

СИНКОПЕ: ТАКТИКА ПОМОЩИ И ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

К.И. Григорьев, профессор

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

E-mail: k-i-grigoryev@yandex.ru

Проанализированы современные данные о кардиогенных синкопальных состояниях у детей и подростков. Представлена клиническая картина вазогагального обморока и общий диагностический алгоритм при потере сознания у детей и подростков. Приведены элементы сестринского ухода.

Ключевые слова: дети, подростки, синкопальные состояния, диагностика, сестринский уход.



Синкопальные состояния (синкопе) – серьезное испытание для детей и подростков. Популяционные исследования показывают, что каждый 4-й ребенок хотя бы 1 раз перенес кратковременную потерю сознания, причем это может быть не 1 эпизод. Чаще такие эпизоды приходится на периоды интенсивного роста.

Факт потери сознания вызывает беспокойство не только родителей, но и серьезную настороженность медицинских работников. Обморок может случиться и у практически здорового ребенка при длительном пребывании в душном помещении, переутомлении, страхе. В любом случае, если синкопе повторяется, требуется обследование для исключения заболеваний (прежде всего – сердечно-сосудистой системы), чтобы выбрать адекватную тактику ведения больного.

Существует возрастная закономерность дебюта синкопе: пик 1-го эпизода регистрируется между 1-й и 3-й декадами жизни с максимумом в 15-летнем возрасте. По генезу в основном это рефлекторные

синкопе; кардиогенные синкопе встречаются редко. Следующий период нарастания впервые возникших синкопе – возраст после 65 лет.

В основе синкопе (лат. *syncope* – обморок) лежат разные патогенетические механизмы. Понятия «синкопе» и «обморок» в отечественной литературе долгое время считались синонимичными и подменяли друг друга.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации кардиологов по диагностике и ведению больных с синкопальными состояниями (2009), под синкопе понимают преходящую потерю сознания, возникающую вследствие глобальной церебральной гипоперфузии, характеризующуюся быстрым началом, короткой продолжительностью и полным спонтанным восстановлением.

Обморок – более широкое понятие. Оно подразумевает потерю сознания любого генеза, включая эпилептические и психогенные приступы, гипогликемию, болевой шок; редкие варианты – катаlepsия, чрезмерная дневная сонливость и т.д.

Кроме того, выделяют клинические состояния, напоминающие синкопе, но которые по определению таковыми не являются («ложные синкопе») – нарушения сознания при базилярной мигрени и гипервентиляционном синдроме, психогенный обморок (истерический невроз). В последнем консенсусе Европейской кардиологической ассоциации упоминается не менее 30 возможных причин синкопальных состояний, многие из которых, в свою очередь, разделены на подгруппы. В отдельных случаях причину синкопе установить не удастся.

Объединяющим для синкопе началом служит падение системного артериального давления (АД) с быстрым глобальным уменьшением мозгового кровотока. Внезапное прекращение церебральной циркуляции в течение 6–8 с обычно ведет к утрате сознания. Проведение теста с нагрузкой (тилт-тест – см. ниже) подтверждает возможность синкопе при снижении системного АД до 60 мм рт. ст. и ниже. Системное АД определяется минутным объемом сердца и общим периферическим сосудистым сопротивлением, поэтому снижение значений каждого из этих показателей, как и их сочетание, может спровоцировать синкопе.

Хотя синкопальное состояние у детей и подростков в подавляющем большинстве случаев не угрожает жизни, некоторая их часть может быть обусловлена весьма серьезными причинами, сопряженными с риском внезапной смерти. Риск внезапной сердечной смерти и общая смертность у детей с синкопе ассоциируются со структурными кардиальными нарушениями и аритмиями. Но и ортостатические синкопе в сравнении с данными по общей популяции сопряжены с двукратным увеличением риска смерти. У детей и подростков рефлекторные синкопе без кардиальной патологии характеризуются благоприятным прогнозом. Немаловажные последствия могут иметь связанные с синкопе падения и травмы.

