

В.И.Грицюк
В.Л.Винокуров

Справочник
частнопрактикующего
гинеколога

Санкт-Петербург
1997

В.И. Грицюк
В.Л. Винокуров

**Справочник
частнопрактикующего
гинеколога**

Амбулаторная практика



Яблочко СО

1997

В.И. Грицюк
В.Л. Винокуров

**Справочник
частнопрактикующего
гинеколога**

Амбулаторная практика



Яблочко СО

1997

Содержание

Предисловие	9
-------------------	---

Часть I. Общая гинекология от «А» до «Я»

Аборт искусственный	12
Альгодисменорея	16
Аномалии положения половых органов	17
Антибиотики	18
Антиэстрогены	24
Аменорея	27
Бактериальный вагиноз	35
Бартолинит	35
Бесплодие в браке	36
Эндокринное бесплодие	36
Лечение эндокринного бесплодия	39
Бесплодие при поражении органов-мишеней	42
Перитонеальное бесплодие	42
Эндометриоз как причина бесплодия	43
Бесплодие неясного генеза	44
Искусственно осеменение при бесплодии	44
Воспалительное заболевание органов малого таза	44
Внематочная (эктопическая) беременность	49
Гепатит В	50
Гартнерова хода киста	51
Гимнастика Кегеля	51
Гирсутизм	52
Гонорея	53
Децидуальный полип	55
Дисфункциональные маточные кровотечения	56

Заболевания, передаваемые половым путем	59
Задержка полового развития (созревания)	61
Зуд наружных половых органов	62
Кандидоз	63
Кольпиты	66
Контрацепция	69
Крауроз вульвы	87
Лейкоплакия вульвы	88
Мастопатия (фиброзно-кистозная мастопатия)	89
Микозы женских половых органов	92
Микоплазмозы урогенитальные	93
Миома матки	95
Моллюск контагиозный	97
Недержание мочи при напряжении	97
Остеопороз	99
Поликистозных яичников болезнь (болезнь Штейна-Левенталя)	102
Поликистозных яичников синдром (Вторичные поликистозные яичники)	104
Поликистозных яичников синдром (Вторичные поликистозные яичники у женщин с нейро-эндокринным синдромом)	104
Сальпингооофорит хронический	106
Трихомоноз	109
Туберкулез урогенитальный	111
Хламидиоз	112
Цервицит	116
Эндометрит	117
Эндометриозы	118
Эрозии шейки матки	120
Симптомы	122
Болта симптом	122
Винтера симптом	122
Голдена симптом	122
Данфорта симптом	122
Дугласа симптом	123
Дуэя симптом	123
Дюпоитрена абсцесс	123
Жендринского симптом	123
Куленкампа симптом	123
Кушталова симптом	123
Кюллена симптом	124

Кюстнера симптом	124
Ландау симптом	124
Лаффона симптом	124
Леотта симптом	124
Маделунга симптом	124
Ольсхаузена симптом	124
Поснера симптом	124
Промптова симптом	125
Реклю болезнь	125
Салмона симптом	125
Самнера симптом	125
“Споттинги” спонтанные	125
Стокса законы	125
Стояно симптом	125
Турена полифиброматоз	126
Фитц — Хью — Куртиса симптом	126
Хованса — Джиота симптом	126
Хофштеттера — Куллена — Хелендаля (симптом голубого пупка)	126
Шлоффера симптом	126
Элекера симптом	127
Синдромы	127
Аллена — Мастерса	127
Ашермана	127
Истощения яичников	128
Кальмана	128
Колка	128
Климактерический синдром	128
Климактерические “приливы”	132
Масталгия циклическая (синдром)	132
Мейгса синдром	133
Нейрообменно-эндокринный синдром (гипоталамический)	133
Неовулировавшего фолликула — ЛЮФ синдром	133
Ожирение послеродовое	134
Паксона	134
Подреберный — (Фитц — Хью — Куртиса)	134
Посткастрационный синдром	134
Предменструальный синдром	134
Приобретенного иммунодефицита синдром	135
“Пустого” турецкого седла синдром	136
Резистентных яичников синдром	136
Рейтера — (Фиссенже, Леруа) — уретро-окуло-синовиальный синдром	136
Тазовых болей синдром	136
Токсического шока синдром	137
Шихана синдром	138
Френкеля — гипертекоз яичников	138
Эндокраниоз — Морганьи — Стюарта — Мореля синдром	138

Часть II. Фоновые и предраковые заболевания наружных половых органов

1. Опухоли наружных половых органов.	140
1.1. Доброкачественные опухоли.	140
1.2. Фоновые и дистрофические процессы.	141
1.3. Дисплазия и преинвазивный рак.	142
1.4. Инвазивный рак вульвы.	145
2. Фоновые и предраковые заболевания влагалища.	147
2.1. Доброкачественные опухоли.	147
2.2. Рак влагалища.	148
3. Опухоли шейки матки.	151
3.1. Фоновые предраковые заболевания.	151
3.2. Фоновые процессы.	152
3.3. Дисплазия.	153
3.4. Преинвазивный рак.	154
3.5. Инвазивный рак шейки матки.	154
3.6. Лечение фоновых процессов, дисплазии, преинвазивного и микроинвазивного рака.	155
3.7. Рак шейки матки и беременность.	162
4. Опухоли тела матки.	163
4.1. Железистая гиперплазия эндометрия.	164
4.2. Атипичная гиперплазия.	164
4.3. Рак тела матки.	167
5. Трофобластическая болезнь.	175
5.1. Современная концепция трофобластической болезни.	175
5.2. Диагностика трофобластической болезни.	176
5.3. Лечение.	179
6. Опухоли яичников и маточных труб.	181
6.1. Клинико-морфологические особенности.	182
6.2. Диагностика.	190
6.3. Лечение.	192
7. Обследование молочных желез в практике гинеколога.	192
7.1. Фиброаденоматоз молочных желез.	194
7.2. Интродуктальная папиллома и эктопия молочного протока.	194
7.3. Ранние формы рака молочной железы.	195
Список литературы.	196

Предисловие

В предлагаемом Вашему вниманию “Справочнике” излагаются особенности структуры гинекологической заболеваемости в последние годы. В число наиболее распространенных заболеваний выдвинулись вирусные, микоплазменные, хламидийные, гарднереллезные поражения.

Практически не встречаются формы заболеваний, вызванные каким-либо одним бактериальным фактором, в основном, это сочетанные инфекции, а возбудители их характеризуются как миксты.

Все это требует от гинеколога крайне внимательного отношения к подбору лекарственной терапии.

Наблюдения за женщинами, которые, минимум, один год живут со своим партнером, показали, что существует явная корреляция между заболеваемостью кольпитами, аднекситами, болями в нижних отделах живота, нерегулярными месячными и дефицитом контактов, напряжениями в сексуальных отношениях, дисгармонией в личной жизни.

Среди гинекологических заболеваний, с которыми встречается врач, значительный удельный вес составляют различные новообразования наружных и внутренних половых органов. Их злокачественные формы занимают ведущее место в структуре онкологической заболеваемости женщин, причем рак шейки матки, эндометрия и яичников составляет до 95% по отношению к интегральному показателю заболеваемости злокачест-

венными опухолями половых органов. В большинстве случаев гинеколог, к которому обратилась больная, располагает возможностью заподозрить или выявить новообразование и своевременно отправить больную к онкогинекологу или в онкологический стационар для углубленного обследования и адекватного лечения. Таким образом, судьба женщин с онкологической патологией, в значительной мере, зависит от гинеколога, к которому больная впервые обратилась, и требует от него онкологической настороженности и специальных знаний. Поэтому частнопрактикующему гинекологу необходимо иметь постоянный тесный контакт с онкологическими учреждениями.

Во второй части справочника в краткой форме представлены современные данные, касающиеся клинических проявлений, особенности.

Авторы.

Найденные в книге опечатки:

страница/строка	напечатано	следует читать
15/3 абзац	продолжительность	продолжительность операции
23/10 снизу	аминогликозиды	аминогликозиды
28/12 сверху	половое	лобковое
40/17 сверху	эстрагенов	эстрогенов
43/15 снизу	диназол	даназол
47/5 сверху	Виру-Мерц	- - -
56/4 снизу	асапирация	аспирация
60/3 снизу	(генитальным)	, генитальным,
69/5 снизу	дисплазий молочных желез и их, ...	дисплазий и рака молочных желез, ...
70/5 сверху	фемоден	фемулен
72/ таблица	силест ... не дает ...	силест ... не дает прибавки веса.
90/5 снизу	НФЛ	НЛФ
90/4 абзац	тактике ведения больного	тактике ведения больной
95/1 сверху	офлаксицин	офлаксацин
100/9 снизу	гиперкальциурия.	гиперкальциурии.
107/4 абзац	... Для превращения	... для предотвращения
116/1 абзац	12-14 ч	12 - 14 дн
117/6 сверху	эктоопион	эктропион
119/	Рассасывающая терапия:	Рассасывающая терапия: микроклизмы, фонофорез
133/7 снизу	левододой	леводопой
134/9 сверху	олигунией	олигурией
140/ заголовок	наружныхполовыхорганов	наружных половых органов
139/ заголовок	заболевания наружных половых	заболевания половых органов
142/1 сверху и далее каждая четная страница	наружных половых органов	половых органов
185/14 сверху	эндометриоидная цистадемокарценома	эндометриоидная цистаденокарцинома
186/7 снизу	20%	2 %
196/8	Я.В.	Бохман Я.В.

В.И Грицюк

Часть I.

**Общая гинекология
от «А» до «Я»**

Аборт искусственный

Аборт искусственный — наиболее распространенный способ регуляции рождаемости в России. Производство абортов занимает значительное место в амбулаторной практике частнопрактикующего врача. При соблюдении всех условий, технически грамотном выполнении операции, частота всех осложнений колеблется в пределах 10-30 %. Из них самые частые — кровотечения, связанные с задержкой остатков плодного яйца (до 70 %), эндометриты (12 %), аднекситы (3,2 %). Осложнения обычно выявляются в первые 10 дней после операции.

Обязательные принципы выполнения операции:

- Контроль удаляемого материала (ворсинки хориона, части плодного яйца).
- Тщательное обследование беременных — послеабортные осложнения могут быть связаны с такими источниками инфекций, как эрозии шейки матки, эндоцервиты, кольпиты, хронические “угасшие” аднекситы. В этих случаях требуется предоперационное лечение женщин.
- Вмешательства до 20 дней задержки не пришедших в срок месячных требуют иммунологического контроля наступления беременности.
- Перфорация матки при аборте — бесспорная беда, но не обнаруженная вовремя перфорация матки — подлинная трагедия.
- Аборт должен производиться только в операционной, при участии анестезиолога и адекватной анестезии.
- Один врач не должен производить более 7-8 абортов в день.
- Появление воспалительных осложнений, лечение которых возможно в амбулаторных условиях, требует назначения спазмолитиков, ципрофлоксацинов, спринцеваний, полового (безусловно!) и физического покоя.
- Категорически не должны нарушаться предельно допустимые сроки беременности, разрешенные для прерывания в амбулаторных условиях.

Простагландины для акушерства и гинекологии

ПРЕПИДИЛ гель (динопростон) — препарат простагландина E₂, применяемый для ускорения созревания шейки матки в родах:

- у женщин с неблагоприятным состоянием шейки в 80-100% случаев эффективен для преиндукционной подготовки (созревания) шейки;
- облегчает процесс индукции;
- уменьшает потребность в последующем применении окситоцина;
- отдалает момент необходимой амниотомии;
- характеризуется минимумом побочных эффектов;
- представляет собой стабильный препарат в удобном готовом шприце.

Форма выпуска: одноразовый шприц, содержащий 0,5 мг динопростона в 3,0 г стерильного геля для эндоцервикального введения.

ПРОСТИН E2 (PROSTIN E2) — вагинальный гель *динопростон (dinoprostone)*:

- быстро абсорбируется, что определяет большую эффективность;
- отдалает необходимость амниотомии;
- обеспечивает более постепенное, чем окситоцин, развитие родового процесса;
- позволяет выписать пациентку вскоре после применения;
- характеризуется меньшей, чем окситоцин, вероятностью послеродового кровотечения;
- высокоприемлим для больных;
- выпускается в заранее заполненных шприцах в двух дозировках (1 мг, 2 мг) для большего удобства.

Начальная доза — 1 мг вводится в задний свод влагалища. При необходимости через 6 часов можно ввести вторую дозу геля — от 1 до 2 мг.

Форма выпуска: одноразовый шприц для вагинального введения, содержащий 1 мг или 2 мг динопростона в 3,0 г;

ПРОСТИН E2 (PROSTIN E2) — таблетки *динопростон (dinoprostone)* — препарат простагландина E₂, применяемый для индукции родов: оказывает стимулирующее влияние на сократительную активность и тонус миометрия.

- безопасны и эффективны для индукции родов после преждевременного отхождения вод;
- удобны в применении;



**Pharmacia
&Upjohn**

— ранняя индукция, следовательно, более короткий латентный период и меньший риск для матери и ребенка.

Для индукции родов при доношенной беременности назначают внутрь в первой дозе 0,5 мг, затем дают 0,5 мг каждый час. Не рекомендуется увеличивать дозу свыше 1,5 мг/час.

Форма выпуска: таблетки по 0,5 мг;

ПРОСТИН E2 (PROSTIN E2) — динопростон (*dinoprostone*) стерильный раствор:

— эффективен для индукции родов в случае внутриутробной гибели плода (в/в введение);

— эффективен для медикаментозного аборта, при несостоявшемся аборте, при пузырном заносе (внутривенное применение);

— эффективен для медикаментозного аборта (экстраамниотическое введение).

При внутриутробной гибели плода применяют в/в инфузию раствора с начальной скоростью 0,5 мкг/мин, с дальнейшим повышением скорости с интервалами не менее часа.

Для медикаментозного аборта применяют в/в инфузию раствора с концентрацией 5,0 мкг/мл.

Форма выпуска: ампулы 1 мг/мл (0,75 мг) и 10 мг/мл (5 мг);

ПРОСТИН F2 альфа (PROSTIN F2 alfa) — динопрост трометамин (*dinoprost*) — препарат простагландина F2 альфа, применяемый для индукции родов и для прерывания беременности в сроке от 16 до 20 недель.

· выраженное стимулирующее влияние на миометрий;

· в/в или в/м введение вызывает ритмичные сокращения беременной матки наряду с расширением шейки матки;

· для индукции родов проводят в/в инфузию раствора с концентрацией 15 мкг/мл со скоростью 2,5 мкг/мин в течение 30 мин.

Форма выпуска: стерильный раствор 5 мг/мл в ампулах по 1 мл, 1,5 мл, 4 мл, 5 мл и 8 мл.



**Pharmacia
& Upjohn**

Представительство

“АПДЖОН КАМПАНИ”:

103009 Москва, Газетный пер., 17/9

Тел.: (095) 956-98-00 Факс: (095) 956-98-01

В Санкт-Петербурге:

Тел.: (812) 210-68-37

Методы прерывания беременности можно разделить на 2 группы:

- Хирургические
- Медикаментозные.

Хирургические методы прерывания беременности

Хирургические методы прерывания беременности включают:

- вакуум-кюретаж — наиболее распространенный метод прерывания беременности во всем мире. Преимуществами этой процедуры являются простота исполнения и непродолжительность проведения. Операцию выполняют под местной анестезией. Размер используемой канюли 2 мм. Аспирированный материал подлежит гистологическому исследованию для исключения внематочной беременности;
- вакуум-аспирация (“мини-аборт”) — операцию этим методом проводят при задержке месячных от 2 до 28 дней, что соответствует беременности 3-6 нед. Операция возможна в амбулаторных условиях, предотвращает повреждение матки и шейки матки. До операции необходимо ультразвуковое обследование, продолжительность ^{периода} от 1 до 1,5 минут. Она наиболее рациональна, по сравнению с традиционным кюретажем;
- традиционный кюретаж — прерывание беременности с расширением цервикального канала и использованием острой кюретки. Метод приемлем для прерывания беременности при 13-16-недельном сроке. Для поддержания сократительной деятельности матки во время операции используют окситоцин;
- гистеротомия — малое кесарево сечение — большая интраабдоминальная операция с общей анестезией, продолжительным послеоперационным периодом и возможностью осложнений, связанных с хирургической операцией. Применяют только при наличии особых показаний и сроке беременности до 21-22 нед.

Медикаментозные методы прерывания беременности

Медикаментозные (не хирургические) методы прерывания беременности включают:

- Ru-486 (мефипристон), антагонист прогестерона, используют в первые 3 нед от задержки менструации, эффективен в 85 % случаев. Продолжительные кровотечения встречаются в одном

из пяти случаев полного аборта и не требуют дополнительного кюретажа. Комбинированное применение Ru-486 с малыми дозами аналогов простагландинов группы E и F₂ повышает эффективность метода и снижает побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта;

- внутриматочное введение гипертонических растворов при беременности 21-22 нед. Сопровождается значительными нарушениями электролитного баланса, зачастую, инфицированием, используется в особых случаях;
- воздействие на рецепторы шейки матки с той же целью оказывают шеечные магнитофорные колпачки — применяют при задержке регулярно приходящих месячных на 2-3 дня (беременность приблизительно 3 нед), могут быть использованы самой женщиной. Эффективность метода 70-75 %, выпускаются ПК "Комби" (Санкт-Петербург).

Альгодисменорея

Альгодисменорея — циклически повторяющийся патологический процесс, проявляющийся болями внизу живота и нейровегетативными расстройствами. Возникает за 1-2 дня до менструации и продолжается в течение первого дня или первых дней ее.

Боль бывает схваткообразной, распирающей, иррадирует в область прямой кишки, бедер, поясницы.

Первичная альгодисменорея

Встречается у молодых девушек при установлении овуляторных циклов. Обычно они астеничного телосложения, легко возбудимы, эмоционально лабильны.

Основной причиной болезненных сокращений эндометрия является нарушение синтеза простагландинов.

Нейровегетативные расстройства при этом проявляются в виде мигрени, характерны рвота, понос, ознобы.

При лечении эффективно применение препаратов, тормозящих синтез простагландинов:

- *Ибупрофен* 400 мг, по 1 таблетке каждые 4 ч, суточная доза 2400 мг, или
- *Кислота мефенаминовая* 250 мг, по 2, а затем, по 1 таблетке каждые 6 ч, или
- *Натрия напроксен* 275 мг, по 1 таблетке каждые 6-8 ч, суточная доза 1375 мг, или
- *Напроксен* 250-500 мг, по 1 таблетке каждые 6-8 ч.

Прием лекарств начинают за 2-3 дня до месячных и продолжают в первый день цикла.

Значительный эффект получен и при использовании *индометацина* по 25 мг 3 раза в день.

Менее эффективно применение эстроген-гестагенных препаратов.

Вторичная альгодисменорея

Отмечается у женщин, имеющих в анамнезе роды, аборт, гинекологические заболевания.

Внутренний эндометриоз, пороки развития и миомы матки, крупные полипы эндометрия могут сопровождаться болезненными месячными, однако, нейровегетативных расстройств при этом не отмечается.

В ряде случаев (расширение вен основания широкой связки, разрыв заднего листка широкой связки), точный диагноз может быть поставлен только при лапароскопии.

Лечение

Лечение зависит от причины альгодисменореи.

Аномалии положения половых органов

Выделяют опущение и выпадение стенок влагалища, опущение и выпадение матки, ретрофлексию, патологическую антефлексию.

Смещение книзу влагалища может происходить и без смещения матки.

Выделяют 3 степени смещения влагалища книзу:

I степень — опущение передней или задней стенки влагалища или обеих стенок вместе, но стенки не выходят за пределы входа во влагалище.

II степень — выпадение передней или задней стенки влагалища, или обеих стенок снаружки от влагалищного входа.

III степень — полное выпадение влагалища, сопровождающееся также и выпадением матки.

Смещение матки книзу подразделяют на 4 степени:

I степень — опущение матки или шейки матки до входа во влагалище.

II степень — опущение или выпадение шейки матки вне половой щели.

III степень — неполное выпадение матки вне половой щели (не только шейки матки, но и тела ее, за исключением дна).

IV степенью мы считаем полное выпадение матки.

Амбулаторное лечение этой группы больных, особенно в I стадии заболевания, заключается в обучении их *гимнастике Кегеля* (см. *Недержание мочи — гимнастика Кегеля*). Это позволяет ряду больных, с сопутствующим опущению стенок влагалища недержанием мочи, избежать оперативного лечения. Кроме специальной гимнастики, в качестве предоперационной подготовки, обязательным является лечение декубитационных язв. Мы применяем в этих случаях гелий-неоновый лазер — расфокусированным пучком 50 мВт/см² 10-15 сеансов, или лазерную вапоризацию зоны пролежней CO₂ лазером.

Применение пессариев Мейера, самодельных ватно-марлевых тампонов оправдано только у пожилых больных с абсолютными противопоказаниями к оперативному лечению.

Лечение аномалий положения половых органов II, III, IV степеней — только хирургическое.

Антибиотики

Характеристики антибиотиков, их клиническая фармакология, фармакотерапия изложены в прекрасных руководствах С.М. На-

вашина, Ю.Б. Белоусова, В.С. Моисеева, В.К. Лепихина и других.

Однако врач частной практики зачастую поставлен в такие временные рамки, что посев материала, выявление минимально ингибирующих и минимально бактерицидных концентраций антибиотика (МИК и МБК) становится невозможным.

Врач вынужден сразу использовать препараты широкого спектра действия. Позволим себе привлечь внимание читателя к некоторым основополагающим принципам, которых мы придерживаемся в своей практике.

1. Ряд антибактериальных препаратов экскретируется почками в неизмененном виде (цефалоспорины, пенициллины, аминогликозиды), и поскольку заболевания зачастую носят характер мочеполовых, то необходимо в своих назначениях учитывать РН мочи. Так, в кислой среде активны пенициллины, в щелочной — аминогликозиды, эритромицин.
2. Наибольшую популярность в последние годы приобрели цефалоспорины, которые объединяются в одну группу с цефамизинами. Они устойчивы к пенициллиназам, хотя могут подвергаться действию бета-лактамаз.
 - **Цефалоспорины 1-го поколения** активны относительно грамположительных бактерий, но не оказывают действия на грамотрицательные микроорганизмы. Являются альтернативой пенициллинам. Используются с профилактической целью в хирургии. Их пероральные формы — *кефлекс*, *велозеф*, *дурицеф*.
 - **Цефалоспорины 2-го поколения** устойчивы к бета-лактамазам, активны в отношении грамотрицательных и грамположительных бактерий. Применяются для лечения инфекций различной локализации, внутрибольничных инфекций. Оральные формы — *цефлор*, *зиннат*.
 - **Цефалоспорины 3-го поколения** предназначены для лечения тяжелых инфекций. Оральные формы — *цефетомет*, *пироксил*, *цеффиксим*, *цефпрозил*. Возможно назначение их 1-2 раза в сутки.
3. Одним из самых безопасных препаратов считается *эритромицин* из группы *макролидов*. Эритромицин является препаратом

выбора при микоплазменной пневмонии, хламидийной инфекции во время беременности.

4. Аминогликозиды — *гентамицин, тобрамицин, канамицин* — воздействуют на грамотрицательные аэробные бактерии. Мы назначаем их как дополнительный препарат при тяжелом течении инфекционного процесса. Препараты эти ототоксичны и нефротоксичны.
5. Значительное применение находят препараты *тетрациклинов* и их полусинтетических производных, например, *доксциклина*. Зачастую, они являются препаратами первоочередного выбора.
6. Специалистам приходится сталкиваться со все возрастающей ролью ряда условно-патогенных инфекций и изменениями иммунного ответа организма на них. Это касается многих вновь открытых заболеваний. Большинство таких заболеваний характеризуется внутриклеточной локализацией возбудителя, что обуславливает медленное развитие патологического процесса и неадекватность иммунологических реакций.

Такие инфекции способны вызывать более глубокие и распространенные патологические нарушения, их труднее диагностировать и лечить.

В то же время тактика ведения больных существенно не изменилась.

Открытый в 70-е годы легионеллез особенно длительно протекает у курльщников, алкоголиков, у лиц, длительно получающих иммунодепрессанты.

Течение иерсиниоза, псевдотуберкулеза менее тяжелое, но, как правило, затяжное и рецидивирующее.

*Лайм-боррелиоз известен как самостоятельная нозологическая форма не менее 10 лет. Заболевание вызывается бактериями *Borrelia burgdorferi*, передача происходит кровососущими насекомыми (вшиами и клещами).*

Все эти формы заболеваний поддаются лечению доксициклином и эритромицином, но хламидиоз, наряду с применением доксициклина, требует новых лекарственных подходов.

7. Новым классом синтетических антибактериальных средств, которые в ближайшие годы займут одно из ведущих мест в анти-

Таривид

офлоксацин

*широкий спектр бактерицидного действия
в сочетании со 100% биоэквивалентностью
парентеральной и таблетированной форм*

- ◆ Таривид — антибиотик с идентичной парентеральной и пероральной дозировкой.
- ◆ Быстрое исчезновение симптомов в условиях монотерапии.
- ◆ Таривид оказывает немедленное действие в зоне инфекции благодаря высокому уровню в сыворотке и быстрой диффузии в ткани и жидкости организма.
- ◆ Таривид обладает низкой частотой побочных эффектов.

Широкий антимикробный спектр наряду с великолепными фармакокинетическими характеристиками делают Таривид препаратом выбора среди хинолонов в условиях госпиталя и поликлиники.

Экономичный режим приема препарата (два раза в сутки) выгодно отличает Таривид от других антибиотиков.

У Таривида отсутствует нефротоксический эффект.

У Таривида не существует перекрестной устойчивости с другими антибиотиками и химиопрепаратами.

Основные показания: инфекции дыхательных путей, уха, горла, носа, инфекции почек, мочевыводящих и половых путей, кожи и мягких тканей, инфекции брюшной полости, включая малый таз, а также гонорея.

Дозы и способ применения:

Средняя доза для перорального назначения составляет 0,2 г два раза в сутки. Может быть увеличена до 0,8 г в сутки – в два приема. При инфекции тяжелого течения вводится 0,2 г препарата капельно на 5% глюкозе в течение часа.

Форма выпуска:

Таблетки по 0,2 г, раствор для инъекций во флаконах 100 мл/200 мг.

Hoechst Marion Roussel

Hoechst 

192007 Санкт-Петербург

ул. Тамбовская, 12

Тел.: (812) 167-07-22, 166-46-34

(812) 167-07-31

Факс: (812) 167-07-21

Профилактика инфекций в хирургии



Роцефин®

цефтриаксон

Самый покупаемый в мире
парентеральный цефалоспори́н

Показания: профилактика инфекций в хирургии. Режим дозирования: 1-2 г препарата Роцефин (в зависимости от степени опасности заражения) вводят однократно за 30-90 мин до начала операции. Другие показания: менингит; сепсис; инфекции органов брюшной полости; инфекции костей, суставов, мягких тканей, кожи и ран; инфекции у больных с ослабленным иммунитетом; инфекции почек и мочевых путей; инфекции дыхательных путей, особенно пневмония, а также инфекции уха, горла и носа; инфекции половых органов, вызванные чувствительными к Роцефину возбудителями (включая гонорею). Противопоказания: гиперчувствительность к цефалоспори́нам в анамнезе. Меры предосторожности: при беременности (особенно первые 3 месяца) применять только в случае крайней необходимости; с осторожностью применять при повышенной чувствительности к пенициллину (возможность перекрестных аллергических реакций). Побочные действия: диарея, рвота; эозинофилия, лейкопения (около 2%). Формы выпуска: упаковки для в/м и в/в инъекций по 0.25, 0.5, 1 и 2 г препарата. Подробная информация предоставляется по запросу.

Оригинальный препарат из Швейцарии:

высокая эффективность, гарантированное качество



Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд,
Базель, Швейцария
103051, Москва, Рахмановский
пер., 4, тел.: (095) 258 27 71

Рош Санкт-Петербург
198904, СПб, ул. Возрождения 4,
офис 701
тел.: (812) 185 03 04

Препарат можно приобрести у крупнейших дистрибьютеров

бактериальной терапии, являются *фторхинолоны* (*Хинолоны*, *Клинич. фармакология и терапия*, М., 1994, т.3 № 2).

Бактерицидный эффект их связывают с суперспирализацией ДНК, что превращает ее в закрытую циркулярную структуру. И, таким образом, чувствительными к фторхинолонам оказываются внутриклеточные бактерии (микоплазма, легионелла, хламидия). Особенность *фторхинолонов* — низкий риск развития устойчивых штаммов. При неосложненных формах мочевых инфекций достаточным является однократный прием (например, *ципрофлоксацин* 500 мг внутрь). Для лечения гонореи достаточным является прием 250 мг *ципрофлоксацина* или 400 мг *офлоксацина* однократно.

Среди доступных фторхинолонов, только *офлоксацин* эффективен в лечении инфекции половых путей, вызванных хламидио трахоматис. Лечение *офлоксацином* обязательно при выявлении штаммов, резистентных к тетрацикламам.

К препаратам группы фторхинолонов относятся:

- *Норфлоксацин* — лекарственные формы: *норилет*, *норбактин*, *нолицин*, *норфлоксацин* — таблетки.
- *Ципрофлоксацин* — *ципролет*, *цифран*, *ципринол*, *сифлокс* — таблетки; *ципробай*, *квинтор*, *ципробид* — таблетки и раствор для инфузии.
- *Офлоксацин* — *таривид* - таблетки, раствор для инфузии.
- *Пефлоксацин* (*пеклацин*).
- *Флефлоксацин* (*хинодис*).

Рациональным является сочетание цефалоспоринов и аминогликозидов (гентамицин и др.), цефалоспоринов и метронидазола.

Нерационально применение цефалоспоринов в комбинациях с *тетрациклином*, *левомицетином*, так как в этих сочетаниях снижен противомикробный эффект.

При тяжелом течении эндометритов, аднекситов нами используется *далацин Ц* (*климицин*, *клиндомицин*). Это препарат резерва, активный относительно штаммов стафилококка, резистентных к пенициллину, анаэробов. Препарат достигает высоких концентраций в костной ткани, коже.

В то же время лечение антибиотиками "вслепую" способствует распространению устойчивой к лечению флоры. Это заставляет нас широко использовать препараты метронидазола, воздействующего на анаэробную флору. Перед операциями на органах малого таза, например, мы применяем метронидазол парентерально (500 мг препарата сохраняют терапевтическую концентрацию в крови в течение 6-8 ч). Данная концентрация в два раза превышает максимальную для подавления 100 % возбудителей.

Антиэстрогены

Казалось бы, что глава об антиэстрогенах, также как и глава об антибиотиках, должна включаться в справочники по фармакологии. Однако эти лекарственные средства зачастую являются препаратами выбора в частной практике.

Итак, антиэстрогены появились в клинической практике более 30 лет назад, и в настоящее время находят применение в качестве терапевтических средств в репродуктивной медицине и при контроле гормональной регуляции.

Наиболее распространенными из этой группы препаратов являются кломифен-цитрат, тамоксифен, хлоротрианзен. Считается, что антиэстрогенное действие их вызвано конкуренцией с эстрадиолом за связывание эстрогенными рецепторами. Известно, что антиэстрогены действуют на гипоталамо-гипофизарную систему, приводя к увеличению уровня гонадотропинов, усиливающих созревание фолликулов. Механизм действия кломифена — эстрогенный, так как он увеличивает выброс ЛГ и ФСГ, повышает чувствительность гипофизарных клеток к действию ЛГ-рилизинг гормона.

Антиэстрогены используют, в основном, для стимуляции овуляции при адекватной эндогенной продукции эстрогенов, т.е. при олигоаменорее, аменорее, олигоовуляции, гиперпролактинемии, дефекте лютеиновой фазы, с целью гиперстимуляции при оплодотворении *in vitro*.

Стандартная схема введения кломифена такова: 50 мг/день, в течение 5 дней цикла, начиная с 5-го дня или после прегеста-

Классификация цефалоспоринов.

Препараты первой генерации		Препараты второй генерации		Препараты третьей генерации	
Названия		Названия		Названия	
международные	коммерческие	международные	коммерческие	международные	коммерческие
Цефалоридин	Цепорин	Цефамандол	Кефалол	Цефотаксим	Клафоран
Цефазолин	Оризолин		Мандол		Оритаксим
	Кефзол		Мандокеф	Цефоперазон	Цефобид
	Тотацеф	Цефуроксим	Зинацеф		Цефобин
	Цефамизин		Зиннат		Цефобис
Цефалотин	Кефлин		Кетоцеф	Цефменоксим	Тациеф
	Цеповенин		Кефурокс	Цефтизоксим	Эпосерин
	Цепорацин		Новоцеф		Эпоцелин
Цефрадин	Велоцеф		Цефоген		Цефизокс
	Сефрин	Цефокситин	Бониефин		Цефтыкс
Цефацирин	Цефадин		Мефоксин	Цефтазидим	Главидим
	Цефатрексил		Толекар		Кефадим
Цефазетрил	Целоспор	Цефотпим	Халоспор		Модацим
Цефадроксил	Дурицеф	Цефаклор	Альфацет		Мироцеф
Цефалексин	Кефексин		Цеклор		Тазидим
	Кефлекс	Цефотетан	Цефотан		Ташифер
	Орацеф		Лиас		Фортум
	Орифекс	Цеймегазол	Цефазон		Фортгуз
	Оспексин	Цефонцид	Моноцид	Цефтриаксон	Лонгациеф
	Палигрекс	Цефоранид	Прещеф		Роцефин
	Плассан	Цефмегазол		Латамоксеф	Моксинактам
	Примспор	Цефоншид			Моксам
	Споридекс			Цефиксим	Трисеф
	Ценорекс			Цефегамет	Цефсиан
	Цепорексин			Цефподоксим	Подомексеф
Апо-цефалекс				Цефсулодин	Монаслор
	Цефабене			Цефеним	
	Цефаклен			Цефинром	
	Цефф			Цефгрозил	

ген-стимулированного кровотечения. При синдроме поликистозных яичников начальная доза — 25 мг/день.

Исследования показывают, что более чем у 80 % женщин наступает овуляция и у 40-50 % — беременность. К сожалению, в ответ на прием кломифена возможно увеличение яичников (14 % пациенток), приливы (11 %), неприятные ощущения в тазовой области (7 %), тошнота (2 %). Возможны головные боли, увеличение массы тела, обратимое выпадение волос. Возникшая беременность может быть многоплодной (7 %).

Спектр противомикробного действия цефалоспоринов (по Пчелинцеву М.В. и Карпову О.И. /ж. СПб. Врачебн. ведомости № 6, 1994/)

Микроорганизмы	Генерация цефалоспоринов			Примечания
	Первая	Вторая	Третья	
Грам (+) азробы				
Staph. aureus	*	*	+	
Str. epidermidis	*	*	+	
Str. pyogenes	*	*	*	
Str. pneumoniae	*	*	*	
Str. faecalis	0	+	+	
Грам (-) азробы				
H. Influenzae	+	*	*	
E. coli	*	*	*	
Klebsiella	*	*	*	
Enterobacter	0	*	*	
Serratia marcescens	0	+	*	
Pr. mirabilis	+	*	*	
Pr. indolpus	0	+	*	
Neisseria meningitidis	*	*	*	
Neisseria gonorrhoeae	*	*	*	
Ps. aeruginosa	0	0	0	
Анаэробы				
Bacteroides	0	+	+	Активны только: цефсулодин, цефоперазон, цефтазидим.
Clostridium spp.	*	*	+	Высокоактивны: цефотетан и латамоксеф.
Условные обозначения: * - высокая активность, + - умеренная активность, 0 - отсутствие активности				

Женщины с недостаточной массой тела, или с резко избыточной массой хуже отвечают на стимуляцию кломифеном (только 50-55 %).

Если овуляция не наступает, то дозу вводимого кломифена увеличивают каждый следующий цикл на 50 мг, достигая максимальной 250 мг.

В большинстве случаев, беременность наступает в первые циклы стимуляции. Если овуляция наступила, но беременность отсутствует после 6 циклов, необходимо дополнительное обследование пациентки и ее мужа.

