реабилитации, диспансерное наблюдение.

Терапия должна начинаться в первые 36 часов после операции, т.е. до образования рыхлых фибринозных спаек, трансформирующихся в последующем в соединительно-тканные спаечные структуры. Так, после реконструктивно-пластических операций на придатках, показана низкочастотная магнитотерапия. Лечение током надтональной частоты целесообразно у женщин с предшествующими чревосечениями, при III-IV степенях распространения спаечного процесса, а также после комбинированных (биполярные, билатеральные варианты) вмешательств и сопряжённых с техническими сложностями.

После операций по поводу доброкачественных новообразований яичников целесообразно применение перманентного магнитного поля, лазерного излучения низкой интенсивности. При наличии ациклических маточных кровотечений на фоне ановуляции показана магнитолазерная терапия с локализацией воздействия в зоне проекции оперированного органа на передней брюшной стенке.

Критериями, определяющими необходимость реабилитации после хирургического лечения эндометриоидных кист яичников, являются следующие: наличие части яичника и полноценной маточной трубы; возраст моложе 35 лет; отсутствие экстрагенитальной патологии, препятствующей вынашиванию беременности; отсутствие истинной опухоли придатков. Основными средствами для проведения реабилитации являются синтетические прогестины (3 мес. в прерывистом режиме – с 5-го по 26-й день цикла), антигонадотропины. Немедикаментозное лечение включает фонофорез, магнитолазертерапию.

В раннем послеоперационном периоде после операций по поводу поликистоза яичников, независимо от формы заболевания, целесообразно проведение противовоспалительного и рассасывающего лечения, ЛФК. Больным с третьих суток рекомендуется УФО (5 сеансов) на зону шейных ганглиев, УФО поясничной области и зоны шва, с 12-го дня – микроклизмы с шалфеем, ромашкой, с 18-го дня – индуктотермия на область раны.

Немедикаментозные методы реабилитации после операции по поводу СПКЯ включают диадинамические токи (10 процедур), электрофорез на низ живота 1 % раствора цинка с 14-го дня 10 процедур. Для индукции овуляции в послеоперационном периоде можно использовать рефлексотерапию: через 3 мес. проводят 2 курса по 7 дней с интервалом 3-4 дня (в первую фазу происходит стимуляция тонуса парасимпатической нервной системы, во вторую – симпатической). Показана также лазерная стимуляция овуляции через рецепторы шейки матки.

Отсутствие беременности после операции по поводу поликистозных яичников в течение 6 месяцев является показанием к назначению комбинированной гормональной терапии. Используется дюфастон по 10 мг в сутки с 16 по 25 дни цикла. Затем осуществляют стимуляцию овуляции кломифеном в течение 3 месяцев. При сочетании СПКЯ с гипоплазией матки в послеоперационном периоде проводят 3 курса лечения токоферолом ацетатом и назначают малые дозы эстрогенов в фазу пролиферации.

В доступной литературе практически не изучены вопросы диспансерного наблюдения и проведения реабилитационной терапии у пациенток после апоплексии яичника. Известно, что рецидив процесса достигает 40 %, частота бесплодия после перенесенного заболевания – 41,9 %, формирование ретенционных образований яичников – 87 %, спаечный процесс органов малого таза – 99,8 % [6, 7].

В течение 12 месяцев после апоплексии яичника показано проведение двух курсов реабилитационной терапии:

1. Гормональное лечение, направленное на нормализацию функции яичников, длительностью до трёх месяцев: монофазные низкодозированные оральные контрацептивы – при дисфункции яичников; дюфастон по 20 мг/сутки с 15 по 26-й дни менструального цикла – при гиперэстрогении. Дополнительно назначается циклическая витаминотерапия.
2. С целью профилактики спаечного процесса органов малого таза назначаются ректально свечи с ихтиолом или метилурацилом – 1 раз в сутки, физиотерапия (переменное низкочастотное магнитное поле, ультратон-терапия) – курсом 12 дней

Information about authors:

KRAVCHENKO Elena Nikolaevna, doctor of medical sciences, professor, head of the department of obstetrics and gynecology, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: kravchenko.en@mail.ru

BEZNOSCHENKO Galina Borisovna, doctor of medical sciences, professor, department of obstetrics and gynecology, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: beznoshenko.galina@mail.ru

TSYGANKOVA Olga Yuryevna, candidate of medical sciences, assistant, department of obstetrics and gynecology, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: olts74@mail.ru

KROPMAER Kirill Petrovich, candidate of medical sciences, assistant, department of obstetrics and gynecology, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: kirillka75@mail.ru

в I-ю фазу менструального цикла. Первый курс лечения проводится в течение месяца после выписки из стационара, второй – спустя 3-4 месяца.

