

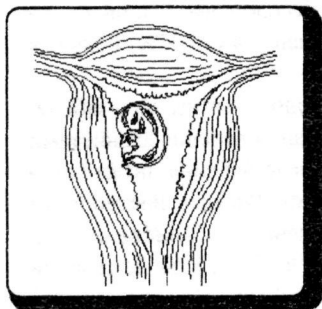
указанных причин — 5 пациентов (1,0%). В отдаленном периоде по поводу рубцово-язвенного стеноза были оперированы еще 15 больных (3,0%). У больных 2 группы подобных осложнений не было.

Таким образом, необходимо разделять клиническое и патоморфологическое понятия острой и хронической язвы ДПК. Клинические и внешние интраоперационные критерии острой или хронической язвы не могут определять объем оперативного вмешательства, который должен зависеть от выявленных при эктра- и интрадуоденальной ревизии сочетанных язвенных осложнений и поражений ДПК и желудка. Рубцово-язвенный процесс при осложненной ЯБ ДПК приводит к сложным морфофункциональным изменениям ДПК и привратника, изменению анатомических взаимоотношений ДПК с ее внешними ориентирами, что делает невозможным точное установление локализации ПЯ, диагностику сочетанных язвенных осложнений и поражений только на основе эктрадуоденальной ревизии.

Интраоперационная интрадуоденальная ревизия при РДП позволяет не только точно установить локализацию ПЯ и истинного привратника, но и выявить сочетанные язвенные осложнения и поражения. Размеры язвенного инфильтрата не могут служить основанием для отказа от выполнения РДП в пользу ушивания или пластического закрытия ПЯ ДПК. Устранение сочетанных язвенных осложнений и поражений позволяет исключить развитие ранних язвенных послеоперационных осложнений и связанных с ними релапаротомий и летальных исходов. У больных после ушивания ПЯ ДПК в послеоперационном периоде необходимо выполнять эндоскопическое и рентгенологическое исследование желудка и ДПК с целью выявления имеющихся сочетанных язвенных осложнений и поражений.

Л и т е р а т у р а

1. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар, 1995. 296 с.



УДК 618.168: 618.8

Т.Ю. Пестрикова, О.А. Пивкина

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Дальневосточный государственный медицинский университет;
МУЗ «Родильный дом №1»; женская консультация №1, г. Хабаровск

Прошло более 150 лет с тех пор, как Muller (1854) и Rokitansky (1860) впервые описали эктопические очаги эндометрия у человека, однако проблема эндометриоза по-прежнему остается актуальной. В последние годы наметился неуклонный рост частоты генитального эндометриоза (ГЭ) в структуре гинекологической заболеваемости. Частота распространения ГЭ в РФ (2005 г.) составила 318,0 (на 100 тыс. чел. женского населения), в ДВФО — 273,8, в Хабаровском крае — 243,5 (2006 г.), и эта патология занимает третье место в структуре гинекологической патологии, уступая воспалительным заболеваниям малого таза и миоме матки [4]. Лечение ГЭ остается одной из актуальных проблем гинекологии, так как это заболевание сопровождается нарушениями репродуктивной и менструальной функции, выраженным болевым синдромом, нарушениями функций соседних органов [1, 3].

Проведенный нами ретроспективный анализ 500 карт диспансерного наблюдения по ведению пациенток с ГЭ показал, что после проведения гормональной терапии агонистами (а-ГнРГ) и антигонадотропинами рецидиви-

рование процесса в течение года наступило у 170 (34%) больных. Отмечена плохая переносимость у 40% пациенток на фоне приема даназола и у 80% при применении золадекса. Закономерно возникает вопрос: как снизить число рецидивов и выбрать такой метод консервативного лечения, который бы не только адекватно блокировал гипоталамо-гипофизарную систему, но и отвечал требованиям понятия «польза-риск» при проведении терапии? В настоящее время постоянно продолжается поиск новых рациональных схем лечения.

На основании вышесказанного, нами была проанализирована клиническая эффективность применения препарата «Жанин» в непрерывном режиме (в течение 24 нед.) для лечения больных с ГЭ. Жанин — современный оральный контрацептив, содержащий синтетический прогестаген — диенгест, обладающий сильной гестагенной активностью [5, 6].

Обследование проводилось у 39 пациенток с ГЭ в возрасте 22-49 лет на базе МУЗ «Родильный дом №1», женской консультации №1 в течение 2004-2006 гг. Вер-

Таблица 1

Эффективность лечения при использовании препарата «Жанин»

Критерии	Число обследований (n=39)	
	n	%
Симптомы эндометриоза клинические: - исчезли (жалоб нет)	14	35,90±7,68
- улучшение	21	53,85±7,98
- без изменений (терапия без эффекта)	4	10,25±4,86
Число беременностей после лечения в течение года (от общего числа):	5	12,82±5,35
- от числа женщин с бесплодием	-	35,71±12,81
Число рецидивов в течение года после лечения	4	10,26±4,86

фикация диагноза у обследуемых больных основывалась на наличии клинической симптоматики; данных диагностических методов исследования (УЗИ, гистероскопия, лапароскопия, кольпоскопия); данных лабораторных методов; данных морфологического исследования биопсий эндометрия и цервикального канала и биопсий, полученных во время проведения лапароскопических операций.