Применение тамоксифена в стимуляции овуляции показало, что он значительно уступает в стимулирующем эффекте кломифену. Тамоксифен используют, в основном, в лечении рака яичников, молочной железы, эндометрия, карциноидного синдрома.

Аменорея

Аменорея — отсутствие менструаций у женщин 15-45 лет в течение 6 и более месяцев.

Аменорея — это проявление органических и функциональных нарушений на различных уровнях репродуктивной системы. Физиологической считают аменорею, возникающую при беременности и лактации, патологическую — делят на первичную и вторичную.

Общепринятой классификации аменореи, основанной на объективных и клинических проявлениях, не существует, и поэтому мы предлагаем одну из распространенных классификаций, позволяющую ориентироваться в симптомах заболевания.

Первичная аменорея

Первичная аменорея, в зависимости от уровня поражения, делится на — *маточную, яичниковую, надпочечниковую, гипофизарную, гипоталамическую и церебральную.*

Клинически это выражается в:

- Аменорея при отсутствии признаков полового развития (количественный или качественный дефект половых хромосом, на месте яичников — “соединительно-тканые тяжи”) — дисгенезия гонад.
- Аменорея при поражении гипоталамо/гипофизарной системы — больные клинически отличаются евнухоидным телосложением, гипоплазированными молочными железами, рентгенологически выявляемым гиперостозом спинки “малого” турецкого седла, матка и яичники соответствуют детскому возрасту.

- Аменорея на фоне симптомов вирилизации — генетически обусловленное нарушение синтеза андрогенов — адреногитальный синдром.

Больных, страдающих перечисленными симптомами, частно-практикующий врач должен направлять для обследования и лечения в генетические и эндокринологические центры.

К редким проявлениям первичной аменореи, которое все же может встретиться в практике, относится аменорея при нормальном женском фенотипе. Такие больные отличаются женским типом строения женских половых органов с укороченным, слепозаканчивающимся влагалищем. Молочные железы у них начинают развитие в 12-13 лет, характерным является отсутствие полового и подмышечного оволосения. Клиническое обследование выявляет расположение гонад у трети больных в брюшной полости, у трети в паховых каналах и у трети — в толще больших половых губ. УЗИ и лапароскопия полностью подтверждают диагноз.

Неполноценные тестикулы подлежат удалению (они претерпевают злокачественное перерождение приблизительно в половине случаев). В дальнейшем циклическая гормональная терапия во избежание развития посткастрационного синдрома.

Аменорея вторичная

Единой классификации не создано, однако общепринято подразделять ее в зависимости от уровня поражения.

Особняком стоит постстрессовая (психогенная) аменорея. Монотонность содержания ФСГ, ЛГ, монотонность КПИ (около 30 %) подтверждают диагноз. Улучшение психического состояния связано с применением *рудотеля*, *экстракта валерианы* (2-3 раза в день), восстановлением массы тела, сбалансированным питанием, использованием анаболических препаратов: *ретаболил* по 1 мл 1 раз в месяц внутримышечно, калия оротат 1,5 г в сутки, витамины А, Е, С. После 3-4 мес общего лечения показано назначение *микрофоллина* по 0,01 мг 2 раза в день 15-20 дней и прогестерона по 5-10 мг в сутки 7-8 дней. Гормональную терапию можно проводить синтетическими прогестинами (*тризистон*, *триквилар*, *цилест*) по обычной контрацептивной схеме.

Гипоталамическая форма вторичной аменореи

Гипоталамическая форма вторичной аменореи характеризуется наличием последней на фоне потери массы тела.

Лечение основано на исключении психогенных факторов, полноценном дробном питании, применении витаминов (группа В, Е, С) для увеличения массы жировой ткани — места внегонадного синтеза эстрогенов.

Вторичная аменорея на фоне функциональной гиперпролактинемии

Выявить функциональный характер гиперпролактинемии возможно только применением специальных проб. К распространенным в частной практике пробам относится проба с церукалом — внутривенно вводят от 2 до 10 мг *церукала*. Определенный до и через 2 ч уровень пролактина в норме возрастает до 8-10 раз. При функциональной форме гиперпролактинемии реакция ослаблена, при органической — отсутствует. Проба с парлоделом: кровь на ПРЛ исследуют натощак и через 2 ч после приема 5 мг *парлодела*. Резкое снижение уровня ПРЛ говорит о функциональном характере нарушения. При органических поражениях снижение уровня ПРЛ не происходит.

Лечение функциональной гиперпролактинемии

Парлодел является препаратом выбора. Однако, до лечения необходимо исключить формы гиперпролактинемического гипогонадизма (усиление образования и выделения тиреотропного гормона). Применение *парлодела* требует контроля содержания пролактина в крови каждые 5-8 нед, проведения ТФД. Дозу *парлодела* подбирают в течение приблизительно 6 мес. И, если для лечения в течение 3-4 месяцев определение пролактина в крови желательно, при длительности лечения свыше 6 мес оно обязательно.

Известно, что для лечения женщин с регулярным менструальным циклом начальные дозы *парлодела* составляют 1,25—2,5—5,0 мг в сутки, но вторичная аменорея требует начальной дозы в 7,5 мг в сутки. Препарат принимают или до наступления беременности, или до восстановления двухфазного цикла и нормализации уровня пролактина. Дозу препарата можно увеличить до 20 мг в сутки.

Недостаточность эффекта приема *парлодела* возможно компенсировать дополнительной терапией: + *кломифен* по 50 мг в сутки и *профазы* по 1500 ЕД на 15, 16, 17-й дни цикла.

Вторичная аменорея при органическом поражении (органическая гиперпролактинемия) вызывается пролактиномой гипофиза (см. *Хирургическое и медикаментозное лечение опухолей гипофиза*).

Гипогонадотропная аменорея

Кроме отсутствия менструаций, бесплодия, эти больные отличаются диспропорциональностью телосложения, гипоплазией наружных и внутренних половых органов.

Лечение их связано с применением человеческих менопаузальных гонадотропинов и гонадолиберинов, вводимых в цирхориальном режиме.

Нам представляется более целесообразным направлять подобных больных в эндокринологические клиники, а не проводить лечение амбулаторно.

Вторичная аменорея при послеродовом гипопитуитаризме (синдром Шиена) — см. *Синдромы*.

Вторичная аменорея при постпубертатном адреногенитальном синдроме — см. *Синдромы*.

Яичниковая форма вторичной аменореи

Яичниковая форма вторичной аменореи может быть следствием:

- синдрома истощения яичников (см. *Синдромы*)
- синдромом резистентных (рефрактерных) яичников (см. *Синдромы*).

Маточная форма вторичной аменореи

Маточная форма вторичной аменореи чаще всего связана с внутриматочными синехиями (*синдром Ашермана* — см. *Синдромы*) или специфическим (туберкулезным) поражением эндометрия.

Препараты швейцарской фирмы СОЛКО БАЗЕЛЬ АГ

Солко Триховак является вакциной для профилактики и лечения трихомоноза и неспецифического вагинита у женщин.

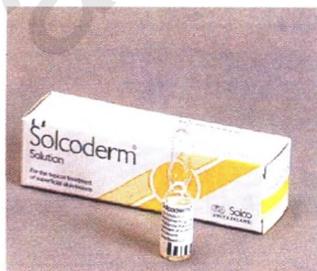


Солко Уровак является вакциной для профилактики и лечения инфекций мочевых путей (цистит, уретит, пиелонефрит, бактериальный простатит).

Солковагин применяется при местном лечении доброкачественных поражений шейки матки: эктропион, эритроплакия, псевдоэрозия, зоны превращения, полипы цервикального канала, Ovula Nabothi (после вскрытия), постоперационные гранулемы.



Солкодерм применяется для местного лечения доброкачественных новообразований кожи: обыкновенные и подошвенные бородавки, остроконечные кондиломы, себорейный кератоз, актинокератоз, невоклеточный невус.



Далацин

Клиндамицина фосфат 2%

Вагинальный крем

Разработан специально для лечения бактериального вагиноза

Показания к применению

Далацин Вагинальный крем является эффективным средством лечения бактериального вагиноза (ранее называвшегося вагинитом *Haemophilus*, гарднереллезным вагинитом или анаэробным вагинозом) как у небеременных женщин, так и во втором триместре беременности.

Противопоказания

Гиперчувствительность к клиндамицину или линкомицину.

Меры предосторожности

Беременность: при пероральном или парентеральном введении клиндамицина крысам и мышам признаки тератогенного действия не отмечались. У плодов мышей только одной линии, подвергавшихся воздействию клиндамицина, отмечалось незаращение верхнего неба; этот эффект был расценен как линейноспецифический. В клинических условиях влагалищное применение клиндамицина фосфата у женщин во втором и третьем триместре беременности побочных эффектов не вызвало. Соответствующих хорошо контролируемых исследований, касающихся женщин на первом триместре беременности, на данный момент не проведено, поэтому в



Pharmacia
& Upjohn

Представительство

“АПДЖОН КАМПАНИ”:

103009 Москва, Газетный пер., 17/9

Тел.: (095) 956-98-00 Факс: (095) 956-98-01

В Санкт-Петербурге:

Тел.: (812) 210-68-37

Далацин

Клиндамицина фосфат 2%

Вагинальный крем

этот период применять препарат следует только при наличии явной необходимости.

Кормящие матери: необходимо тщательно оценивать соотношение потенциальной выгоды и риска применения препарата. Выделяется ли клиндамицин с грудным молоком при влагалищном применении, не известно; были, однако, сообщения о том, что после введения клиндамицина парентерально или внутрь он в грудном молоке обнаруживается.

Избыточный рост микрофлоры: при применении клиндамицина возможен избыточный рост нечувствительных к нему микроорганизмов, особенно дрожжеподобных грибов.

Диарея и колит: Диарею и, в отдельных случаях, колит, вызванный применением антибиотиков, связали с пероральным и парентеральным применением клиндамицина. После влагалищного применения крема клиндамицина фосфата отмечалось лишь минимальное всасывание — около 4%, однако, в случае возникновения выраженной или длительной диареи применение препарата следует прекратить и обратиться за квалифицированной медицинской помощью.

Побочные эффекты

Частота неблагоприятных реакций от влагалищного применения Вагинального крема Далацин в клинических условиях, оцененных как связанные, вероятно связанные или возможно связанные с



Pharmacia
& Upjohn

Представительство

“АПДЖОН КАМПАНИ”:

103009 Москва, Газетный пер., 17/9

Тел.: (095) 956-98-00 Факс: (095) 956-98-01

В Санкт-Петербурге:

Тел.: (812) 210-68-37

использованием препарата, составила 24% (249 из 1020 женщин) у небеременных и 22% (40 из 180) у беременных во втором триместре. Данные об этих неблагоприятных реакциях приведены ниже (их частота, если не указано иное, составляла менее 1%).

Половые пути: симптоматический цервицит/вагинит — 16% (*Candida albicans* являлась возбудителем в 11%, а *Trichomonas vaginalis* — в 1% случаев) и раздражение вульвы — 6%

Центральная нервная система: головокружение, головные боли.

Желудочно-кишечный тракт: изжога, тошнота, рвота, диарея, запоры и боли в животе.

Дерматологические реакции: сыпь.

Аллергические реакции: крапивница.

Дозировка

Один аппликатор Вагинального крема Далацин (克林дамицина фосфат 2%; 5 г крема, содержащие примерно 100 мг клиндамицина фосфата) во влагалище, желательно на ночь, в течение 3-7 последовательных дней.

Форма выпуска

Вагинальный крем Далацин выпускается в тубах по 20 г с приложением трех разовых аппликаторов.



**Pharmacia
& Upjohn**

Представительство

“АПДЖОН КАМПАНИ”:

103009 Москва, Газетный пер., 17/9

Тел.: (095) 956-98-00 Факс: (095) 956-98-01

В Санкт-Петербурге:

Тел.: (812) 210-68-37

Бактериальный вагиноз

Бактериальный вагиноз, называемый также анаэробным вагинозом, вагинозом, вызванным гарднереллой, характеризуется жидкими, гомогенными выделениями с неприятным запахом, жжением во входе во влагалище, зудом (см. *Кольпит от гарднерелл*).

Общее лечение заключается в назначении *метронидазола* по 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней, иммуномодуляторов (*тимоген, декарис*), коррекции функции яичников (*микрофоллин* по 0,05 мг во влагалище на ночь с 5-го по 15-й дни цикла на протяжении 2-3 мес).

Местное лечение возможно 30-50 % раствором *димексида* для спринцеваний. Партнеру — *метронидазол* и *тетрациклин* по 0,25 г 4 раза в день (не запивать молочными продуктами!), *нистатин* по 0,5 г 4 раза 6 дней.

После ликвидации острых явлений — *бифидум-бактерин, лакто-бактерин* по 5-6 доз 1 раз в день во влагалище 5-7 дней.

Безусловно новым подходом является лечение *солко-триховаком*.

Иммунотерапия инактивированными лактобациллами способствует выработке местного иммунитета, увеличению количества лактобактерий Додерлейна во влагалищном содержимом, повышению уровня гликогена в клетках, снижению рН.

Лучшие показатели излеченности нами получены с применением этого препарата (восстановление “экологической ситуации”).

Бартолинит

В этот раздел мы включили и кисту бартолиниевой железы, и бартолинит.

Если киста бартолиниевой железы требует общепринятого хирургического лечения, то бартолинит вполне может быть оперирован в условиях малой операционной частной клиники. Основными правилами при этом будут следующие:

- полное обезболивание при вскрытии;

- обработка ложа 50 % раствором серебра нитрата;
- после разрушения пальцем всех перегородок, наложение швов на края раны — марсупиализация. Таким образом для сохранившихся элементов железы создается дополнительный, достаточно широкий выводной проток.

После хирургического этапа необходимо каждые 2 дня обрабатывать полость настойкой йода и не менее 5 дней применять антибиотики широкого спектра действия (*ципролет*, *ципробай*, *цифран*).

Бесплодие в браке

Бесплодие в браке — отсутствие беременности при регулярной половой жизни без применения противозачаточных средств в течение года.

Проблема бесплодия многогранна, и мы разделяем ее на несколько аспектов.

Эндокринное бесплодие

Начальным и абсолютно необходимым является обследование мужа (анализ простатического секрета, спермограмма, консультация генетика).

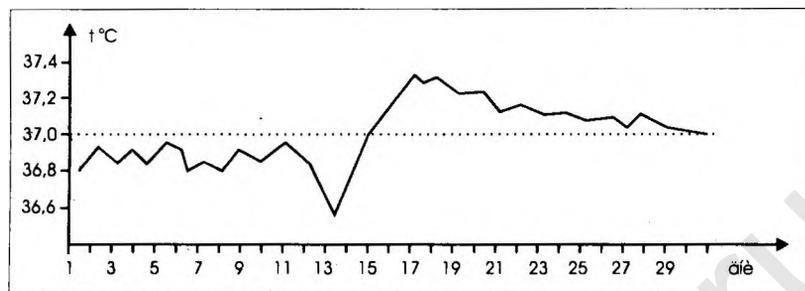
Эндокринные формы бесплодия у женщин — это расстройство овуляции. Возможно, однако, бесплодие при наличии овуляции и отсутствии других видимых причин заболевания. Такие формы относятся к бесплодию неясного генеза.

Установить отсутствие овуляции легче всего измерением базальной температуры (БТ), определением прогестерона в плазме, прегнандиола в моче (на 6-8-й день повышения БТ) или цуг-соскобом, УЗИ, лапароскопией.

Особенно информативно измерение БТ.

Предовуляционное “западение” БТ на 0,2-0,3° и повышение БТ после овуляции на 0,5-0,6° типичны для нормального менструального цикла. Несовпадение данных БТ и других тестов функциональной диагностики возможно при ожирении, нарушении ритма сна и бодрствования.

Рис. 1. Типичный график БТ при овуляторном цикле.



Двухфазность БТ и аменорея встречаются при отсутствии эндометрия, например, после перенесенного в детстве туберкулеза половых органов.

Аденомы гипофиза, продуцирующие АКТГ, пролактиномы зачастую вызывают нарушение ритма менструаций и ановуляцию (от 5% до 40%).

Гиперпролактинемия проявляется бесплодием, нарушением менструального цикла, аменореей, галактореей, головной болью, расстройством зрения, сужением боковых цветных полей зрения, подергиванием мышц глазного яблока.

Акромегалия, мышечная слабость свидетельствуют, скорее, о смешанной опухоли гипофиза (гиперпродукция пролактина и соматотропного гормонов).

Гиперпролактинемия требует применения *парлодела* в непрерывном режиме в течение 6 мес. Лечение следует начинать с 1/4 — 1/2 таблетки (2,5 мг).

Дозу мы постепенно увеличиваем на 1/2 таблетки каждые 2-3 дня. Начало лечения совпадает с первым днем менструального цикла, а при аменорее с любым днем. Менструально-подобная реакция не является поводом для прекращения лечения *парлоделом*.

Если на фоне лечения БТ повышается до 37° и более в течении 16-18 дней, лечение следует прекратить и выявить наличие беременности.

При отсутствии эффекта дозу *парлодела* увеличивают на 2,5 мг каждый месяц, однако максимальная доза не должна быть выше 10-12,5 мг в сутки.

Оптимальной дозой *парлодела* для пациенток с регулярным ритмом месячных является 2,5-5 мг в сутки, при олигименорее — 5 мг/сут, при аменорее — 7,5 мг/сут.

Овуляторный цикл на фоне применения *парлодела* должен восстановиться через 30-60 дней, беременность появляется приблизительно через 3 мес у 70-80 % пациенток. Безусловно, лечение малоэффективно при бесплодии более 10 лет.

Недостаточная эффективность лечения через 3-4 мес на фоне приема *парлодела* заставляет нас добавлять к лечению *кломифен* по 50-100 мг с 5-го по 9-й дни цикла, а при отсутствии эффекта возможна замена кломифена *хориогонином* по 1500-3000 ЕД на 2-й, 4-й, 6-й дни второй фазы цикла.

Побочные реакции на прием *парлодела* (тошнота, рвота, снижение АД) прекращаются при уменьшении дозы препарата. При наступившей беременности необходимо трижды провести исследование полей зрения: появление признаков сужения боковых полей требует прерывания беременности, так как описаны случаи быстрого роста опухоли и потери зрения.

Неудачи лечения могут зависеть от развития аденомы, секретирующей гормон роста, глюкопротеиновые тропные гормоны (ТТГ, ФСГ, ЛГ), продуцирующей В-эндорфины, от краниофарингомы. В этих случаях требуется компьютерная томография и вмешательство хирурга.

В норме уровень пролактина не превышает 600 мМЕ/л. При содержании пролактина от 3000 до 10000 мМЕ/л овуляция невозможна, больные страдают аменореей. Колебания от 1000 до 2000 мМЕ/л ПРЛ проявляются ациклическими кровотечениями или недостаточностью лютеиновой фазы, повышением уровня прогестерона, его монотонностью в фолликулиновую и лютеиновую фазы цикла. Возрастание ДЭА в этих случаях свидетельствует о стимуляции андрогенеза.

Следующим этапом обследования и лечения пациентки мы считаем определение цервикального числа и проведение прогестероновой пробы.

Проба позволяет определить достаточность уровня эстрогенной насыщенности — 10-20 мг *прогестерона* в сутки в течение 3-5 дней. Этой концентрации прогестерона можно добиться и назначением *норколута* по 10 мг в день с 16-17 дня цикла. Реак-

Содержание гормонов в крови у небеременных женщин.

Гормон	Дни цикла			
	7	14	20	24
Эстрадиол (Е ₂), пмоль/л	458±62	848±66	622±172	626±121
пг/мл	125±17	169±18	231±47	171±33
Прогестерон (П), нмоль/л	1,3±0,29	3,75±1,14	33,65±2,67	27,3±7,3
нг/мл	0,41±0,09	1,18±0,36	10,57±0,84	8,57±2,29
Тестостерон (Т), нмоль/л	1,28±0,27	1,55±0,34	1,52±0,31	1,03±0,17
нг/мл	0,37±0,08	0,45±0,09	0,44±0,09	0,30±0,05
Андростендион (А), нмоль/л	2,66±0,44	2,31±0,55	2,62±0,34	2,80±0,38
нг/мл	0,77±0,13	0,67±0,16	0,75±0,09	0,81±0,11
Дигидроэпиандростерон (ДЭА), нмоль/л	17,57±1,3	15,67±2,11	15,29±1,69	15,81±2,1
нг/мл	5,06±0,38	4,51±0,31	4,40±0,48	4,55±0,61
ФСГ МЕ/л	6,4±1,1	7,1±1,0	4,9±0,8	4,0±0,1
ЛГ МЕ/л	7,41±0,91	15,46±3,73	5,92±1,32	6,1±1,5
Пролактин (Прл) мМЕ/л	110 — 600			
Кортизол	220 — 750			
ТТГ тиреотропный мМЕ/л	0,24 — 2,9			
Т ₃ трийодтиронин нмоль/л	1,17 — 2,18			
Т ₄ тироксин нмоль/л	60 — 140			

цию оценивают как закономерную, если через 6-8 дней появляются кровянистые выделения, сохраняющиеся 3-4 дня.

Лечение эндокринного бесплодия

Мы стремимся использовать принцип патогенетически обоснованной терапии:

- Оральные контрацептивы третьего поколения (*триквилар, тризистон*) тормозят циклическую функцию гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы только при длительном применении (6-12 мес). Эффективность терапии по типу ребаунд-эффекта позволяет рекомендовать ее при всех видах эндокринного бесплодия в качестве первого этапа (до 6 мес).

- Во время приема препаратов нет смысла проводить обследование по тестам функциональной диагностики.
- Соблюдение диеты, регулирование функции желудочно-кишечного тракта в этот период обязательны.
- После прекращения приема препаратов обязательно проводят измерение БТ. При задержке месячных и повышении БТ более 15 дней обязателен контроль на беременность. Возможно применение не СПП, а *микрофоллина* по 1-2 таблетки в день до повышения цервикального числа свыше 10 баллов и последующий прием *норколута* по 10 мг 10 дней (17 ОПК по 125-250 мг 2 раза в месяц). Подобную терапию повторяем 2-3 мес.
- При ожирении и повышении уровня эстрагенов, миоме матки, фиброаденоматозе молочных желез применять только гестагены (!).
- Астенизация требует применения эстроген-гестагенных препаратов.
- Низкий уровень эстрогенов, аменорея, маленькие размеры матки требуют проведения прогестероновой пробы до начала лечения.

Следующий этап терапии эндокринного бесплодия — применение прямого стимулятора овуляции — *кломифена цитрата (кломид, клостилбегит, серофен)*.

Однако перед назначением *кломифена* необходимо помнить о следующем:

- стертая форма дисгенезии гонад, истощение яичников (высокий уровень ФСГ, отрицательная прогестероновая проба) — противопоказание к назначению *кломифена*;
- при повышенной секреции *пролактина* лечение *кломифеном* не применять (!);
- наличие олигоменореи, аменореи требуют до начала лечения *кломифеном* проведения прогестероновой пробы (*норколут* 10 мг в день или 250 мг 17 ОПК в виде одной инъекции).
- при постпубертатной форме аденогенитального синдрома (клинические признаки: развивается после стрессов, травм, аборт, родов; ановуляция, недостаточность второй фазы, гипертрихоз, акне на лице, спине, груди, гипо-, олиго- или аменорея, бесплодие или невынашивание ранних сроков, от-

личающееся от ПКЯ отсутствием ожирения, утолщения оболочки и увеличения размеров яичников, мелкокистозным их изменением) — лечение начинать с применения *дексаметазона* не более 0,25 мг/сут.

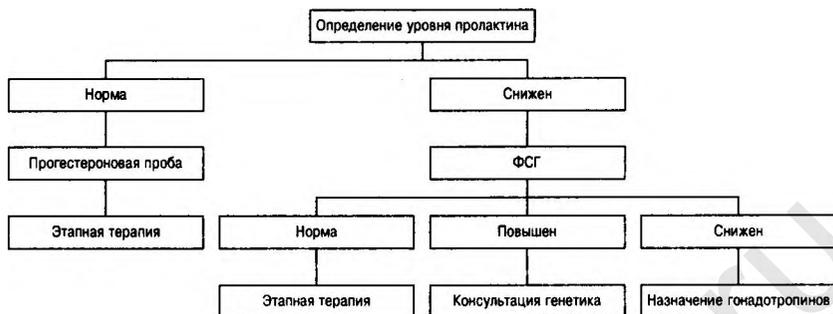
Если через 3-4 мес на фоне лечения не наступает беременность — к терапии добавляют *кломифен*.

Кломифен назначают по окончании менструально-подобной реакции (с 5-го дня кровотечения по 50 мг 5 дней).

- Особенно успешно применение *кломифена* при дисфункциональных маточных кровотечениях, аменорее с положительной прогестероновой пробой, при укорочении лютеиновой фазы, ановуляции.
- Отсутствие или недостаточность терапии в 1-ый месяц приема *кломифена* — показание к увеличению дозы в следующем месяце — 5 дней по 100 мг. На 5-10-й день после окончания лечения необходимо оценить цервикальное число, продолжительность гипертрофической фазы базальной температуры.
- Неудовлетворительные показатели требуют применения в III цикле 750 мг *кломифена*.
- Дозу 750 мг можно повторять еще 3 цикла, после чего лечение *кломифеном* должно быть признано неэффективным у данной женщины.
- Осмотр накануне овуляции — отсутствие зияния зева шейки матки, недостаточное количество слизи в цервикальном канале, непрозрачность слизи, симптом натяжения ее не выражен — необходимо назначить 0,1 мг этинил-эстрадиола с 9-го по 13-й дни цикла. Это позволяет добиться овуляции у 70-90 % женщин, а беременности у 45-70 %. Симптом гиперстимуляции яичников требует прекращения лечения *кломифеном* и назначения комбинированных эстроген-гестагенных препаратов или *даназола*. Оперативному лечению такие кисты не подлежат и подвергаются обратному развитию в течение 5-6 нед.
- Подбор дозы препарата у женщин с гирсутизмом требует строгого контроля — они очень чувствительны к стимулирующему влиянию препарата.

И в заключение этого этапа лечения необходимо отметить, что отрицательный результат прогестероновой пробы — повод для опрелделения ПРЛ, ФСГ, ЛГ, Т₃, Е₂, К, дважды через 2 нед.

Описанное выше можно представить в виде схемы:



Бесплодие при поражении органов-мишеней

Наиболее часто поражение органов-мишеней возникает после перенесенных воспалительных заболеваний половых органов, причем у каждой 5-й женщины, страдающей бесплодием, выражены поствоспалительные изменения маточных труб, особенно в их ампулярных отделах.

При поражении маточных труб, с образованием выраженных анатомических изменений, хламидиям принадлежит ведущая роль (см. *Хламидиоз*).

Лечение эндоцервицитов, эрозий шейки матки, эндометритов является необходимым условием при лечении бесплодия. Возникшие при хроническом сальпингите поражения труб, выраженность спаечного процесса можно выявить только при лапароскопии.

Перитонеальное бесплодие

Перитонеальное бесплодие — это бесплодие, обусловленное перитубарными спайками при проходимых трубах и отсутствии при этом других факторов бесплодия. В качестве предварительного метода обследования мы используем компьютер ДЛТБ-01 с видеомонитором, запоминающим устройством, графическим дисплеем, термопечатающим устройством, интерфейсом.

Заключение, выдаваемое компьютером, графики изменения давления в различных отделах трубы, позволяют рассчитывать пути лечения, их перспективность, одновременно проводится и пертубация.

Как следующий этап лечения при перитонеальном бесплодии, мы проводим эндокоагуляцию спаек при лапароскопии. Желательно это вмешательство проводить в I фазу цикла.

До проведения компьютерного обследования, лечения и эндокоагуляции спаек обязательно проведение противовоспалительной терапии.

Эндометриоз как причина бесплодия

Эндометриоз как причина бесплодия встречается в основном у регулярно менструирующих женщин, страдающих первичным бесплодием.

Характерными жалобами у них являются дисменорея и диспареуния, возникающие часто с началом менструальной функции.

Причиной бесплодия при эндометриозе считают выраженные анатомические изменения половых органов, характерные для данного заболевания. Однако это подтверждается только при лапароскопии — наличие рубцово-измененного слоя брюшины.

В диагностике важное значение имеют функциональные пробы с препаратами, выключающими овуляцию. Если при приеме, например, *ановлара* в течение 2-3 циклов болевой синдром исчезает, то диагноз эндометриоза несомненен.

Эффект, сходный с лапароскопическим лечением, можно получить применяя *диназол* или *синарел*.

Для лечения бесплодия, *диназол* назначают в дозе 400 мг ежедневно в течение 6 мес. Эффект от лечения ожидают в течение года.

Появление нового препарата *синарел* в виде назального спрея позволило добиться больших успехов. Особенно подкупает то, что у женщин не проявляются маскулинизирующие эффекты, не происходит нарастания массы тела.

Уже 2 нед. применения препарата купируют болевой синдром.

Синарел (*нафарелина ацетат*) является аналогом гонадотропин-релизинг гормона, и применяемый в течение 6 мес вызывает регрессию даже тяжелых поражений эндометриозом. Эффект в лечении бесплодия — в течение 12 мес после окончания курса терапии. Отметим, что и тот, и другой препарат достаточно дороги.

Бесплодие неясного генеза

Это первичное бесплодие у женщин при отсутствии патологии со стороны органов малого таза. В семейном анамнезе этих больных — бесплодие, невынашивание, опухолевые процессы, сахарный диабет. До 30 % из них имеют патологические изменения краниограммы: гиперостоз лобной кости. При нормальном содержании эстрогенов и прогестерона уровень пролактина у них повышен при уменьшении размеров турецкого седла. Биопсия эндометрия выявляет его гиперплазию, полипоз.

Лечение проводят *Нон-Овлоном*, психотерапевтическими воздействиями.

Искусственное осеменение при бесплодии

Проводят только в специализированных центрах от 1 до 6 раз при условии обследования мужа (донора) и женщины.

Экстракорпоральное оплодотворение

Показаниями к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО) являются поражение или отсутствие маточных труб, бесплодие неясного генеза, мужской фактор.

Сохраняется высокий процент эктопических беременностей, самопроизвольных аборт в ранние сроки (25-27 %). Высока хромосомная патология, особенно у женщин после 35 лет. Указанное не исключает высокой ценности метода.

Воспалительное заболевание органов малого таза

Воспалительное заболевание органов малого таза (ВЗОТ) мы рассматриваем в контексте осложнений, связанных с применением внутриматочных средств (спиралей).

Клинически выраженное ВЗОТ является полимикробным заболеванием, и приводит к развитию воспалительных процессов маточных труб, бесплодию.

Возбудителями данного заболевания могут быть гонококк, хламидия, анаэробные бактерии, факультативные грамотрицатель-

ные палочки (например, *E.coli*), микоплазма и многие другие микроорганизмы.

Характерные признаки заболевания — боли в нижней части живота, болезненность при движении за шейку матки, боли в проекции придатков. Возможно сочетание с лихорадкой, ознобом, увеличением лейкоцитов в крови, ускорением СОЭ. Вероятность ВЗОТ возрастает, если в анамнезе больная отмечает многочисленность половых партнеров, применение ВМС, перенесенные заболевания половых органов.

Указанные жалобы, анамнез позволяют подтвердить диагноз.

Необходима дифференциальная диагностика с острым аппендицитом, внематочной беременностью.

Лечение должно базироваться на применении антимикробных препаратов широкого спектра действия.

При амбулаторном лечении рекомендовано *назначение цефалоспоринов 2-й генерации по 2,0 г внутримышечно, или ампицилина 3,5 г внутрь, или прокаин-пенициллина по 4,8 млн.ед внутримышечно (инъекции следует проводить в двух местах); все вышеуказанные антибиотики следует назначать вместе с доксициклином по 100 мг 2 раза в день или хинолонами в течение 10-14 дней.*

Амбулаторное лечение следует проводить только комбинированным применением антибиотиков.

Повторное обследование больной и партнера проводят через 10-12 дней после окончания лечения (*по Роберт А. Хэтчер и др. 1994 г*).

Дифференциальная диагностика всех генитальных поражений обязательно включает обследование на сифилис.

Вирусное поражение половых органов

Вирусное поражение вульвы, влагалища и шейки матки часто является причиной обращения больной к частнопрактикующему врачу. Основным в лечении заболеваний вирусной этиологии следует считать учет иммунодефицитного состояния больной и тяжелое, неуклонно прогрессирующее течение самого заболевания.

Заболевания протекают в острой, хронической и латентной формах, склонны к рецидивам; представляют особую опасность во время беременности, в связи с повреждающим действием на плод.

Вирус простого герпеса

Генитальный герпес вызывается чаще вторым типом простого герпеса. Заболевание, иногда протекающее и бессимптомно, проявляется отдельными или множественными везикулами на гиперемированной, отечной слизистой оболочке. Через 2-3 дня везикулы вскрываются, образуются язвенные поверхности неправильной формы. Из-за присоединения вторичной инфекции язвы могут быть покрыты гнойным налетом. Больные жалуются на зуд, жжение, боль.

Появление герпеса на малых половых губах вызывает стекловидный отек их, из-за чего они выступают из-за больших губ.

В зависимости от локализации и степени тяжести поражений, выделяют 3 стадии процесса:

I стадия — поражение наружных половых органов;

II стадия — герпетические кольпиты, цервициты, уретриты;

III стадия — поражения матки, придатков, мочевого пузыря.

Болезненность высыпаний, быстрое их заживление, отсутствие уплотнений, неподрытые края язвочек — признаки герпетической инфекции. Распространение вируса происходит по лимфатической системе. Высыпания появляются вновь при рецидивах, на тех же самых местах.

Лечение обязательно включает использование *тималина* по 10 мг ежедневно 10 дней, или *спленина* по 1 мл один раз в день те же 10 дней, или *декариса* по 50 мг 1 раз в день трехдневными циклами через 3-4 дня (3-5 нед).

Первый клинический эпизод болезни рекомендуют лечить *ацикловиром* в дозе 200 мг внутрь 5 раз в день до разрешения болезни. Рецидивы, как правило, направленному лечению не подлежат, тем не менее мы рекомендуем прием *ацикловира* в дозе 400 мг внутрь 3 раза в день в течение 5 дней. Для профилактики вторичной инфекции применяют местно мази с антибиотиками, антисептические средства. Рецидивы обычно связаны с переохлаждением, переутомлением, стрессом, респираторными инфекциями.

Вирус простого герпеса обладает онкогенными свойствами, а поскольку основным резервуаром инфекции является канал шейки матки, необходимым элементом исследования считается цитоло-

гия. Ложечкой Фолькмана берут мазок из цервикального канала и, особенно тщательно, из “зоны риска”. Результаты исследования зависят от правильности взятия мазка. К рекомендуемым схемам лечения мы относим следующие:

ацикловир (зовиракс) местно в виде 5 % крема или мази Виру-Мерц, системно **ацикловир** по 200 мг внутрь 4-5 раз в день в течение 1- 10 нед;

+ **интерферон человека лейкоцитарный** в виде шариков во влагалище 1 раз в день;

+ **декарис** по обычной схеме (50 мг 3 дня с 3-дневным перерывом) 3-5 нед;

+ витамины В₁, В₁₂ внутримышечно через день по 1 мл 10-15 инъекций.

Поскольку лечение герпетической инфекции длительное, сопровождающееся возможными рецидивами, особенно после стресса, переутомления, каких-либо заболеваний, интенсивной половой жизни; к лечению этой группы больных предъявляются следующие требования:

- обязательное лечение полового партнера — основным резервуаром инфекции у мужчин является мочеполовой тракт;
- при выявлении острой герпетической инфекции на ранних стадиях беременности, показано прерывание беременности;
- возникновение герпетической инфекции на 8-9 месяце беременности требует родоразрешения кесаревым сечением до начала родовой деятельности.

Цитомегаловирусные инфекции

Возбудителем является цитомегаловирус (ЦМВ), относящийся к группе вирусов герпеса.