Для пациенток в отдаленный период оперативного лечения апоплексии яичника характерны ановуляция или недостаточность лютеиновой фазы, гипоплазия матки, атрофия эндометрия, нарушение магистрального кровотока повреждённого яичника. Пеллоидотерапия, обладая свойством улучшения микроциркуляции, эстрогеноподобным эффектом, является эффективным методом послеоперационной реабилитации пациенток, способствуя подготовке организма к планируемой беременности.

Длительное течение гнойных воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) приводит к выраженным полиорганным нарушениям (метаболическим, иммунным, аутоиммунным, гемостазиологическим, гормональным), что требует включения их коррекции в комплекс реабилитации данных больных. Основополагающим фактором успешного лечения пациенток с гнойными ВЗОМТ является выполнение адекватного по объёму хирургического вмешательства, обеспечивающего удаление всех деструктивных тканей. Приоритетными направлениями в лечении данных больных (помимо адекватного хирургического пособия) являются следующие [8]:

- антибактериальная терапия: назначение препарата с максимально широкой активностью в отношении предполагаемого спектра возбудителей с интраоперационным введением максимальной разовой дозы препарата и продолжением терапии в течение 5-7 дней. По спектру действия у данных больных адекватным является назначение препаратов из группы карбапенемов;
- использование механического выведения эндотоксинов и патологических аутоантител путём проведения инфузионной терапии;
- применение экстракорпоральных методов детоксикации (плазмаферез);
- коррекция гемостаза: применение антикоагулянтов, дезагрегантов;
- иммунокоррекция, проведение которой у пациенток с осложнёнными (хроническими) гнойными ВЗОМТ имеет свои особенности. Использование рекомбинантных интерферонов у данных пациенток нецелесообразно, т.к. рецепторы их γ-интерферона блокированы патологическими антителами, а дополнительное введение рекомбинантных интерферонов может привести к ухудшению состояния, вплоть до септического шока. Логично применение иммунозамещающей терапии за счёт иммуноглобулинов;
- применение глюкокортикоидов у данных больных – патогенетически обоснованная терапия, учитывая наличие аутоиммунного компонента воспаления;
- коррекция метаболических нарушений;
- применение кардиотропных средств, гепатопротекторов (по показаниям);
- гормональная коррекция. Реабилитацию целесообразно начинать после восстановления показателей системы гемостаза (не ранее 2 мес. после операции).

Если больная оперирована по поводу тубоовариального воспалительного образования, отдаётся предпочтение току надтональной частоты. При сочетании спаечного процесса с хроническим эндометритом, с целью оптимизации условий для полноценной репаративной регенерации, представляется перспективным использование электромагнитного поля высокой частоты с локализацией воздействия на соответствующие органоспецифические рефлексогенные зоны передней брюшной стенки.

Пластические операции на влагалище, произведённые в связи с опущением его стенок, требуют особого подхода. Этих больных выписывают из стационара (при условии заживления раны первичным натяжением) через 10-12 дней. В женскую консультацию они обращаются через 15-17 дней, однако к этому времени полного заживления раны ещё нет. Гинекологическое исследование должно ограничиваться внешним осмотром (состояние промежности). Осмотр влагалища и шейки при помощи зеркал следует проводить не ранее 6 недель после операции. В случае появления гноевидных выделений из влагалища возможно введение таких лекарственных сред, как перекись водорода, раствор борной кислоты. Больные, работа которых связана с физическим напряжением (подъём тяжестей и др.), после пластики стенок влагалища нуждаются в трудоустройстве.

Актуальность проблемы реабилитации больных после операции по поводу эктопической (трубной) беременности не вызывает сомнения. Восстановительному лечению подлежат все женщины, перенесшие операцию в связи с эктопической беременностью, что связано с высокой частотой случаев нарушения в последующем репродуктивной функции (70-80 %).

Реабилитация больных, перенесших операцию по поводу трубной беременности, должна быть систематической, комплексной, ранней. Целесообразно начинать её с 5-6 дня послеоперационного периода и проводить курсами:

1. I этап: 1 курс в течение 3 месяцев с 4-го дня после операции при наличии кровянистых выделений – 10 % глюконат кальция в/м № 10; без кровянистых выделений – аутогемотерапия. Рекомендуется антианемическая терапия, витамины B1, B6, C, а также УВЧ и магнитотерапия;
   2 курс – фибс 2 мл через день (либо пеллоидистиллат 2 мл через день № 15), стекловидное тело 2 мл через день № 10; плазмол 1 мл через день № 10. Параллельно проводят физиолечение поэтапно: с 5 дня – УВЧ на низ живота № 10-15; при кровянистых выделениях – электрофорез с кальцием 10 раз через день; при ревматизме – электрофорез с салицилатами; при холецистите и его обострениях – электрофорез магния.
   3 курс – ультразвук в сочетании с эндоназальным электрофорезом витамином B1.
2. II этап – с 4-го месяца после операции до 8-го: контрацепция – эстроген-гестагенами (для выработки двухфазного цикла), биогенные стимулято-

ры, ректальные свечи и микроклизмы с салицилатами, ферментами, спазмолитиками. По окончании 5-6-го месяцев показано лечение озокеритом, грязями.