Клинические варианты синкопе. Синкопе (пресинкопальное или липотимическое состояние) развивается сразу после провоцирующей ситуации (или спонтанно). Продолжительность пресинкопальной фазы – от нескольких секунд до нескольких минут. Возможны общая слабость, несистемное головокружение, тошнота, мелькание «мушек», «пелена» перед глазами, сужение обзора зрения. Симптомы быстро нарастают, для детей школьного возраста и подростков характерны предчувствие возможной потери сознания, шум или звон в ушах. Пострадавший часто успевает позвать на помощь, пытается себе помочь, чтобы предотвратить потерю сознания и падение – сесть или лечь, низко опустить голову, расстегнуть ворот рубашки, выйти на воздух, попить воды.

Приступ может завершиться на этом этапе или перейти в следующую фазу, непосредственно в синкопе, когда нарушается сознание и ребенок теряет контроль над телом в течение нескольких секунд или минут. Глубина потери сознания варьирует от легкого его помрачения до глубокого нарушения. Отмечаются пульс слабого наполнения, поверхностное дыхание, расслабленность мышц, расширение зрачков с замедленной реакцией на свет, дальнейшее снижение АД. При глубокой потере сознания возможно развитие кратковременных судорог, чаще – тонических, и непроизвольного мочеиспускания. Это, конечно, не основание для диагностики эпилептического припадка, а указание на тяжелую гипоксию мозга.

В постсинкопальную фазу, как правило, сознание возвращается быстро, больной почти сразу начинает ориентироваться в окружающем и случившемся, помнит обстоятельства, предшествующие потере сознания. Продолжительность восстановительного периода – от нескольких минут до 1 ч. Сохраняются общая слабость, сухость во рту, головокружение, бледность кожных покровов, гипергидроз, низкое АД, неуверенность движений.

Рефлекторные (синонимы: вазовагальные, нейро-медиаторные, ситуационные синкопе, «простой об-

морок», *postural orthostatic tachycardia syndrome* и др.) *синкопе* чаще всего встречаются у детей. Это – гетерогенная группа патологических состояний, характеризующихся нормальным базовым состоянием автономного контроля системы циркуляции при наличии периодических срывов. Основа синкопе: в ответ на раздражение возникают резкое снижение общего периферического сосудистого сопротивления, выраженная вазодилатация и(или) брадикардия.

Наиболее распространенные варианты рефлекторных синкопе – *вазовагальные* и *ситуационные*. *Вазовагальные синкопе* провоцируются эмоциями (страх, боль, инструментальные вмешательства, боязнь вида крови, подготовка к инъекциям, лечение зубов) или ортостатической нагрузкой. Приступу предшествуют вегетативные расстройства: потливость, бледность, тошнота.

Ситуационные синкопе ассоциируются с определенными обстоятельствами. Например, синкопе после физической нагрузки как проявление вегетативных нарушений (у молодых спортсменов). Синкопе могут вызвать смех, игра на духовых инструментах, рвота, дефекация, абдоминальные боли. Возможны постпрандиальные и иные причины, как и атипичные формы при отсутствии связи с провоцирующим фактором. Ортостатическую нагрузку провоцируют пребывание в душном помещении, длительное стояние, перегревание на солнце, в бане и т.д.

Причиной синкопе при *синдроме каротидного синуса* служит механическое воздействие на область синуса сонных артерий. При отсутствии четких указаний на связь синкопе с механическим раздражением каротидной зоны способом верификации данного состояния может быть массаж области каротидного синуса. Надавливание на область бифуркации общей сонной артерии (место расположения каротидного синуса) приводит к урежению частоты сердечных сокращений и снижению АД. Эпизод асистолии >3 с и падения АД более чем на 50 мм рт. ст. – свидетельство гиперчувствительности каротидного синуса.

Ортостатические синкопе. В отличие от рефлекторных при ортостатических синкопе имеется хроническая недостаточность эфферентной активности симпатической нервной системы, приводящая к несостоятельности вазоконстрикторных реакций. При переходе в вертикальное положение АД падает. Утрата сознания в таких случаях – лишь один из симптомов, характеризующих недостаточность вегетативных функций. Выделяют ортостатические синкопе первичные – возникают при прогрессирующей первичной автономной недостаточности, мультисистемной атрофии, болезни Паркинсона – и вторичные – при сахарном диабете, уремии, амилоидозе, спинальном поражении. Отсутствие брадикардии (повышенного парасимпатического тонуса)

является отличием ортостатического синкопе от рефлекторного.