ЦМВ — инфекции распространены во всем мире. Наиболее часто встречается врожденная форма инфекции.

Заболевание чаще протекает бессимптомно, иногда наблюдаются лихорадка, пневмония, гепатит, мононуклеоз или их сочетание.

При ослаблении иммунитета ЦМВ может вызвать энцефалит, гепатит, пневмонию со смертельным исходом.

Диагностика сложна и дорогостояща, связана с определением ЦМВ в тканях, слюне, семенной жидкости, грудном молоке и т. д.

Лечение симптоматическое. Описано применение *интерферона лейкоцитарного* внутримышечно по 3 мл в день в течение 2 нед.

Проникая через плацентарный барьер, вирус приводит к нарушению внутриутробного развития плода, тяжелым поражениям многих систем организма (микроцефалия, потеря слуха), или его гибели.

Единственной мерой профилактики является применение презервативов, так как нет возможности обнаружения перемежающихся периодов инфекционности.

Папилломавирусные инфекции

Известны более как кондиломы остроконечные, плоские и интраэпителиальные (инвертированные).

Кондиломы — вирусное заболевание. Типы вируса 6 и 11 вызывают рост доброкачественных тканей, а типы 16, 18, 31, 33 и 35 — генитальную дисплазию, рак.

Остроконечные кондиломы имеют экзофитный рост преимущественно в области больших и малых половых губ, реже во влагалище и на шейке матки. При обильном разрастании остроконечные кондиломы напоминают структуру цветной капусты или петушиных гребешков. Жалобы больных обычно на обильные бели, зуд, боли. Кондиломы, развившиеся во время беременности, иногда подвержены самопроизвольному регрессу (до 20 %).

Лечения, уничтожающего вирус, не существует. При наличии кондилом лечение направлено на торможение и удаление тканевых разрастаний. Внешние генитальные и перианальные кондиломы можно лечить на выбор криотерапией, *подофилкосом* — 10-20 % раствор, 80-90 % раствором трихлоруксусной кислоты, электроиссечением или прижиганием *ферезолом* через 6-8 дней.

При кондиломах шейки матки необходимо исключить дисплазию, после чего выбрать подходящее лечебное воздействие из перечисленных выше. Анальные кондиломы подлежат лечению на выбор криотерапией, трихлоруксусной кислотой или хирургическими методами.

Кондиломы на шейке матки, в области заднего прохода, во влагалище лечению *ферезолом* не подлежат (!).

В настоящее время зарегистрированы четкие признаки распространения в мире эпидемии новых или ранее неизвестных проявлений папилломавирусных инфекций (ПВИ). Увеличивается число женщин с такими длительно существующими симптомами как жжение, зуд, трещины или изъязвления слизистой оболочки, диспареуния.

Косвенно о наличии ПВИ свидетельствует кольпоскопия: пятна с гиперкератозной, гранулярной или микропапиллярной поверхностью.

Первый клинический эпизод ПВИ рекомендуют лечить *ацикловиром* по 200 мг 5 раз в день, местно — *ацикловир* в виде 5 % крема или мази (на фоне общего лечения).

Половые партнеры женщин, страдающих кондиломатозом, в 60-90 % случаев имеют видимые папиллярные разрастания на головке полового члена и крайней плоти и подлежат лечению.

Внематочная (эктопическая) беременность

Диагностика внематочной беременности, как известно, представляет значительные трудности. При массовом обращении для прерывания беременности в самые ранние сроки необходимо соблюдать следующие принципы:

- установление факта беременности определением ХГ в моче;
- проведение УЗИ;
- тщательный контроль удаляемого материала (наличие ворсин хориона).

На самых ранних стадиях беременности (внематочной) при размере образования в трубе не более (!) 3х3 см и уровне ХГ в крови менее 1500 мИ/мл, возможно применение *метотрексата* по 2,5-5,0 мг ежедневно, описано применение до общей дозы 50,0 мг; или антагониста *прогестерона* RU 486 по 400-600 мг орально до 10 дней. Как дополнительные методы лечения описаны

введение хлорида калия прямо в плодное яйцо и простагландина E_2 , однако для частной практики эти методики вряд ли подходят.

Безусловно, диагностированная прогрессирующая или нарушенная внематочная беременность требует общепринятого хирургического лечения.

Симптомами, помогающими диагностировать внематочную беременность, являются симптомы Болта, Голдена, Данфорта, Дугласа, Кушталова, Кюллена, Лаффона, Салмона, Хофштеттера, Элекера (см. *Симптомы*).

Гепатит В

Возбудитель гепатита В — ДНК-содержащий вирус, который характеризуется множественными антигенными компонентами.

Вирус гепатита В представляет собой большую опасность относительно инфицирования плода, в частности, во время родов вирус проникает в организм плода через малейшие повреждения его кожных покровов из крови матери или из содержимого родовых путей.

В половые органы женщины вирус может попасть при половых контактах с партнером, зараженным им. Он проникает из крови при возникновении механических (даже небольших) повреждений половых органов.

Большинство случаев гепатита В протекает бессимптомно. При манифестированной форме заболевание характеризуется появлением кожной сыпи, крапивницы, симптомов артрита, вялости, анорексии, тошноты, рвоты, головных болей, повышением температуры тела, изменением цвета мочи, желтухи, умеренного увеличения и болезненности печени.

Диагноз подтверждается обнаружением HB_s -антигена при острой инфекции, хроническом носительстве.

Специфическая профилактика и терапия — вакциной “Эндже-рикс-В”.

Осложнениями являются хронический, устойчивый, активный гепатит, цирроз печени, печеночная недостаточность.

Профилактика — недопущение половых контактов с носителями вируса.

Гартнерова хода киста

Гартнерова хода киста — тонкостенное образование, расположенное на боковой стенке влагалища, или, реже, на передней, над уретрой. Это рудимент мюллерова протока придатка яичника. Лечение только оперативное и только в тех случаях, когда киста мешает женщине или происходит изъязвление ее покровов. Обычно кисты гартнерова хода невелики и протекают бессимптомно.

Мы специально подчеркиваем происхождение кисты — очень часто это рудимент протока яичника. Отсюда ясно, что ножка кисты уходит за пределы влагалища, и попытки ее удаления всегда сопровождаются значительным кровотечением. Это должно предостеречь врача от попыток удаления кисты гартнерова хода в условиях малой операционной при кабинете. Кроме того, киста при расположении ее под уретрой может оказаться дивертикулом уретры, дивертикулом мочевого пузыря. Высоко располагающаяся киста гартнерова хода всегда уходит глубоко в паравагинальную, паравезикулярную, параметральную клетчатку.

Гимнастика Кегеля

Больную учат останавливать струю мочи при мочеиспускании путем сжатия мышц тазового дна. Больная повторяет упражнения 5-6 раз в день, сокращая мышцы промежности 15-20 раз. Причем упражнения выполняются вне зависимости от того, чем больная занята в данный момент, а не только во время мочеиспускания.

Гимнастику проделывают в течение 2 мес, периодически повторяя ее в течение года. У части больных после применения упражнений Кегеля необходимость в оперативном лечении недержания мочи отпадает.

Для лечения недержания мочи у пожилых женщин нами предлагаются и тренировки мочевого пузыря. Суть их в том, что ин-

тервалы времени, в течение которых пациентка должна, по возможности, опорожнить мочевой пузырь каждую неделю увеличиваются на 30 мин. Курс тренировки занимает 6 нед.

Выраженность положительного эффекта зависела от начальной степени тяжести недержания мочи. Возраст больных не влияет на полученные результаты. У 70 % больных количество случаев недержания снижается минимум на 50 %. Мы считаем, что тренировки мочевого пузыря являются первым шагом в лечении женщин с недержанием мочи.

Гирсутизм

Заболевание встречается чаще при первичном поликистозе. К рекомендациям по лечению относятся:

1. При циклической терапии **НЕ использовать** прогестерон:
 - в 1-й фазе — *эстрогены*
 - во 2-й фазе — *витамин Е (токоферол ацетат по 0,1-0,2 50 % раствор в капсулах 2 раза в день)*
2. *Метронидазол* как противогирсутное средство:
 - 2 дня по 0,25 3 раза в день, затем
 - 10 дней по 0,5 3 раза в день, затем
 - 2 дня по 0,25 3 раза в день.
3. *Ципротерон-ацетат* — препарат выбора:
 - по 100-200 мг/сут с 5-го по 14-й день цикла, обычно в сочетании с *микрофоллином* 0,05 мг/сут с 5-го по 25-й день цикла.

Менструации появляются на 3-7-е сутки после последнего приема *микрофоллина*. Эффект лечения не ранее чем через 10-12 мес непрерывного приема препаратов. Небольшой гирсутизм поддается лечению препаратом "*Диане-35*". Обязательное дополнение терапии: *верошпирон* по 25 мг 2 раза в день 4-6 мес.

Значительный эффект может быть достигнут сочетанным применением *андрокура 50 (ципротерон-ацетата)* и *Диане 35* — при

гирсутизме + себорее + угрях + жирной коже — с 1-го по 10-й день цикла по 2 таблетки *андрокура 501* раз в день + с 1-го по 21-й дни *Диане 35* 1 таблетка в одно и то же время дня; 7 дней перерыв и вновь прием, несмотря на продолжение или окончание месячных.

Зачастую гирсутизм сопровождается бесплодием. При гирсутном индексе более 9 лечение бесплодия у этой группы больных нерационально. Комбинация лечения бесплодия *кламифеном* и *дексаметазоном* дает особо благоприятные результаты (50-200 мг в день с 5-го по 9-й день цикла + 0,25-1,0 мг ежедневно). Лечение гормональными контрацептивами мы проводим больным со средней степенью гирсутизма и соотношением ЛГ/ФСГ менее 5. Лечение *бромкриптином* показано при повышенном уровне пролактина и низком уровне кортизола.

Гонорея

Заболевание, передающееся половым путем, бытовым путем заражения (белье и т.д.) описывается крайне редко. Как известно, гонококки грамотрицательны, внутриклеточны. Не менее важна их тропность к цилиндрическому эпителию, фагоцитоз гонококка трихомонадами способствует сохранению инфекции.

Характерными являются жалобы на кратковременные, слабые боли и рези в начале мочеиспускания, которые, к сожалению, возникают не всегда; на гнойные бели, тянущую боль внизу живота и в области крестца. Иногда проявлением заболевания служит двустороннее поражение больших желез преддверия (бартолиновых) с характерной гиперемией вокруг наружных отверстий протоков. В то же время острый процесс очень быстро (без лечения!!) переходит в подострый и хронический, бели становятся слизистыми, жалобы на проявления уретрита исчезают, даже гнойные выделения из протоков желез становятся слизистыми.

Поэтому решающими при постановке диагноза больной будут следующие положения:

1. Инкубационный период при гонорее нижнего отдела не всегда длится от 3 до 5 дней, зачастую составляя 14-15 дней.

2. L-формы гонококков вырабатывают ферменты, разрушающие пенициллин, что затрудняет борьбу с гонореей.
3. Перед взятием мазков необходимо оценить отечность и гиперемию губок уретры, уплотнение ее при пальпации через переднюю стенку влагалища.
4. Шейка матки при осмотре отечна, гипертрофирована, с циркулярной эрозией вокруг наружного зева и кистами шейечных желез.
5. Стекающий из половых путей гной в острой стадии вызывает проктит с жжением, зудом, полипозными разрастаниями вокруг ануса.
6. Мазки для диагностики необходимо брать на 2 стекла — для окраски на гонококки и окраски на трихомонады.
7. Ферментный анализ (экспресс-определитель **Гонорген Ф**) при чувствительности 100 % имеет специфичность 97,6 %.

Лечение

Лечение острой свежей гонореи мы проводим следующими препаратами:

- *Бициллином 1,3,5* внутримышечно через 4 ч по 600 000 — 1,2 млн ЕД, курсовая доза 3,6 млн ЕД;
- *Ципробаем* — 0,5 г однократно;
- *Доксициклином* — 1-й прием 0,2 г затем каждые 12 ч 0,1 г, курсовая доза 1,0 г.

По окончании лечения, через 7-10 дней необходимо приступить к определению излеченности.

Особого отношения требует сочетание гонореи, хламидиоза и уреаплазмоза. При лечении наиболее эффективным в этом случае является сочетание *рифампицина* по 0,9 однократно, со 2-3-го дня по 0,15 г 4 раза в день, с 4-5 дня по 0,15 г 3 раза в день, на курс 3,0 г + *эритромицин* по 0,5 г 4 раза в день, на курс 12,0 г.

Гонорея верхнего отдела полового аппарата

Гонорея верхнего отдела полового аппарата обычно требует стационарного лечения. Кроме температурной реакции, для восхо-

дящей гонореи характерно запаздывание месячных, появление кровянистых выделений в дни овуляции, обильные серозно-гнойные выделения. Нередко к гонококкам присоединяются дрожжеподобные грибы, трихомонады, стафилококки и другая гнойная флора. Антибиотикотерапия в этих случаях всегда требует сочетания с *декарисом* (50-100 мг в сутки) в течение 7-8 дней, *пирогеналом*, аутогемотерапией, витаминотерапией.

Несколько отличается лечение торпидной и хронической форм заболевания. Медикаментозная терапия, назначаемая в таких случаях:

- *доксциклин*, первый прием 0,4 г, далее по 0,1 через 12 ч, на курс 1,0 г препарата,
- *нистатин* по 500000 ЕД все дни лечения 3-4 раза в день,
- *декарис (левамизол)* циклически по 150 мг/сут 3 дня, затем перерыв 4 дня, затем цикл повторяют до 3 раз,
- *калия оротат* по 2,0 г/сут, до 20 дней для стимуляции восстановительных процессов.

Риск заражения гонореей от инфицированного полового партнера при одном половом акте соответствует 25 % для мужчин и 50 % для женщин. При этом для женщин характерно более длительное и серьезное течение заболевания, а также развитие внепочечной беременности, хронических воспалительных заболеваний половых органов, бесплодия.

При одном эпизоде воспалительного заболевания смешанного генеза бесплодие развивается в 11 % случаев, при двух – в 23 % случаев, при трех – в 54 % случаев (*по Роберт А. Хэтчер, 1994 г.*)

В большинстве случаев таким больным мы рекомендуем двойную антибиотикотерапию (пенициллин и тетрациклин), как самый безопасный и эффективный метод лечения.

Децидуальный полип

Децидуальный полип — это часть париетальной децидуальной оболочки (при маточной беременности различают париетальную, базальную и капсулярную части децидуальной оболочки).

В париетальном отделе отчетливо различаются компактный и спонгиозный слои. Ткани париетальной децидуальной оболочки в нижнем отделе матки на границе с истмической частью, у внутреннего зева, нередко образуют утолщение в виде складки, часть которой может свисать в просвет цервикального канала и симулировать полип.

Обнаружение в начале беременности ДП ни в коей степени не должно служить поводом для его подтягивания и отсеечения, так как за этим следует отслойка хориона и "самопроизвольный" выкидыш. Только значительный по величине ДП, подвергающийся травматизации, может быть отсечен, без вытягивания его, петель.

При прогрессировании беременности ДП исчезают в просвете цервикального канала.

При диагностике эти полипы отличаются призматическим эпителием желез, в то время как эпителий, выстилающий цервикальные железы, обычно низкий, кубический.

Дисфункциональные маточные кровотечения

Дисфункциональное маточное кровотечение (ДМК) может фигурировать в качестве диагноза только после исключения органических причин геморрагии.

Основным принципом лечения является системный подход к заболеванию: учет возраста больной, выявление уровня нарушений — кора головного мозга, гипоталамус, гипофиз, яичники, матка.

Все основные подходы к лечению ДМК делятся на две группы: консервативные и хирургические. И, если выскабливание эндометрия, аспирацию, вакуум-аспирацию мы проводим (можно провести) в амбулаторных условиях, то лапароскопическое лечение (вапоризацию), хирургические методики лечения выполняют только в стационаре.

Консервативное лечение ДМК включает назначение седативных, снотворных средств, витаминотерапию следующего состава:

- витамин А — *ретинол* — по 50 тыс.ЕД/сут.
- витамин В₁ — *тиамина бромид* — по 0,002-0,005 г дважды в день,
- витамин В₂ — *рибофлавин* — по 0,005 г дважды в день,
- других витаминов группы В, витамина С, рутина.

Безусловно обязательным является применение утеротонических средств:

- *эрготал* по 0,001 г 3 раза в день,
- *окситоцин* по 0,5 мл внутримышечно через 6 часов;
- антианемической терапии (*гемостимулин, ферроплекс*);
- гормональной терапии.

Гормональная терапия ДМК

Гормональная терапия требует более расширенного толкования: ДМК в юношеском и репродуктивном возрасте у женщин со сниженным уровнем эстрогенов подлежат лечению *микрофоллином* по 0,1-0,2 мг каждые 2-3-4 ч до остановки кровотечения или *фолликулином* в первый день 500 ЕД, второй день 1000 ЕД, и далее повышая дозу на 500 ЕД ежедневно до остановки кровотечения. Отмена препарата требует постепенного снижения доз на 500 ЕД ежедневно.

Однако при длительности кровотечения не более 10 дней возможен гемостаз и гестагенами — *прогестерон* по 10 мг/сут внутримышечно 6-8 дней подряд. Отмена прогестерона приводит к усилению кровотечения, которое останавливается через 6-8 дней. Безусловно подобная терапия недопустима при анемизации больной. В этом случае необходим хирургический гемостаз и затем консервативная терапия.

ДМК в климактерическом периоде

При наличии мастопатии, небольшой миомы матки женщинам от 45 лет мы проводим гемостаз назначением *андрогенов*. Например: *тестостерон пропионат* по 1,0 мл 1 % раствора внутримышечно 2-3 раза в день 2-3 дня. Назначение 5 % раствора по 1,0 мл 2 раза в день 2-3 дня требует постепенного снижения дозы до двух раз в неделю в течение 5-7 нед. Снижение кровомазанья позволяет перейти к применению *сустанона-250* по 1,0 мл. Поддерживающая терапия заключается (после гемостаза) в применении *метилтестостерона* по 10 мг сублингвально 2 раза в день.

Существуют различные схемы применения гормонального гемостаза, и в том числе гемостаз синтетическими прогестинами. Достоинством последних является:

- возможность их применения в любом возрасте,
- быстрота наступления гемостаза,
- гемостаз или его отсутствие в течение ближайших 5 ч (до 96 ч — 4-х суток) подтверждает или отрицает гормональный генез кровотечения.

Применяют СПП (*синтетические прогестины*) по следующей схеме: 4 таблетки в сутки, 3 таблетки в сутки, 2 таблетки на 3-и сутки, 1 таблетка на 4-е сутки, затем поддерживающая терапия: по 1 таблетке в день. Длительность курса 21 день.

Противопоказания к применению СПП те же, что служат противопоказаниями к приему оральных контрацептивов.

В любом возрасте для гемостаза при ДМК часто используют сочетание эстрогенов и гестагенов в соотношении 1:10, или 1:20, 1:25. Например: 0,1 % раствор 1,0 мл *эстрогенов* + 1 % раствор 1,0 мл *прогестерона* в одном шприце внутримышечно три дня подряд, или препарат *промисистон* (Шеринг-Плау), с соотношением препаратов 1:25 в одном шприце, готовый к употреблению.

Не утратил своих позиций и гемостаз, вызываемый сочетанным применением эстрогенов, прогестерона и андрогенов, особенно при персистенции фолликула. Мы обычно применяем следующие схемы введения препаратов:

- *синэстрола* 2 % раствор 1,0 мл + *прогестерона* 5 % раствор 3 мл + *тестостерона пропионата* 5 % раствор 1,0 мл в одном шприце.

- *фолликулин 3000 ЕД + прогестерон 1 % р-р 3 мл + тестостерона пропионат 5 % раствор 1,0 мл внутримышечно в одном шприце.*

Подобную терапию проводят через день 4-5 раз.

К сожалению, применение эстрогенов, прогестерона и андрогенов в комплексе не всегда эффективно, возможны рецидивы, кроме того, оно не допускается в юношеском возрасте и у женщин до 35 лет.

Относительно всех методов остановки ДМК необходимо помнить, что после окончания гормональной терапии появляются псевдоменструальные кровотечения, которые являются физиологическим окончанием гемостаза. Неясность патогенеза кровотечения требует диагностического выскабливания для гистологического исследования эндометрия.

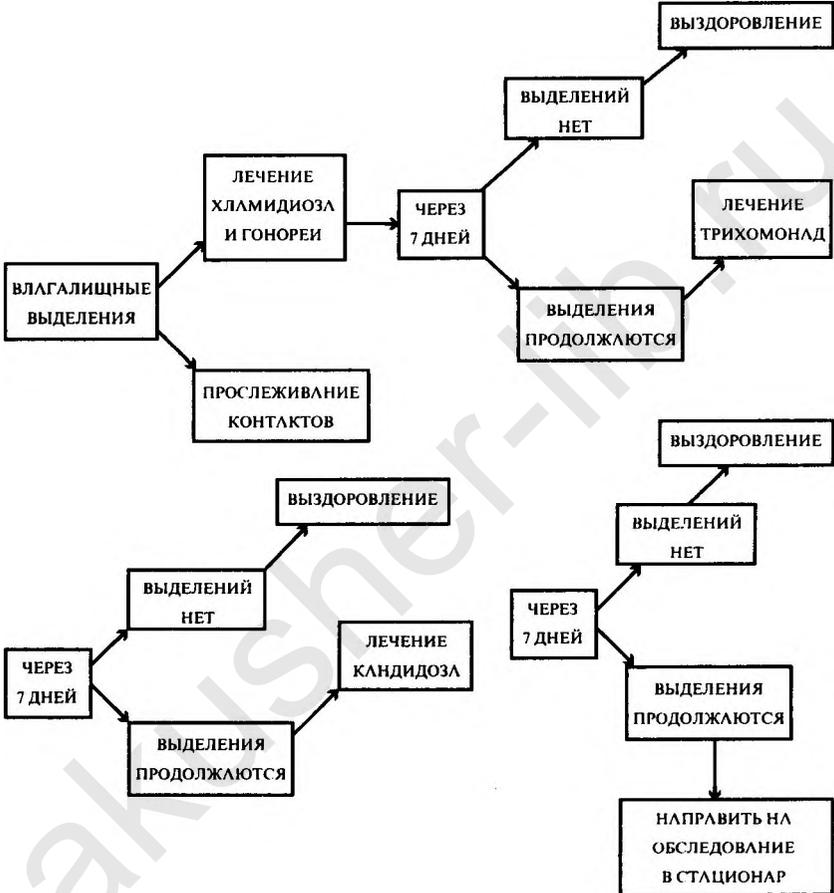
Заболевания, передаваемые половым путем

Термин “заболевания, передаваемые половым путем” (ЗППП) сменил в последние годы термин “венерические заболевания”. В настоящее время ЗППП являются наиболее широко распространенной группой инфекционных заболеваний. В группу этиологических факторов ЗППП входят вирусы, бактерии, простейшие, а синдромы включают симптомы со стороны половых органов, глотки, органов зрения, прямой кишки и других, а также общие признаки. К основным первичным проявлениям ЗППП относят следующие синдромы: уретрит, цервицит, влагалищные выделения, вагинит (кольпит), генитальные язвы, остроконечные кондиломы, гепатит, симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, неонатальные инфекции, проявления иммунодефицита. К вторичным синдромам – воспалительные заболевания органов таза, эпидидимит у мужчин.

Исходы ЗППП при несвоевременной диагностике и неправильном лечении включают внематочную беременность, хронические тазовые боли, бесплодие, развитие выкидышей, наследственные пороки.

Экспертный Комитет при ВОЗ по ЗППП разработал специальные рекомендации по организации обследования и лечения при ЗППП.

Образец плана действий при влагалищных выделениях:



Необходимо учитывать, что преждевременное прекращение лечения приводит к рецидиву заболевания и усиливает резистентность возбудителей. Такие возбудители ЗППП как гонорея, хламидиоз, обычно передаются оральным (генитальным) анальным путями, а некоторые вирусные инфекции могут передаваться и через слизистую оболочку и кожу.

Учет всех факторов развития ЗППП позволяет сделать следующие выводы (Экспертный комитет ВОЗ):

1. Моногамные отношения между неинфицированными половыми партнерами фактически не связаны с риском заболевания ЗППП.

2. Необходимо ограничить число половых партнеров и избегать связей с партнерами, имеющими многочисленные половые связи.

3. Важным является обследование нового или немоногамного полового партнера на наличие оральных или генитальных папиллом, язв, сыпи или выделений.

При неуверенности в отсутствии инфекции у полового партнера необходимо применять латексные презервативы.

К заболеваниям, передаваемым половым путем, относятся:

вульвовагинит, воспалительные заболевания органов малого таза, бактериальный вагиноз, кандидоз, гепатит В, герпес генитальный, гонорея, кишечные инфекции, кондиломы генитальные, лимфогранулема венерическая, моллюск контагиозный, негонококковый уретрит, цистит, СПИД, трихомониаз, цервикальная интраэпителиальная неоплазия, чесотка, шанкроид (ВОЗ, 1994 г.).

Задержка полового развития (созревания)

Задержку полового развития (ЗПР) можно заподозрить у девочек 13-14 лет с отсутствием вторичных половых признаков и отсутствием месячных в 15-16 лет. Считается, что ЗПР может быть центральным и яичникового генеза.

Центральный генез ЗПР требует в лечении нормализации состояния ЦНС, ликвидации хронических воспалительных процессов, общеукрепляющего лечения. При необходимости — выявление и лечение гипогонадотропного гипогонадизма.

Лечение включает *микрофоллин* 0,025 мг — 0,5 таблетки 1 раз в день 20 дней, перерыв 10 дней — в течение 3 мес, перерыв 2 мес, после чего повторный курс. При появлении самостоятель-

ных менструаций — циклическая витаминотерапия: витамины группы В, витамин Е — 50 % раствор в капсулах по 0,2 мг 1-2-3 раза ежедневно — 15 дней, затем витамин С по 1,0 г в сутки 15 дней.

При **яичниковом генезе** и отсутствии генетических нарушений — терапия *микрофоллином* по 0,05 мг в течение 20 дней, перерыв 10 дней, в течение года. При появлении стабильных менструаций терапия становится циклической: *микрофоллин* 15 дней, *туринал* по 10 мг/сут 6 дней. Возможно и использование синтетических прогестинов по 1/2 таблетки (мы обычно применяем трехфазные СПП) до окончания пубертатного периода.

В более старшем возрасте возможно назначение *кломифена цитрата* по обычной схеме, анаболиков (*калия ората*), *ферментов* (*фестал*, *панзинорм*), *витаминов с микроэлементами*.

Зуд наружных половых органов

Зуд наружных половых органов обычно сопровождается поражением вульвы кандидозом, вирусом герпеса, усиливаясь вечерами, ночью, после длительной ходьбы, во время менструации.

Лечение в этом случае аналогично таковому при кандидозе, герпетической инфекции.

Однако в большинстве случаев зуд наружных половых органов — это следствие нейродистрофических процессов вульвы — зудовые парестезии при гиперкератических поражениях наружных половых органов.

Первым этапом в лечении заболевания должно быть обследование с целью выявления атипии в пораженных участках.

Общими рекомендациями могут быть следующие: гигиенический режим и гигиенический туалет с настоем ромашки, календулы, крапивы; диетический режим, исключение пряностей, алкоголя, никотина, ограничение углеводов. Лечение включает седативную терапию (*димедрол* по 0,05 три раза в день, *менпробамат* по 0,2-0,4 г 2-3 раза в день), витаминотерапию, гормональную терапию в виде *преднизолона* по 30 мг в день, 2-3 нед с постепенным снижением дозы; *мази с флуцинаром, синаларом, преднизолоном*.

Значительное улучшение в течении заболевания, уменьшение проявлений зуда, расчесывания, травматизации тканей появляются после курса лечения гелий-кадмиевым или гелий-неоновым лазером 12-15 сеансов ежедневно с экспозицией 10-15 мин.

Снятие местных поражений как результатов расчесов достигается применением следующей прописи:

Rp. Acidi carbolici 4.0	Rp: Карболовая кислота 4,0
Ac. acetici diluti	Уксусная кислота чистая
Spiritus vini rect. aa15.0	Винный спирт ректификат 15,0
Liquor Burovi 20.0	Жидкость Бурова 20,0
Ac. borici 2% - 200.0	Борная кислота 2 % 200,0
MDS	МДС

Безуспешность консервативной терапии заставляет использовать хирургические подходы. Легко выполняемая пластика по Горну приводит к полной ликвидации зуда.

Кандидоз

Кандидоз относится к группе микозов женских половых органов и вызывается дрожжеподобными грибами различных типов. Они могут быть выделены из влагалища практически здоровых женщин. Однако при снижении защитных сил организма, на фоне гормональных нарушений, приема оральных контрацептивов, хронических заболеваний, нарушений обмена дрожжеподобные грибы вызывают кандидоз. В острой стадии заболевания псевдомицелий гриба в виде серовато-белого налета на стенках влагалища, на влагалищной части шейки матки снимается при исследовании с трудом, при хроническом течении процесса — легко. Обычно при удалении налетов обнажается гиперемированная, легко кровоточащая слизистая оболочка.

Женщины жалуются на бели зеленовато-белого цвета с неприятным запахом, зуд, выраженный в той или иной степени, которые после лечения могут появиться вновь. Это свидетельствует, что лечение не всегда дает стойкие результаты.

Поскольку кандидоз передается не только половым путем (возможно заражение из кишечника, через зараженные предметы) — лечение должно быть комплексным. Оно обязательно включает витаминотерапию, десенсибилизирующие средства. Рецидивы заболевания часты, и мы, кроме местного применения 1 % крема *клотримазола*, которым смазываем пораженную слизистую оболочку, рекомендуем одновременный прием *леворина* по 250 000 ЕД 3 раза в день или по 250-500 тыс. ЕД три раза в день. Суточная доза *нистатина* до 6-8 млн. ЕД. Таблетки *леворина* или *нистатина* можно вводить во влагалище 1-2 раза в день после спринцевания с ромашкой.

Учитывая половой путь передачи кандидоза, лечение *клотримазолом* + леворин или *нистатин* обязательно проводить и у полового партнера.

Лечение продолжают до 14 дней, затем 2 нед перерыв и вновь повторение курса. К терапии *леворином* (*нистатином*) мы добавляем производные имидазолов — *фасижин*, и триазолов — *клотримазол* — *канестен*, *низорал* — 600 мг однократно во влагалище или дозами по 100 мг во влагалище 6 дней.

Кандидоз достаточно часто выявляют у беременных, но беременность является противопоказанием к применению многих лекарственных препаратов, в том числе и клотримазола.

При лечении кандидозов необходимо учитывать следующие обязательные положения:

1. Соотношение кольпитов, вызванных трихомонадами и грибами сменилось с 7:1 на 1:4, т.е. трихомонозом страдают 10 % населения, а кандидозом — 40 %.
2. При трансплантации почек 10 % пациентов погибают из-за грибкового поражения при пересадке.
3. Грибковые поражения влагалища не опасны для жизни, однако их длительность, боли, выделения, неудачи в лечении делают их лечебной и социальной проблемой.
4. Распространенность грибковых поражений у беременных и новорожденных стабилизировалась на уровне 30 %, в 60 % случаев происходит снижение заболеваемости кандидозами после родов, однако грибы являются причиной синуситов у 30 % новорожденных.

5. Вспышки кандидозов у новорожденных в родильных домах — это результат инфицирования через родовые пути, через соску, персонал, предметы ухода.
6. Около 38 % женщин и 50 % мужчин страдают кандидозом полости рта.
7. Основной путь передачи кандиды — половой, поэтому болезнь называют "пинг-понг болезнь".
8. 100 % больных диабетом страдают кандидозом.
9. Росту кандиды способствует применение ОК, особенности нитей ВМС. Пребывание ВМС в матке более 2 лет способствует образованию "пролежней" и поражению кандиды.
10. Характерным для кандиды является усиление зуда наружных половых органов во второй половине дня, во время месячных, появление чувства "терки".
11. Кандиды обладают способностью использовать антибиотики в качестве источников питания.

В лечении кандидозов мы используем следующие препараты:

• **Препараты из группы Азолов:**

Кетоконазол — лекарственная форма Низорал — 2 раза в сутки по 0,2 г 5 дней, при необходимости курс повторяем. Средняя продолжительность лечения 2-3 нед. Кроме фунгицидной активности, препарат активен в отношении стафилококков. Крем Низорал наносят 1 раз в сутки на пораженные участки.

Миконазол — лекарственные формы Гино-Дактанол — по 1-2 таблетки во влагалище при кандидозе и грамположительной флоре. Гино-Дактарин — показания те же, 1 вагинальная свеча на ночь. После исчезновения симптомов лечение продолжать еще 14 дней. Быстро купирует зуд. Дактрин-крем. Возможна гиперчувствительность. В таких случаях препарат отменить.

Клотримазол — лекарственная форма: Клотримазол вагинальные таблетки. 2 раза в день глубоко во влагалище, курс лечения 1 нед, наружные половые органы обрабаты-

вать кремом Клотримазола. Эффективен при сочетании кандидоза с бактериальными инфекциями и трихомонозом.

Канестен— методика применения та же.

Кандибене— методика применения та же.

Йенамазол— методика применения та же.

Нистатин— таблетки по 0,5 г 3-4 раза в день, вагинальные свечи по 0,25 г 2 раза в сутки, не менее 10 дней.

Эконазол— лекарственная форма Гино-Певарил 50, Гино-Певарил 150 (крем и вагинальные свечи). Эффективны в отношении грибов, устойчивых к лечению другими препаратами. Снимает жжение и зуд влагалища. Лечение от 2 нед (крем) до 3 дней (свечи).

- Противогрибковые антибиотики:

Натамицин— лекарственная форма Пимафуцин. Относительно новый препарат на отечественном рынке. Обладает фунгицидным действием. Эффективен в отношении дрожжевых и дрожжеподобных грибов, дерматофитов, трихомонад. Широкий спектр противогрибковой активности позволяет нам назначать его при трудностях с идентификацией грибковой флоры. По 1 таблетке 0,1 г перорально 4 раза в день, плюс 1 вагинальная таблетка 2 раза в день 10 дней. Партнеру— крем, оральные таблетки.

- Леворин — при кандидозном поражении слизистой оболочки полости рта, кишечника, таблетки 0,25 г, мазь.

Кольпиты

1. Трихомонадный кольпит (см. Трихомоноз).
2. Кандидоз генитальный (см. Кандидоз).

Чаще всего вызывается кандидой альбиканс. тропикале, Крузеи. На фоне диабета, ТБЦ, гипотиреоза, гиперандрогении, дисбактериоза, длительного применения синтетических прогестиннов. Иногда сочетается с гонореей, трихомонозом. Вызывает лейкоцитурцию, зуд, жжение, боли, ощущение "терки" при половом акте.

3. Бактериальные кольпиты.

а) неспецифические: подмывание мылом, не содержащим красителей, спринцевание ромашкой. В первую фазу цикла — этинил-эстрадиол 0,1-0,2 мг, таблетку растолочь и ввести во влагалище — 10-15 дней. Затем микрофиллин по 1 таблетке внутрь 2 раза в нед в течение 2 мес.

б) от Гарднереллы (каринобактерий, гемофильной палочки). Кольпиты, вызванные Гарднереллой, по частоте превосходят даже кандидозные и трихомонадные. Присутствие гарднерелл во влагалищном отделяемом свидетельствует о нарушении "экологической ситуации" во влагалище, при котором нарушается количество лактобацилл и развивается кольпит. Гарднереллы продуцируют аминокислоты, а анаэробная флора — энзимы, в результате чего размножаются многие микроорганизмы. Больные жалуются на водянистые сероватые или зеленоватые бели с неприятным запахом, жжение во входе во влагалище, зуд.