На основании проведенного обследования у 39 пациенток было подтверждено наличие ГЭ. Нами жанин был применен у 20 (51,28%) пациенток как самостоятельный метод лечения при эндометриозе шейки матки, аденомиозе; и у 19 (48,72%) женщин жанин использовался после хирургического лечения.

Изучая структуру гинекологической заболеваемости у обследуемых нами пациенток, мы выявили, что воспалительные заболевания органов малого таза: вагиниты, сальпингофориты, хронические эндометриты (после родов и аборт), встречались у 37 (94,87%) больных ГЭ. Анализ результатов гистологического исследования соскобов эндометрия показал, что у обследуемых нами пациенток патология эндометрия была выявлена у 16 (41,03%). Все вышеизложенное послужило поводом для обследования пациенток с ГЭ на микробную обсемененность эпителия цервикального канала и эндометрия.

При обследовании выявлено преобладание представителей семейства Mollicutes, которые в эндометрии выявлены у 18 (46,15%) пациенток, в цервикальном канале — у 23 (58,97%). В эпителии цервикального канала часто встречалась *Gardnerella vaginalis* у 14 (35,9%) пациенток; в эндометрии — у 5 (12,82%) больных обследуемых групп. Herpes simplex virus 1; 2 выявлены, соответственно, у 6 (15,38%) и 4 (10,26%) обследуемых нами женщин с ГЭ. *Candida albicans* диагностирована в эпителии цервикального канала у 10 (25,64%) пациенток, в эндометрии — у 3 (7,69%) больных с ГЭ. *Chlamidia trachomatis* выявлена у 6 (15,38%) пациенток с ГЭ в эпителии цервикального канала и у 4 (10,26%) в эндометрии.

Учитывая высокий уровень микробного обсеменения и инфекционный индекс, нами на I этапе лечения 39 пациенткам с ГЭ была проведена антимикробная терапия (тетрациклины или фторхинолоны) в сочетании с препаратом «Лавомакс» (индуктор синтеза эндогенного интерферона). На втором этапе применялась гормональная терапия как самостоятельный метод лечения или как дополнительный метод после хирургического лечения. В

Таблица 2

Частота развития побочных реакций при лечении препаратом «Жанин» у пациенток с генитальным эндометриозом

Симптомы	Первый месяц терапии		Через 3 мес. терапии		Через 6 мес. терапии	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ациклические кровянистые выделения	6	15,38	3	7,69	1	2,56
Прорывные маточные кровотечения	-	-	2	5,13	-	-
Боли в животе	2	5,13	-	-	-	-
Тошнота	4	10,26	1	2,56	-	-
Головная боль	1	2,56	-	-	-	-
Масталгия	3	7,69	2	5,13	-	-
Снижение полового влечения	2	5,13	-	-	-	-

качестве гормональной коррекции нами использовался препарат «Жанин».

Критериями эффективности лечения эндометриоза является устранение или снижение болевого синдрома, нормализация менструального цикла, отсутствие рецидивов заболевания и восстановление репродуктивной функции. В результате проведенного лечения клиническая симптоматика, имевшаяся до начала лечения, полностью исчезла в 14 (35,9%) случаях; частично сохранилась в 21 (53,85%) случае. В течение года после лечения препаратом «Жанин» беременность наступила у 5 (35,71%) пациенток из 14 женщин, которые страдали бесплодием. Рецидив симптомов эндометриоза был отмечен у 4 (10,25%) больных (табл. 1).

По данным литературы, рецидивы симптомов заболевания через 12 мес. после окончания лечения агонистами ГнРГ возникают у 15-20%, а после лечения антагонистами — у 10-60% женщин. Частота наступления беременности после окончания лечения агонистами ГнРГ в течение года колеблется от 22 до 52%, а после терапии антигонистами — от 30 до 73% [2].

Таким образом, жанин представляет собой новую терапевтическую альтернативу стандартным схемам лечения. Частота рецидивов, по нашим данным, с использованием двухэтапной комплексной терапии (антимикробной и гормональной) привело к уменьшению рецидивов с достоверной точностью ($p < 0,001$). На основании выполненного исследования был проведен анализ не только клинической эффективности лечения препаратом «Жанин», но и его переносимости. При лечении жанином нежелательные эффекты наблюдались у 7 (17,95%) пациенток с ГЭ, которые практически исчезли через 3 мес. терапии (табл. 2).