Кардиогенные синкопе. В подавляющем большинстве случаев, помимо синкопе, у пациентов можно выявить и другую клиническую симптоматику; кроме того, возможны находки при физикальном и инструментальном обследовании, характеризующие поражение сердца. Синкопе наблюдаются при стенозе устья аорты или легочной артерии, тетраде Фалло, миксоте предсердий, врожденной аномалии коронарных артерий, гипертрофической кардиомиопатии, дисфункции искусственных клапанов сердца, заболеваниях перикарда, острой ишемии/инфаркте миокарда, тампонаде сердца. Причиной синкопе могут быть эмболия легочной артерии, легочная гипертензия, диссекция дуги аорты. Однако возможны и случаи бессимптомного течения структурных кардиальных заболеваний.

Основной причиной аритмогенного синкопе является синдром слабости синусового узла. Это – собирательный термин, которым обозначают выраженную синусовую брадикардию, синоатриальную блокаду, остановку синусового узла, пароксизмальные предсердные тахикардии (наджелудоч-

ковые и желудочковые тахикардии, синдром удлиненного интервала QT), сменяющиеся брадикардией либо асистолией. Наиболее тяжелые формы аритмогенных синкопе ассоциированы с нарушениями атриовентрикулярной проводимости. Типичным аритмогенным синкопе считается синдром Морганьи–Адемса–Стокса, при котором отмечается полная поперечная блокада проведения импульсов от предсердий к желудочкам сердца, а урежение частоты сокращений левого желудочка сопровождается острой церебральной гипоперфузией.

Одышно-цианотичные приступы (приступы задержки дыхания – breath holding spells) встречаются исключительно у детей в возрасте от 6 мес до 2 лет.

Лекарственно-индуцированные синкопе связаны с применением вазодилаторов, диуретиков, фенотиазинов, антидепрессантов, синкопе при кровотечении, диарее, рвоте и т.д. – с быстрой потерей объема циркулирующей крови и гипоксией мозга.

Обследование больных детей. Диагностический алгоритм обследования при первичном эпизоде транзиторной потери сознания у детей и подростков представлен на рис. 1. Вначале ис-