Диагностика основывается:

- на положительном аминотесте — при добавлении к влагалищным выделениям на предметном стекле капли 10% раствора КОН появляется неприятный запах аминов — запах "протухшей рыбы".
- на выявлении при микроскопии "Клю-Клеток" — клеток влагалищного эпителия, по периферии которых масса прилипших микроорганизмов. Контуры клеток нечеткие. Гарднереллы постоянно выделяются с анаэробной микрофлорой.

Количество лейкоцитов, определяемых в мазках, при этом незначительно. Препаратами выбора в лечении являются тантум-роза в течение 5-6 дней утром и вечером во влагалище или метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки 6 дней, солко-триховак.

(См. также Бактериальный вагиноз)

4. Микоплазменный кольпит — см. Микоплазменная инфекция.

5. Вирусные кольпиты:

а) Синдром Рейтера (см. Синдромы).

Вызывается атипичным вирусом, поражаются уретра, цервикальный канал, влагалище, маточные трубы, прямая кишка.

Клиническая картина дополняется поражением слизистых оболочек: конъюнктивит, артрит.

Течение длительное, тяжелое; лечение малоэффективно.

✓ Тетрациклин 0,25 г 4 раза в день и 5 мл 15 % димексида 10 дней во влагалище.

б) Синдром Бехчета (см. Синдромы).

Вирусное язвенное поражение влагалища, полости рта, глаз (язвенный конъюнктивит), иногда сопутствующая мультиформная эритема, нарушения ЦНС, тромбозы вен.

Лечение проводят преднизолоном 10-20 мг в день 10 дней, затем дозу уменьшают до 5-10 мг в день 5-6 дней, местно — 1 % гидрокортизоновая мазь.

в) Кондиломы — см. Папилломавирусная инфекция.

г) Герпетические — см. Вирусы.

Местное лечение кольпитов мы проводим с помощью ультразвукового аппарата "Генитон", используя рекомендованные медикаментозные средства. Аппарат "Генитон" позволяет добиться более глубокого проникновения препарата через окончатые зеркала, а насадки с грибообразным торцом обеспечивают поступление препаратов к шейке матки и цервикальному каналу.

Микробиологический диагноз у женщин с проявлениями кольпитов, генитальных выделений по нашим данным следующий:

Влагалищные инфекции:

Бактериальный вагиноз	60 %
Кандидоз	30 %
Трихомониаз	3-5 %
Микоплазма	15 %

Инфекции шейки матки:

Хламидийная инфекция	10-12 %
Гонококк Нейссера	1 %
Сочетанные возбудители	20 %
и вирусные поражения	

Контрацепция

Эта проблема стоит перед частнопрактикующим врачом ежедневно.

Какие средства контрацепции подходят именно данной женщине?

Распространение инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем, явилось толчком к развитию так называемой "презервативной культуры поведения". Использование кондома способно защитить женщину от многих заболеваний, но нежелательная беременность при этом способе контрацепции наступает у каждой 5-6-й женщины.

Ритмический метод предохранения связан или с ограничением количества половых сношений в преовуляционный период (овуляция происходит на 14 ± 2 день цикла) — так называемый календарный метод, или с использованием метода Билингса. На тех же подходах, но с более точными результатами, основано применение "Леди-тестера" в виде карманного микроскопа для определения плодных и неплодных дней. Для выявления овуляции наносят каплю слюны на стекло окуляра, дают ей подсохнуть 1-5 мин и смотрят на свет. Расположение слизи слюны в виде папоротника совпадает с днями овуляции. Индекс Перля при этом способе контрацепции -3-4.

Химические методы, женские презервативы практически не используют в настоящее время.

Особое место занимают оральные контрацептивы (ОК). Использование их в течение последних 35 лет показало высокую эффективность — до 100 %.

Современные ОК применяют 3-5 лет без перерыва. Препараты, содержащие не более 0,03 мг этинилэстрадиола не вызывают изменений в плазменном и тромбоцитарном звеньях гемостаза, в липидном обмене, что снижает количество осложнений при их использовании. Особые достоинства ОК (триквилар, тризистон) — препятствие развитию дисгормональных дисплазий молочных желез и их, воспалительных заболеваний внутренних половых органов, развитию эндометриоза, снижение частоты рака тела матки и рака яичников. ОК оказывают значительный терапевтический эффект при лечении дисфункциональных маточных

кровотечений, альгодисменорей, при овуляторных болях, некоторых формах поликистоза яичников.

В послеродовом периоде, на 6-8-й неделе, после установления лактации, мы рекомендуем женщине в качестве контрацепции прием "мини-пили" (например фемудена), поскольку он не оказывает влияния на получающего материнское молоко ребенка.

Посткоитальные ОК (постинор) при высокой эффективности вызывают нарушения менструального цикла у 80 % женщин. По этой же причине не получил широкого распространения норплант — депо гестаген, имплантируемый под кожу.

Как известно, монофазные комбинированные ОК выпускаются по 21 таблетке в упаковке. Принимают их 21 день, независимо от продолжительности менструального цикла.

Между тем, продолжительность нормального менструального цикла составляет от 21 до 36 дней.

Во всех случаях ОК назначают с 5-го дня цикла и заканчивают их прием за 2 дня до ожидаемой менструации.

Таким образом,

при 28-дневном цикле рационален прием ОК с 5-го по 25-й дни цикла,

при 29-дневном цикле — с 5-го по 26-й дни цикла,

при 30-дневном цикле — с 5-го по 29-й дни цикла,

при 32-дневном цикле — с 5-го по 30-й дни цикла.

Распространенным видом контрацепции является внутриматочная контрацепция (ВК) — введение внутриматочных спиралей (ВМС). Среди множества ВМС чаще всего применяют медьсодержащие, при которых индекс Перля составляет 1-2. ВМС рекомендуется вводить на 5-6-й день цикла, после искусственного прерывания беременности — сразу же, после родов — спустя 3 мес. Самым частым серьезным осложнением на введение ВМС являются воспалительные заболевания половых органов. Осложнения чаще возникают у нерожавших женщин, у женщин, имеющих многих половых партнеров.

Мы приводим наиболее распространенные способы контрацепции, согласно данным "Фэмили Хелт Интернэшнл":

№ п/п	Способ контрацепции	Особенности способа
1	Комбинированные пероральные контрацептивные препараты	Количество потребителей в мире 65 млн., уменьшают риск развития рака яичников и матки (в 2 раза) при применении в течении 2-3 лет, уменьшают вероятность развития кист яичников и доброкачественных опухолей молочных желез. Не рекомендуется прием таблеток, содержащих 50 мг и более эстрогенов
2	Мини-пили	Пероральные контрацептивные таблетки, содержащие только прогестины. Показаны женщинам с повышенным артериальным давлением, головными болями, сахарным диабетом. прогестины вызывают сгущение цервикальной слизи, подавляют овуляцию, истончают слизистую оболочку матки
3	Инъецируемые контрацептивные препараты	В состав входят дезоксимедрооксипрогестерон-ацетат (!) (Депо-Провера) или норэтиндрон-энантат (!) (Нористерат) только около 8 млн. потребителей, в основном Китай, Латинская Америка
4	Контрацептивный имплантат	Имплантиция шести силиконовых капсул с левоноргестрелом (Норплант) под кожу плеча. Потребителей 500 тыс., в основном в Индонезии
5	Внутриматочные средства (ВМС)	Потребителей около 85 млн., эффективность медь-содержащих 3-5 лет, не показаны женщинам, имеющим много половых партнеров, из-за возможного развития ВЗОТ
6	Сальпингэктомия (лигирование маточных труб)	Женская стерилизация - пересечение, лигирование маточных труб при лапароскопии. Около 120 млн. потребителей
7	Вазэктомия (мужская стерилизация)	Распространена в Китае, Индии, США, Великобритании, заключается в перевязке семенных протоков в области мошонки
8	Презерватив	От 45 до 60 млн. регулярных потребителей, особенно распространен в Японии
9	Цервикальный колпачок	Применяют в развитых странах, несколько млн. потребителей, производятся только в Англии и России
10	Спермицидные средства	В виде губок, кремов, пенообразующих таблеток. "Тудей", в виде куполообразной губки, пропитанной спермицидами
11	Периодическая сексуальная абстиненция	Естественное планирование семьи - календарный метод, метод Билингса, метод "Леди-тестер"
12	Прерывание полового акта	Общедоступный бесплатный метод
13	Лекарственные средства, индуцирующие менструацию	Ru-486. Первый анти-прогестероновый препарат, исключительно для прерывания беременности ранних сроков. Доступен только во Франции
14	Вакуум-аспирация, кюретаж с дилатацией	Количество легальных и нелегальных аборт в год составляет 45-60 млн. Не менее 90 % производится в первом триместре и вакуум-аспирацией или кюретажем

Выбор того или иного орального контрацептива зависит от особенностей химической структуры препарата, от чувствительности женщин к эстрогенам или гестагенам. Повышенная чувстви-

тельность к эстрогенам проявляется, например, выраженной тошнотой и рвотой, ожирением во время предыдущей беременности, появлением заметных отеков перед менструациями, обильным истечением слизи во время овуляции, избыточным оволосением, угрями, прибавкой массы тела. Эти женщины лучше переносят ОК с преобладанием гестагенов (силест, ригевидон, фемулэн). Выраженная гиперэстрогения требует назначения ОК, содержащих левоноргестрел, обладающий антиэстрогенными свойствами.

По химическому составу ОК делятся на группы:

1. *Однофазные препараты, отличающиеся соотношением эстрогенов, прогестагенов, андрогенным действием (левоноргестрел, норгестрел), анаболическими свойствами молекул.*

Гравистат 125	0,05 мг этинилэстрадиола и 0,125 мг левоноргестрела, рекомендуется до 35-36 лет
Демулен	0,035 г этинилэстрадиола и 0,001 г этиндиола ацетата + 7 таблеток плацебо. Возможна головная боль, изменение веса, размера бюста
Марвелон	0,03 г этинилэстрадиола и 0,15 г дезоргестрела. Отсутствие андрогенной активности. Возможно увеличение размеров миомы, прогрессирование эндометриоза, кандидоза влагалища, увеличение массы тела
Минизистон	0,00003 г этинилэстрадиола и 0,000125 г левоноргестрела. Возможно изменение тембра голоса. Промежуточные кровотечения в течение 3-х мес требуют отмены препарата
Нон-Овлон	0,00005 г этинилэстрадиола и 0,001 г норэтистерона. Возможна прибавка веса, боли в молочных железах, тромбоз эмболия
Норетин	Весьма сложный график приема. Осложнения те же
Овдон	0,00005 г этинилэстрадиола и 0,00025 г д-норгестрела. Побочное действие: как Нон-Овлон
Ригевидон	0,00003 г этинилэстрадиола и 0,00015 г норгестрела. Побочное действие: как Нон-Овлон
Силест	0,00035 мг этинилэстрадиола и 0,00025 мг норгестимата. Не дает

2. *Двухфазные оральные контрацептивы: постоянная доза эстрогенов и меняющаяся гестагенов (левоноргестрел) в разные фазы цикла.*

Двухфазные препараты показаны женщинам с клиническими проявлениями гиперандрогении (жирная кожа, угри, гирсутизм, гипертрихоз, интерсексуальное телосложение).

Антеовин	0,05 мг этинилэстрадиола и 0,05 мг левоноргестрела. Возможна рвота, диарея, нагрубание молочных желез
-----------------	--

3. *Трехфазные оральные контрацептивы: препараты, приспособленные к фазам нормального менструального цикла, состоящие из этинилэстрадиола и левоноргестрела (а,б,в) или этинилэстрадиола и норэтистерона (г,д).*

Тризон	0,03 мг этинилэстрадиола и 0,05 мг левоноргестрела. Возможны тошнота, рвота, головная боль, прибавка веса
Триквиляр 28	Химический состав тот же. Возможны депрессия, нарушение либидо, прибавка веса
Тринордил 21	Химический состав тот же. Осложнения те же
Триновум	0,035 мг этинилэстрадиола и 0,5-0,75 мг норэтистерона препаратов соответственно. Возможны избыточное оволосение, угревая сыпь, повышенный аппетит, нагрубание молочных желез
Синфазик	Химический состав тот же. Возможны отсутствие аппетита, задержка жидкости

4. *Мини-Пили - состоят из мини-доз гестагенов: 500 мкг тинидиола диацетата или 300 мкг норэтистерона.*

Оврет	Не оказывает отрицательного влияния на метаболические процессы, возможен прием у женщин с гипертензией, тромболитическими осложнениями, заболеваниями печени, в период лактации, при гиперэстрогении
Фемулен	Данные те же
Микропор	Данные те же, но возможны межменструальные кровотечения, нарушения менструального цикла

5. *Пролонгированные (подшиваемые) контрацептивы.*

Норплант	Импантируемые капсулы левоноргестрела, по 0,036 г препарата в капсуле, 6 капсул. Возможны депрессия, тошнота, изменение либидо, межменструальные кровотечения, повышение массы тела
-----------------	---

6. *Посткоитальные препараты.*

Постинор	0,75 мг левоноргестрела, применяется непосредственно после полового акта. Большие дозы гормона способны вызвать нарушения менструального цикла, "менструальный хаос" (В.И. Бодяжина)
-----------------	--

Применение контрацептивов имеет показания (контрацепция) и противопоказания.

Противопоказания к введению ВМС:

- **абсолютные:** беременность, острые и подострые воспалительные процессы;
- **относительные:** гиперпластические процессы в половых органах, мено- и метроррагии, аномалии развития матки, хронические воспалительные заболевания — генитальные и экстрагенитальные, анемия.

Противопоказания к применению ОК:

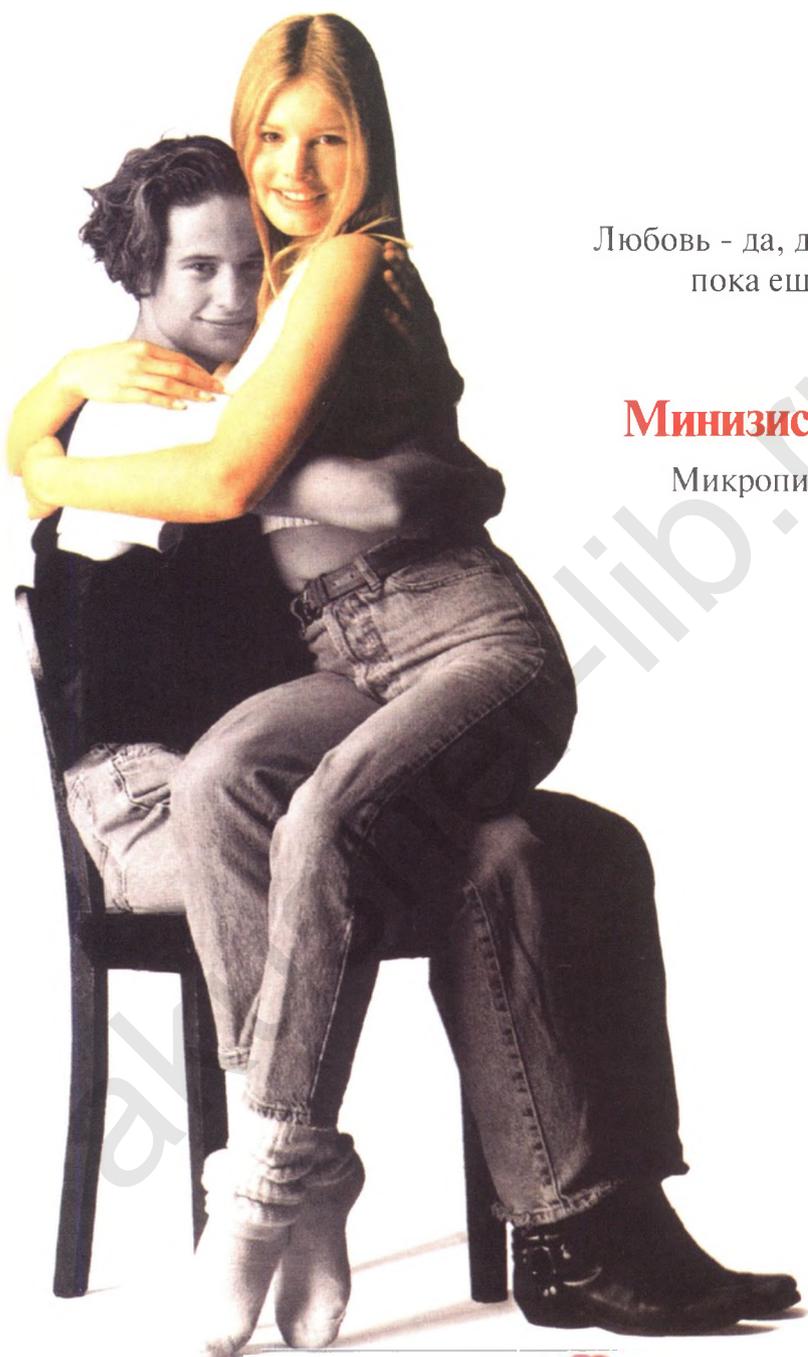
- **абсолютные:** тромбоэмболические заболевания, нарушения функции печени, цирроз печени, почечная недостаточность, поражение сосудов мозга, злокачественные опухоли репродуктивной системы;
- **относительные:** сахарный диабет, артериальная гипертензия, психозы, атеросклероз, астма, ревматические пороки сердца, пиелонефрит, ожирение, мигрень, возраст свыше 35 лет, герпес во время предыдущей беременности, тяжелое течение предыдущей беременности (токсикозы, желтуха и зуд беременных).

Учет всех данных анамнеза, клиники позволит частнопрактикующему гинекологу выбрать соответствующий вид контрацепции из большого арсенала средств.

Посткоитальная гормональная контрацепция

Долгие годы основным средством ПГК был *постинор*, применение которого сопровождается нарушениями менструального цикла. Рекомендуемый нами "*метод ЮСПЕ*" предопределяет следующие схемы приема (посткоитального) контрацептивов:

- Немедленный прием 2 таблеток *нон-овлона*, или 2 таблеток *овулена*, или 2 таблеток *овидона*, *гравистата*, *норэтистерона*. Спустя 12 ч те же таблетки принимают в той же дозе.
- Немедленный прием 3 таблеток *демулена* или *микрогонинона-30*, или *минизистона*, или *ригевидона* и повторный прием в той же дозе спустя 12 ч.
- Немедленный прием 4 таблеток *марвелона* и еще 4 таблетки через 12 ч.



Любовь - да, дети -
пока еще нет

Минизистон

Микропильюля

Jenapharm 

Компетентность создает доверие



Минизистон

Контрацептив. Идеальный для первого применения.

Очень хорошая переносимость благодаря минимальному содержанию гормонов. Обеспечивает надежный и длительный контрацептивный эффект. Уменьшает или даже устраняет боли при менструации. Способствует стабилизации цикла.

Не требует неудобной подготовки
увеличивает вес благодаря правильной дозировке
приводит к бесплодию.

Более подробную информацию Вы можете
получить в Бюро Йенафарм в Москве:

Адрес: 125163 г. Москва,

Ленинградский проспект, 37, строение 14

Тел.: (095) 258 06 75, Факс: (095) 275 06 78

191011 г. Санкт-Петербург, Невский проспект, 30

Бизнес-центр, офис 4.6 Тел.: (812) 219 92 89

Йенафарм Минизистон

Состав: одна упаковка Минизистона содержит 21 драже с 0,03 мг этинилэстрадиола и 0,125 мг левоноргестрела. **Показания:** гормональная контрацепция, нарушения менструального цикла и дисменорея.

Противопоказания: беременность; гормонозависимые новообразования матки или молочных желез; идиопатическая желтуха, сильный зуд, герпес у беременных в анамнезе; тяжелые поражения печени; синдром Дубина - Джонсона; синдром Ротора; наличие в анамнезе и/или имеющие место в настоящее время опухоли печени и/или тромбоэмболии; серповидно-клеточная анемия; тяжелые нарушения жирового обмена; тяжелая степень сахарного диабета; гипертония высокой степени; отосклероз. **Способ и продолжительность применения:** ежедневно по 1 драже в течение 21 дня, затем 7-дневный перерыв. При первичном приеме или после замены препарата 1-е драже принимается в 1-й день кровотечения. При такой схеме контрацептивный эффект начинается уже в 1-й день приема. Промежуток между приемами не должен превышать 22-26 часов. Если один прием был пропущен, то можно его восполнить в течение следующих 12 часов, в противном случае контрацептивный эффект будет снижен. Необходимо продолжить прием, пропуская при этом забытую таблетку. Дополнительно рекомендуем применять другие противозачаточные средства (например, презерватив).

Более подробную информацию Вы можете получить у своего гинеколога.

НОРПЛАНТ

ИМПЛАНТАТЫ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛА



LEIRAS

a subsidiary of SHERING group

НОРПЛАНТ®

Норплант - это левоноргестрел, синтетический прогестин, обеспечивающий продолжительный контрацептивный эффект в течение 5 лет. Состоит из шести гибких цилиндрических капсул, подкожное введение которых не связано с тканевой несовместимостью и производится под местной анестезией.

Механизм действия системы «Норплант»:

- ингибция овуляции;
- образование густой цервикальной слизи, предотвращающей пенетрацию сперматозоидов;
- подавление развития эндометрия;
- снижение секреции прогестерона во вторую фазу цикла.

Капсулы Норпланта обычно устанавливаются подкожно, используя простой троакар, предпочтительно на внутренней поверхности левого предплечья, где они наименее заметны снаружи; женщины не ощущают их в ходе своей повседневной деятельности. Удаление подкожных имплантантов возможно в любое время по желанию самой женщины, при этом фертильность быстро восстанавливается.

Использование Норпланта часто приводит к уменьшению менструальных и овуляторных болей. Норплант не способствует развитию ожирения и гирсутизма. Снижается вероятность развития рака эндометрия.

Применение Норпланта особенно рекомендуется для женщин, которые:

- желают применять метод продолжительной обратимой контрацепции;
- желают применять метод контрацепции, не связанный непосредственно с половым актом;
- имеют желаемое количество детей, но не желают прибегнуть в настоящее время к хирургической стерилизации;
- курящим женщинам.

Побочные действия:

Кровянистые выделения, аменорея в первые месяцы применения.

Противопоказания:

Рак молочной железы, гормонозависимый рак или подозрение на него, маточные кровотечения неизвестной этиологии, тромбозэмболические заболевания в анамнезе, острое заболевание печени.

Представительство компании в Санкт-Петербурге:
196128, ул. Кузнецовская, 21.

Телефоны: (812) 298-43-37
(812) 298-79-01
(812) 298-73-07

Факс: (812) 185-49-95

Исключительно надежная
контрацепция со многими
преимуществами



Cilest

Силест



**СИЛАГ - мировой лидер
в планировании семьи**

- Исключительная надежность. Индекс Перля составляет всего 0,18 на 100 женщин/лет.
- Минимальная андрогенная активность. Положительное влияние на кожу при акне, себорее и гирсутизме.
- Отсутствие влияния на вес тела.
- Положительное влияние на метаболизм липидов.
- Прекрасный контроль цикла.
- Минимальное количество побочных эффектов.
- Снижение риска развития злокачественных новообразований матки и яичников.



ЯНССЕН-СИЛАГ

Ул. Кржижановского 18, корп. 2
тел: 7095-125-7738, факс: 7095-125-2239

Москва 117218
РОССИЯ

Фирма
компания

Янссен-Янссен

A/O



шеечный магнетотворный колпачок

**ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
РАННЕГО СРОКА
И РЕГУЛЯЦИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**

☞ Колпачок применяется для регуляции менструального цикла - надевается на шейку матки на 3-4 дня и под влиянием неоднородного магнитного поля вызывает очередные месячные.

Для установления регулярного цикла процедура может быть повторена 3-4 раза в дни ожидаемых месячных.

☞ Колпачок применяется для прерывания беременности сроком 2-3 недели, т.е. должен быть использован не позже 2-3 дня задержки месячных при регулярном цикле.

Для прерывания беременности колпачок должен находиться на шейке матки 7-8 дней.

☞ Колпачок выпускается 3-х размеров:

тип 1 - для нерожавших, тип 2 - для рожавших один раз,
тип 3 - для многорожавших.

☞ Беременность подтверждается самой женщиной постановкой теста.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Колпачок готов к применению.

2. Перед использованием колпачок должен быть выдержан в 6% растворе H_2O_2 (перекись водорода) 180 минут при $t 50^{\circ}C$ и промыт дважды дистиллированной водой.

3. Схема (методика) введения колпачка изображена на рисунках.

4. Удобнее всего для введения:

а) надеть колпачок на средний или указательный палец;

б) ввести колпачок достаточно глубоко;

в) повернуть колпачок открытой стороной внутрь;

г) надвинуть колпачок на шейку матки.

5. Для снятия колпачка все действия повторить в обратном порядке.

6. Колпачок одноразовый

ПОВТОРНО КОЛПАЧОК ИСПОЛЬЗОВАН БЫТЬ НЕ МОЖЕТ !

УКАЗАНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ:

В первые дни после установки колпачка для прерывания беременности могут появиться незначительные боли внизу живота. Если они приобрели серьезный характер - обратитесь к врачу. Появление кровянистых выделений из влагалища на фоне беременности свидетельствует о ее прерывании.

Эффективность действия колпачка 70-75% (данные Минздрава России).

При отсутствии эффекта в прерывании беременности произвести мини-аспирацию.

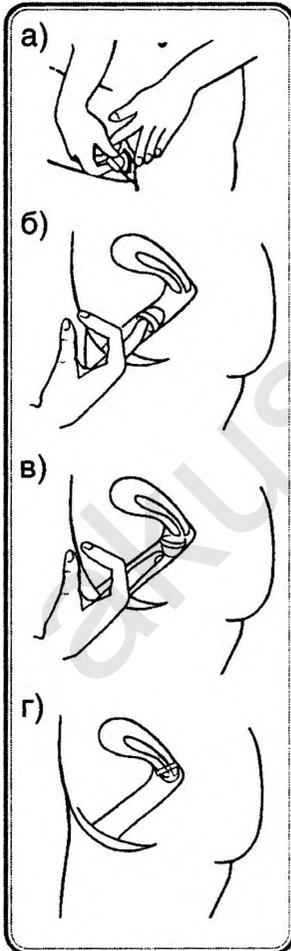
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

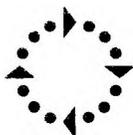
- острые воспалительные заболевания органов малого таза;

- злокачественные опухоли полового аппарата;

- врожденные и приобретенные деформации шейки матки, исключающие установку колпачка;

- подозрение на внематочную беременность.





ДЕПО-ПРОВЕРА 150 мг

инъекционный контрацептив

МЕДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА АЦЕТАТ

Лекарственные формы, способы применения и упаковки

Стерильная водная суспензия. Внутримышечные инъекции.

Упаковка

Депо-Провера 150 мг/мл - флаконы и разовые шприцы емкостью 1 мл.

Свойства

Медروксипрогестерона ацетат (17-альфа-гидрокси-6-альфа-метилпрогестерона ацетат) является прогестагеном, производным прогестерона.

Фармакодинамика

Депо-Провера оказывает при внутримышечном введении длительное прогестинное действие. Медроксипрогестерона ацетат является прогестинным агентом, лишенным андрогенной или эстрогенной активности.

Депо-Провера подавляет секрецию гипофизарных гонадотропинов, что, в свою очередь, предотвращает созревание фолликулов и приводит к длительному ановуляторному состоянию у женщин репродуктивного возраста. Это действие может также объяснить способность Депо-Провера уменьшать выраженность вазомоторной симптоматики у женщин в менопаузе.

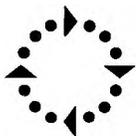
Медроксипрогестерона ацетат вызывает также типичные прогестинные изменения слизи цервикального канала (ингибирует кристаллизацию - "симптом папоротника"), увеличивает ее вязкость, затрудняя таким образом проникновение через эту слизь спермы, а также увеличивает количество промежуточных клеток в индексе зрелости влагалищного эпителия.

Противоопухолевая активность Депо-Провера в терапевтических дозах может определяться его воздействием на гипофизарно-гонадную ось, рецепторы эстрогенов и метаболизм стероидов на тканевом уровне.

Подобно прогестерону, при парентеральном введении медроксипрогестерона аце-



Pharmacia
& Upjohn



ДЕПО-ПРОВЕРА 150 мг

инъекционный контрацептив

МЕДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА АЦЕТАТ

тат пирогенен. В клинических условиях при использовании препарата в дозах, применяемых для подавления овуляции, подавления функции коры надпочечников не наблюдается. Однако, при назначении очень высоких доз, используемых при лечении определенных опухолевых заболеваний (500 мг/сутки и более), возможно проявление кортикоидоподобной активности.

Фармакокинетика

После внутримышечного введения МПА (медроксипрогестерона ацетат) высвобождается медленно, в результате чего создаются низкие, но постоянные концентрации препарата. Срок до достижения пиковой концентрации после внутримышечного введения составляет от 4 до 20 дней. МПА может обнаруживаться в крови даже через 7-9 месяцев после внутримышечной инъекции. МПА примерно на 90-95% связывается с белком. Сообщалось, что объем распределения составляет 20 ± 3 литра. МПА проникает через гематоэнцефалический барьер и секретируется с грудным молоком.

Описано множество метаболитов МПА; они, однако, не были соответствующим образом определены количественно. Элиминационное время полужизни после внутримышечного применения составляет 6 недель. МПА экскретируется, главным образом, с фекалиями путем билиарной секреции. Приблизительно 44% неизмененного препарата экскретируется с мочой.

Показания к применению

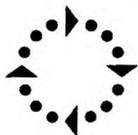
Подавление овуляции (контрацепция).

Дозировка и способы применения

Рекомендуемая доза составляет 150 мг каждые 3 месяца, вводимые путем глубокой внутримышечной инъекции. Чтобы быть уверенным, что пациентка не беременна в момент первоначального применения препарата, рекомен-



**Pharmacia
& Upjohn**



ДЕПО-ПРОВЕРА 150 мг

инъекционный контрацептив

МЕДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА АЦЕТАТ

дуются делать первую инъекцию в течение первых 5 дней после начала очередной менструации или ранее шестой недели после родов.

Врачам рекомендуется предупреждать пациенток о том, что в начале применения препарата возможно нарушение менструального цикла, что появляются нерегулярные и непредсказуемые кровянистые выделения или "мазня", однако, по мере продолжения терапии, все эти явления без дополнительного лечения обычно уменьшаются до состояния аменореи. Выраженные или длительные кровотечения, беспокоящие пациентку, обычно контролируются применением внутрь или парентерально эстрогенов в дозе, эквивалентной 0,05-0,1 мг этинилэстрадиола, ежедневно в период с 7 по 21 дня. Такую терапию можно продолжать 1-2 цикла, но не следует применять длительно.

Исходя из ограниченного опыта, некоторые исследователи выступали в пользу выполнения второй инъекции Депо-Провера ранее 90 дня (с целью контроля беспокоящих пациентку кровотечений). Третьи и последующие инъекции следует делать с 90-дневными интервалами

Если аномальные кровотечения продолжаются, необходимо провести соответствующее обследование с целью исключения органической патологии.

Противопоказания

Известная гиперчувствительность к медроксипрогестерона ацетату или любому из компонентов препарата.

Побочные эффекты

Следующие явления, перечисленные не в порядке частоты их возникновения, а в порядке серьезности, иногда бывают связаны с применением прогестагенов:

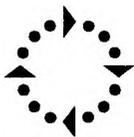


Pharmacia
& Upjohn

Анафилактический шок и анафилактоидные реакции.

Тромбоэмболическая болезнь: тромбоз и эмболия легочной артерии.

Центральная нервная система: нервозность, бессонница, сонливость, утом-



ДЕПО-ПРОВЕРА 150 мг

ИНЪЕКЦИОННЫЙ КОНТРАЦЕПТИВ

МЕДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА АЦЕТАТ

ляемость, депрессия, головокружение и головная боль.

Кожа и слизистые оболочки: крапивница, зуд, сыпь, акне, гирсутизм и алопеция.

Желудочно-кишечный тракт: тошнота.

Молочные железы: чувствительность и галакторея.

Прочее: гиперпирексия, изменение веса и лунообразное лицо.

Местные реакции: боль, остаточные уплотнения и изменение цвета кожи в месте инъекции.

Меры предосторожности

У любой пациентки, у которой развиваются признаки и/или симптомы тромбоемболических нарушений, вопрос о продолжении терапии Депо-Провера должен решаться заново.

После нескольких инъекций аменорея и ановуляция могут сохраняться в течение 18 месяцев, а иногда и дольше.

У пациенток, получающих Депо-Провера, изредка описывали анафилактические и анафилактоидные реакции.

Перед применением Депо-Провера пациентку следует тщательно обследовать. Это обследование должно до решения вопроса о назначении Депо-Провера исключить наличие у пациентки новообразования женских половых органов или молочной железы.

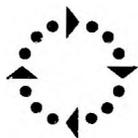
Депо-Провера, особенно в высоких дозах, применяемых для лечения опухолей, может вызвать повышение веса тела и задержку жидкости. Помня об этом, следует проявлять осторожность при назначении препарата пациенткам с предрасполагающей патологией, на которую увеличение веса тела или задержка жидкости могут оказать отрицательное влияние.

В случае "прорывных кровотечений", как и при любых ациклических влагалищных кровянистых выделениях, следует помнить о возможности органических причин.

В случае маточных кровотечений невыясненного характера показаны соответствующие диагностические мероприятия.



**Pharmacia
& Upjohn**



ДЕПО-ПРОВЕРА 150 мг **инъекционный контрацептив** **МЕДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА АЦЕТАТ**

тия. Для лечения длительных или выраженных кровотечений в период применения Депо-Провера с целью контрацепции рутинное или долгосрочное циклическое дополнительное применение эстрогенов не рекомендуется

Пациентки, у которых в анамнезе имеется лечение по поводу депрессии, нуждаются в период применения Депо-Провера в тщательном наблюдении. Некоторые пациентки в этот период могут жаловаться на депрессию предменструального типа. У некоторых пациенток в период применения прогестагенов наблюдается снижение толерантности к глюкозе. Механизм этого эффекта неизвестен. По этой причине больные, страдающие диабетом, нуждаются в период применения прогестагенов в тщательном наблюдении.

Если для патогистологического исследования направляются образцы эндометриальной или эндоцервикальной ткани, патолога следует информировать о проведении терапии Депо-Провера.

Применение Депо-Провера может оказывать влияние на результаты следующих лабораторных исследований:

- Уровни гонадотропина
- Плазменные уровни прогестерона
- Мочевые уровни прегнандиола
- Плазменные уровни тестостерона (у мужчин)
- Плазменные уровни эстрогена (у женщин)
- Плазменные уровни кортизола
- Проба с сахарной нагрузкой
- Метопириновый тест



**Pharmacia
& Upjohn**



ДЕПО-ПРОВЕРА 150 мг
инъекционный контрацептив
МЕДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА АЦЕТАТ

Назначение препарата в период беременности и лактации

Применение прогестиновых препаратов в период беременности не рекомендуется.

Прогестиновые препараты не рекомендуются также в качестве диагностического теста на беременность.

Депо-Провера не влияет на лактацию. Хотя медроксипрогестерона ацетат секретируется с грудным молоком, его количества очень малы. До настоящего времени какие-либо неблагоприятные действия на развитие детей не наблюдались. Клинические исследования, направленные на выявление возможного возникновения таких эффектов, продолжаются в настоящее время.

Хранение

Хранить при комнатной температуре (15^o-25^oС)

Выдается по рецепту врача.

Препарат зарегистрирован и разрешен к применению в странах СНГ.

По запросу предоставляется дополнительная информация.



**Pharmacia
& Upjohn**

Представительство
“АПДЖОН КАМПАНИ”:
103009 Москва, Газетный пер., 17/9
Тел.: (095) 956-98-00 Факс: (095) 956-98-01
В Санкт-Петербурге:
Тел.: (812) 210-68-37

Метод ЮСПЕ эффективен, если с момента незащищенного полового акта прошло не более 72 ч.