При применении жанина в непрерывном режиме (24 нед.) основными побочными эффектами были мажущие кровянистые выделения и тошнота. Кровянистые выделения наиболее часто наблюдались в первый месяц применения жанина у 6 (15,38%) женщин, а затем частота их значительно уменьшилась. Произошло достоверное уменьшение частоты мажущих кровянистых выделений на 6 мес. лечения, по сравнению с первым месяцем ($p < 0,05$). У 2 (5,13%) пациенток, получающих жанин, прорывные маточные кровотечения наблюдались на 3 мес. лечения, которые нивелировались увеличением обычной суточной дозы жанина в 4 раза.

Медикаментозное лечение ГЭ предполагает возможность применения препаратов различных групп, и одной из них являются контрацептивные гормоны, которые рассматриваются как альтернатива в лечении ГЭ. Лечение жанином можно рекомендовать как самостоятельный метод, когда хирургическое лечение не показано или противопоказано, а также для профилактики рецидивов заболевания после хирургического лечения. Жанин можно рекомендовать и пациенткам с ГЭ, которые планируют предохранение от нежелательной беременности. Следует отметить, что при применении жанина наблюдались минимальные побочные эффекты, не требующие медикаментозной коррекции, и экономическая выгода.

При оценке биохимических показателей, таких как общий билирубин, печеночные ферменты — АСТ и АЛТ, холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, глюкоза, достоверной разницы до и после лечения препаратом «Жанин» выявлено не было. Эти данные, по-видимому, свидетельствуют об отсутствии влияния данного препарата на функцию печени, липидный и углеводный обмен, что очень важно, учитывая неблагоприятный преморбидный фон у больных с эндометриозом и необ-

ходимость многократных курсов гормонотерапии при рецидивировании заболевания.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют нам рекомендовать комбинированную схему с применением препарата «Жанин» в непрерывном режиме для лечения ГЭ или с целью профилактики рецидивов заболевания, как наименее агрессивного препарата, при равной эффективности.

Л и т е р а т у р а

1. Дамиров М.М. Аденомиоз: клиника, диагностика и лечение. М.-Тверь: Триада, 2002. 294 с.
2. Манушарова Р.А., Черкезова Э.И. // Гинекол. эндокринология. 2005. Т. 7, №2. С. 102-106.
3. Пересада О.А. Клиника, диагностика и лечение эндометриоза. Минск: Белорусская наука, 2001. 274 с.
4. Пестрикова Т.Ю. // Новые технологии в акушерстве и гинекологии: Сб. науч. тр. Хабаровск, 2006. С. 11-26.
5. Прилепская В.Н. Острейкова Л.И. Диеногест (фармакологические, клинические и лечебные аспекты) М., 2004. 62 с.
6. Wiegrats I., Mittman K., Dietrich H. et al. // Fertil. and Steril. 2006. Vol. 85, № 6. P. 1812-1819.



УДК 618.313 - 082

Л.Н. Халфина, В.Г. Никитин, Н.В. Мамаева

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ HELLP-СИНДРОМЕ У БЕРЕМЕННОЙ ПОСЛЕ ЭКЛАМПСИИ

ГУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

Термин Hellp-синдром (аббревиатура H-hemolysis, E-elevated, L-liver, L low, P-platelets) впервые предложил в 1985 г. Weinstein, связывая нарушения с тяжелой формой преэклампсии и эклампсии, — тогда, когда уровень артериальной гипертензии составляет 160/100 и выше, а протеинурия достигает 5 г в сут, сочетаясь с олигурией. В основе гестоза, осложненного Hellp-синдромом, лежит генерализованный артериолоспазм, сочетающийся с гемоконцентрацией и гиповолемией, развитием гипокINETического режима кровообращения, повреждением эндотелия и развитием дыхательной недостаточности, вплоть до отека легких. Hellp-синдром, осложняющий преэклампсию и эклампсию, встречается в 4-12% случаев и вызывает материнскую смертность до 24,2%. Диагностика тяжелого гестоза с Hellp-синдромом сложна, дифференциальную

диагностику необходимо проводить с такими заболеваниями, как: акушерский сепсис, гепатоз беременных, острая дистрофия печени, тромбоцитопеническая пурпура, гемолитико-уремический синдром, острый гангренозный холецистит. Только клинко-физиологическая интерпретация этих симптомов в каждом конкретном случае дает возможность исключить другие причины, позволяет диагностировать Hellp-синдром как форму гестоза, который, в свою очередь, в далекозашедших случаях является вариантом полиорганной недостаточности [1].

Лабораторные изменения максимально проявляются в послеродовом периоде, в это же время развертывается и полная клиническая картина Hellp-синдрома. Анализируя клинко-лабораторные данные, надо отметить два важных обстоятельства;