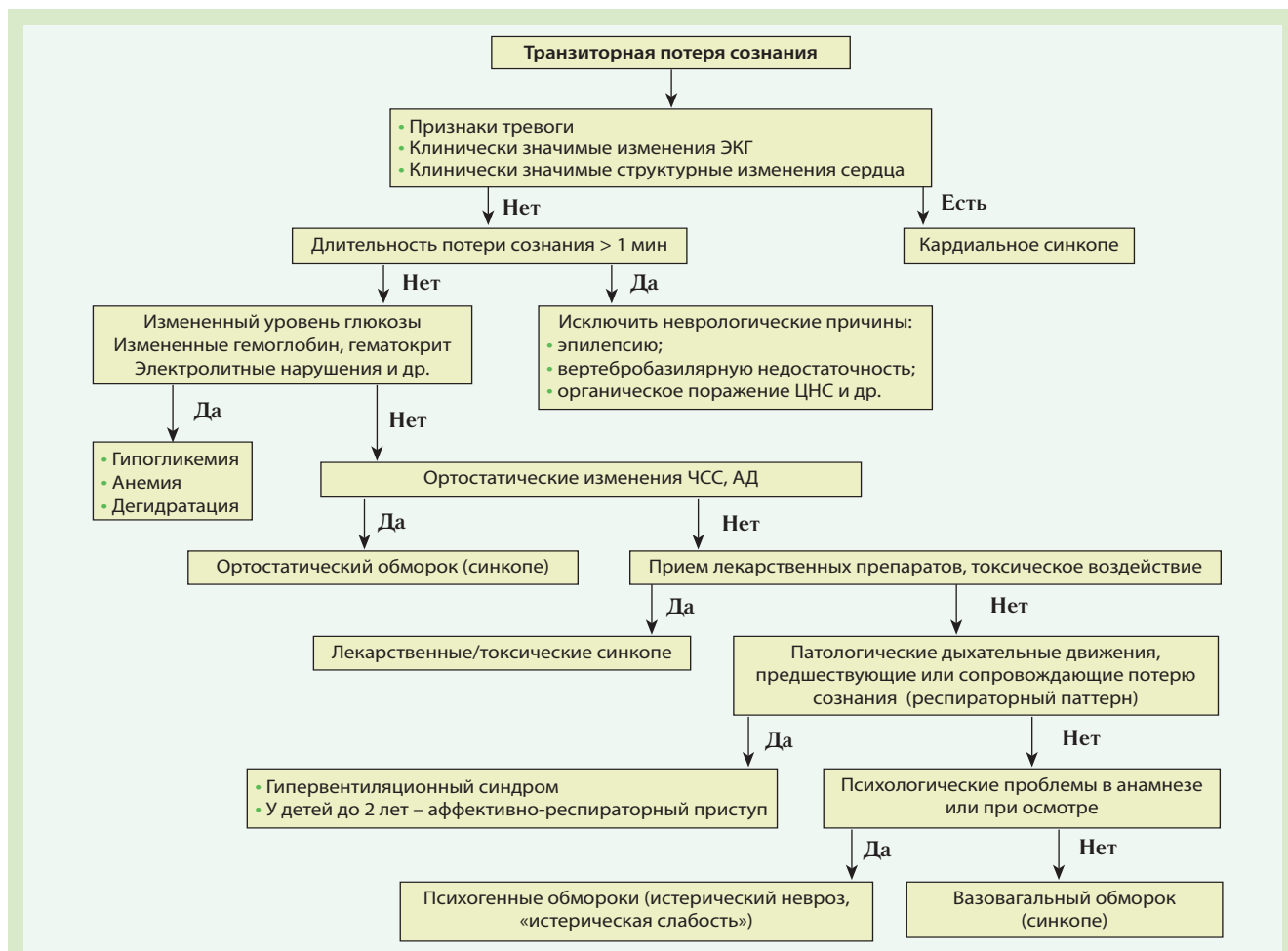


Рис. 1. Диагностический алгоритм синкопальных состояний у детей и подростков; ЧСС – частота сердечных сокращений; ЦНС – центральная нервная система



Рис. 2. Тест с наклонным столом – безопасная процедура; уровень осложнений при ней крайне низок; тестирование может проводиться квалифицированной медсестрой, но обязательно в присутствии врача

ключают кардиогенное синкопе, что позволяет продолжать разграничение причин обморочных состояний, выходя в конечном счете на обморок вазовагальной природы. Задачей диагностики является определение принадлежности развившегося пароксизма к тому или иному типу.

Важно установить, не является ли синкопе одним из симптомов ургентной соматической патологии, эндокринологического заболевания (гипокликемия на фоне сахарного диабета), беременности у девушки-подростка или органического поражения нервной системы (опухоль мозга, аневризма мозговых артерий и др.), что может быть обеспечено

лишь обязательным участием в обследовании узких специалистов – кардиолога, невролога, эндокринолога, гинеколога и др.

Инструментальное обследование. Большинство исследований проводят в кабинете функциональной диагностики, где медсестра принимает участие в регистрации ЭКГ, налаживании холтеровского мониторингирования, доплерэхокардиографии и т.д.

Выполняют так называемые «ортостатические пробы». Переход тела из горизонтального в вертикальное положение сопровождается перемещением крови из грудной клетки в нижние конечности, уменьшением венозного возврата к сердцу и снижением сердечного выброса. При снижении компенсаторных механизмов прогрессирующее падение АД может приводить к синкопе.

Выделяют 2 варианта ортостатической пробы: активное стояние; пассивное – придание ребенку положения наклона под углом 60 или 70° с помощью специального поворотного стола (тилт-тест).

Активное стояние – более простой тест, выполняется без специального оборудования. Производится измерение АД в горизонтальном положении и в течение 3 мин после перехода испытуемого ребенка в вертикальную позицию. На отклонение указывает возникновение синкопе или асимптомное снижение систолического АД более чем на 20 мм рт. ст. от исходных значений и(или) диастолического АД на 10 мм рт. ст. и более. Тилт-тест (от англ. *tilt* – наклон) информативен при повторных, предположительно вазовагальных, синкопе или обмороках неясного генеза (рис. 2).