Оральная контрацепция у женщин старше 35 лет, согласно данным Международной Федерации Планирования семьи, снижает частоту всех трех основных гистологических типов рака эндометрия, а протективный эффект в отношении рака яичников обнаруживается уже спустя 3 месяца использования ОК. ОК безопасны и эффективны при назначении здоровым, некурящим женщинам старше 35 лет.

ОК должны быть отменены только при появлении резких болей в ногах, в области грудной клетки или в желудке, одышки, удушья, кровохарканья, коллапса, необычных головных болей, расстройства речи и зрения, онемения конечностей.

Введение в клиническую практику Левоноргестрел-содержащих ВМС еще более расширило арсенал контрацептивных средств, применяемых у женщин старше 35 лет. Появление скудных кровянистых выделений в первые 2 месяца после введения ВМС не является противопоказанием к применению ВМС и не требует специального лечения. Существующие в России (СССР) данные о воспалительных заболеваниях, связанных с введением ВМС, сильно преувеличены. Воспалительные заболевания у моногамных женщин при асептичном введении ВМС встречаются редко, а в случае их возникновения поддаются терапии в течение 2-3 недель.

Крауроз вульвы

Крауроз вульвы — сморщивание и атрофия наружных половых органов с резким уменьшением жировой клетчатки больших половых губ, стенозированием входа во влагалище. Кожа хрупкая, легко ранимая.

Клинически — зуд, жжение, расчесы. Рак вульвы при этом отмечается в 20-50 % случаев, что предопределяет необходимость тщательного цитологического исследования таких больных.

Лечение заключается в применении мазей с кортикостероидами, иссечении пораженных участков.

Лейкоплакия вульвы

Лейкоплакия относится к фоновым заболеваниям, и потому обязательно подлежит кольпоскопическому и цитологическому исследованию.

Клинически она проявляется сухими бляшками белесоватого или желтого цвета, расположенными на ограниченных участках или распространяющимися на всю вульву. Больные жалуются на непрекращающийся зуд, жжение, которые усиливаются после применения для мытья некоторых сортов мыла, раствора калия перманганата, других сушащих веществ.

Гистологически лейкоплакия характеризуется пролиферацией многослойного плоского эпителия, нарушением его дифференцировки и созревания, появлением пара- и гиперкератоза, акантоза без ядерного полиморфизма.

Лечение проводят свечами противовоспалительного действия, седативными препаратами, используют витаминотерапию, антигистаминные средства.

Возможно применение блокад срамных нервов 0,25 % раствором новокаина 100 мл, однако они дают временный эффект.

Рациональным методом лечения является хирургический. Мы проводим денервацию — паравульварную денервацию по методу Горна. Этот подход особенно показан при упорном, некупируемом зуде вульвы.

Конечно, метод противопоказан при подозрении на малигнизацию.

Применяется и паравульварная диатермоденервация путем отсепарирования кожного лоскута и слизистой оболочки вульвы от подлежащей фасции.

В заключение мы должны еще раз отметить, что обследование на содержание сахара в крови, цитологическое исследование отпечатков или поверхностных соскобов из пораженных поверхностей и биопсия совершенно обязательны.

Таков же подход и к лечению крауроза вульвы (см. *Крауроз*).

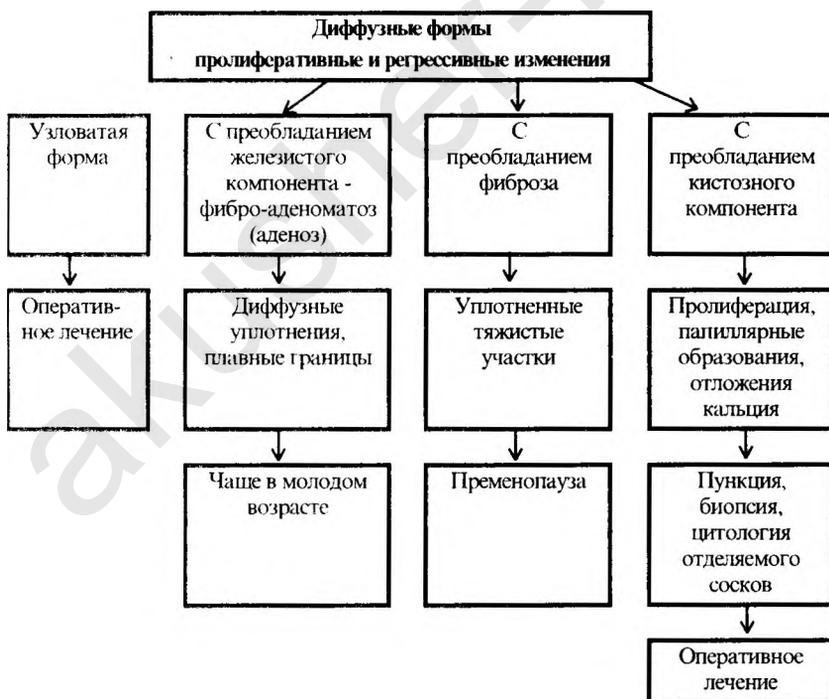
Мастопатия (фиброзно-кистозная мастопатия)

Мастопатией (ФКМ) принято обозначать состояние молочных желез с выраженными пролиферативными и регрессивными изменениями и нарушенным соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов желез.

Клинические проявления зависят от преобладания пролиферативных (гиперплазия, пролиферация долек и протоков) или регрессивных (атрофия, фиброз, кистообразование) изменений.

При выборе тактики мы используем распространенную схему обследования и лечения. Обязательным условием является рентгенологическое (маммография), ультразвуковое обследование.

КЛАССИФИКАЦИЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ



Фиброаденоматоз чаще встречается у молодых женщин, у девушек и проявляется болезненностью молочных желез, особенно в предменструальный период, нагрубанием и диффузным уплотнением всей железы или ее участков.

ФКМ с преобладанием фиброза также проявляется болезненностью и наличием уплотненных, тяжистых участков. Эта форма заболевания в основном встречается у женщин пременопаузального возраста. При тех же самых болезненных ощущениях в железах определяются эластичные кисты, хорошо отграниченные от окружающих тканей.

В кистах возможны отложения кальция, папиллярные разрастания с появлением кровянистого содержимого, что служит в 10-30 % случаев признаком рака молочных желез.

Диффузные формы ФКМ в чистом виде (аденоматоз, фиброз, кистозные изменения) встречаются редко, чаще ФКМ носит смешанный характер. Решающим в дальнейшей тактике ведения больного является отнесение ФКМ к той или иной форме. И если ФКМ отнесена к узловой форме, то единственным методом лечения является хирургическое в условиях стационара. Именно узловые формы дают особенно выраженную клинику с иррадиацией болей в плечо, лопатку.

Консервативная терапия ФКМ

Консервативная терапия ФКМ (диагноз после обследования!) складывается из ряда пунктов:

1. Мы, как и большинство специалистов, считаем необходимым исключение из употребления метилксантинов — кофе, шоколада, крепкого чая, никотина — поскольку они стимулируют прогрессирование аденоматоза.
2. Прием витаминов совершенно обязателен, особенно витамина Е, как антиоксиданта. Его мы назначаем с 15-16-го дня цикла в капсулах по 0,05-0,1 г (50 % раствор, капсулы 0,1 или 0,2 г). НФЛ, гиперпролактинемия — прямое показание к применению антиоксидантов. курс лечения 2-3 цикла, перерыв 1 мес.
3. Седативную терапию проводим пустырником, валерианой.
4. У молодых женщин до 35-40 лет рационально применение синтетических прогестинов, причем доза этинилэстрадиола в пре-

парате не должна превышать 0,03 мг, а доза гестагенного компонента составлять не менее 0,120 мг *левоноргестрела*. Подобным условиям отвечают однофазные комбинированные препараты, принимаемые по обычной контрацептивной схеме. Привлекательны в этом плане и *мини-пили*, однако, учитывая включаемую в них дозу этиндиола диацетата, мы рекомендуем их женщинам с ФКМ принимать по 0,5 таблетки.

Подобную терапию проводим 3-6 месяцев, затем контрольное обследование, повторение курса терапии.

Применение СП в течение ряда лет является профилактикой развития рака молочных желез.

*Значительную проблему представляют боли в молочных железах в предменструальный период. Для снятия их при фибroadеноматозе используют ингибиторы простагландинов — **мефенамовая кислота** по 250 мг, **индометацин** по 25 мг, **напроксен** по 275 мг. В качестве мочегонного, для снятия отечности железы, используют **верошпирон** по 0,025 г 2-3 раза в день. Диуретическое действие препарата проявляется на 3-6-е сутки приема.*

5. Сочетание ФКМ с гиперпролактинемией требует назначения парлодела.
6. Женщинам в пременопаузе назначают в основном гестагены:
 - *норколут* по 5 мг с 16 по 25 дни цикла.
 - *прогестерон* по 1,0 мл 1 % с 16 по 25 дни цикла.
 - по 1,0 мл 2,5 % на 21, 23, 24, 26 дни.
 - 17 ОПК по 1 мл на 17 и 21 дни цикла.
7. После 45-50 лет, в постменопаузе, применяют в основном андрогены:
 - метилтестостерон по 5-10 мг во вторую фазу рассчитываемого цикла, 3-4 месяца.

Консервативную терапию проводят 3-6 мес, затем рентгенологическое обследование, УЗИ, консультация онколога, что позволяет выработать дальнейшую тактику.

8. Эффективным в молодом и пременопаузальном возрасте считается лечение *даназолом* по 200-400 мг в день 4-6 мес. В виде

побочных эффектов при этом описаны аменорея, гирсутизм, акне вульгарис, прибавка веса.

Микозы женских половых органов

Микозы вызываются самыми разнообразными видами грибов.

Наибольшее распространение имеет кандидоз или кандидомикоз, вызванный дрожжеподобными грибами и поражающий слизистые оболочки, кожу, внутренние органы.

Лечение микозов длительное, и рассчитывать на успех можно только при комплексной, курсовой терапии.

Кроме непосредственного воздействия на дрожжеподобные грибы, необходимо устранить фоновую патологию, ограничить потребление углеводов, широко применять антигистаминные средства.

Непосредственно медикаментозное лечение включает:

- a) *Амфотерицин В* — кроме антигрибкового действия ингибирует трихомонад — 50000 ЕД препарата на 500,0 мл 5 % раствора глюкозы внутривенно капельно в течении 3-4 ч через день 2-3 раза. Возможно назначение до 20 инфузий. Амфотерицин применяют и в таблетированном виде по 200 000 ЕД 2 раза в день после еды. Доза может быть увеличена вдвое — 2 таблетки 2 раза. Курс 10-14 дней. **Противопоказания:** болезни печени, почек, крови, диабет.
- b) *Нистатин* -препарат выбора при кандидозе. Назначают в дозе 500 тыс. — 1 млн. ЕД 5-6 раз в день, 2 нед. Местно (во влагалище) вводят таблетки нистатина на ночь. Применение нистатина можно с успехом заменить *леворином* по 400-500 тыс. ЕД 2-3 раза в день в течении 10-14 дней.
- c) Лечение нистатином дополняют *имидазолами* и *триазолами* (*миконазол, клотримазол, низорал*). Таблетки *клотримазола* (6 таблеток по 100 мг) вводят во влагалище одномоментно или по 100 мг в течении 6 дней.

Широкое распространение получили препараты этих групп:

- *Клион-Д*
- *Гино-Певарил 50, 150*
- *Канестен* (см. *Кандидоз*).

К более редким микотическим поражениям относятся актиномикозы.

Лечение их состоит из назначения *актинолизата* (иммунопрепарат) по 3 мл 2 раза в неделю, сульфаниламидов 3-4 нед, аутогемотерапии еженедельно. Появление флегмоны — показание к оперативному иссечению очага поражения.

Микоплазмы урогенитальные

Семейство прокариот микоплазматике разделяется на 2 рода:

- ***Микоплазма***, включающая около 100 видов, и
- ***Уреаплазма*** — 3 вида.

Особенность прокариотов: отсутствие клеточной стенки, и отсюда пластичность, полиморфизм, высокая осмотическая чувствительность, резистентность к химическим агентам, действующим на компоненты клеточной стенки.

Микоплазмы способны паразитировать на мембране клеток.

Человек является естественным хозяином по крайней мере 10 видов микоплазм: *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma orale*, *Mycoplasma bukkale*, *Ureaplasma urealiticum*.

Микоплазмоз является одной из наиболее частых болезней. Респираторный микоплазмоз составляет 15 % ко всем пневмониям, внутриутробный — 32 % ко всем внутриутробным инфекциям. Заражение происходит от больных людей воздушно-капельным и половым путем.

При респираторном микоплазмозе развивается десквамативная пневмония, у детей раннего возраста имеются гиалиновые мембраны. Характерен геморрагический характер воспаления.

Внутриутробный микоплазмоз сопровождается расстройствами кровообращения, изменениями печени, почек, отечностью и полнокровием мягких мозговых оболочек, дрябловатостью вещества головного мозга [Цинзерлинг А.В., 1993].

Существенное место при микоплазмозе принадлежит плацентиту.

Микоплазмоз передается и при половых контактах, и потому может считаться венерическим заболеванием.

Микоплазма адсорбируется на гонококках Нейссера, на сперматозоидах, и таким образом колонизирует урогенитальный тракт человека.

Патогенный эффект зависит от степени обсемененности.

Кольпиты и цервициты, вызванные трихомонадами, зачастую поддаются лечению только при сочетанном применении противотрихомонадных средств и тетрациклина, к которому чувствительны микоплазмы.

Воспалительные заболевания органов малого таза вызываются обычно смешанной флорой, значительное место в которой занимают микоплазмы.

Так, причиной эндометритов после абортов в 50 % случаев является микоплазма.

Очевидно, что микоплазмы вызывают нарушение овогенеза, создают препятствие продвижению яйцеклетки, уреаплазма приводит к нарушению подвижности сперматозоидов, появлению незрелых форм. Адсорбция множества уреаплазм на хвостовой части сперматозоида создает эффект "пушистых хвостиков".

Разные степени повреждения плодного яйца приводят или к спонтанным абортam, или мертворождению, порокам развития плода — поражению органов дыхания, зрения, печени, почек, ЦНС, кожи.

Лечение обычно эффективно (до 98 %) при выполнении следующих требований:

1. Лечение обоих супругов начинать за неделю до ожидаемой женщиной овуляции (в первой фазе цикла!).
2. Супругам при негонококковых вагинитах, уретритах, простатитах проводится и местная санация.

3. Высокоэффективны хинолоны — *офлоксацин, ципролет, таривид*,
 - женщинам по 500 мг — 2 раза в день 7 дней
 - мужчинам по 750 мг — 2 раза в день 7 дней.
 - *доксциклин* — первая ударная доза 300 мг, затем 100 мг через 12 ч, курс до 1 г.
 - *тетрациклин* по 500 мг каждые 6 ч в течении 7 дней.
4. Применение иммуномодуляторов.
5. Беременным при сроке более 12 нед — эритромицин по 0,24 г 4 раза в день 7 дней.

Миома матки

Одна из самых распространенных опухолей матки.

Классификация подразделяет их на:

- I. Простые, пролиферирующие, предсаркомы.
- II. Типичные и атипичные.
- III. Стебельчатые, серозные, интерстициальные, интерстициальные с центральным ростом, субмукозные — относительно толщи миометрия.
- IV. По морфологии: в зависимости от преобладания тех или иных элементов стромы (миомы, фибромы).

Клиника миомы отличается большим разнообразием: от астенизации, невротизации больной, до более типичных симптомов: маточных кровотечений в виде мено- и метроррагий, скудных продолжительных мажущих кровянистых выделений, болей в нижних отделах живота и пояснице, нарушений функции соседних органов, постгеморрагической анемии.

Иногда боли носят схваткообразный характер, совпадают с днями менструальных кровотечений и сопутствуют субмукозным или рождающимся узлам.

При быстром росте миомы боли могут быть связаны и с дистрофическими изменениями в узлах.

Поскольку миомы матки диагностируются часто и в молодом возрасте (25-30 % женщин в возрасте около 30 лет), проблема консервативного лечения таких больных приобретает особое значение. Оно основывается на концепции нарушения метаболизма, синтеза и соотношений половых гормонов, а также состояния рецепторного аппарата миометрия, на более высокой активности эстроген-рецепторов по сравнению с гестаген-рецепторами.

Для торможения роста миомы рекомендуют:

- витамин А (ретинола ацетат) в количестве, в два раза превышающем обычные дозировки — по 20 капель масляного раствора 3 раза в день с 15-го по 25-й дни цикла, на протяжении 3-6 мес;
- витамин Е (токоферол ацетат) по 1 капсуле (100 мг) ежедневно с 15-го по 25-й дни цикла.

В дни менструальных кровотечений и накануне их проводят противоязвенную терапию (адаптогены — *элеутерококк, метилурацил*).

Гормональную терапию с той же целью мы проводим, назначая прогестерон по 5-10 мг внутримышечно с 15 по 25 дни цикла 3-6 мес. 17 ОПК на 12-14-15-й дни цикла однократно 12,5 % раствор 2 мл, 3-4 мес, или *норколут* с 16-го по 25-й дни цикла по 2,5-5-10-15 мг в день. Суточную дозу подбирают индивидуально с учетом риска возникновения дегенеративных изменений в ткани миомы.

Применение аналогов ЛГ-РГ не дало убедительных результатов.

В пременопаузальном периоде возможно применение андрогенов.

Неэффективность применения предлагаемых методов у больных является показанием к оперативному лечению.

Консервативное лечение безусловно противопоказано при величине матки с узлами миомы, превышающими ее размеры при 12-недельной беременности, сумбукозном расположении узла, при сочетании ее с опухолями яичников, аденоматозом, при быстром росте, при меноррагиях, вызывающих анемию.

Объем хирургического вмешательства зависит от сочетания миомы матки с заболеваниями шейки матки, атипичного или типичного расположения узлов, наследственности и т.д. Однако

всегда обязательным является предоперационное раздельное диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием соскоба, цитологическое исследование аспирата.

В диагностике необходимо опираться и на данные ГСГ, УЗИ, гистероскопии.

Возможные варианты подходов к оперативному ведению больных, страдающих этой распространенной патологией, описаны в любом руководстве по гинекологии.

Моллюск контагиозный

Возбудителем заболевания является вирус.

Вспышки болезни отмечаются среди групп населения с высоким риском заражения другими заболеваниями, передающимися половым путем.

Наиболее характерными являются поражения кожи в виде круглых, твердых, белых, небольших размеров папул с блестящей поверхностью и характерными вдавлениями. Чаще всего поражения развиваются на туловище и в аногенитальной области. Протекает бессимптомно.

Диагноз ставят на основании типичной клинической картины и обнаружения возбудителя в материале из пораженного участка.

Каустическая химическая терапия (подофиллин, ферезол, трихлоруксусная кислота) и криотерапия жидким азотом являются наиболее эффективными методами лечения моллюска.

Возможны рецидивы. Обследование полового партнера обязательно.

Недержание мочи при напряжении

Недержание мочи при напряжении (“стрессовое недержание мочи”) — клинически регистрируемое, не контролируемое волей истечение мочи из уретры.

Для выбора подхода к лечению необходима консультация уролога, экскреторная урография, уретро-цистография, трехкратный посев мочи для выявления флоры.

Медикаментозное лечение на первом этапе — для восстановления равновесия между детрузором и сфинктером мочевого пузыря женщине назначаются антихолинэстеразные препараты:

- *прозерин* по 0,015 г 3 раза в день, в течение 1,5 мес, или адrenomиметик *эфедрин* по 10 мг 3 раза в день, те же 1,5 мес.
- пре- и пост-менопауза — кроме указанных препаратов назначают *пресомен*, *эстриол* или *микрофоллин* 0,0015 в сутки ежедневно до 3 мес.

До рекомендации больной о необходимости оперативного лечения учитывать следующее:

- Передняя кольпорафия не является операцией, излечивающей данное заболевание.
- Количество мочи в одно мочеиспускание около 100 мл — свидетельство интерстициального цистита.
- Цитологическое исследование мочи обязательно для ранней диагностики возможного опухолевого поражения.
- Недержание мочи может симулироваться уретральными дивертикулами — они располагаются на задней стенке уретры, где есть периуретральные железы, и могут быть следствием давно перенесенной гонореи. Клинически они выражаются в капельном подтекании мочи после мочеиспускания, рецидивирующих инфекциях мочевых путей, диспаренурии, императивных позывах на мочеиспускание.
- Патологические изменения выходного отдела мочевого пузыря — детрузорная гиперфлексия — спонтанные сокращения мочевого пузыря без ощущений — неврологическое заболевание.
- Диагностике помогает тампон с адаптируемым материалом после введения в пузырь метиленовой сини.
- Выбор метода оперативного вмешательства является сложной задачей. Существует около 200 методик хирургического лечения, требующих от хирурга знания анатомии и достаточной

техники. Наиболее распространенными являются операции Келли, Кеннеди, Фигурнова-Макарова, Маршалла-Маркетти-Крантца. Операции по методике Маршалла-Маркетти-Крантца дают наименьшее число рецидивов неудержания мочи.

В последние годы появились неинвазивные методы лечения болезни. В 1985 году опубликованы первые результаты лечения с использованием “пломбирочного” материала на основе фибрина (В.Штольц и Дж.Бастерт).

Чаще всего используют 2-компонентный пломбирочный материал **ТИССЕЛ** (*тиссукол*), состоящий из высококонцентрированного человеческого фибриногена, фактора XIII, плазминогена — 1-й компонент, и тромбина, кальция хлорида — 2-й компонент. Препарат вводят с целью уретроцистопексии ретропубикально трансабдоминально или через переднюю стенку влагалища [Фальконер К., Ларсон Б., 1995].

Методика введения: см. *Справочник часть 2*. Успех достигнут в 63-70 % случаев.

Остеопороз

Заболевание, наиболее распространенное среди женщин пред- и пост-менопаузального возраста и характеризующееся метаболическими заболеваниями скелета.

При этом происходит уменьшение массы костей, их плотности, нарушение архитектоники костной ткани, уменьшение ее прочности, возникают переломы.

Остеопороз занимает 4-е место среди причин заболеваемости и смертности у женщин старше 45 лет (неинфекционные заболевания).

В связи с недостаточностью литературы по системному остеопорозу, мы остановимся на клинических проявлениях заболевания.

Остеопороз выявляется зачастую только при появлении переломов костей. Травма при этом минимальна или вообще отсутствует. Характерен синдром компрессионных переломов тел позвонков. Заболевание встречается и у молодых женщин с аменореей,

стероидными заболеваниями. Основным признаком является потеря губчатой (трабекулярной) кости. В диагностике особое значение приобретает потеря губчатой кости в запястье (переломы луча в "типичном" месте). Женщины жалуются на периодическое появление острых болей в спине, что подтверждается рентгенологически определяемым компрессионным переломом тел позвонков (часто с VI грудного до III поясничного), или болей в груди, связанных с множественными переломами ребер.

Латентный период остеопороза начинается в основном за 5 лет до менопаузы и продолжается около 5 лет после прекращения менструаций. Особенно быстро развитие болезни идет после хирургически вызванной менопаузы. И если до 50 лет переломы костей встречаются только у каждой десятой женщины, то к 70 годам уже у каждой второй (переломы пальцев, костей предплечья, позвонков, ребер, шейки бедра).

В возрасте 60-65 лет и далее наиболее типичны переломы шейки бедра. Это связано с потерями не только губчатой, но и кортикальной кости.

Диагностика остеопороза основана на оценке рентгенограммы. При этом появляется крупнопетлистый рисунок кости, расширение костно-мозгового канала, истончение кортикального слоя, подчеркнутость краев кортикального слоя вокруг всей кости, как феномен ненормальной прозрачности ее.

Для диагностики используется также метод "двойной фотонной абсорбциометрии", биопсии костной ткани, определение общего и ионизированного кальция, неорганического фосфата в крови, гиперкальциурия.

Лечение подразделяют на симптоматическое и патогенетическое.

- Первое: прием обезболивающих препаратов.
- Второе: ежедневное употребление 1-2 стаканов молока, 100 г творога, 500-700 мг кальция в виде солей (кальций форте — растворимая таблетка содержит 500-1000 мг чистого кальция).

Зарекомендовал себя "*Кальциум форте*" фирмы "Сандоз". Через полгода медикаментозного лечения возможна физическая нагрузка в виде ходьбы.

Непосредственно медикаментозная терапия должна включать 6 компонентов:

- кальцитонины,
- конъюгированные эстрогены,
- бисфосфонаты,
- анаболические стероиды,
- препараты фтора,
- препараты витамина D.

Кальцитонины тормозят резорбцию костей, способствуют костеобразованию, обладают выраженным анальгетическим действием. Препаратом выбора является “*Миакальцик*” фирмы “Сандоз” в ампулах по 50 и 100 ЕД для внутримышечного введения. При сильных болях назначают по 100 ЕД внутримышечно 10 дней, добавляя “*Кальциум форте*” по 1 таблетке в день и вит. Д (эргокальциферол) по 500 мг в капсулах.

Появление *миокальцика* в форме спрея позволяет избежать внутримышечных инъекций (Кальцитонин синтетический лосося 100 ЕД в устройстве).

Мы рекомендуем спрей для интраназального введения по 50 ЕД через день в течение 2 мес с перерывом 2 мес. Повторные курсы каждые 2 года. Безусловно, применение спрея должно сочетаться с приемом “*Кальциум форте*” и витамина D.

При резко выраженном болевом синдроме лечение можно начинать с ежедневных инъекций *миокальцика*, и по достижении клинического эффекта переходить к применению спрея.

Костеобразованию способствует и применение конъюгированных эстрогенов (Премарин, Пресомен) или эстроген-гестагенные препараты типа *дивине*. Натрия фторид, анаболические стероиды и другие препараты имеют более узкий терапевтический диапазон.

Нами рекомендуется следующая схема лечения:

1. *Кальцитонин лосося* по 50 ЕД через день в виде интраназального спрея в течение двух месяцев с перерывом 2 мес. Курс

повторяют раз в 2 года. Сильные боли требуют применения Миокальцика (см. выше).

2. Одновременно назначают 3-4 курса *премарина* (Германия) или *пресомена* (Нидерланды) 21 день по 1/2-1 таблетке (0,625-1,25 мг), 5-7 дней перерыв и повторение курса, лечение повторять через 2 года.
3. Витамин D₃ — эргокальциферол — таблетки 500МЕ, капсулы 500-1000 МЕ в течение 5-6 мес.

Препараты кальция можно вводить и в виде растворимых таблеток — Кальциум форте 500-1000 мг ежедневно 6 мес, или сочетанием *кальция глюконата* по 0,5 (2-6 таблеток перед едой) и *кальция глицерофосфата* по 1 грануле 3 раза в день, однако по действию они уступают кальцитонину.

При лечении эстрогенами (*премарин, пресомен*) следует помнить о риске развития рака эндометрия, рака молочных желез. Однако эстрогены остаются препаратами выбора — они предотвращают постепенную убыль костной ткани, стабилизируют ее плотность.

Одновременно с эстрогенами рекомендован прием *медроксипрогестерон-ацетата* до 5 мг ежедневно в постоянном режиме, что исключает возможность патологических осложнений.

Профилактикой остеопороза служит "полезное для костной ткани питание". Такое питание должно ориентироваться в среднем на ежедневную потребность около 1000 мг кальция — это профилактика остеопороза в течение всей жизни.

Соотношение кальция и фосфатов в питании должно быть 1:1,2. В рацион входят молоко, молочные продукты, зеленые овощи, травы, орехи. Отрицательно влияют плавленые сыры, ревень, шоколад, более 4 чашек кофе в день (кальций вымывается при избытке кофеина), колбасные изделия, сладости, животные жиры.

Поликистозных яичников болезнь (болезнь Штейна-Левентала)

Для заболевания характерно двустороннее увеличение яичников в 2-6 раз, превышающее нормальные размеры, с плотной белесоватой капсулой. Изменяется гормональный профиль, и, в пер-

вую очередь, соотношение гонадотропных гормонов в сторону повышения уровня ЛГ.

Конечным этапом метаболических нарушений и нарушения функции яичников является бесплодие. Для определения состояния яичников информативны лапароскопия и эхоскопия (нормальные яичники имеют следующие эхоразмеры: 3,2x1,8x2,9 см).

Клиника

Увеличение яичников, первичное бесплодие, олигоаменорея, ациклические кровотечения, гипертрихоз, ожирение универсального характера.

В четверти случаев в эндометрии развиваются гиперпластические процессы. Чем длительнее болезнь поликистозных яичников, ожирение, тем чаще развивается аденокарцинома эндометрия.

Лечение

1-ым этапом лечения является применение синтетических прогестинов, которое приводит к уменьшению размеров яичников, подавлению гиперпластических процессов, восстановлению овуляции (6-8 мес).

2-й этап — лечение гипертрихоза *ципротерон-ацетатом* и *диане-35* в течение 6-9 мес.

3-й этап — применение *кломифена* по обычной схеме. Длительность терапии 3-5 мес. Начальная доза препарата 25 мг с 5-го по 9-й дни цикла.

- Женщины с нормальной массой тела отвечают на терапию *кломифеном* лучше, чем пациентки с ожирением.
- *Кломифен* эффективнее после лечения гипертрихоза.
- Появление на фоне лечения *кломифеном* приливов, уменьшение количества цервикальной слизи требует применения адъювантов (*этинил-эстрадиол*, *микрофоллин* с 9-го по 15-й дни цикла по 0,05 мг/сут, *премарин* 0,625 мг/сут с 10-го по 19-й день).

Лапароскопия для производства электрокаутеризации обеспечивает нормальные менструальные циклы в течение 6-8 мес.

Гиперпластические процессы в эндометрии требуют контрольных выскабливаний матки через 3 и 6 мес от начала приема СП.

Поликистозных яичников синдром (Вторичные поликистозные яичники)

Характеризуются гиперандрогенией и хронической ановуляцией

Клиника

Незреко выраженные черты вирилизации, незначительное сужение таза и увеличение ширины плеч (спортивный тип), выраженный гипертрихоз (щеки, подбородок). Величина яичников близка к нормальной. Гиперпластические процессы эндометрия редки. Возможны ациклические, небольшие кровотечения.

Лечение

Дексаметазон по 0,25-0,5 мг/сут до достижения овуляции; при отсутствии эффекта через 3-4 мес к лечению добавляется *кломифен* по обычной схеме.

При повышенном уровне пролактина рационально сочетание приема *дексаметазона* и *парлодела*.

Клиновидная резекция яичников не эффективна.

Поликистозных яичников синдром (Вторичные поликистозные яичники у женщин с нейро-эндокринным синдромом)

Клиника

Клиническая картина характерна множественными дисэнцефальными изменениями: вегето-сосудистая дистония по гипертоническому типу, повышение аппетита, жажда, нарушение ритма сна и бодрствования, раздражительность, илаксивность. Всегда повышение

массы тела, особенно выражено ожирение плечевого пояса и нижней половины живота.

Больные четко определяют время начала заболевания: после осложненной беременности, родов, аборта, нейроинфекции, начала половой жизни.

Интервалы между месячными нарастают от 21,25 дней до 3 мес. Развиваются олигоменорея, ановуляция, бесплодие.

Лечение

Терапия длительная, этапная. Соблюдение этапов обязательно.

1. Снижение массы тела, поскольку от этого зависит дальнейшее лечение: ограничение углеводов до 200 г в сутки, ограничение животных жиров до 70-80 г в сутки, жидкость до 1,5 л, исключение кондитерских изделий.
2. 2 раза в неделю разгрузочные дни.
3. *Верошпирон* по 25 мг 3-4 раза в день 2 мес.
4. ЛФК.
5. Для снижения аппетита: *хлоракон* 0,5 г 4 раза в день после еды, *парлодел* 0,0025 г по 1/2 таблетки 2-3 раза в день во время еды, *дифенин* 0,1 г 1-3 раза в день после еды, чередуя эти препараты недельными курсами.
6. Дегидратационная терапия: *магнезия сернокислая* 25 % раствор – 10,0 внутримышечно 10 дней.
7. Контроль состояния эндометрия каждые 1/2 года.
8. Восстановление фертильности возможно, после потери массы на 8-10 кг, индукторами овуляции. Овуляция восстанавливается более чем у половины больных.
9. Клиновидная резекция яичников показана только при наличии гиперпластических процессов.

Сальпингоофорит хронический

Клиника

Хронический сальпингоофорит характеризуется малосимптомными, стертыми формами заболевания, нарушением гормональной функции яичников, хроническими болями в области таза, рецидивами в весенний и осенний периоды. Сальпингоофорит хронический может быть исходом острого процесса, или иметь первично хронический характер. При длительном течении заболевания происходит развитие соединительной ткани, сужение и склероз сосудов, нарушение биохимических процессов, определяющих функции органов, дистрофические изменения в них.

Например, при гидросальпинксе склеротические изменения настолько выражены, что стенка его состоит из параллельно расположенных коллагеновых, частично гиалинизированных пучков, плотно прилегающих друг к другу. Признаки воспаления при этом отсутствуют.

Гипоксия и дистрофия тканей нарушают циклические изменения в эпителии труб, эндометрия даже на фоне сохраненной функции яичников. Изменения в иммунной системе, явления аутоаллергизации выдвигают следующие требования к лечению хронических заболеваний придатков матки, которые необходимо учитывать и в периоды ремиссий, и в периоды обострений:

- общеклинические особенности — гастрит, колит, гепатохолестит, пиелонефрит — больных,
- невротизацию женщин,
- наличие ожирения, которое осложняет лечение и связано в основном с алиментарным фактором;
- полисистемность вторичных расстройств;
- сопутствующие заболевания внутренних половых органов — миома матки, склерокистоз яичников;
- НЕ идентичность флоры цервикального канала и влагалища флоре маточных труб;

- антибактериальные средства (антибиотики, сульфаниламиды...) при отсутствии признаков острого процесса назначать не следует;
- антибактериальная терапия в период ремиссии вообще не обоснована;
- антибактериальная терапия показана при обострении воспалительного процесса, когда субъективным признакам — усиление болей и т. д. — сопутствуют объективные симптомы: экссудация, значительные боли при двуручном исследовании, повышение температуры тела, увеличение СОЭ, количества лейкоцитов, сдвиг формулы влево. Целесообразно применение антибиотиков широкого спектра действия без занижения разовой и суточной дозы, рекомендуемой для каждого препарата. Лечение мы проводим не менее 5 дней. Антибактериальная терапия должна быть дополнена *метронидазолом (трихополом, флагилом)*, поскольку возбудителями воспалительного процесса зачастую являются неспорообразующие анаэробы;
- необходимость лечения малосимптомных, стертых форм хронического воспаления придатков. Для предотвращения возникновения бесплодия, невынашивания беременности, превращения местного процесса в полисистемное заболевание;
- необратимые структурные изменения придатков — пиосальпинкс, пиовар, гидросальпинкс — требуют хирургического лечения.

Лечение

При лечении больных хроническими сальпингооофоритами мы используем:

1. Болеутоляющие средства:

- *аспирин с витамином С* — таблетированный и растворимый, суточная доза до 8 таблеток (1,0 г);
- *баралгин* — свечи и таблетки — по 1 таблетке 3 раза в день;
- *напроксен* — таблетки по 0,25 г, 2 раза в день;

- *парацетамол* (эффералган) — таблетки по 0,2 г, 2 раза в день.
2. Ингибиторы простаглатинов:
- *ибупрофен* — таблетки по 0,4 г, 3 раза в день;
 - *индометацин* — свечи и капсулы по 0,025 г, по 1-2 капсулы 2 раза в день во время еды, ректальные свечи по 1-2 в день.
3. Седативные и нейротропные средства:
- *амизил* — таблетки по 0,002 г, по 1/2 — 1 таблетке после еды 3-4 раза в день, 4-5 нед;
 - *валерианы экстракт* — таблетки или микстура, по 0,02 г по 1-2 таблетки 3 раза в день;
 - *седуксен* — таблетки по 5 мг, 3 раза в день;
 - *мазепам (рудотель)* — таблетки по 0,01 г, 1 таблетка 2-3 раза в день.
4. Десенсибилизирующие, адаптогены:
- *элеутерококк* в каплях;
 - *пантокрин* в каплях;
 - *лимонник китайский* в каплях;
 - *димедрол* — таблетки по 0,05 г, 1-3 раза в день, курс 10-15 дней;
 - *тавегил* — таблетки по 0,001 г, по 1 таблетке 2 раза в день — утро-вечер, исключить одновременный прием алкоголя;
 - *пипольфен* — драже по 0,025 г, по 1 драже 3-4 раза в день;
 - *супрастин* — таблетки по 0,025 г, по 1 таблетке 2-3 раза в день во время еды.
5. Дифференцированную иммунокоррекцию:
- *продигиозан* — внутримышечно по 0,5-0,6 мл 0,005 % раствора с интервалом 4-7 дней, курс 3-5 инъекций;
 - *пирогенал* — внутримышечно, начальная доза 25-50 МПД, увеличивая дозу через 2-3 дня до 100-250 МПД, курс 10-20 инъекций. (Выраженная реакция на введение)

ние *продигиозана* или *пирогенала* может служить основанием для антибактериальной терапии).