3. На III-м этапе (через 8-12 мес после операции) осуществляется санаторно-курортное лечение в местном бальнеологическом комплексе, где основными методами являются грязевые процедуры, общие ванны и влагалищные орошения. Используются также орошения водой с высоким содержанием ионов меди, цинка, железа (хлоридно-сульфатно-натриевые). Параллельно применяются другие виды физиотерапии – парафиновые и озокеритовые аппликации, электрофизиопроцедуры. Обязательна контрацепция.

Итак, объём реабилитационных мероприятий после операций по поводу гинекологических заболеваний зависит от характера послеоперационных изменений в организме, обусловленных преморбидным фоном к моменту операции; хронических инфекционных заболеваний, повторных хирургических вмешательств; длительных приёмов препаратов, психических травм и т.д. Исходя из этого, для их проведения требуется индивидуальный дифференцированный подход к реабилитационным мероприятиям в репродуктивном возрасте с целью возможной реализации детородной функции в последующем.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Radzinsky VE, Dukhin AO, Kostin IN. Clinical Gynecology /ed. VN Prilepsky. M., 2007. 425 p. Russian (Радзинский В.Е., Духин А.О., Костин И.Н. Клиническая гинекология /под ред. В.Н. Прилепской. М., 2007. 425 с.)
2. Beznoshchenko GB. Rehabilitation after gynecological operations. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2002; 6: 54-59. Russian (Безнощенко Г.Б. Реабилитация после гинекологических операций //Российский вестник акушера-гинеколога. 2002. № 6. С. 54-59.)
3. Gynecology: national leadership /ed. GM Savelyeva, GT Sukhikh, VN Serova. M.: GEOTAR-Media, 2017. 1048 p. Russian (Гинекология: национальное руководство /под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 1048 с.)
4. Buianova SN, Mgeliashvili MV, Petrakova SA. Possibilities of reconstructive surgery of the uterus to correct reproductive function in patients with uterine myoma. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2011; 11(5): 89-93. Russian (Буянова С.Н., Мгелиашвили М.В., Петракова С.А. Возможности реконструктивной хирургии матки в коррекции репродуктивной функции у пациенток с миомой матки //Российский вестник акушера-гинеколога. 2011. Т. 11, № 5. С. 89-93.)
5. Chaunin AV, Schreider GF, Beznoshchenko GB, Kuzmenko VV, Zavodova YuV, Likhachev AV, Mayevsky EV. Optimization of rehabilitation of patients of early reproductive age with retention formations of the uterus. *International Journal of Immunorehabilitation*. 2010; 12(2): 131s-132. Russian (Чаунин А.В., Шрейдер Г.Ф., Безнощенко Г.Б., Кузьменко В.В., Заводова Ю.В., Лихачёв А.В., Маевский Е.В. Оптимизация реабилитации пациенток раннего репродуктивного возраста с ретенционными образованиями придатков матки //International journal of immunorehabilitation. 2010. Т. 12, № 2. С. 131с-132.)
6. Kokh LI. Rehabilitation of patients after ovarian apoplexy. *Mother and Baby in Kuzbass*. 2015; 2(61): 54-59. Russian (Кох Л.И. Реабилитация больных после апоплексии яичников //Мать и Дитя в Кузбассе. 2015. № 2(61). С. 54-59.)
7. Zharkin NA, Burova NA, Kravchenko TG. Peloid therapy in the rehabilitation of patients after ovarian apoplexy. *Obstetrics and Gynecology*. 2014; (6): 83-87. Russian (Жаркин Н.А., Бурова Н.А., Кравченко Т.Г. Пеллоидотерапия в реабилитации пациенток после апоплексии яичника //Акушерство и гинекология. 2014. № 6. С. 83-87.)
8. Shchukina NA, Buianova SN, Gorshilin AV, Lukashenko Slu. Postoperative rehabilitation of patients with small pelvic pyoinflammatory diseases. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2009; (5): 85-87. Russian (Щукина Н.А., Буянова С.Н., Горшилин А.В., Лукашенко С.Ю. Послеоперационная реабилитация больных с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза //Российский вестник акушера-гинеколога. 2009. Т. 9, № 5. С. 85-87.)

❊ ❊ ❊