

до 17-20 ммоль/л, лейкоцитоз до 18×1000 /л с палочкоядерным сдвигом до 10-12, снижение удельного веса мочи до 1009, умеренная лейкоцитурия и гематурия. Выраженный интоксикационный синдром. Применение серии высокопоточных диализов (мембрана AN 69 ST Hospal, практически не требующая применения антикоагулянта) в сочетании с постоянной гемодиализацией (мембрана Полисульфон, Fresenius) позволило купировать отёк мозга, РДСВ (R-логическое и лабораторное подтверждение). Азотемия на цифрах 10-12 ммоль/л, лейкоциты периферической крови $10-12 \times 1000$ /л (естественно, при антибактериальной терапии), уменьшение выраженности палочкоядерных нейтрофилов до 4-6, удельный вес мочи до 1021, отсутствие лейкоцитурии. Суточное количество мочи 2500-3000 мл. К сожалению, имеющиеся хирургические осложнения при столь тяжёлой травме преопределили фатальный исход. Тем не менее, данный случай убедительно демонстрирует целесообразность раннего начала ПЗПТ у больных с прогнозируемой или дебютировавшей ПОН.

Мы начали применять продолженную ЗПТ и у пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью. Это необходимо для подготовки пациента к эвакуации сантранспортом из отдалённых районов в случае отёка лёгких, угрожающей жизни гиперкалиемии, декомпенсированной уремии с метаболическим ацидозом. Дважды мы использовали

ПВВГДФ в качестве дебюта ЗПТ у пациентов с «запредельной» уремией (мочевина 55 ммоль/л, креатинин 1,6 ммоль/л), сопровождавшейся кардиодепрессией, мозговыми нарушениями, анемией. Ранее, при попытке проведения рутинного гемодиализа, такие пациенты умирали чаще в дебюте процедуры, практически не удавалось избежать дисэквилибриум-синдрома. Столь печальный опыт вынуждал отказывать пациентам в специализированной диализной помощи.

Заключение

Вышеописанные методики представляют разнообразие надёжных и эффективных технических средств для лечения больных с почечной недостаточностью. Ряд специфических преимуществ, таких, как простота, несложные мониторинг и применение делают ПЗПТ методом первого выбора при лечении некоторых клинических состояний. Для больных с выраженной нестабильностью сердечно-сосудистой системы, с синдромом ПОН или политравмой ПВВГДФ является идеальным методом лечения. Использование различных мембран для устранения провоспалительных медиаторов открывает новые возможности в терапии сепсиса, синдрома ПОН и других критических состояний. Считаем целесообразным раннее начало методов ПЗПТ в комплексной терапии ПОН.



УДК 618.14-072.146:616-092

Н.Ф.Иевлева, Г.В.Чижова

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Дальневосточный государственный медицинский университет

РЕЗЮМЕ

Трёхфазный контрацептив Три-мерси был применен с целью контрацепции у 40 соматически здоровых нерожавших женщин с патологией шейки матки. В процессе комплексного обследования установлен высокий репаративный эффект в зонах эктопии в течение 6-месячного приема контрацептива. Подобный эффект в сочетании с высокой контрацептивной защитой позволяет считать Три-мерси препаратом выбора для контрацепции у данного контингента женщин.

Низкоэнергетическая лазеротерапия была применена у 25 пациенток с нормальным менструальным циклом и патологией шейки матки. Через 3-6 месяцев лечения частичная эпителизация шейки матки отмечена у 85,8% больных. Следовательно, данный метод является высоко эффективным при лечении патологии шейки матки у молодых нерожавших женщин.

SUMMARY

N.F. Ievleva, G.V. Chizova

UPGRADED TECHNIQUE FOR TREATING CER- VIX UTERUS PATHOLOGY IN YOUNG NULI- GRAVIDA WOMEN

Three-phase «Tri-mercy» contraceptive was used to achieve contraception in 40 somatically healthy nulligravida women with cervix uteri pathology. This treatment resulted in a high-degree reparative effect in ectopic areas during the 6-month period of contraceptive therapy. This effect combined with a high-degree contraceptive protection makes «Tri-mercy» the drug of choice for contraception in women of this group.

Low-energy laser therapy was administered to 25 patients with normal biphasic cycle but with the cervix uteri pathology. Thus this method proved to be effective in treating pseudoerosions of the cervix uteri. Partial epithelization of the cervix uteri was observed in 85,8% of cases 3-6 months after therapy.

Псевдоэрозия шейки матки является одним из наиболее частых заболеваний в структуре гинекологической заболеваемости. По данным Е.Б.Рудаковой (1996), псевдоэрозия встречается у 38,8% женского населения и 49,2% гинекологических больных, в 54% случаев это заболевание выявляется в группе молодых женщин до 25 лет. В последнее время на фоне снижения общей заболеваемости раком шейки матки возросла его частота у молодых женщин [3, 4]. Средний возраст больных с карциномой шейки матки составляет 35 лет, количество больных с этой формой рака у женщин до 40 лет выросло за последние 10 лет на 35% [2]. В связи с этим проблема псевдоэрозии у молодых нерожавших женщин имеет большое значение в профилактике онкологических заболеваний шейки матки и имеет не только медицинский, но и социальный аспект.