Смысл тилт-теста заключается в пассивном переходе положения тела больного из горизонтального в полувертикальное с углом наклона 60–70° при сохранении такого положения в течение 30–40 мин. Тилт-тест у детей оценивают по Вестминстерскому протоколу. Ограничением метода в детском возрасте, по мнению ряда исследователей, является его низкая чувствительность, особенно у детей младшего школьного возраста

Велоэргометрию и тредмил-тест применяют для диагностики типа синкопе, возникающего при физической нагрузке. При анамнестических сведениях о случаях внезапной смерти в семье или наличии жизнеугрожающих аритмий у ближайших родственников больного обосновано также проведение электрофизиологического исследования (ЭФИ) сердца.

Лечение и уход

Идентификация конкретной причины синкопе играет ключевую роль в выборе тактики лечения. Необходимо устранить основной фактор, вызывающий транзиторную глобальную церебральную гипоперфузию, что снижает риск физической травматизации и повторных эпизодов.

Следует помнить, что у каждого ребенка с синкопальными состояниями необходимо исключать их кардиоваскулярный генез, особенно при неэффективности нейрометаболических препаратов, а также при эпилепсии, без эффекта лечения противосудорожными средствами. Своевременное выявление причины синкопе помогает назначить адекватное лечение, подобрать индивидуальную программу реабилитации.

Рефлекторные синкопе. Основой лечения является фармакологическая терапия, прежде всего – препаратами ноотропного ряда. **Ноотропные препараты** показаны детям и подросткам с выраженной клинической картиной вегетативной дистонии (при исключении эпилептической природы пароксизмов). Они оказывают стимулирующее действие на недостаточно сформированные высшие психические сферы (внимание, память, речь, контроль психической деятельности) и, кроме того, положительно влияют на обменные процессы в центральной нервной системе и способствуют созреванию регуляторных систем мозга.

Медикаментозное воздействие предусматривает также витаминотерапию, применение препаратов, содержащих микро- и макроэлементы, анксиолитики, вегетостабилизаторы и др. *Цереброваскулярные препараты* назначаются для улучшения мозговой гемодинамики и микроциркуляции у детей и подростков, перенесших травму головного мозга, а также имевших пери-

натальную патологию с развитием в дальнейшем вегетативной дисрегуляции с яркой и стойкой клинической симптоматикой гипотонии. *Антиоксидантная терапия* (жирорастворимые витамины А, Е, янтарная кислота в комплексе с лимонной, убихинон, растительные средства и др.) применяется для снижения интенсификации перекисного окисления липидов, следствием чего являются стабилизация клеточных мембран, восстановление их проницаемости и соответственно повышение энергообеспечения клеток, нарушенного в условиях вегетативной дисрегуляции.

Проводится коррекция психоэмоциональной сферы, чтобы предупреждать ситуации, провоцирующие синкопе. Методы выбора: аутотренинг, самомассаж биологически активных точек, обучение больного распознаванию симптомов начала приступа с целью его предотвращения. Обязательна нормализация режима дня, нагрузка, особенно у подростков. *Помогают утренняя зарядка, массаж, посещение бассейна, применение ванн с успокаивающими растениями (ромашка, лаванда, мелисса, бергамот, шалфей, кипарис).* Нужны полноценный ночной сон не менее 8–10 ч, рациональное питание при кратности приема пищи не менее 4–5 раз в день. Увеличивают потребление жидкости: «спортивное питье» — прием прохладной воды (до 400 мл каждые 2–3 ч), 2–2,5 л/сут.

Немедикаментозное воздействие на сосудистое звено: контрастный душ, ношение компрессионного трикотажа (медицинские компрессионные чулки, специальные манжеты для нижних или верхних конечностей и др.), тилт-тренировки (*tilt training*) — активный или пассивный ортостаз с постепенным увеличением длительности от 5 до 40 мин в течение 1 мес.

Приемы противостояния гипотензивным реакциям при предвестниках синкопе: присаживание на корточки, сжимание резинового мя-

чика попеременно правой и левой рукой, скрещивание ног.