- *тималин* в таблетках — по 0,01 г, по 1-2 таблетки в день, курс 3-10 дней;
- *timoген* — в тубиках-капельницах для интраназального применения;
- *декарис (левамизол)* — в таблетках по 0,05 г 1 раз в день, 3 дня прием, 3 дня перерыв, 3-4 курса.

6. Ведущим компонентом терапии является физиотерапия:

- ультразвук;
- лекарственный электрофорез;
- фонофорез с гидрокортизоном (особенно при невритах тазовых нервов);
- ультратон;
- магнитные поля.

7. Гормональная коррекция вторичной гипофункции яичников нами проводится в соответствии с тестами функциональной диагностики.

Трихомоноз

Полиочаговое заболевание, вызываемое трихомонадой и/или протозойно-бактериальными микстами, что должно обязательно учитываться при назначении лечения.

Мы считаем, что длительные курсы лечения должны быть заменены одно-двух дневными с использованием ударных доз препаратов. Необходимо учитывать и действие некоторых лекарственных препаратов: например, применение только *тинидазола (фасижина)* приводит к выбросу паракостальных гранул трихомонадных тел, которые содержат протеолитические ферменты, ингибирующие метронидазол, что и обеспечивает в ряде случаев устойчивость трихомонад к фасижину и создает показания для применения избыточной концентрации препаратов — “Взрыв-терапии”.

Перечень обычно применяемых препаратов огромен, однако изменившиеся условия среды, иммунологические изменения позволяют нам сконцентрироваться на следующих препаратах.

Схемы лечения трихомоноза:

1. Следует четко придерживаться следующих принципов:

- а) лечить обязательно и полового партнера;
- б) во время лечения половая жизнь только с презервативом;
- с) ежедневная смена нательного белья (не нейлонового!), бритье волос на наружных половых органах.

1-й день медикаментозного лечения: *тинидазол* 2000 мг;

2-й день: *метронидазол* по 500 мг дважды через 6-8 ч + *клотримазол* (1 таблетка на ночь во влагалище. *крем клотримазол* половому партнеру);

3-й день: *метронидазол* по 500 мг дважды.

2. Эффективно лечение препаратом *макмирор*, *Тубер-Роше* в значительных дозах.
3. *Клион* (*метронидазол* + *миконазол*) при сочетании трихомоноза и кандиды 1 таблетка 2 раза в день во время еды обоим партнерам в течение 10 дней + 1 свечу *Клион Д¹⁰⁰* — смоченную водой на ночь во влагалище.
4. *Солкотриховак*, как иммуностимулятор (содержит *Лактобактер.ацидофил.*) 0,5 мл внутримышечно через 2 нед, 3 раза.
5. *Клотримазол* в виде:
 - *йенамазола* (крем, вагинальные таблетки, см. *Кандидоз*)
 - *канестена* (крем, вагинальные таблетки, см. *Кандидоз*)
6. *Орнидазол* в виде *тиберала*: таблетка 1,0 г внутрь и 1 таблетка во влагалище на ночь; возможно лечение и в течение 5 дней: по 0,5 г 2 раза в сутки и 1 вагинальная таблетка на ночь. Активен в отношении анаэробных кокков, фузобактерий, бактерий.

Туберкулез урогенитальный

Урогенитальный туберкулез развивается вторично, на фоне иммунитета (вакцинации), поэтому для него характерна не генерация, а органные, локальные поражения. Развивается из первичных комплексов с началом месячных, половой жизни.

Существуют два типа поражения:

- поражение маточных труб, затем эндометрия;
- туберкулезный перитонит.

Классификация типичная по морфологическим признакам, стадиям процесса.

Симптоматика скудная. Характерно несоответствие анатомических поражений и клиники.

Рентгенодиагностика выявляет основные данные при клиническом скудном течении процесса:

- Маточные трубы увеличены в размерах, заполнены казеозным или гнойным содержимым, определяются тубо-овариальные образования.
- Цервикальный канал имеет вид веретена с расширением в области внутреннего зева.
- Пальцеобразная деформация матки, заращение тела матки.
- Ригидные (проволочные) трубы с утолщением в виде луковиц в ампулярной части (“булава”).
- Маточные трубы в виде четок, сегментов.
- Дивертикулы труб.
- Контрастное вещество не меняет очертаний более 24 ч.

Клиника может быть стертой: общая слабость, ночной пот, быстрая утомляемость, субфебрилитет.

Посевы менструальной крови, исследования соскобов не всегда убедительны. Консультация фтизиатра обязательна(!), после чего может быть назначено лечение.

Хламидиоз

Хламидия трахоматис — граммотрицательные прокариотные кокки, внутриклеточные паразиты.

Две отличающиеся формы обозначаются как

- элементарные тельца;
- ретикулярные тельца.

Элементарные тельца — экстрацеллюлярные, транспортные, высокоинфекционные формы.

Ретикулярные (инициальные) тельца — внутриклеточные репродуктивные формы.

Хламидии чрезвычайно адаптированы к внутриклеточному существованию и избегают таким образом действия фагоцитов. Из 15 серотипов хламидий наиболее часты серотипы D, E, а из вызывающих венерическую лимфогранулему — серотипы L₁, L₂, L₃.

Большинство антибиотиков дает очевидный эффект, за которым следует рецидив и новое появление хламидий, поскольку важнейшей биологической особенностью хламидий является латентное, персистирующее течение заболевания.

Хламидиозом болеют люди любого возраста, животные. Частота хламидиоза видимо весьма значительна. Основные пути инфицирования человека: половой (*урогенитальные заболевания*), воздушно-капельный (*орнитоз, пситтакоз*) и контактный (переносчиками могут служить мухи, *трахома*). Внутриутробный хламидиоз описан у детей, родившихся от матерей, страдающих этой болезнью [Цинзерлинг А.В., 1993]. Заражение ребенка происходит как антенатально, так и интранатально. Описаны поражения бронхов, пневмонии. Респираторный хламидиоз (орнитоз, пситтакоз) выявляют у 10-20 % больных пневмониями. Диссемированный хламидиоз сопровождается поражениями печени, почек, сердца [Цинзерлинг А.В., 1993]. Хламидиоз глаз выражается трахомой и паратрахомой в зависимости от серотипа возбудителя. Клинические поражения выявляются в виде конъюнктивита с отеком и инфильтрацией, образованием лимфоидных фолликулов, "пятнистого" кератита.

Основная локализация хламидий при урогенитальном хламидиозе — ворсинчатый, цилиндрический эпителий цервикального канала, уретры, протоков бартолиниевых желез, внутренняя выстилка маточных труб, брюшина, региональные лимфоузлы. До 50 % генитального хламидиоза протекает бессимптомно, однако в остальных случаях клиника зависит от локализации процесса.

Слизисто-гнойный цервицит, который называют женским двойником негонококкового уретрита, характеризуется развитием влагалищных выделений, образованием псевдоэрозий шейки матки, значительным гнойным отделяемым. Лечение тетрациклином приводит к изменению характера отделяемого, которое становится слизистым. Диагноз ставят, основываясь на реакции иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител или с помощью ферментного метода исследования. Нами используется ферментный метод, так называемый “Хлами-Тест”, который позволяет получить ответ в течение 10 мин. Поскольку хламидии располагаются внутриклеточно, для исследования забирают клетки, а не гной.

Наиболее частым осложнением слизисто-гнойного цервицита является переход процесса на вышележащие отделы полового аппарата. Инфекция может быть передана во время родов через родовые пути от больной эндоцервицитом матери ребенку, что приводит к развитию такой формы неонатальной хламидийной инфекции, как офтальмопатия, пневмония. Во время беременности существует риск развития самопроизвольного аборта, мертворождения и послеродовых септических осложнений. Лечение проводят по общей методике лечения хламидиоза.

Хламидийное поражение маточных труб приводит к развитию трубного бесплодия как за счет поражения самих труб, так и за счет развития перитубарных спаек. Производимое в таких случаях превентивное лечение хламидиоза — обязательный компонент попыток лечения трубного или перитонеального бесплодия.

Поражение брюшины выражается в перигепатитах с соответствующей клинической картиной (*симптом Фитц — Куртиса — Хью*).

Венерическая лимфогранулема — возбудителями являются иммунотипы L₁, L₂, L₃ Хламидия трахоматис.

Местная аденопатия — самый характерный клинический признак заболевания.

Клиника

Небольшие папулы, пузырьки, язвочки у входа во влагалище, на половых губах, шейке матки со скудным слизисто-гнойным отделяемым.

Паховые лимфадениты появляются через 1-2 мес после заражения, — увеличенные, болезненные узлы вдоль паховой связки. Иногда узлы нагнаиваются, появляются абсцессы со спонтанными разрывами. Важнейший признак дальнейшего течения лимфогранулемы — проктиты, абсцессы, прямокишечные фистулы.

Лечение

1. Недостаточно длительное лечение (около недели) приводит к рецидивам.
2. Острое течение заболевания требует 2-недельного курса терапии.
3. Упорное течение заболевания подразумевает 3-недельный курс терапии.
4. Иммунотерапия обязательна.
5. Наиболее эффективные препараты: *тетрациклины, хинолоны, макролиды*.
6. Повторные исследования на определение хламидий проводят не ранее чем через 12-14 дней после окончания курса антибиотикотерапии.
7. Медикаментозная терапия по нашим данным должна включать следующие этапы:
 - а) *Пирогенал* 100 МПЕ (200, 250, 300) внутримышечно через 2-3 дня, начиная с 50 МПЕ, каждую следующую дозу увеличивая на 100 МПЕ, до повышения температуры тела к 37,5-38,0°C.
 - б) *Тималин* 0,01 по 1-2 таблетки 3-10 дней, *тимоген* в каплях по 5-7 капель 2 раза в день интраназально 3-5 дней.

- с) *Этидоксин* при массе тела больной/больного более 60 кг — 200 мг в день одномоментно, затем 100 мг 1 раз в день; при массе тела больной/больного менее 60 кг — 200 мг первый прием, затем по 100 мг 1 раз в день (это особенно важно при имеющихся у больной заболеваниях желудочно-кишечного тракта), или *доксциклин* (первый прием 300 мг, затем по 100 мг 2 раза в сутки). Оба препарата принимают во время еды.
- д) *Эритромицин* основание 0,5 г 4 раза в день 14 дней, или *клайд* (*кларитромицин*) 0,25 г 2 раза в день 14 дней:
- *клайд* и *эритромицин* (макролиды) усиливают действие *тетрациклинов*.
 - во время беременности обнаружение Хламидия трахоматис требует лечения *эритромицином*.
 - положительный тест на хламидии вне беременности требует повторения курса *клайда*.
- е) Свежие неосложненные формы урогенитального хламидиоза подлежат лечению *тетрациклином* по 0,25 г через 6 ч (1,2-2,0 г в сутки) 14-21 день, курс до 15 г вещества. Сочетание с *нистатином* обязательно.
- ф) Сальпингиты — лечение по общей схеме или *тетрациклин* по 500 мг через 6 часов 2 недели + *метронидазол* по 500 мг х 2 раза в день, поскольку сальпингит всегда вызывается микробными ассоциациями.
- г) В лечении беременных *тетрациклин* должен быть заменен *эритромицином* по 0,25 г х 4 раза в день — 14-15 дней.

В связи с появлением штаммов, резистентных к тетрациклам, хламидиозов рецидивирующего характера, предложены схемы лечения, включающие *макролиды* и *фторхинолоны*.

1. Амбулаторное лечение воспалительных процессов малого таза:
- а) *цефалоспориновый антибиотик третьего поколения* по 250 мг внутримышечно, в сочетании с *доксциклином* по 100 мг 2 раза в день в течение 14 дней;

б) комбинация *офлоксацина (тарвид)* по 400 мг 2 раза в день и *метронидазола* по 500 мг внутрь 2 раза в день 14 дней.

2. Цервицит хламидийной этиологии:

а) *доксциклин* в дозе 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней, или

таривид 300 мг 2 раза в день 7 дней, или

эритромицин в дозе 500 мг 4 раза в день 7 дней;

б) местные обработки тетрациклиновыми препаратами.

Применение комбинации антибиотиков сокращает время лечения. Прием антимикотических препаратов обязателен.

При сочетании гонококковой инфекции с хламидийной и микоплазменной показано назначение *ципрофлоксацинов* в дозе 0,75 г каждые 12 ч в течение 7-10 дней. Общее количество потребляемой при этом за сутки воды должно быть значительным.

Через 12-14 дней после окончания лечения необходимо контрольное обследование.

Цервицит

Цервицит — частая патология, лечение которой зависит от стадии процесса и микрофлоры.

В острой стадии заболевания показано назначение антибиотиков (*доксциклин* по 100 мг через 12 часов — 14 дней и *метронидазола* по 100 мг внутривенно через 8 ч, курс 6 инъекций).

Хроническая форма — проведение терапии иммуномодуляторами — *тимоген, декарис* — и местного лечения присыпками, содержащими *тетрациклин, нистатин*, влагалищными мазевыми тампонами.

Обследование на хламидиоз этой группы больных совершенно обязательно, поскольку хламидии, наряду с гонококком, являются основной причиной развития цервицита.

Особое внимание мы уделяем лечению цервицита (эндоцервита) при подготовке больной к лазерной или криотерапии по поводу псевдоэрозии шейки матки. Микроабсцессы, кисты на фоне псевдоэрозии только подтверждают постинфекционное ее развитие, и противовоспалительная терапия является гарантией успеха лечения.

С другой стороны, особенно упорное течение цервицитов связано с разрастанием ткани цервикального канала в виде полипов, как следствие длительного воспалительного процесса.

После обязательного цитологического исследования и проведения противовоспалительной терапии, полипы цервикального канала, псевдоэрозии, эктоопион великолепно поддаются лечению *солковагином* (*солкогин*).

Солковагин мы применяем и для лечения псевдоэрозий шейки матки у нерожавших женщин.

Эндометриит

Воспаление эндометрия в острой или хронической форме чаще всего является послеабортным или послеродовым осложнением.

При остром течении лечение включает трансфузионную терапию, витаминотерапию, цефалоспорины до 6 г в сутки, в сочетании с *метронидазолом* по 100,0 внутривенно, минимум 2 раза в сутки.

Значительный эффект, ускоряющий заживление эндометрия, дает внутриматочный диализ охлажденными растворами фурацилина, ба-лиза, антибиотиков (100 мг антибиотиков на 500 мл диализирующего раствора).

Хронический аднексит, зачастую сопровождающий эндометриит, требует назначения антибиотиков (в основном *хинолонов*), *ниста-тина*, десенсибилизирующей и гормональной терапии (циклической). Антибиотики назначают в том случае, если их ранее не применяли.

Эффективна физиотерапия аппаратом Ультратон, ультразвуком.

Необходимо учитывать классификацию эндометриитов:

1. Истинный эндометриит — с поражением эндометрия.
2. Эндометриит с некрозом децидуальной ткани.
3. Эндометриит с задержкой плацентарной ткани (хориальной ткани).

Тяжелая и средней тяжести формы эндометриита требуют описанного выше стационарного лечения.

Легкая форма послеабортного эндометриита поддается лечению с помощью опорожнения + медикаментозной терапии, или ме-

дикаментозной терапии *антибиотиками* и *метронидазолом* по 0,25 г 4 раза в день 7 дней, горячими спринцеваниями отваром ромашки (37°, 38°, 39-40°С), с циклической гормонотерапией, физиотерапией.

Эндометриозы

Генитальный эндометриоз, и внутренний, и наружный, является гормонально зависимым заболеванием, развивающимся на фоне нарушения иммунного гомеостаза.

Касаясь только вопросов амбулаторной практики, мы не можем не остановиться на некоторых принципиальных положениях:

- У женщин, леченых только гормонами (СПП), развивается рак молочных желез, яичников, нарушается углеводный обмен, возникают ожирение и дисбактериоз.
 - Боли при малых формах эндометриоза возникают из-за избытка простагландина F и снимаются назначением *индометацина* по 50 мг 3-4 раза в день, затем 2 раза в день, затем 1 раз в день. Седативные средства (*тазепам*, *френолон*) — в обычных терапевтических дозах.
 - Сразу после оперативного лечения необходимо назначение *норэтистерон-ацетата* по 5-10 мг с 16-го по 25-й день цикла, или *норколута* по 5 мг по той же схеме, 3 мес прием, 2 мес перерыв, в течение 1-1,5 лет.
 - Обязательным элементом лечения является витаминотерапия:
 - ◊ в I фазу цикла *витамин В₁* 5 % раствор по 1 мл ежедневно 3 мес внутримышечно;
витамин В₆ 5 % раствор по 1 мл ежедневно 3 цикла;
 - ◊ во II фазу *витамин А (ретинол ацетат)* 6000 ЕД 1 раз в день;
витамин С по 250 мг 2 раза в день;
витамин Е по 100 мг в день.
- Все витамины принимают в течение 3 мес.

- Воздействие на иммунную систему:
 - ◊ *декарис* по 20 мг в день, перерыв и прием каждые 4 дня;
 - ◊ *унитиол*, *тималин*, *тимоген* в средних терапевтических дозах.

Микроклизмы:

Натрия тиосульфат 1 %	500,0	Natrii thiosulfati 1%	500,0
Антипирин	3,0	Antipyrini	3,0
Настойка Валерианы	10,0	T-rac Valerianae	10,0
МДС		M. D. S.	
Через день № 10			

Фонофорез:

Эмульсия гидрокортизона (или мазь гидрокортизоновая 1 %)	20,0	Emuls. hydrocortisoni	20,0
Раствор анальгина 50 %	25,0	Sol. analgini 50%	25,0
Экстракт алоэ жидкий	40,0	Ext. Aloe fluidis	40,0
Ланолин	80,0	Lanolini	80,0
Масло вазелиновое	10,0	Oleum Vaselini	10,0
МДС		M. D. S.	

- Рассасывающая терапия:
Первые 3 сеанса по 4 мин, затем по 8 мин через день № 10.
- Гормональное лечение — постоянный компонент. Ведущее место отводят применению *даназола* (*данол*, *дановал*).
Даназол назначают внутрь от 200 до 800 мг в сутки в течение 180 дней без перерыва. Особенно показан *даназол* при начальных стадиях процесса и малых формах эндометриоза. Тяжелые формы заболевания требуют назначения препарата в дозе до 800 мг в сутки, не менее 24 мес.

Менструации восстанавливаются после окончания лечения.

Применяют и лечение *гестриноном* (по 2,5 мг 2 раза в неделю в течение 6 мес).

Лечение *ноколутом* показано при начальных признаках эндометриоза у молодых женщин (рецидивирующих гиперплазиях эндометрии, аденомиозе).

Пути приема:

- во II фазу цикла по 1-2 таблетки 8-10 дней — 3 мес прием, 3 мес перерыв;

- При отсутствии эффекта по 1-2 таблетки с 5-го по 25-й день цикла не менее 6 циклов.

Дозу препарата необходимо увеличивать на 1/2 таблетки в день накануне и в дни месячных (2-2¹/₂-3 таблетки), затем снижая ее.

Ряд форм эндометриоза требует избирательного подхода при лечении:

- эндометриоз шейки матки — прием *даназола*;
- эндометриоз кисты яичников, даже при их размере от 1 см в диаметре, с трудом поддается консервативному лечению;
- эндометриоз маточных труб — лечение только хирургическое;
- ретроцервикальный эндометриоз — консервативное лечение показано только при I-II стадиях процесса;
- нарушение окислительно-восстановительных процессов при эндометриозе требует назначения пирасетама 0,4 г 3 раза в день, затем дозу увеличивают до 2-3 г; эффект от лечения наступает через 2-3 недели.

Эрозии шейки матки

Различают истинные эрозии и псевдоэрозии шейки матки.

Эрозии относятся к тем процессам, которые являются фоновыми для возникновения дисплазий шейки матки. Поэтому общим подходом к лечению эрозий является необходимость кольпоскопического и цитологического обследования, при недопустимости консервативной терапии более 2-3 нед.

Истинная эрозия

Это истинный дефект эпителия с сопутствующей воспалительной реакцией, другими словами — это ткань слизистой оболочки, лишенная покровного эпителия.

Основным подходом в определении тактики лечения является терапия сопутствующей патологии.

Псевдоэрозии шейки матки

Псевдоэрозии шейки матки — дисгормональные состояния, сопровождающиеся перемещением железистого эпителия за пределы наружного зева. У большинства женщин в возрасте до 20-23 лет

стык цилиндрического эпителия с многослойным плоским находится снаружи от наружного зева. В более позднем возрасте псевдоэрозии, в зависимости от функционального состояния покровного и железистого эпителия, делят на простые, пролиферирующие (железистые) и заживающие (фолликулярные) с ретенционными кистами — наботковыми яичками.

Первым этапом лечения псевдоэрозии шейки матки является ликвидация воспалительных проявлений.

Дальнейшее лечение включает различные виды коагуляции:

- *диатермокоагуляция* при эрозии без резкой деформации и гипертрофии шейки матки;
- *диатермоконизация (эксцизия)* при псевдоэрозии на фоне деформации шейки, эктропиона, лейкоплакии. Операцию проводят за 4-5 дней до наступления менструального кровотечения. Эпителизация наступает через 6-8 нед. Диатермоконизация имеет ряд осложнений и может способствовать кровотечениям, эндометриозу шейки, стенозу цервикального канала, нарушениям менструального цикла;
- *лазерхирургия* позволяет добиться полного испарения очага псевдоэрозии. Мы используем углекислотный лазер. Вследствие малой проникающей способности CO_2 -лазера, глубина некроза незначительна, что способствует быстрому отторжению коагуляционной пленки и быстрой регенерации. Операцию мы проводим на 5-й-7-й день менструального цикла, отторжение струпа происходит через 4-5 дней, заживление спустя 4-6 нед. Лазерхирургия лишена недостатков диатермоконизации;
- *криодеструкция*: криозонд за счет жидкого азота в качестве хладагента имеет на конце температуру -170°C . Скорость реэпителизации тем больше, чем короче экспозиция при замораживании.

Криозонды: подбирают таким образом, чтобы рабочая поверхность их на $2-2\frac{1}{2}$ мм выходила за пределы очага поражения. Операцию мы проводим за 4-5 дней до очередного кровотечения. Эпителизация наступает через 4-6 нед. Достоинствами криодеструкции является безболезненность, минимальное количество осложнений, отсутствие склеозирования соединительной ткани шейки матки, что не влияет на процесс раскрытия в родах. Метод наиболее пригоден для лечения псевдоэрозии у нерожавших женщин,

при рецидивах фоновых заболеваний после других видов коагуляции.

Послеоперационный период любого вида деструкции требует обработки шейки матки ежедневно или через день 6-7 % раствором *калия перманганата* в течение 3-5 дней. Отторжение струпа на шейке матки ускоряется обработкой 10 % *метиурациловой ма- зью, гипозолем, олазолем.*

Альтернативным методом лечения псевдоэрозий стало применение *солковагина*. Воздействуя в основном на клетки цилиндрического эпителия, он вызывает их замещение многослойным плоским эпителием. Весь процесс лечения продолжается 3-4 нед. *Наботовы яички* перед нанесением *солковагина* рекомендуется вскрывать. Метод не дает осложнений, может применяться у нерожавших женщин. Применение каких-либо обработок, спринцеваний не требуется.

Симптомы

Болта симптом

Выраженная болезненность при смещении шейки матки. Наблюдается при разрывах маточной трубы.

Винтера симптом

Передняя брюшная стенка не участвует в акте дыхания — наблюдается при перитоните.

Голдена симптом

Бледность шейки матки — признак трубной беременности.

Данфорта симптом

Боль в области плечевого сустава при вдохе — при разрыве маточной трубы или яичника.

Дугласа симптом

Сильная острая боль при пальпации влагалищных сводов. Изменения их формы при этом не наблюдается. Симптом определяется при внематочной беременности.

Дуэйя симптом

При влагалищном исследовании в дугласовом пространстве возникает сильная боль без прощупывания какой-либо опухоли. Матка подвижная, болезненная. Симптом наблюдается при пельвеоперитоните.

Дюпюитрена абсцесс

Воспалительный инфильтрат на боковой стенке таза и над паховой складкой, распространяющийся из соответствующего свода влагалища.

Жендринского симптом

Больной в положении лежа нажимают на брюшную стенку в точке Кюммеля (2 см вправо и ниже пупка) пальцем, не отнимая его, предлагают больной встать. Усиление боли свидетельствует о наличии аппендицита, уменьшение — об остром сальпингите.

Куленкампа симптом

Перкуссия при мягкой или почти мягкой брюшной стенке сопровождается резкой (выраженной) болезненностью. Внутрибрюшное кровотечение.

Кушталова симптом

Шафранное окрашивание кожи ладоней и подошвенной поверхности стоп. Симптом характерен для внематочной беременности.

Кюллена симптом

Синева-черный цвет пупочной области при внематочной беременности.

Кюстнера симптом

Опухоль по средней линии живота в области матки, наблюдаемая при кисте яичника.

Ландау симптом

Невозможность бимануального охвата матки — признак асцита.

Лаффона симптом

Боль в тазу, после светлого интервала — боль в надчревной области, спине, лопатках, позади грудины. Симптом отмечается при нарушенной внематочной беременности.

Леотта симптом

Появление боли при оттягивании и смещении кожной складки живота — положителен при наличии спаек.

Маделунга симптом

Значительная разница между подмышечной и ректальной температурой у больных перитонитом.

Ольсхаузена симптом

Опухоль, пальпируемая перед маткой при отсутствии беременности, является дермоидной кистой.

Поснера симптом

Болезненность при маятникообразных движениях матки — заболевание женских половых органов.

Промптова симптом

Болезненность матки при отодвигании ее кверху пальцами, введенными в прямую кишку. Симптом характерен при заболеваниях половых органов. При аппендиците — отрицателен.

Реклю болезнь

Множественные кисты молочной железы, часто двухсторонние, дисгормональная гиперплазия. Заболевают женщины в возрасте 20-30 лет. Микроскопия — фиброз, атрофия долек, кисты, расширение протоков.

Салмона симптом

Расширение зрачка одного глаза на стороне поражения в случаях нарушенной внематочной беременности.

Самнера симптом

Ригидность брюшной мускулатуры при легкой пальпации в правой подвздошной области при перекруте кисты яичника.

“Споттинги” спонтанные

На фоне регулярных менструаций появляются кровянистые выделения после физической нагрузки или полового акта — признак полипа цервикального канала или эндометрия.

Стокса законы

Воспалительные процессы брюшной полости вызывают паралитическую кишечную непроходимость.

Стояно симптом

Синоним симптома Фью — Куртиса.

Турена полифиброматоз

Семейное наследственное заболевание, передающееся по доминантному типу. Дерматофибромы сочетаются с болезнью Дюпюитрена (ретракция ладонного апоневроза в области 2, 4, 5 пальцев) и фибромиомами матки.

Фитц — Хью — Куртиса симптом

Боль справа в верхней половине живота, тошнота, рвота, жар, потливость, головная боль. Симптом наблюдается при гонококковом или хламидийном поражении тазовых органов. Перигепатит.

Хованса — Джиота симптом

Тимпанит между лобком и опухолью, если она исходит из брыжейки. Симптом используется для исключения опухолей половой сферы при расположении их над лобком.

Хофштеттера — Куллена — Хелендаля (симптом голубого пупка)

Голубая окраска пупка возникает при кровоизлиянии в брюшную стенку или брюшную полость — положителен при внематочной беременности.

Шлоффера симптом

Воспалительная опухоль после операции, возникающая в результате реакции на слабовирулентную инфекцию или инородное тело, после нагноения шва, организации гематомы, перфорации полового органа.

Характерен инфильтрирующий рост, переход на соседние органы. Заболевание начинается через несколько недель (месяцев) после операции появлением опухоли без четких границ и признаков воспаления. Гистологически — воспалительный инфильтрат с полос-

тью, наполненной гноем или кровью, стенки выстланы грануляциями, иногда содержит инородное тело (чаще всего лигатуру).

Элекера симптом

Боль в животе, отдающая в плечо или лопатку (чаще правую) — при внематочной беременности.

Синдромы

Аллена — Мастерса

Травматический разрыв связочного аппарата матки после быстрых родов, родов крупным плодом, родов в тазовом предлежании, травматических абортов.

Жалобы на жгучие, схваткообразные боли, сопровождающиеся тошнотой, головной болью, утомляемостью. Матка в ретроверзии, шейка матки легко смещается (“шарнирная шейка”). Лечение оперативное — лапароскопическое.

Ашермана

Бессосудистые тяжи в полости матки, между ее стенками, чаще в области дна, деформирующие полость матки и образовавшиеся после травматических выскабливаний. Клиника проявляется аменореей, гипоменореей, овуляторным бесплодием. Гистероскопия позволяет выделить:

- *тяжелую форму* с синехиями, облитерирующими область дна матки, трубные углы;
- *средней тяжести форму* — частичной облитерации области дна матки, облитерации трубных углов;
- *легкой тяжести форму* — тонкие синехии занимают менее 1/4 полости матки, трубные углы частично свободны.

Лечение: разделение спаек острым путем под контролем гистероскопа, введение протектора, циклическая гормонотерапия, введение ВМС на 1,5-2 года.

Истощения яичников

Называемый также синдромом преждевременного климакса. Основная причина — инфекционно-токсическое воздействие. Постепенное прекращение менструаций сопровождается симптомами "выпадения".

Лечение: заместительная терапия СП с содержанием эстрадиола не более 0,03 мг.

Кальмана

Изолированный дефект синтеза ЛГ-РГ в комбинации с аносмией, которая обусловлена отсутствием ольфакторного аппарата, не всегда ассоциируется с аменореей.

Лечение: введение экзогенного ЛГ-РГ в пульсирующем режиме, возникает овуляция и беременность.

Колка

Воспаление периуретральных желез, приводящее к нарушению мочеиспускания, дизурии, пиурии. Цистоскопия — без патологии.

Лечение: противовоспалительное.

Климактерический синдром

Симптомокомплекс, имеющий вазомоторные, обменно-эндокринные, нейропсихические нарушения.

Лечение. Психотерапия занимает ведущее место в лечении. Подкрепляется она назначением седативных препаратов: *валерианы, пустырника, беллапона*, по 1 таблетке 2-5 раз в день, в течение 7 дней, перерыв 3-4 дня, *нозепам, тазепам, рудотель* по 1/2-1 таблетке перед сном.

При сопутствующей кардиалгии — *корвалол* по 25-30 капель 2-3 раза в день, при головных болях — *парацетамол*.

Принципиальным является назначение этих препаратов не более 1-2 мес подряд, употребляя минимально эффективные дозы.

Показанием к повторному курсу служит рецидив заболевания.

Дивина

Таблетки №21

Состав:

Эстрадиол валерат 2 мг — 11 таблеток;

Эстрадиол валерат 2 мг + Медроксипрогестерон ацетат 10 мг — 10 таблеток.

Дивина — гормонзамещающий препарат непрерывного действия, применяемый для лечения симптомов, свойственных климактерическому периоду. Препарат содержит эфир натурального эстрогена, эстрадиол валерат (E2V) и производное естественного прогестагена — медроксипрогестерон ацетат (МРА). Такая комбинация предотвращает развитие остеопороза, оказывает благоприятное воздействие на соотношение липидов плазмы и надежно защищает от возникновения гиперплазии эндометрия. Комбинация эстрогена с прогестагеном, используемая в ДИВИНЕ имеет ряд преимуществ перед прочими комбинациями препаратов для гормональной заместительной терапии (ГЗТ). Эстрадиол валерат имеет более благоприятное воздействие на липидный спектр сыворотки крови, чем конъюгированные эстрогены, а также положительно влияет на артериальное давление и урогенитальную дисфункцию. Циклическая добавка МРА значительно снижает риск возникновения гиперплазии эндометрия и, следовательно, карциномы эндометрия. Более того, в отличие от производных 19-нортестостерона, таких

ORION CORPORATION
ORION PHARMA
INTERNATIONAL
FINLAND

ОРИОН КОРПОРЕЙШН
ОРИОН ФАРМА ИНТЕРНЕ-
ШЕНЕЛ
ФИНЛЯНДИЯ

Представительство в Москве: 117049, Москва, Мытная ул. д.1, пом. 21

Тел.: (095) 230-04-65, 230-04-76, 230-04-78; факс: 230-21-67, 230-65-11.

Офис в Санкт-Петербурге: 190068, Санкт-Петербург, пер. Бойцова, д. 7, офис 209; тел.: (812) 315-73-72; тел/факс: 310-02-20.

Препарат можно приобрести у официальных дистрибьютеров компании Орион:

В Москве — ЦВ "ПРОТЕК", Каширское шоссе 22, корп. 3, тел. (095) 113-26-11, 113-20-55, 113-98-54, факс 113-65-77, 113-51-09.

В Санкт-Петербурге — АОЗТ "ЭКОХЕЛП", Балтийская ул. 52-54, тел. (812) 325-23-43, факс 325-23-47.

как левоноргестрел и норэтистерон, МРА не имеет андрогенных свойств и не оказывает неблагоприятного воздействия на концентрацию липидов в плазме.

Показания

Купирование симптомов климактерического синдрома, являющихся следствием дефицита эстрогена и прогестерона, профилактика остеопороза. Лечение препаратом имитирует нормальный менструальный цикл, надежно воспроизводя 28-дневный цикл, при котором остается очень малая вероятность ациклических маточных кровотечений и обеспечивается высокая степень защиты от гиперплазии эндометрия. Таблетки, принимаемые в первые 11 дней содержат 2 мг эстрадиола валерата; следующие 10 дней принимают таблетки, содержащие 10 мг МРА в комбинации с эстрадиолом валератом. Симптоматическое кровотечение в связи с прекращением приема препарата начинается в течение последних 7 дней цикла.

Форма выпуска

21 таблетка в упаковке с календарной шкалой.

3x21 таблетка в упаковке с календарной шкалой.

**ORION CORPORATION
ORION PHARMA
INTERNATIONAL
FINLAND**

**ОРИОН КОРПОРЕЙШН
ОРИОН ФАРМА ИНТЕРНЕ-
ШЕНЕЛ
ФИНЛЯНДИЯ**

Представительство в Москве: 117049, Москва, Мытная ул. д.1, пом. 21.

Тел.: (095) 230-04-65, 230-04-76, 230-04-78; факс: 230-21-67, 230-65-11.

Офис в Санкт-Петербурге: 190068, Санкт-Петербург, пер. Бойцова, д. 7, офис 209; тел.: (812) 315-73-72; тел/факс: 310-02-20.

Препарат можно приобрести у официальных дистрибьютеров компании Орион:

В Москве — ЦВ "ПРОТЕК", Каширское шоссе 22, корп. 3, тел. (095) 113-26-11, 113-20-55, 113-98-54, факс 113-65-77, 113-51-09.

В Санкт-Петербурге — АОЗТ "ЭКОХЕЛП", Балтийская ул. 52-54, тел. (812) 325-23-43, факс 325-23-47.

Сочетание климактерического синдрома с гипоталамическими нарушениями требует назначения препаратов, содержащих резерпин: *адельфан, раунатин, рауседил*.