Некоторые отечественные авторы рассматривают псевдоэрозию у молодых женщин до 24 лет как вариант нормы [1] не требующий лечения. С данной точкой зрения нельзя полностью согласиться в связи с увеличением факторов риска развития рака шейки матки: рост заболеваний, передаваемых половым путем, особенно вирусных; раннее начало половой жизни, частую смену половых партнеров. Указанные факторы способствуют развитию дисплазии и в дальнейшем рака, как исхода эпидермизации псевдоэрозии [5]. Отсутствие единого подхода к классификации, клинической оценке а, следовательно, и тактике ведения порождает целый ряд трудностей у практических врачей, побуждая их или к неоправданному радикализму, или к длительному наблюдению за больными. При этом допускается ряд ошибок, приводящих как к осложненному течению заболевания, так и появлению многочисленной ятрогенной патологии.

Детальное изучение причин и течения псевдоэрозий позволило отнести это состояние шейки матки к полиэтиологическому заболеванию [3, 4]. Основными этиопатогенетическими факторами являются дисгормоналы, воспалительные изменения и нарушение местного иммунитета. Следовательно, выбор лечебной тактики должен производиться с учетом выявленной причины данной патологии и быть направленным на коррекцию основных звеньев патогенеза – ликвидацию воспалительного процесса, стимуляцию регенерации многослойного плоского эпителия, коррекцию нарушений менструального цикла.

Вопросы адекватной тактики, в том числе выбор оперативных пособий, дискуссионны, а средства консервативной местной терапии не всегда эффективны. В этой связи актуальным является вопрос о возможности использования у молодых нерожавших женщин гормональных и противовоспалительных препаратов наряду с применением физических методов воздействия на шейку матки.

Цель исследования

Влияние различных методов лечения на репаративные процессы шейки матки при ее патологических изменениях у молодых нерожавших женщин.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 80 соматически здоровых нерожавших с патологией шейки матки

женщин в возрасте от 17 до 25 лет (средний возраст $19,84 \pm 0,43$ г).

Все обследованные жили регулярной половой жизнью. Изучение репродуктивной функции показало, что у 20% пациенток в анамнезе имели место нежелательные беременности, которые закончились медицинскими абортами.

Из исследования целенаправленно исключались женщины с органической патологией половой сферы и грубыми соматическими нарушениями.

Всем женщинам проводилось комплексное клинико-лабораторное и инструментальное исследование, включающее как общеклинические методы для подтверждения диагноза, так и специальные. 40 женщин составили 1 группу, в которой с целью лечебного и контрацептивного эффекта применялся низкодозированный трехфазный препарат Три-мерси. Дополнительным показанием к назначению препарата явилось нарушение менструального цикла по типу нерегулярных месячных (25%), дисменорей (53%) и меноррагии (22%). Препарат Три-мерси назначался на 3-6 месяцев с 1 по 21 день цикла с 7-дневным перерывом.

С целью лечения псевдоэрозий 25 больным (2 группа) использовался низкоинтенсивный гелий-неоновый лазерный аппарат La-2 с длиной волны 632,8 н/м при ППМ-8-10 МВт/см². Лазеротерапия проводилась по 10-15 сеансов в 1 фазу менструального цикла (1-3 курса). Основными свойствами низкоинтенсивного лазерного излучения являются улучшение кровоснабжения тканей, нормализация окислительно-восстановительных и других обменных процессов, выраженное противовоспалительное, бактерицидное действие и усиление регенеративных способностей тканей. Группа контроля включала 15 нерожавших соматически здоровых женщин с псевдоэрозией шейки матки, у которых осуществлялось только динамическое наблюдение и обследование.

Характер патологии шейки матки оценивали с помощью простой и расширенной кольпоскопии, цитологического и гистологического исследования исходно, через 3 и 6 месяцев в процессе лечения.

Результаты исследования

При обследовании женщин 1 и 2 групп у 15 выявлены инфекции передаваемые половым путем, преимущественно хламидийная и ассоциированная с ней (уреаплазменная и микоплазменная). Этой группе больных была проведена предварительная антибактериальная терапия в сочетании с иммуномодуляторами как первый этап комплексного лечения. На этом этапе в качестве антибактериального препарата использовался макролид нового поколения вильпрафен (джозамицин) в сочетании с циклофероном. Вильпрафен применялся в течение 12-16 дней по 500 мг 2 раза в день, прием начинался за 2-3 дня до ожидаемой менструации. Дополнительная комплексная терапия включала антимикотические препараты и местное лечение. Критерий излеченности определялся через 4 недели после окончания курса лечения. Степень выздоровления по микробиологическим показателям составила 93%. Таким образом, вильпрафен зарекомендовал себя как высокоэффективное средство для лечения инфекций передаваемых половым путем.