Аритмогенные синкопе. Постоянная электрокардиостимуляция является единственным способом лечения при нарушениях атриовентрикулярной проводимости и синдроме слабости синусового узла. У больных с пароксизмальной узловой тахикардией или типичным трепетанием предсердий, ассоциированными с синкопе, средством выбора является катетерная абляция. При пароксизмальной желудочковой тахикардии неуточненной этиологии типа «пируэт» либо приобретенной в результате использования препаратов, удлиняющих интервал QT, требуется немедленная отмена лекарственных средств, попадающих под подозрение. При изменениях на ЭКГ возможно применение витаминов и микроэлементов для питания сердечной мышцы. Один из таких препаратов – Магне-В6.

Синкопе, связанные со структурной кардиальной патологией. Лечение зависит от основного диагноза. При синкопе вследствие выраженного аортального стеноза или предсердной миксомы абсолютно необходимо хирургическое лечение. У больных с синкопе вследствие острой сердечно-сосудистой патологии (тромбоэмболия легочной артерии, тампонада сердца, инфаркт миокарда) лечение направлено на основной патологический процесс. При гипертрофической кардиомиопатии (с обструкцией выносящего тракта левого желудочка или без таковой) успешным признано антиаритмическое лечение. Другие редкие причины синкопе – обструкция приносящего тракта левого желудочка вследствие митрального стеноза, обструкция выносящего тракта правого желудочка и право-левый внутрисердечный шунт вследствие легочной гипертензии – корректируются также методами кардиохирургии. Приводим меры неотложной помощи при синкопе (см. таблицу).

Неотложная помощь при обмороке

На догоспитальном этапе	На госпитальном этапе
1. Уложить больного ребенка на ровную поверхность в горизонтальное положение, приподнять нижние конечности под углом 30–45° или подложить под них валик (для улучшения притока крови к мозгу). 2. Обеспечить свободное дыхание — расстегнуть воротник, пояс, снять сдавливающую одежду, проветрить помещение. 3. Обтереть лицо холодной водой. Не надо ребенка трясти, хлопать по щекам! Дать вдохнуть жидкость, раздражающую верхние дыхательные пути (нашатырный спирт, эфир, пары уксуса). 4. После восстановления сознания ребенка следует напоить горячим чаем, успокоить, растереть конечности, обложить грелками. Если обморок затягивается, показана госпитализация.	1. При длительном обмороке вводят кофеин бензоата натрия 10% 0,1 мл на год жизни внутримышечно, или кордиамин в дозе 0,1 мл на год жизни внутримышечно, или 1% раствор мезатона 0,1 мл на год жизни внутримышечно (не более 1 мл). В случае значительной гипотензии и(или) брадикардии эффективен 0,1% раствор атропина 0,1 мл на каждые 10 кг массы тела подкожно или внутримышечно. 2. Если эффекта нет, показан перевод ребенка в палату интенсивной терапии или отделение реанимации.

Примечание. Нельзя давать медикаменты и питье пострадавшему через рот, если он без сознания!

Рекомендуемая литература

Леонтьева И.В., Тарасова А.В., Тутельман К.М. и др. Новые возможности диагностики синкопальных состояний у детей // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. – 2005; 1: 23–26.

Терещенко С.Ю. Кардиогенные синкопальные состояния у детей и подростков // Вопр. совр. педиатрии. – 2011; 10 (2): 64–70.

Фонякин А.В., Гераскина Л.А. Синкопальные состояния: определение, классификация, диагностика и лечение // Consilium medicum. – 14 (2): 56–60.

Школенко Т.М., Школьников М.А. Роль симпатической недостаточности в развитии рефлекторных обмороков у детей // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. – 2013; 3: 62–66.

Coleman B. et al. Causes of syncope in children and adolescents. – URL: <http://www.uptodate.com>

Guidelines for the diagnosis and management of syncope. The Task Force for the Diagnosis and Management of

Syncope of the European Society of Cardiology (ESC). – On-line version, 2009.

Strickberger S., Benson D., Biaggioni I. et al. AHA/ACC scientific statement on the evaluation of syncope // J. Am. Coll. Cardiol. – 2008; 47: 473–84.

SYNCOPE: CARE AND EXAMINATION TACTICS FOR A SICK CHILD

Prof. K.I. Grigoryev

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

The paper analyzes current data on cardiogenic syncope in children and adolescents. It presents the clinical picture of vasovagal syncope and a common algorithm for the diagnosis of fainting in children and adolescents. The elements of nursing care are given.