Отсутствие эффекта от седативной терапии является показанием к гормональной терапии. Цель ее — восстановление гормонального гомеостаза. Тщательный дифференциальный диагноз, максимальная онкологическая настороженность обязательны.

Гормональная терапия в пременопаузе и постменопаузе различны.

Пременопауза — назначение препаратов, способствующих восстановлению менструального цикла:

- *норкалут* 2,5-5 мг ежедневно;
- *прегнин* по 30 мг в сутки;
- *прогестерон* 1 % — 1 мл внутримышечно;
- *климонорм, дивине* по схеме.

Гестагены назначают при положительном феномене “зрочка” (++) на 18-20-й день цикла. Препараты назначают 2-3 цикла с перерывами 2-4-6 мес.

При рецидивах лечение повторяют 1-2 года прерывистыми курсами.

СП мы назначаем женщинам не старше 50-52 лет, не имеющим противопоказаний в течение 12-18 мес.

Постменопауза — возрастной гомеостаз поддерживают заместительной терапией — 1/8-1/10 таблетки эстрогенов 2-3 раза в день 15-25 дней. Лечение курсовое, прерывистое.

Наиболее употребительны конъюгированные эстрогены — *премарин*, начиная с 2,5 мг в сутки 3-5 дней, затем дозу уменьшаем в течение 3 нед до 1/2 таблетки — 0,3 мг.

Всего мы проводим 3-4 курса с возрастающими интервалами между ними (от 7 до 14-28 дней).

Гестагены назначают в виде *норкалута* по 1/4 таблетки 1 раз в день 12-20 дней, повторяем курс 3-10 раз.

Для подавления гонадотропной функции и стимуляции обменных процессов применяют андрогены — *метилтестостерон* по 0,01-0,005 мг 2 раза в день сублингвально.

Предлагаемая терапия эстрогенами приобретает все большее значение в снижении факторов риска, обусловленных менопаузой.

Так, заместительная терапия эстрогенами делает обратимой утрату костной массы. Эстрогены положительно воздействуют на уровень липидов, увеличивая концентрацию высокоплотных липопротеинов и снижая концентрацию низкоплотных липопротеинов. Такая терапия эффективно защищает от сердечно-сосудистых заболеваний.

Прием эстрогенов не влияет на АД, уменьшает вазомоторные симптомы.

Для исключения гиперплазии эндометрия, рака молочной железы необходимо одновременное назначение гестагенов:

- *премарин* 0,625 + *медроксипрогестерон-ацетат* (провера 100, депо-провера) в дозировке до 5 мг в постоянном режиме.

Климактерические "приливы"

Лечение:

1. *Налоксон* 0,005 г 4 раза в день + *премарин* (пресомен) или *клофелин* 0,075 мг — 2-4 раза в сутки, при отсутствии эффекта 1-2 дня — отменить.
2. Кардиопатии, сопровождающиеся приливами, ознобом, холодным потом, онемением конечностей, паркинсонизмом: *прегнин* 10 мг + *обзидан* (*анаприлин*) 20-40 мг в день.
3. Гипертензии требуют применения *метилтестостерона* 10-15 мг + *адельфан* 0,1-0,25 1-3 мес.
4. Дизуретические явления в постменопаузе:
 - *микрофоллин* 0,05 мг + *метилтестостерон* 10-15 мг в день сублингвально 1-3 мес;
 - *прозерин* 0,015 3 раза в день 1-3 мес;
 - *амбосекс* по схеме.

Масталгия циклическая (синдром)

Боли в молочных железах, усиливающиеся ежемесячно перед менструацией, сопровождающиеся тошнотой, головокружением, головной болью, гипотонией.

Лечение:

Наиболее эффективен в лечении *парлодел* (*бромкриптин*), начиная с малых доз (менее 1,25 мг), с постепенным их увеличением.

Возможно введение препарата во влагалище, заменяющее оральный прием. Лечение приводит и к уменьшению размеров кист при фиброцистозе молочных желез.

Мейгса синдром

Фиброма яичника, сопровождающаяся асцитом, гидротораксом, анемией при доброкачественном течении опухоли.

Нейрообменно-эндокринный синдром (гипоталамический)

Может быть связан, равно как и не связан с беременностью. Рекомендуется режим труда, отдыха, питания (замена животных жиров растительными, ограничение сахаров).

Лечение начинается с назначения *верошпирона* по 75-100 мг в сутки и средств, подавляющих аппетит (*фепранон*).

Усиление окислительно-восстановительных процессов происходит под действием:

- витамина В₆ — 6 % раствор по 1,0 мл внутримышечно 20 дней
- витамина Е — 5 % или 10 % по 1,0 мл внутримышечно 20 дней.

Вегетососудистые кризы поддаются лечению *френолоном* по 5 мг в сутки, а галакторея — *левоподой* по 0,25 г в сутки, курсовая доза до 4,0 г.

Неовулировавшего фолликула — ЛЮФ синдром

Отсутствие стигмы чаще выявляли у больных гирсутизмом, при повышении уровня Т в плазме в лютеиновой фазе цикла. Однако частота наступления беременности при ЛЮФ-синдроме одинакова у фертильных и у бесплодных женщин.

Ожирение послеродовое

Назначение диеты, замена жиров в питании белками, замена сахара пищевыми веществами, обладающими сладким вкусом, исключение алкоголя, разгрузочные дни.

Лекарственная терапия включает нейролептики, средства, понижающие аппетит (*дезонимон*, *фепранон* по 2-3 таблетки в сутки), психоаналгетики — курсами по 20-25 дней.

Паксона

Шок с выраженной олигунией при перекручивании ножки кисты

Подреберный — (Фитц — Хью — Куртиса)

Хламидийный или гонококковый перитонит верхней половины брюшной полости. Перигепатит с тошнотой, рвотой, жаром, лихорадкой, потливостью, головной болью.

Посткастрационный синдром

Встречается после субтотальной (тотальной) овариэктомии.

Лечение включает назначение витаминов по известной схеме и циклическую гормонотерапию — СП по 1/2 таблетки в день 7 дней, затем по 1/4 таблетки 14 дней; курсы лечения повторяют через 7 дней;

Микрофоллин форте — по 0,01 — 0,02 мг/сут. Курс 30-40 дней, особенно после овариэктомии с удалением матки.

Торможение гонадотропной функции гипофиза достигают назначением *тиреодина* 0,05-0,2 г / сут, *трийодтиронина* 5-20 мкг в сутки.

Предменструальный синдром

Лечение "Синдрома предменструального напряжения" длительное, комплексное. Длительность начального курса терапии около года.

Обязательным компонентом терапии является диета: ограничение во вторую фазу цикла чая, кофе, соли, животных жиров, молока.

Лечение включает седативные средства (*беллоид, рудотель*) по 1 таблетке 2-3 раза в день с 14-го дня цикла, *витаминотерапию* А, Е, *верошпирон* по 25 мг 3-4 раза в день с 18-го по 28-й дни цикла, *мерказолил* при тахикардии по 10 мг 2-3 раза в день, 17 ОПК — 1,0 мл 12,5 % раствор однократно на 19-20-й день цикла или *норколут* с 16-го дня 10 дней.

Ингибиторы простагландинов — *индометацин, напроксен* 2 раза в день за 2-3 дня до месячных.

Для улучшения трофики головного мозга — *ноотропил (пирацетам)* по 1 капсуле — 400 мг — 3-4 раза в день.

Приобретенного иммунодефицита синдром

Описание синдрома широко представлено во всех руководствах. Однако есть положения, которые мы обязаны выделить:

1. Инкубационный период от серодиагностики до клинических проявлений СПИДа — 8-14 лет.
2. Очень часты случаи нахождения ГН, сифилиса, хламидий, НВ₅-антигена у ВИЧ-инфицированных женщин.
3. К группе риска относят больных с длительным, выраженным кандидозом, аллергией (кроме описываемых социальных групп).
4. Передача ВИЧ-инфицирования от матери к ребенку происходит в 25 % случаев.
5. Передача может осуществляться:
 - *до родов* — трансплацентарная
 - *во время родов* — как передача гепатита “В”
 - *после родов* — через молоко.
6. Наиболее эффективное средство защиты мать — плод: *азидотимидин*.
7. Назначение всем ВИЧ-инфицированным беременным *азидотимидина* с 14 нед беременности до родов.
8. Кормление грудью противопоказано.

“Пустого” турецкого седла синдром

Турецкое седло на рентгенограммах увеличено, имеет форму баллона, заполнено воздухом или церебральной жидкостью.

Гипофиз распластан по задней стенке седла или даже вытеснен вверх. Диагноз подтверждается компьютерной томографией.

Резистентных яичников синдром

Аменорея и бесплодие при рефрактерности яичников к действию эндогенных и экзогенных гонадотропинов. Постепенно развивающаяся аменорея без симптомов “выпадения”.

Лечение СП.

Рейтера — (Фиссенже, Леруа) — уретро-окуло-синовиальный синдром

Уретрит, конъюнктивит, артрит, — см. *Кольпиты*.

Тазовых болей синдром

Синдром развивается как проявление психоэмоциональных нарушений, связанных с реальными или возможными повреждениями тканей.

Основной жалобой являются боли той или иной степени интенсивности, постоянного, изнурительного характера, локализующиеся внизу живота или в пояснице. Причиной их могут быть и очевидные анатомические изменения — малые формы эндометриоза, кистозные изменения яичников, разрыв листков широкой связки в результате травматичных родов, расслоения связок матки после родов, аборта. Однако часто выявить какую-либо гинекологическую патологию у больных не удается.

“Вербальная” реакция врача, медицинского персонала оказывает не меньшее влияние на излечение больных с синдромом тазовых болей, чем медикаментозная терапия или хирургическое вмешательство.

Первым этапом лечения считают лекарственную терапию, включающую:

- седативные средства (*нозепам* по 10,0 мг, до 30,0 мг в сутки, *злениум*, *седуксен* или *реланиум* по 5,0 мг);

- бета-адреноблокаторы при выраженном болевом синдроме (*анал-рилин* по 10,0 мг до 30,0 мг / сут);
- препараты с выраженным прогестинным действием для нормализации менструального цикла (*оврет*, *фемулен*);
- препараты, улучшающие микроциркуляцию (*трентал* 0,1 в драже или 2 % раствор по 5,0 мл на 500 мл *реополиглюкина* внутривенно капельно в течение 1-1,5 ч, *эуфиллин* 2,4 % по 10,0 мл внутривенно)

Вторым этапом является хирургическое лечение для ушивания листков широкой связки, пересечения или коагуляции крестцово-маточных связок у места их прикрепления к влагалищу, лапароскопическое “выпаривание” лазером очагов эндометриоза, а иногда и экстирпация матки.

Подготовка больной к операции, воздействие на ее психику вида операционной, ход анестезиологического пособия играют значительную роль в успехе терапии.

Токсического шока синдром

Описывается с 1980 г.

Синдром токсического шока — редкое, но наиболее серьезное осложнение, которое развивается во время или сразу после менструации.

Синдром характеризуется повышением температуры тела, развитием кожной сыпи, сухости кожи, конъюнктивита, фарингита, общей слабостью и рвотой, миалгией, гипотонией, депрессией, диареей, резким снижением работоспособности.

В тяжелых случаях синдрома может привести к развитию шока, комы и смерти.

Основную роль в этиологии играют токсины, вырабатываемые золотистым стафилококком, и применение при этом гигиенических тампонов во время менструации.

Риск развития заболевания выше у женщин в возрасте 15-20 лет. Вероятность развития синдрома токсического шока повышается в послеродовом периоде.

Гигиенические тампоны любого типа, гигиенические губки должны быть заменены гигиеническими салфетками (прокладками).

В случае же использования женщиной тампонов — смена их необходима каждые 8 час. Однодневный интервал (без использования тампона) обязателен.

(По данным Роберт А. Хэтчер, 1994, Нью-Йорк)

Шихана синдром

Возникает в послеродовом периоде при развитии шока во время родов от кровотечения, нефропатии, кровоизлияния в гипофиз. Значительно реже — при диабетических васкулитах, серповидно-клеточных анемиях. Тяжелые формы синдрома развиваются при некрозе 95-99 % ткани аденогипофиза.

Клиника: отсутствие лактации, инволюция молочных желез, слабость, апатия, гипотония, уменьшение массы тела, оскудение волосяного покрова, истощение.

Лечение: при благоприятных условиях жизни возможно полное восстановление функций, заместительную терапию проводят *глюкокортикоидами*.

Френкеля — гипертекоз яичников

Более высокая степень вирилизации в связи с повышенной секрецией тестостерона, дигидротестостерона, андростендиона. Значительно повышается уровень эстронов, соотношение ЛГ и ФСГ в норме или снижено.

Эндокраниоз — Морганьи — Стюарта — Мореля синдром

Гиперостоз и склероз костей черепа. Дегидратационная, гормональная терапия могут нормализовать гормональные нарушения.

В.Л. Винокуров

**Часть II.
Фоновые и
предраковые
заболевания
наружных половых
органов**

1. Опухоли наружных половых органов.

На кожных и слизистых покровах наружных половых органов наблюдается более 100 заболеваний различного генеза: кожные, венерические, воспалительные, вирусные, гранулематозные, пигментные нарушения, дистрофические и гиперпластические процессы, дисплазии, преинвазивный и инвазивный рак.

Реальной возможностью профилактики рака вульвы являются своевременная диагностика и адекватное лечение фоновых процессов и преинвазивного рака. Благоприятными обстоятельствами для ранней диагностики и профилактики рака вульвы являются: доступность для визуального выявления патологических изменений и гистологической верификации, довольно длительный период существования фоновых процессов дисплазии и преинвазивного рака, а также доказанная возможность их излечения.

1.1. Доброкачественные опухоли.

Из доброкачественных опухолей в области наружных половых органов наблюдаются фибромы, фибромиомы, липомы и сосудистые опухоли. Фибромы и фибромиомы располагаются обычно на широком основании или на довольно длинной ножке. Гистологически они состоят, в основном, из соединительнотканых элементов.

Липомы, как и многие другие опухоли вульвы, имеют вид узла и состоят, преимущественно, из жировой или соединительной ткани (фибролипомы), относительно смещаемы, имеют округлую форму и мягкую консистенцию.

Сосудистые опухоли (ангиомы, лимфангиомы) наблюдаются значительно реже, локализуются обычно в области больших половых губ, определяются в виде мелковатого узла, не спаянного с подлежащими и окружающими тканями.

Лечение фибром, липом, миом и сосудистых опухолей — хирургическое: иссечение новообразования в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием удаленного препарата.

1.2. Фоновые и дистрофические процессы.

К фоновым и дистрофическим процессам относят остроконечные кондиломы, крауроз и лейкоплакию вульвы

Остроконечные кондиломы имеют вирусную этиологию, в ряде случаев сопутствуют гонорее. Наблюдаются в молодом возрасте, нередко клинически проявляются и начинают интенсивно расти во время беременности. Остроконечные кондиломы выглядят как бородавчатые выступы или их сливающиеся поверхности. Следует иметь в виду, что возможна их малигнизация.

Еще в прежние годы клиницисты отмечали, что раку вульвы часто предшествуют и сопутствуют характерные патологические изменения, которые называли краурозом и лейкоплакией. Ранее их рассматривали как предраковые заболевания, но в настоящее время эта точка зрения пересмотрена.

Крауроз представляет собой хроническое инволютивно-склеротическое состояние вульвы. Характерные симптомы заболевания: зуд, наиболее выраженный в области клитора и промежности, иногда усиливающийся в ночное время. Клинически крауроз проявляется прогрессирующей склеротической атрофией тканей вульвы, макроскопически это выражается в сморщивании больших и малых половых губ, атрофии клитора, сужении входа во влагалище и наружного отверстия уретры. Кожа и слизистые покровы истончаются, становятся блестящими, сухими, депигментированными, напоминают пергамент. В ряде случаев, крауроз распространяется на кожу промежности, внутренние поверхности бедер, а иногда и паховые складки. Патологические изменения обычно имеют симметричный характер.

Лейкоплакия вульвы проявляется клинически характерными белыми пятнами, ограниченными кожей и слизистой оболочкой вульвы, и часто сочетается с краурозом, имеющим сходные симптомы. В зависимости от степени выраженности гиперкератоза, различают плоскую, гипертрофическую (возвышающуюся над кожей) и бородавчатую формы лейкоплакии. При различных

формах лейкоплакии обнаруживаются специфические гистологические изменения, которые необходимо четко разграничивать. Это может быть дерматоз, воспалительный процесс, гиперкератоз, дисплазия, внутриэпителиальная и даже микроинвазивная карцинома. Поэтому не следует проводить консервативное лечение дистрофических заболеваний вульвы без гистологического уточнения диагноза.

Больные дистрофией вульвы страдают от зуда, дискомфорта и болевых ощущений, что требует тщательного их обследования и лечения. Назначение эстрогенов, кортикостероидов, тестостеронов, витаминов в комплексном лечении дает лишь временный эффект. Применение спирто-новокаиновых блокад нервных окончаний вульвы обычно приводит к субъективному и объективному улучшению, однако нередко возникают рецидивы заболевания. Длительная консервативная терапия лейкоплакии с выраженными клиническими проявлениями нецелесообразна, тогда как хирургическое (паравульварная денервация по Горну) или криохирургическое лечение, а также применение газового лазера (СО₂) оказывается эффективным, является реальной мерой предупреждения рака вульвы.

Лейкоплазия и кауроз представляют собой дистрофические состояния, которые следует рассматривать как фоновые процессы, тогда как *истинным предраком вульвы является дисплазия.*

1.3. Дисплазия и преинвазивный рак.

Дисплазия и преинвазивный рак могут быть заподозрены у больных с фоновыми процессами вульвы с помощью эндоскопических методов. Окончательный диагноз ставят на основании гистологического исследования. Дисплазия вульвы— это атипия многослойного эпителия вульвы с нарушением слоистости, но без вовлечения в процесс поверхностного слоя и проникновения процесса через базальную мембрану. Важное значение имеет использование современной клинико-морфологической классификации [Бохман Я.В., 1989]:

Фоновые процессы:

- гиперпластическая дистрофия
- склеротический лишай

- смешанная дистрофия
- кондиломы
- невус.

Дисплазия:

- слабая
- умеренная
- тяжелая.

Ca in situ:

- развивается на фоне дистрофии, болезни Боуэна и эритроплакии Кейра.

Микроинвазивный рак:

- инвазия до 5 мм.

Болезнь Педжета вульвы:

- преинвазивные и инвазивные формы.

Инвазивный рак:

- плоскоклеточный (ороговевающий или неороговевающий)
- аденокарцинома
- базальноклеточный
- низкодифференцированный.

Неэпителиальные злокачественные опухоли:

- злокачественная меланома
- саркома.

При обнаружении злокачественной дисплазии в репродуктивном периоде показаны иссечение в пределах здоровых тканей, криодеструкция или лечение газовым лазером (CO₂), что позволяет получить хороший “косметический” эффект. В дальнейшем необходимо диспансерное наблюдение в связи с нередкой мультицентричностью дисплазии. При диффузных формах дисплазии в репродуктивном периоде, а также при всех разновидностях дисплазии в пре- и постменопаузе методом выбора является простая вульвэктомия.

1.3.1. Ca in situ.

Ca in situ (преинвазивный рак) — патология покровного эпителия и слизистой оболочки вульвы, во всей толще которого имеются гистологические признаки рака, утрата слоистости и полярности, но отсутствует инвазия через базальную мембрану в строму.

Чаще всего преинвазивный рак вульвы диагностируется при гистологическом исследовании тканей у больных с клиническими проявлениями дистрофии, причем у 40-50% больных лейкоплакия сочетается с островками гиперкератоза.

Кроме того, известны специальные клинические разновидности преинвазивного рака: болезнь Боуэна, эритроплакия Кейра и болезнь Педжета.

1.3.2. Болезнь Боуэна.

Болезнь Боуэна морфологически характеризуется наличием картины гиперкератоза с паракератозом и акантозом; клинически проявляется образованием плоских или приподнятых пятен с четкими краями и незначительной инфильтрацией подлежащих тканей.

1.3.3. Болезнь Педжета.

Болезнь Педжета проявляется гистологически в виде крупных светлых клеток в эпидермисе, а клинически — ярко-красными, резко ограниченными экземоподобными пятнами с зернистой поверхностью и инфильтрацией кожи.

Дисплазию и преинвазивный рак вульвы в последнее время объединяют термином “интраэпителиальная неоплазия вульвы”, последняя может регрессировать, оставаться стабильной или прогрессировать в инвазивный рак.

Развитие рака наблюдается у 20-30% больных дисплазией, а прогрессия преинвазивного рака в инвазивный — в 50% наблюдений.

Следует учитывать, что на основании клинико-морфологических критериев трудно индивидуально прогнозировать дальнейшую последовательность событий у больных дисплазией и преинвазивным раком. Методом выбора при лечении инвазивного рака вульвы является простая вульвэктомия или криодеструкция у женщин молодого возраста.

1.4. Инвазивный рак вульвы.

По уровню заболеваемости (3-5%) рак вульвы занимает четвертое место среди злокачественных опухолей женских половых органов. Возникает чаще всего у женщин в возрасте 60-70 лет, страдающих диабетом, ожирением и другими сопутствующими заболеваниями.

У больных раком вульвы встречаются преимущественно (90%) плоскоклеточные формы опухоли (ороговевающие или неороговевающие), реже — низкодифференцированные или железистые.

Чаще всего очаги опухолевого поражения локализуются в области больших и малых половых губ, а также в зоне промежности.

На эти локализации приходится до 60% всех случаев рака вульвы. Реже наблюдается рак клитора (20-30%). Эта форма рака отличается наиболее агрессивным клиническим течением, быстрым распространением опухоли на окружающие ткани и уретру, ранним лимфогенным метастазированием.

1.4.1. Клиника.

Клинические проявления рака вульвы отличаются многообразием. В начальных стадиях заболевания больные жалуются на чувство зуда и жжения в области наружных половых органов. Боли присоединяются позднее и возникают при прорастании опухоли в подлежащие ткани.

Опухоль может быть в виде экзофитного бугристого разрастания, кровоточащая при дотрагивании, или в виде плотного узла, плоской язвы с неровным дном и валикообразными краями. В ряде случаев, заболевание начинается с образования на поверхности наружных половых органов разрастаний типа кондилом, злокачественный характер которых на ранних этапах развития установить не всегда удается.

Метастазирование происходит преимущественно лимфогенным путем. Регионарными являются поверхностные и паховые лимфатические узлы, а также узлы, расположенные по ходу бедренных сосудов. При поражении опухолевым процессом клитора возможно метастазирование в наружные подвздошные лимфатические узлы без поражения поверхностных паховых лимфатических узлов. Метастатические узлы имеют округлую форму, плотную

консистенцию и, по мере роста, превращаются в неподвижный конгломерат, интимно спаянный с подлежащими тканями. Иногда кожа над конгломератом изъязвлена, втягивается и становится неподвижной.

1.4.2. Диагностика.

В распознавании рака вульвы существенное значение имеет оценка анамнестических данных, жалоб больной и правильно проведенного гинекологического осмотра, но основным методом диагностики является биопсия с последующим гистологическим исследованием.

К дополнительным методам относят цитологические (исследование мазков-отпечатков с поверхности изъязвления и соскобов с подозрительного участка слизистой оболочки), радиоизотопные исследования, вульвоскопия и флуоресцентная микроскопия вульвы.

1.4.3. Лечение.

Общепризнанными методами лечения рака вульвы являются хирургический, комбинированный и лучевой. Выбор их определяется клинической формой и стадией заболевания.

Хирургический метод является ведущим в лечении больных раком вульвы; он применяется самостоятельно или в комбинации с пред- или послеоперационной лучевой терапией. У больных пре- и микроинвазивным раком методом выбора является простая вульвэктомия.

При I стадии выполняют радикальную вульвэктомию и двухстороннюю пахово-бедренную лимфадэнктомию.

При II стадии оптимальным является указанная расширенная операция + послеоперационное облучение зоны вульвэктомии, а при III стадии — предоперационное облучение + расширенная вульвэктомия и пахово-бедренная лимфадэнэктомия.

Лучевая терапия как самостоятельный метод применяется только при абсолютных противопоказаниях к операции, у больных I-III стадий с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и/или с обширным распространением опухолевого процесса, когда радикальное хирургическое вмешательство невыполнимо. Основной

принцип лучевой терапии состоит в одновременном или последовательном облучении первичного опухолевого очага и зоны регионарного метастазирования.

2. Фоновые и предраковые заболевания влагалища.

2.1. Доброкачественные опухоли.

Доброкачественные опухоли влагалища, такие как миома, фиброма и фибромиома, встречаются относительно редко. Обычно последние небольших размеров, но в некоторых случаях достигают значительной величины. Опухоли располагаются под слизистой оболочкой влагалища, внутри его стенки, в Septum rectovaginale или Septum vesico-vaginale.

Эти новообразования развиваются из соединительной или мышечной ткани влагалищной стенки. Растут чаще в виде одиночного узла, расположенного на широком основании или на длинной ножке, реже наблюдаются множественные узелки фибромиом.

Киста влагалища к истинным опухолям не относится, так как является ретенционным образованием. Она возникает из остатков Гартнеровского хода или оставшейся недифференцированной эмбриональной ткани (цилиндрического эпителия Мюллеровых ходов). Подобные кисты наблюдают у 1-2% гинекологических больных различного возраста, преимущественно, молодого. Форма кисты обычно округлая, консистенция — туго- или мягко-эластическая. Микроскопически стенка кисты состоит из соединительной ткани с прослойками мышечной. Внутренняя поверхность ее выстлана цилиндрическим или кубическим эпителием, а иногда покрыта многослойным плоским.

Доброкачественные опухоли и кисты влагалища протекают обычно бессимптомно. Наиболее часто их обнаруживают случайно при гинекологическом осмотре. Выявляемые симптомы заболевания появляются по мере достижения этими образованиями

значительных размеров, изъязвления покровов или инфицирования опухоли. Кисты и фибромы больших размеров могут препятствовать половой жизни, вызывать ощущение инородного тела во влагалище, сопровождаться патологическими выделениями и даже нарушениями функций мочевого пузыря и прямой кишки.

Диагностика кист и доброкачественных опухолей влагалища затруднений не представляет. Для решения вопроса о доброкачественном или злокачественном их характере обязательно гистологическое исследование удаленной опухоли.

Для лечения кист и всех доброкачественных опухолей влагалища применяют хирургический метод. Если опухоль имеет ножку, последняя лигируется, а опухоль отсекается. При расположении опухоли в подслизистом слое влагалища, ее вылушивают.

Удаление кисты гартнерова хода в ряде случаев бывает затруднительным, особенно когда ее ножка (гартнеровый ход) идет по стенке влагалища высоко в брюшную полость. Поэтому хирург еще перед операцией должен иметь четкое представление об анатомических взаимоотношениях кисты, мочевого пузыря и прямой кишки, чтобы не повредить эти органы. Если киста залегает достаточно глубоко, стремиться к полному удалению ее ножки не следует.

2.2. Рак влагалища.

Первичный рак влагалища встречается редко и составляет 1-2% среди злокачественных опухолей женских половых органов.

В то же время, метастатические опухоли влагалища наблюдаются в несколько раз чаще. Наиболее часто метастазируют во влагалище рак шейки и тела матки, саркома матки, хориокарцинома, и значительно реже— рак яичников и гипернефрома. Рак влагалища поражает женщин в любом возрасте, но преимущественно в 50-60 лет.

В патогенезе рака влагалища определенное значение может иметь сочетание таких факторов, как вирусная инфекция в репродуктивном возрасте (вирус папилломы и вирус герпеса простого), инвалютивные и дистрофические процессы, предшествующее облучение и иммунодепрессия.

Предраковым заболеванием влагалища является дисплазия, которая, в зависимости от выраженности патологических изменений

в поверхностном пласте многослойного плоского эпителия, делится на легкую, умеренную и тяжелую.

Рак влагалища развивается также из многослойного плоского эпителия. Гистоструктура плоскоклеточного рака представлена тремя формами: ороговевающей, крупноклеточной неороговевающей и мелкоклеточной. Весьма редко наблюдается аденокарцинома. Форма роста опухоли— преимущественно экзофитная или эндофитная с изъязвлениями, по мере роста они приобретают смешанную анатомическую форму.

Распространение опухоли в основном идет по продолжению на соседние участки и лимфогенным путем.

2.2.1. Клиника и метастазирование.

На ранних стадиях заболевания рак влагалища не имеет выраженных симптомов. Первые симптомы, такие как кровотечение, характерны для достаточно распространенных форм заболевания, при которых могут наблюдаться дизурия, нарушение дефекации, позднее белый и синий отек нижней конечности и нарушение функции почки вследствие инфильтрации параметрия или наличия метастазов в лимфатических узлах таза. По мере прогрессирования процесса, присоединяются боли в области лобка, крестца и в паховых областях.

Распространение опухоли в основном идет по протяжению на соседние участки и лимфогенным путем. При поражении верхней трети влагалища опухоль метастазирует в наружные, внутренние подвздошные и запирательные узлы, а иногда и в паховые лимфатические узлы.

Опухоль нижней трети влагалища метастазирует в пахово-бедренные лимфатические узлы. Сравнительно редко метастазирование опухоли средней трети влагалища происходит в лимфатические узлы таза и пахово-бедренные коллекторы.

2.2.2. Диагностика.

Распознавание рака влагалища обычно не вызывает трудностей при внимательном гинекологическом исследовании. *Наиболее частая причина диагностических ошибок— использование зеркала Куско, так как при этом невозможен тщательный осмотр стенок влагалища.*

Дисплазия и преинвазивный рак могут быть заподозрены при кольпоскопическом и цитологическом исследовании и подтверждены потом прицельной биопсией. Злокачественная опухоль влагалища обычно представляет собой плотное бугристое образование с инфильтрацией окружающих тканей, имеет форму узла или кровоточащей язвы с плотными неровными краями и твердым дном.

Следует иметь в виду, что перед началом лечения обязательна гистологическая верификация опухоли. Для уточнения степени распространения процесса применяют цитоскопию, экскреторную урографию, радиоизотопную ренографию, ректороманоскопию, радиоизотопную лимфографию и рентгенографию грудной клетки.

2.2.3. Лечение.

В прежние годы в случаях преинвазивного рака использовали, в основном, лучевой метод — эндовагинальную гамма-терапию. Подобное лечение довольно эффективно, но сопряжено с высокой частотой лучевых осложнений и стенозов влагалища.

Достаточно эффективно хирургическое лечение при локальных формах *Ca in situ*, когда достаточно выполнения экцизии в пределах здоровых тканей, однако при мультицентрическом росте требуется обширное вмешательство (гистерэктомия + вагинэктомия), что не соответствует современным принципам лечения преинвазивного рака и связано со значительным операционным риском.

В лечении больных преинвазивным раком были попытки использования цитостатиков (5% 5-фторурациловой и 0,3% оливомициновой мази), которые в ряде случаев привели к полному регрессу опухоли.

Клинический опыт показывает, что оптимальным современным методом лечения дисплазии и преинвазивного рака влагалища является криодеструкция; при этом, в связи с близостью мочевого пузыря и прямой кишки, требуется осторожность, и не рекомендуется проводить замораживание одного участка дважды.

По мнению некоторых авторов, оказалось успешным лечение с помощью лазера CO_2 , однако, этот метод не имеет принципиальных преимуществ перед криодеструкцией.

В практической деятельности весьма целесообразно использовать предложенную схему диагностики и лечения дисплазии и инвазивного рака влагалища [Бохман Я.В., 1989].

При инвазивном раке влагалища, в большинстве случаев показано внутривлагалищное облучение, которое у больных с II-III стадиями заболевания сочетается с дистанционным облучением зон местного распространения и регионарного лимфатического метастазирования. В зависимости от локализации и степени распространения опухоли, используют различные варианты сочетанной лучевой терапии.

Показания к хирургическому лечению (расширенная гистерэктомия, пахово-бедренная или пахово-бедренно-подвздошная лимфаденэктомия) возникают редко.

3. Опухоли шейки матки.

3.1. Фоновые предраковые заболевания.

3.1.1. Клинико-морфологическая классификация.

Рак шейки матки занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости злокачественными опухолями женских половых органов. Результаты многочисленных исследований последних 20-30 лет показали, что злокачественные новообразования шейки матки крайне редко возникают на фоне неизмененного эпителия, им закономерно предшествуют фоновые, а затем предраковые процессы, своевременное выявление и радикальное лечение которых является реальной мерой профилактики инвазивного рака шейки матки.

Длительное время предраком шейки матки считались псевдоэрозии и дискератозы. Гистогенетическими исследованиями установлено, что предраковые процессы должны определяться по строгим морфологическим критериям. Визуально определяли наиболее часто встречающиеся патологические процессы шейки матки, такие как псевдоэрозии (эктопии), эрозированный эктропион (псевдоэрозия в сочетании с рубцовой деформацией шейки матки), истинные эрозии, лейкоплакии, эритроплакии и полипы, которые следует относить к фоновым процессам. Истинным

предраком является дисплазия, при которой уже имеется выраженная в различной степени атипия поверхностного эпителиального пласта.

Исходя из указанных выше представлений, была предложена следующая клинико-морфологическая классификация патологических процессов шейки матки [Бохман Я.В., 1989]:

I. Фоновые процессы: псевдоэрозия, лейкоплакия, полип, плоские кондиломы.

II. Предраковый процесс — дисплазия: слабая, умеренная, тяжелая.

III. Преинвазивный рак (ca in situ, внутриэпителиальный рак).

IV. Микроинвазивный рак.

V. Инвазивный рак: плоскоклеточный ороговевающий, плоскоклеточный неороговевающий, аденокарцинома, диморфный железисто-плоскоклеточный (мукоэпидермоидный), низкодифференцированный.

3.2. Фоновые процессы.

При истинной эрозии на значительном участке эктоцервикса отсутствует покрывающий его многослойный плоский эпителий, и обнажается соединительная строма; при этом выражены явления неспецифического воспаления.

При псевдоэрозии (эктопии) однослойный цилиндрический эпителий шеечного канала распространяется на влагалищную часть шейки матки, защищая многослойный плоский. В основе — многослойные железистые структуры причудливой формы. Псевдоэрозии делятся на железистые, капиллярные и эпидермизированные.

В процессе эпидермизации могут наблюдаться избыточное ороговение, паракератоз и акантоз, которые кольпоскопически и клинически проявляются как лейкоплакия, имеющая вид пятен беловатого цвета с четкими контурами на слизистой оболочке влагалища части шейки матки.

Эритроплакия — очаговая атрофия и истончение эпителия, в результате данного процесса подэпителиальные сосуды шейки матки просвечивают, и этот участок приобретает вид бурого пятна. Эритроплакия встречается значительно реже лейкоплакии.

Полип шейки матки— экзофитное очаговое разрастание типичных, но хаотически располагающихся желез цервикального канала. Структура полипов характеризуется центральной соединительной ножкой, покрытой плоским или цилиндрическим эпителием, который образует железистые или железисто-фиброзные структуры в толще полипа, поэтому различают полипы железистые или железисто-фиброзные. Полипы бывают множественные и единичные, мелкие и крупные. Они предрасполагают к возникновению разрывов шейки матки в родах и ее вывороту. Настораживающим признаком является рецидивирование полипа.

Фоновые процессы шейки матки в большинстве случаев протекают бессимптомно, и лишь в относительно редких случаях больные отмечают бели, зуд, болевые ощущения. Последние чаще всего обусловлены вторичной инфекцией.

Обследование больных с фоновыми процессами шейки матки должны включать тщательный ее осмотр, простую и расширенную кольпоскопию, взятие материала из наиболее подозрительных участков для цитологического исследования и прицельную биопсию из шейки матки и цервикального канала, с последующим гистологическим исследованием. При различных визуально определяемых патологических процессах шейки матки, клинически расцениваемых как вполне доброкачественные, углубленное обследование с применением методов морфологической диагностики нередко выявляет дисплазию, пре- и инвазивный рак, которые не имеют патогномических клинических признаков.