При кольпоскопическом исследовании всех обследованных женщин установлены следующие варианты картин:

1 вариант – эктопия, в том числе с воспалением у 58,2 %;

2 вариант – эктопия цилиндрического эпителия в стадии начавшейся типичной эпидермизации с наличием выводных и появлением закрытых протоков желез (эктопия + зона трансформации) у 34,5 %;

3 вариант – эктопия в сочетании с простой лейкоплакией у 7,3 % обследованных женщин.

При цитологическом исследовании в большом количестве обнаружены клетки высокого цилиндрического эпителия без атипии.

Для верификации диагноза проводилось гистологическое исследование биоптата шейки матки. Гистоморфологические исследования биоптатов выявили следующие изменения по отношению к предварительному кольпоскопическому диагнозу:

- железистая псевдоэрозия шейки матки, в том числе с признаками воспаления у 52,7 %;
- псевдоэрозия с явлениями плоскоклеточной метаплазии у 41,8 %;
- псевдоэрозия с лейкоплакией у 5,5%.

Процент совпадений кольпоскопических и гистологических диагнозов составил в 1-м варианте 90,6%, во 2-м варианте 87% и в 3-м – 75%.

В процессе гормональной контрацепции у женщин 1 группы тщательно учитывались побочные реакции, колебания массы тела, АД и изменения общего самочувствия. Побочные неблагоприятные эффекты выявлены у 8% пациенток в первые 1-2 месяца приема препарата в виде тошноты и нагрубания молочных желез, которые в последующем нивелировались без применения медикаментозных средств.

Контроль менструального цикла на фоне контрацепции отметил его нормализацию в течение 3-х месяцев практически у всех женщин основной группы.

Результаты кольпоскопического обследования по влиянию три-мерси на репаративные процессы шейки матки при эктопии показали, что уже через 3 месяца отмечено появление метапластического эпителия от периферии к центру у 50% женщин. К концу 6 месяца приема препарата у 28 (70%) женщин кольпоскопически установлено появление и увеличение зоны трансформации как проявление процесса эпителизации шейки матки и у 5% полная эпителизация многослойным плоским эпителием.

При цитологическом исследовании мазков из зоны трансформации отмечена тенденция к повышению числа поверхностных и промежуточных клеток и снижению числа клеток высокого цилиндрического эпителия, а также появление метапластических клеток, что следует расценивать как проявление эпителизации в участках эктопии.

В контрольной группе прослеживались менее выраженные параметры репаративных процессов, как в качественном, так и количественном соотношении. Через 6 месяцев при контрольной кольпоскопии отмечено появление зоны трансформации только у 3 (20%) пациенток, а полная эпителизация не обнаружена ни в одном случае.

Таким образом, при использовании низкодозированного трехфазного контрацептива Три-мерси у женщин с псевдоэрозиями происходит формирование плоскоклеточной метаплазии в участках эктопии с последующей дифференцировкой метапластического эпителия в многослойный плоский. Данный феномен можно рассматривать как репаративный процесс, являющийся одним из этапов заживления псевдоэрозии.

После окончания курса лазеротерапии у больных 2 группы оценивалась эффективность данного метода по кольпоскопической и цитологической картинам. У 22 больных (85,8%) с псевдоэрозией кольпоскопически выявлено уменьшение зоны эктопии почти в 2 раза, исчезновение воспалительных проявлений и появление нормальной зоны трансформации, цитологически подтверждены репаративные процессы появлением метапластического эпителия в зонах эктопии. Обострение кандидозного вульвовагинита у 2 женщин, инфицирование трихомонадами у одной, объясняет отсутствие клинического эффекта от проведенной терапии у этих больных.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности лазеротерапии, проявляющейся как в полной, так и в частичной эпителизации шейки матки у пациенток с псевдоэрозиями, а следовательно, данный метод может быть рекомендован как один из основных для лечения фоновых заболеваний шейки матки у молодых нерожавших женщин.

Выводы

1. В процессе комплексного обследования установлен высокий репаративный эффект в зонах эктопии в течение 6-месячного приема трехфазного контрацептива Три-мерси. Подобный эффект в сочетании с высокой контрацептивной защитой позволяет считать Три-мерси препаратом выбора для контрацепции у молодых нерожавших женщин с патологией шейки матки.

2. Многофакторность воздействия, атравматичность, отсутствие отдаленных отрицательных результатов лечения и высокая эффективность определяют перспективность применения лазеротерапии при лечении фоновых заболеваний шейки матки, особенно у молодых нерожавших женщин

3. При наличии исходной генитальной инфекции 1 этапом терапии должно являться назначение макролидов нового поколения, в частности вильпрафена в сочетании с индукторами интерферона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василевская Л.Н. Кольпоскопия.-М.,1986.-157 с.
2. Козаченко В.П. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки.-М.: Медицина, 1994.
3. Прилепская В.Н. Эктопия и эрозия шейки матки//Заболевания шейки матки (клинические лекции)/Под ред. В.Н.Прилепской.-М.: Медиа сфера, 1977.-С.9-12.
4. Прилепская В.Н., Роговская С.И., Межевитинова Е.А. Кольпоскопия: Практическое рук-во.-М., 1997.-108 с.
5. Рудакова Е.Б. Псевдоэрозия шейки матки (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ...д-ра. мед.наук.-М., 1996.-42 с.