Key words: children, adolescents, syncope, diagnosis, nursing care.

ИНФОРМАЦИЯ

Эндометриоз



Как показывают международные исследования, около 80% женщин не знают, что сильная боль внизу живота и в пояснице, болезненность менструаций — это не норма, а симптом серьезного заболевания — эндометриоза. Эндометриоз, пожалуй, самое загадочное женское заболевание. Теорий его происхождения множество, но ни одна из них не раскрывает полностью причины и механизмы формирования заболевания, многообразия его форм. Ученые считают, что к развитию заболевания предрасполагают такие факторы, как наследственность, нарушение уровней гормонов и их продукции, перенесенные инфекционные заболевания, патологические роды и аборт. Эндометриозу подвержены женщины самого активного возраста — от 15 до 49 лет (64% пациенток — моложе 30 лет). Чаще всего эндометриоз — проблема деловых женщин, так как его развитию способствуют высокие психологические нагрузки, стрессы и нарушения в иммунной системе. Если женщина ведет высокоактивную социальную жизнь и живет в режиме постоянной эмоциональной перегрузки, она — в группе риска. Болезнь не зависит от национальности, социального положения и образа жизни. Женщины с эндометриозом, могут чувствовать себя в изоляции, не получая нужной поддержки от членов семьи, друзей или коллег.

Согласно данным мировой статистики, 1 женщина из 11 страдает эндометриозом в репродуктивном возрасте. Эндометриоз обогнал по распространенности воспаление придатков матки, врожденные аномалии, гормональные нарушения, и лидирует среди заболеваний, приводящих к нарушению репродуктивной функции.

Некоторые симптомы эндометриоза, например болезненные ощущения во время полового акта или отсутствие либидо, накладывают отпечаток на отношения с партнером, снижают женскую сексуальность и женственность, что не может не влиять на психологическое состояние.

У женщины, которой поставлен диагноз эндометриоза во время планирования беременности, нередко нарастают беспокойство, чувство тревоги, ощущение, что ее тело подводит ее. Это влечет за собой развитие комплекса неполноценности, утрату надежды на выполнение основного женского предназначения — стать матерью. Эндометриоз — интимная проблема, которая может негативно влиять на все сферы жизни женщины — ведь заболевание поражает ее в самом активном возрасте, в период ее максимальной самореализации, является препятствием к построению карьеры, созданию гармоничных семейных отношений, а зачастую и не позволяет реализовать материнскую функцию.

К счастью, медицина сегодня предлагает эффективные методы терапии, которые купируют боль, возвращают женщине уверенность в себе, позволяют ощутить все краски жизни, жить, а не выживать. Избежать таких тяжелых последствий эндометриоза, как бесплодие и хронический болевой синдром, можно, начав лечение на ранних стадиях развития заболевания.

Удивительно, что при высокой частоте эндометриоза лишь немногие женщины знают о нем. Сегодня часто говорят об опасности рака молочной железы (РМЖ) и необходимости регулярного прохождения маммографии и в то же время только 80% опрошенных, испытывающих сильные боли при менструациях, не ассоциируют их с каким-либо заболеванием и продолжают принимать обезболивающие средства. Диагноз эндометриоза ставится в десятки раз чаще, чем диагноз РМЖ.

Специалисты считают, что чем раньше заболевание выявлено, тем лучше оно реагирует на консервативное лечение. Гинекологи делают все, чтобы отодвинуть операцию, уменьшить объем оперативного вмешательства и устранить симптомы лекарственными препаратами. Важно заметить, что препараты, которые использовались ранее, подавляли функцию яичников, а следовательно снижали уровень эстрогенов — женских половых гормонов. Такое лечение, конечно, было эффективным в отношении эндометриоза, но способствовало появлению симптомов, характерных для климакса — приливов, учащению сердцебиения, увеличению риска переломов.

Терапия эндометриоза за последнее время претерпела значительные изменения. Стратегия лечения сегодня — максимально бережное отношение к яичникам. В России ежегодно в марте под эгидой Международной ассоциации по борьбе с эндометриозом проходит Месяц повышения осведомленности об эндометриозе, получившем статус заболевания XXI века. Помните: предупредить — значит вооружен.