3.3. Дисплазия.

Дисплазия— предраковый процесс, характеризующийся атипией эпителия шейки матки с нарушением “слоистости”, но без вовлечения в процесс поверхностного слоя и стромы.

Дисплазия шейки матки может быть обнаружена как при исследовании визуальной неизменной шейки матки, так и в сочетании с фоновыми процессами; а также с преинвазивным и инвазивным раком.

В зависимости от степени выраженности гистологических изменений, дисплазии принято делить на *слабые, умеренные и тяжелые*.

3.4. Преинвазивный рак.

Преинвазивный рак (ca in situ, внутриэпителиальный рак)— это патология покровного эпителия шейки матки, во всей толще которого имеются гистологические признаки рака, утрата слоистости и полярности, но отсутствует инвазия в подлежащую строму.

По морфологическому строению выделяют четыре основных варианта [Соколовский Р.М., 1961] — *зрелый, незрелый, переходный и смешанный* или три варианта [Ченик О.Д., 1971] — *дифференцированный, смешанный и недифференцированный*.

Установлено, что на основании особенностей гистологического строения преинвазивного рака нельзя судить, разовьется ли в данном конкретном наблюдении инвазивный рак или нет. Комплексная диагностика и последующее адекватное лечение дисплазии и преинвазивного рака обеспечивает стойкое клиническое излечение, предупреждает развитие инвазивного рака шейки матки.

Микроинвазивный рак соответствует I стадии и относится к наблюдениям с инвазией до 3 мм, причем наибольший диаметр опухоли не должен превышать 1 см, отсутствуют мультицентрические очаги роста и раковые эмболы в кровеносный и лимфатических сосудах стромы. По определению Я.В.Бохмана (1989), *“микроинвазивный рак — это еще относительно компенсированная и мало агрессивная форма опухоли, что сближает его с преинвазивным раком и отличает от стадии I-в”*.

3.5. Инвазивный рак шейки матки.

На ранних стадиях развития не имеет патогномических симптомов. Появление жидких водянистых белей, ациклических кровянистых выделений из влагалища и более характеризует выраженную или запущенную стадию опухоли.

На ранних этапах заболевания кровянистые выделения носят характер контактных, а при распространенных формах они возникают самопроизвольно, даже в условиях покоя.

При обследовании больных учитывают анамнестические сведения и жалобы. Необходимо осмотреть шейку матки с помощью зеркал, провести бимануальное ректовагинальное исследование, которое позволяет получить четкое представление о со-

стоянии связочного аппарата матки и параметральных отделов клетчатки, определить переход опухоли с шейки на тело матки или придатки. При осмотре пораженной опухолью шейки матки можно обнаружить небольшие изъязвления или рыхлые сосочковые разрастания, кровоточащие при дотрагивании. Иногда является плотный, потерявший эластичность участок тканей. Ориентировочно, сведения о состоянии эпителия шейки матки могут быть получены при помощи пробы Шиллера (окрашивание шейки матки раствором Люголя). При этом удается обнаружить йод-негативные участки эпителия, которые соответствуют онкологическим изменениям.

Ценным методом диагностики является цитологическое исследование подозрительных участков и выделений из цервикального канала, особенно в сочетании с кольпоскопией и микрокольпоскопией, с последующей прицельной биопсией и гистологическим исследованием.

3.6. Лечение фоновых процессов, дисплазии, преинвазивного и микроинвазивного рака.

При выборе метода лечения доброкачественных процессов и ранней онкологической патологии шейки матки необходимо стремиться к соблюдению двух основных принципов:

- обеспечение надежного излечения, в результате которого достигается предупреждение рецидивов заболевания и перехода в более выраженный патологический процесс;
- у женщин молодого возраста желательно применение органосохраняющих и щадящих методов лечения .

Дисплазия и рак шейки матки редко возникают на фоне визуально и эндоскопически неизмененного эпителия. Чаще всего, им предшествуют и сопутствуют фоновые доброкачественные процессы: псевдоэрозии, дискератозы, полипы, плоские кондиломы. Поэтому адекватное ведение таких больных, которые составляют 20-30% всех женщин, обратившихся к гинекологу или проходящих профилактические осмотры, является важным звеном предупреждения дисплазии и преинвазивного рака.

Кольпоскопические критерии при фоновых процессах разнообразны: эктопия цилиндрического эпителия, доброкачественная зона трансформации, субэпителиальный эндометриоз, ис-

тинная эрозия, цервицит, простая лейкоплакия (без атипии). Для выбора метода лечения этих больных достаточно указанных кольпоскопических данных и негативных результатов цитологического исследования.

Эктопию цилиндрического эпителия у нерожавших женщин в возрасте до 25 лет правильнее рассматривать как физиологическое состояние и воздерживаться от специального лечения. Консервативные методы лечения назначают при выявлении воспалительных заболеваний шейки матки и влагалища. Они эффективны также при истинных эрозиях и эндоцервицитах. Консервативное лечение фоновых доброкачественных процессов не должно быть длительным, при его неэффективности в течение 1-3 мес следует прибегать к более радикальным методам.

Основное место в системе лечения фоновых доброкачественных заболеваний занимают методы деструкции с помощью электрокоагуляции и криовоздействия.

Хирургическое лечение показано при полипах: удаление полипа, коагуляция его ложа, обязательное гистологическое исследование. Если фоновые процессы сочетаются с деформацией шейки матки, методом выбора является конизация, выполняемая электрохирургическим или ножевым способом. Это положение относится и к больным лейкоплакией, для которых также эффективна криодеструкция.

Для лечения дисплазии в прежние годы чаще применяли хирургические методы— ампутация шейки матки по методу Штурмдорфа и др. Эти операции с онкологических позиций вполне оправданы, однако требуют обязательной госпитализации больной, что затрудняет их широкое применение. В настоящее время принято считать, что “ножевая” ампутация показана, главным образом, при значительном удлинении шейки матки у больных с опущением матки.

Доминирующее положение в последние годы заняли два метода: *электрокоагуляция и конусовидная электроэксцизия шейки матки.*

Недостатки электрокоагуляции заключаются в том, что излечиваются только патологические процессы в поверхностных слоях плоского эпителия. Кроме того, при применении этого метода отсутствует возможность полноценного гистологического исследования ткани шейки матки, вследствие чего могут быть своевременно не диа-

гностированы дисплазия, преинвазивный и инвазивный рак. В результате электрокоагуляции нередко достигается только “косметический” эффект, в то время как более выраженные патологические процессы в глубоких слоях эпителия остаются неизлеченными. После отторжения струпа и завершения эпителизации граница между многослойным плоским и цилиндрическим эпителием перемещается выше в шейечный канал, что в некоторых случаях сопровождается прогрессированием неизлеченного патологического процесса и даже развитием рака шейечного канала, и составляет специальную проблему. В настоящее время принято считать, что необходимо сужение показаний к электрокоагуляции при фоновых заболеваниях шейки матки. Этот метод лечения применим только при негативных морфологических и эндоскопических данных, при небольших размерах патологического процесса, строго локализованного в области эктоцервикса, а также при отсутствии рубцовой деформации шейки матки.

Наиболее рациональным методом лечения фоновых процессов и предраковых заболеваний является конусовидная электроэксцизия шейки матки.

Большой опыт в применении этой операции позволил установить ее онкологическую обоснованность и высокую эффективность.

Конусовидная электроэксцизия шейки матки обладает рядом несомненных достоинств:

- радикальное удаление патологически измененных тканей шейки матки в пределах здоровых тканей, что соответствует онкологическим принципам;
- возможность тщательного гистологического исследования удаленного препарата; небольшое число осложнений;
- сохранение физиологических функций, считая детородную.

Таким образом, методом выбора при лечении больных дисплазией следует считать конусовидную электроэксцизию шейки матки с последующим клиническим и цитологическим контролем.

В течение последних 15-20 лет, наряду с электрокоагуляцией шейки матки, значительное развитие получил метод криодеструкции дисплазии. Была усовершенствована аппаратура, создана криохирургическая приставка к кольпоскопу, собраны сведения об отдаленных результатах лечения. В настоящее время считается, что *“криодеструкция является идеальным методом лечения*

слабой и умеренной дисплазии" [Бохман Я.В., 1989]. Метод применяют в амбулаторных условиях. Он настолько безболезненный, что не требует анестезии. Однако его использование сопровождается такими нежелательными последствиями, как стеноз шейечного канала, кровотечения. При криодеструкции наблюдаются замораживание жидкости в экстрацеллюлярных пространствах, повышение осмотического давления и разрушение клеточных мембран.

Чаще применяют следующую методику. Вначале, при кольпоскопии, определяют площадь деструкции (отступая 5 мм от краев зоны атипической трансформации). Затем с помощью жидкого азота (-196°C) или углекислого газа в зоне воздействия создают низкую температуру. ($-20-30^{\circ}\text{C}$) в течение 3 мин. После оттаивания появляется эритема, и вновь проводят 3-минутное замораживание, после чего образуется участок асептического некроза, степень которого зависит от модификаций метода (глубины замораживания, температуры). В течение 10-14 дней после криодеструкции отмечаются серозные выделения, затем струп отпадает и наступает эпителизация без формирования рубцов.

Накопленный опыт применения этого метода показал, что криодеструкция— оптимальный метод лечения слабой и умеренной дисплазии, однако его эффективность недостаточна при тяжелой дисплазии и *Ca in situ*.

В последние годы в гинекологической практике также используют *CO₂ лазер непрерывного действия*, который продуцирует невидимый световой пучок инфракрасной части спектра с длиной волны 10,6 мкм. Если лазер вмонтирован в кольпоскоп, то через систему зеркал луч лазера точно ориентируется на патологические изменения ткани шейки матки. Энергия лазерного пучка распространяется со скоростью света и вызывает в тканях шейки матки выраженные деструктивные изменения вследствие нагревания до 100°C , а измененные ткани подвергаются деструкции за счет выпаривания внутриклеточной и межклеточной жидкости.

Частота осложнений при лечении лазером невелика. Кровотечения обычно не бывает, так как сосуды и капилляры коагулируются лазером в процессе деструкции. Поскольку все измененные ткани шейки матки при лазерной деструкции выпариваются, не отмечается образования некротического струпа, характерного для электрокоагуляции. Заживление тканей шейки матки

после лечения лазером происходит значительно быстрее, чем после криодеструкции и, особенно, электрокоагуляции; на 8-10-й день все поле деструкции покрывается незрелыми метапластическими клетками, а еще через 2 нед при кольпоскопии можно видеть зрелый плоский эпителий.

При лазерной деструкции некроз тканей минимален, стенозы цервикального канала отсутствуют, а сроки выздоровления короче, чем при других методах физической деструкции шейки матки. Следует иметь в виду основные условия терапии дисплазии лазером:

- патологические изменения должны быть ограничены эктоцервиксом и не переходить на цервикальный канал;
- стык между плоским и цилиндрическим эпителием виден при кольпоскопии;
- отсутствуют гистологические и кольпоскопические данные, подозрительные на рак шейки матки.

Поэтому лечение лазером может проводить клиницист, обладающий достаточным опытом кольпоскопии.

В отличие от электрокоагуляции и криодеструкции после лечения дисплазии лазером место стыка между плоским и цилиндрическим эпителием не перемещается в цервикальный канал, остается в области эктоцервикса, что облегчат последующий эндоскопический контроль.

Следует отметить, что лечение лазером— более сложный и дорогостоящий метод, по сравнению с другими способами деструкции дисплазии.

Следует еще раз подчеркнуть, что необходимыми условиями эффективности всех видов деструкции с помощью физических методов являются:

- тщательное цитологическое, эндоскопическое и гистологическое исследование;
- вся зона трансформации должна быть полностью ограничена эктоцервиксом, что устанавливается при эндоскопии;
- возможность дальнейшего клинико-цитологического контроля.

При лечении преинвазивного рака основным принципом является индивидуализация, основанная на учете морфологических и

эндоскопических данных. Операция не должна быть одинаковой в случае небольшого очага высокодифференцированной Ca in situ и при распространенном процессе, занимающем большую часть шеечного канала или переходящем на влагалищные своды, или в случаях низкодифференцированной формы Ca in situ.

Принято считать, что конусовидная электроэксцизия шейки матки является методом выбора для большинства больных преинвазивным раком шейки матки, однако, она может быть выполнена только после того, как эндоскопические и морфологические исследования (включая прицельную биопсию эктоцервикса и выскабливание слизистой оболочки цервикального канала) исключают инвазивный рак.

Одним из условий применения сберегательной операции при Ca in situ является возможность дальнейшего наблюдения и цитологического контроля.

Показаниями к экстирпации матки служат:

- возраст старше 50 лет;
- преимущественная локализация опухоли в шеечном канале;
- распространенный анапластический вариант с врастанием железы;
- отсутствие в препарате после проведенной ранее конизации участков, свободных от преинвазивного рака (особенно по линии пересечения);
- техническая невозможность проведения широкой электроэксцизии из-за конической (у нерожавших) или укороченной шейки матки при сглаженных влагалищных сводах,
- сочетание преинвазивного рака с миомой матки (или опухолями придатков);
- рецидивы после крио- или лазерной деструкции. При переходе преинвазивного рака на влагалищные своды показана экстирпация матки с верхней третью влагалища.

У пожилых женщин, имеющих общие показания к операции, эффективно применение внутривлагалищного облучения. Доза в точке А должна быть примерно такая же, как и при лечении микроинвазивного рака I-й стадии.

При лечении микроинвазивного рака шейки матки используют широкий арсенал лечебных воздействий. Чтобы решиться на

сокращение их объема, необходимы четкие клинико-морфологические доказательства и твердая уверенность клинициста в том, что у данной конкретной больной действительно имеется микроинвазивный рак шейки матки. Иными словами, совокупность клинико-эндоскопических и морфологических данных должна подтверждать поверхностную инвазию (до 3 мм) и отсутствие раковых эмболов в кровеносных и лимфатических сосудах стромы.

Исследования последних лет показали, что при микроинвазивном раке шейки матки нет необходимости в применении комбинированного и сочетанного лучевого методов, т.к. для достижения высоких и стабильных результатов достаточны хирургическое лечение и внутриволостное облучение.

Выбор метода лечения микроинвазивного рака основан на полученной на различных этапах обследования диагностической информации и зависит от возраста и общего состояния больной. Диагноз микроинвазивного рака можно считать наиболее надежным при гистологическом исследовании “конуса” или экстирпированной матки. Щадящие хирургические методы лечения микроинвазивного рака характеризуют отказ от удаления регионарных лимфатических узлов и стремление к сохранению визуально неизмененных яичников у женщин репродуктивного возраста.

Если пожилой возраст и сопутствующие заболевания определяют противопоказания к операции, то надежное излечение может быть достигнуто также с помощью внутриволостной гамма-терапии.

Выбор метода лечения инвазивного рака шейки матки представляет собой весьма сложную задачу и зависит от особенностей клинического течения, степени распространения опухолевого процесса, морфологической структуры опухоли и общего состояния больной. *В настоящее время при инвазивном раке шейки матки применяют хирургическое, лучевое (в основном, сочетанная лучевая терапия), комбинированное лечение и химиотерапию (с паллиативной целью).*

Недопустимым следует считать проведение специальной противораковой терапии в учреждениях общеклинического профиля, которые не располагают должным опытом и не имеют подготовленных кадров и оборудования, необходимого для осуществления адекватного лечения.

3.7. Рак шейки матки и беременность.

Симптомы рака шейки матки при беременности не имеют каких-либо особенностей. У многих больных отмечается запоздалая диагностика по вине наблюдавших их врачей.

Диагностические ошибки в I триместре беременности вызваны тем, что врачи нередко трактуют симптомы маточного кровотечения как проявление намечающегося выкидыша, а в III триместре— как акушерские осложнения: предлежание или преждевременную отслойку плаценты. Во многих случаях у беременных не проводят достаточно тщательного осмотра в зеркалах. Положение усугубляется из-за необоснованной боязни биопсии.

Проблема своевременной диагностики дисплазии и преκлинического рака может быть решена только при применении цитологического обследования всех беременных женщин. Это вполне осуществимо, так как практически все беременные находятся на учете в женских консультациях. Цитологическое обследование при беременности должно быть регламентировано как строго обязательное перед искусственным прерыванием беременности и при ее сохранении.

Случаи диагностики инвазивного рака шейки матки во II и III триместрах беременности, а также до 6 мес после родов и аборта, следует расценивать как грубые диагностические ошибки, вызванные неполноценным обследованием беременных.

Диагностика патологических состояний шейки матки должна заключаться в комплексном применении цитологических и эндоскопических исследований. Прицельная биопсия не связана с риском кровотечения.

Преинвазивный рак в сочетании с беременностью не имеет никаких принципиальных и биологических особенностей: он может регрессировать (после расширения шеечного канала при аборте или родах), остаться стабильным или перейти в инвазивный рак.

При обследовании беременных преинвазивный рак шейки матки выявляется в 0,5% случаев, а частота рака шейки матки в сочетании с беременностью составляет от 0,5% до 6,1%.

Установлено, что беременность большого срока или послеродовой период оказывает необратимое влияние на клиническое течение заболевания.

При выявлении преинвазивного рака в I триместре беременности показано ее прерывание, диагностическое выскабливание слизистой оболочки шеечного канала, а через 2 нед — конусовидная электроэксцизия шейки матки. В II и III триместрах желательна сохранять беременность и до родоразрешения воздержаться от лечения преинвазивного рака. При этом исключительную роль играет кольпомикроскопическое наблюдение и цитологический контроль.

Планирование лечения инвазивного рака шейки матки зависит от стадии заболевания и периода беременности; предпочтительно применение хирургического или комбинированного лечения.

4. Опухоли тела матки.

Патологические состояния эндометрия, имеющие значение для онкологической клиники, классифицируются следующим образом [Бохман Я.В., 1985]:

1. Фоновые процессы: железистая гиперплазия, эндометриальные полипы.
2. Предраковые заболевания: атипичная гиперплазия (Ca in situ).
3. Рак: аденокарцинома, аденоакантома (аденоакантокарцинома), светлоклеточная мезонефроидная аденокарцинома, железисто-плоскоклеточный рак, низкодифференцированный рак.

Согласно классификации ВОЗ, аденокарциномы эндометрия, в зависимости от степени гистологической дифференцировки, делят на *высокодифференцированные (1)*, *умеренно дифференцированные, в том числе, железисто-солидный рак (2)* и *низкодифференцированные (3)*. Это имеет важное клиническое значение, так как имеются существенные различия клинического течения и гормоночувствительности, в зависимости от степени гистологической дифференцировки карциномы эндометрия.

4.1. Железистая гиперплазия эндометрия.

Железистая гиперплазия эндометрия часто определяется у больных с ановуляторными маточными кровотечениями.

Принципиальных различий между железистой и железисто-кистозной гиперплазией не существует, так как кистозное расширение желез не свидетельствует о вероятности патологического развития процесса. Наиболее важно разделить железистую гиперплазию в зависимости от степени пролиферативных изменений.

Полипы эндометрия развиваются вследствие пролиферации желез базального слоя эндометрия. Типичное анатомическое свойство полипов — наличие ножки, состоящей из фиброзной и гладкомышечной ткани. Это свойство отличает полип от полиповидной формы железистой гиперплазии эндометрия, которую иногда неточно обозначают как “полипоз эндометрия”. Полипы чаще располагаются в области дна и трубных углов матки. Эндометриальные полипы малигнизируются довольно редко (2-5% случаев), равно как и железистая гиперплазия эндометрия. В постменопаузе указанная частота достигает 10%.

4.2. Атипическая гиперплазия.

Атипическая гиперплазия, наиболее выраженную форму которой принято обозначать термином *Ca in situ*, не имеет характерной макроскопической картины. Она может быть обнаружена как в утолщенном (гиперплазированном), так и истонченном (атрофическом) эндометрии и в полипах.

Атипия может быть выражена в форме и расположении желез — в этом случае ее обозначают как структурную. Если же она выявляется в клетках эпителия желез и в строме, то называется клеточной.

Надежным макроскопическим признаком разделения между *Ca in situ* эндометрия и инвазивным раком служит обнаружение в последнем случае инвазии в миометрий.

Установлено, что прогрессия атипической гиперплазии в инвазивный рак отмечается в 20-50% наблюдений (в среднем 40%) на протяжении от одного года до 13 лет, что определяет необходимость ее выявления и безотлагательного лечения.

Лечение при гиперпластических процессах в эндометрии предусматривает как комплекс воздействий на эндометрий, так и меры, направленные на устранение ановуляции, а также нормализацию массы тела и нарушенных метаболических показателей (компенсация сахарного диабета, снижение повышенного уровня липидов крови).

С целью оказания антиэстрогенного влияния на железистую гиперплазию эндометрия (ЭКГЭ) показано применение соединений с прогестероновой активностью, например, *оксипрогестерона капроната, медроксипрогестерона ацетата или противозачаточных препаратов*. Возможность достижения выраженной секреторной трансформации и устранения гиперплазии эндометрия, появление признаков атрофии при достаточно продолжительном лечении, хорошая переносимость препаратов— все это позволяет охарактеризовать их как метод выбора. Цель гормонотерапии железистой гиперплазии эндометрия зависит от возраста.

В ювенильном и репродуктивном периодах основной задачей является устранение ановуляции и достижение цикличности секреторной трансформации эндометрия. У женщин молодого возраста лечение маточных кровотечений вследствие ЭКГЭ совпадает с терапией эндокринного бесплодия.

В пременопаузе (с 46 лет и до наступления менопаузы) цель лечения заключается не только в прекращении кровотечений и создании двух- или однофазного цикла (с помощью стероидных противозачаточных препаратов), но и нормализации состояния эндометрия.

В постменопаузе лечение направлено на достижение стойкой аменореи и атрофии эндометрия.

Лечение при гиперпластических процессах в эндометрии прогестеронами хорошо переносится больными даже при высоких дозах. Может отмечаться небольшое увеличение массы тела в первые недели лечения, что связано с задержкой жидкости. Назначение небольших доз мочегонных средств в случае необходимости позволяет значительно уменьшить это побочное действие. При длительном гормональном лечении показаны контроль гемокоагуляции, желательное применение препаратов, улучшающих функцию печени (*фестал, эссенциале-форте и др.*).

При обсуждении противопоказаний к гормональному лечению имеются в виду прежде всего эстрогены.

Применение эстрогенов противопоказано при наличии:

- злокачественных новообразований половых органов и любой другой локализации, включая гемобластозы;
- увеличения придатков матки неясного генеза;
- миомы матки, превышающей размеры 12-недельной беременности и/или с субмукозными узлами;
- остро воспалительного заболевания внутренних половых органов.

Из общих противопоказаний следует учитывать:

- нарушение функции печени (хронический гепатит, циррозы) и почек (нефриты, некрозы);
- нарушение свертывающей системы крови (тромбозы) или сосудистые нарушения (тромбофлебит, нарушения мозгового кровообращения);
- сосудистые нарушения сетчатой оболочки глаз вследствие гипертонической болезни или сахарного диабета.

Противопоказанием к применению эстрогено-прогестагеновых комбинаций являются хронический холецистит или панкреатит, особенно, если на фоне лечения эстрогенами возникают обострения заболевания.

Основная задача дифференциальной диагностики больных с гиперпластическими изменениями в эндометрии— исключение органических поражений слизистой оболочки полости матки (субмукозные узлы миомы, железисто-фиброзные полипы, карцинома) или придатков (гормонально активные опухоли или рак яичников). У женщин репродуктивного возраста показано обследование с помощью тестов функциональной диагностики для выявления ановуляции, как одной из причин развития гиперпластических изменений эндометрия.

Более подробные сведения, касающиеся применения многочисленных гормональных препаратов и их различных комбинаций с целью остановки маточного кровотечения и формирования правильного менструального цикла можно получить в соответствующих руководствах и монографиях (см. *Комплексное лечение при*

гиперпластических процессах и раке эндометрия. Бохман Я.В. и соавт. — Л.: Медицина, 1979 и др.).

У женщин репродуктивного и перименопаузального периодов длительность гормонотерапии не должна быть менее 6 мес. В постменопаузе клинический и, особенно, морфологический эффект лечения должен быть установлен в течение 3-4 мес.

В случаях неэффективности гормонотерапии показано хирургическое лечение.

4.2.1. Лечение атипической гиперплазии эндометрия (АГЭ).

В последние 10-15 лет претерпело существенную эволюцию.

В течение многих лет клиницисты придерживались мнения о возможности наблюдения за этими больными, причем лечение чаще всего ограничивалось повторными диагностическими выскабливаниями и назначением диагностических средств, сокращающих миометрий и уменьшающих интенсивность маточных кровотечений. Накопленный опыт лечения больных с АГЭ позволил уточнить показания к гормональному и хирургическому лечению.

При уверенности в отсутствии аденокарциномы эндометрия, сопутствующей субмукозной миомы или опухоли яичников *лечение в репродуктивном возрасте должно начинаться с назначения прогестагенов.* В случае успешного лечения у молодых женщин это позволяет сохранить менструальную и генеративную функции.

Хирургическое лечение становится безусловно показанным, если проводимая гормонотерапия оказывается неэффективной. У больных с атипической гиперплазией эндометрия старше 50 лет методом выбора является хирургическое лечение, а гормонотерапию применяют лишь при противопоказаниях к операции.

4.3. Рак тела матки.

Основной симптом рака эндометрия (РЭ)— маточные кровотечения, которые отмечаются в 95-98% случаев. Указанная частота бывает значительно ниже, при условии активного выявления бессимптомного рака. Характерны, но менее постоянны, лейкоррея и боли.

Последние отмечаются при стенозе шейного канала вследствие скопления выделений в полости матки. В далеко зашедших случаях болевой синдром обусловлен компрессией и воспалением запирающего или седалищного нервов, лимфогенными метастазами или опухолевыми инфильтратами.

В результате комплексных исследований была выдвинута и обоснована концепция о двух основных патогенетических вариантах гиперпластических процессов и рака тела матки [Бохман Я.В., 1963, 1985].

I (гормонозависимый) патогенетический вариант наблюдается у 60-70% больных с атипической гиперплазией и раком эндометрия и характеризуется многообразием и глубиной проявлений хронической гиперэстрогении в сочетании с нарушением жирового и углеводного обмена. Клинический симптомокомплекс проявляется в ановуляторных маточных кровотечениях, бесплодии, позднем наступлении менопаузы, сопровождается гиперплазией тека-ткани яичников в сочетании с феминизирующими опухолями яичников и синдромом Штейна-Левенталя, гиперпластическими процессами в эндометрии, миомой матки. Обменные нарушения сводятся к ожирению и сахарному диабету.

При II (автономном) патогенетическом варианте, отмеченном у 30-40% больных, указанные эндокринно-обменные нарушения выражены нечетко или вообще отсутствуют.

В практической работе возможен упрощенный способ определения патогенетического варианта в постменопаузе — сочетание ожирения и эстрогенного типа кольпоцитологической реакции позволяет отнести данное наблюдение к I варианту.

Патогенетические особенности в значительной мере определяют клиническое течение заболевания и выбор наиболее адекватного лечения, в частности, показания к гормонотерапии.

Ранее считалось, что рак тела матки (РТМ) вначале метастазирует в поясничные лимфатические узлы, а затем — в подвздошные. Специальные исследования [Бохман Я.В., 1962] позволили пересмотреть это традиционное представление.

Преобладающим типом метастазирования является лимфогенный, обычно в сочетании с гематогенным или имплантацией. Вначале метастазы образуются в лимфатических узлах таза, затем

раковые клетки попадают в поясничные, реже в паховые лимфатические узлы и в отдаленные органы.

4.3.1. Клиническое течение.

Выделены основные этапы и варианты клинического течения рака эндометрия [Бохман Я.В., 1989].

I этап клинического течения РТМ охватывает период от возникновения инвазивного рака до момента его глубокого прорастания в миометрий. II этап характеризуется местно-регионарным распространением, а III— диссеминацией процесса.

Несмотря на вариабельность клинического течения РЭ, удается выделить 3 основных варианта:

1. *Медленное, сравнительно благоприятное клиническое течение.*
У больных выражены симптомы гиперэстрогении и нарушений обмена жиров и углеводов. Значительная длительность симптома местного кровотечения обусловлена чаще всего гиперпластическими процессами эндометрия. Гистологическое исследование опухоли выявляет высокодифференцированный рак с поверхностной инвазией в миометрий. Лимфогенные метастазы отсутствуют.
2. *Неблагоприятное клиническое течение* наблюдается, когда эндокринно-обменные нарушения у больных выражены нечетко или отсутствуют. Длительность симптомов заболевания невелика. Дифференцировка опухоли снижена, она глубоко врастает в миометрий, определяются метастазы в лимфатических узлах таза. При переходе опухоли на шейечный канал нередко наблюдается дальнейшая инфильтрация связочного аппарата матки и клетчатки эндометрия. Следует учитывать возможность метастазирования во влагалище.
3. *“Острое”, крайне неблагоприятное клиническое течение* наблюдается редко и характеризуется одновременным сочетанием группы неблагоприятных факторов: низкая дифференцировка опухоли, интенсивный инвазивный рост, метастазы в подвздошных и поясничных лимфатических узлах. При прорастании серозной оболочки матки или поражении яичников возможен “овариальный” тип метастазирования— метастазы по параметральной брюшине, в большой сальник, в дальнейшем асцит.

4.3.2. Диагностика.

Следует учитывать жалобы больных и данные анамнеза о состоянии менструальной (время наступления первой менструации, длительность репродуктивного периода, наличие ациклических маточных кровотечений, особенности течения климакса и время наступления менопаузы) и генеративной функции (массу тела родившихся детей).

Большое значение имеет выявление обычных нарушений— ожирения и сахарного диабета.

В связи с высокой информативностью и простотой на I этапе (первичное выявление) применяется цитологическое исследование аспирата эндометрия. Цитологический диагноз совпадает с гистологическим заключением в 90% наблюдений.

При подозрении на АГЭ или РМ следующим диагностическим приемом становится гистероцервикография или гистероскопия для уточнения особенностей опухоли: локализации и протяженности поражения; помимо локализации и величины, гистерография дает косвенное представление о глубине прорастания миометрия.

Гистероцервикография и гистероскопия, в сочетании с клиническими, данными уточняют особенности местного распространения опухоли, помогая в составлении плана индивидуализированного лечения. При проведении лучевого и/или гормонального лечения РЭ эти методы позволяют оценить динамику регресса опухоли и уточнить клиническую ситуацию после завершения лечения.

После гистероцервикографии предпринимают прицельную биопсию и выявляют особенности гистоструктуры, а также степень дифференцировки опухоли.

Для исключения метастазов в придатках матки и первично множественных опухолей применяют ультразвуковое исследование тела.

Исследуют состояние смежных органов (цистоскопия, ректороманоскопия), мочевыводящих путей (хромоцистоскопия, экскреторная урография, радиоизотопная ренография), исключают отдаленные метастазы (рентгенография органов грудной клетки, а при болевом синдроме — рентгенография костей, сканирование).

Углубленное исследование больных РЭ завершают уточнением состояния регионарных лимфатических узлов с помощью радиоизотопной лимфографии.

В последние годы инвазивные методы обследования уступают место неинвазивным (УЗИ, компьютерная и магнитно-резонансная томография и др.).

Углубленную диагностику особенностей местного распространения регионарного и отдаленного метастазирования завершают установлением заболевания в соответствии с международной классификацией FIGO и по системе TNM, что необходимо для планирования адекватного лечения больных.

4.3.3. Лечение.

При отсутствии прямых противопоказаний проводят *хирургическое или комбинированное лечение.*

Общие противопоказания обычно обусловлены преклонным возрастом, тяжелыми сопутствующими заболеваниями (некомпенсированный сахарный диабет, ожирение IV степени, гипертоническая болезнь III стадии, сердечная недостаточность). Противопоказания к операции могут быть обусловлены обширным распространением процесса— инфильтрацией параметриев, метастазами во влагалище и генерализацией заболевания.

Лучевое лечение остается методом выбора при тяжелых сопутствующих заболеваниях или при невозможности осуществления радикальной операции из-за инфильтрации параметральной клетчатки.

В отдельных наблюдениях (декомпенсация соматических заболеваний у больных преклонного возраста, психические расстройства) может быть противопоказано не только хирургическое, но и лучевое лечение. *В этих случаях назначают гормонотерапию.* Все же в большинстве клинических ситуаций (более 90%) показаны различные варианты хирургического, комбинированного и комплексного лечения.

У больных с высокодифференцированной аденокарциномой эндометрия, ограниченной телом матки (что установлено при гистероцервикографии) вероятность лимфогенного метастазирования мала, а результаты простой и расширенной гистероэктомии

одинаково высоки. В этих случаях простая экстирпация матки адекватна особенностям опухоли.

При умеренно дифференцированных, железисто-солидных и низкодифференцированных опухолях показана модификация [Бохман Я.В., 1962] расширенной операции (экстирпация матки с придатками и удаление лимфатических узлов таза). У больных с переходом опухоли на шеечный канал адекватным хирургическим вмешательством является операция Вертгейма.

При высокодифференцированном железистом раке, отсутствии глубокого прорастания опухоли в миометрий и метастазов в удаленных лимфатических узлах послеоперационное облучение не показано. Послеоперационное облучение параметральных областей и влагалища применяют при следующих ситуациях: низкой степени дифференцировки опухоли, распространении опухоли на нижние отделы матки и шеечный канал, глубоком прорастании в миометрий, метастазах в лимфатических узлах таза.

4.3.4 Саркома матки

Саркомы матки составляют 4-5% по отношению к злокачественным опухолям матки и 1% — ко всем злокачественным опухолям женских половых органов; обнаруживаются в возрасте от 20 до 90 лет (средний возраст 50 лет).

К саркомам относят все неэпителиальные злокачественные опухоли матки. Исходным материалом для них могут служить: строма слизистой оболочки, мышечная и соединительная ткань миометрия и элементы сосудов, незрелые клеточные элементы, мезенхимальные клетки, гетеротипические эмбриональные зачатки. В клинической практике 95-98% всех сарком матки представлены четырьмя гистотипами: *лейомиосаркома, эндометриальная стромальная саркома, смешанная мезодермальная опухоль и карциносаркома.*

Ведущий симптом сарком — маточные кровотечения различной длительности, которые наблюдаются в 86% случаев. Они характерны для всех больных с эндометриальной саркомой, смешанной мезодермальной опухолью и карциносаркомой и отмечаются в 40-50% наблюдений при лейомиосаркоме. Далее по значимости следуют симптом быстрого роста опухоли (чаще отмечается при лейомиосаркоме) и болевой синдром, выраженный при всех гистотипах.

Слабость, исхудание, длительная субфебрильная температура, анемия, не связанная с маточными кровотечениями— признак далеко зашедшей опухоли.

Саркомы могут метастазировать гематогенным и лимфогенным путем или прорасти смежные органы.

Чаще всего метастазы обнаруживают в легких, костях, печени, в органах брюшной полости, забрюшинных лимфатических узлах, во влагалище. При поражении париетальной брюшины и сальника наблюдается асцит.

Ранней диагностике лейомиосарком, часто сочетающихся с миомой или развивающихся в них, способствует проведение регулярной диспансеризации больных с миомой матки при быстро растущей опухоли, особенно в пре- и постменопаузе.

Эндометриальные саркомы, смешанные мезодермальные опухоли, карциносаркомы, а также субмукозно расположенные миосаркомы могут быть выявлены в ранних стадиях при цитологическом исследовании эндометриальных аспиратов среди женщин с эндокринно-обменными нарушениями и с миомой матки.

В клинической практике саркомы матки чаще всего являются случайной находкой в удаленных опухолях и только в некоторых случаях предположительно правильный диагноз устанавливают до операции. Однако он может быть установлен и до операции на основании:

- исследования фрагментов, отторгнувшихся от опухоли и отошедших с выделениями из матки;
- соскоба слизистой оболочки матки;
- цитологического исследования содержимого полости матки при саркомах эндометрия;
- при лейомиосаркомах, прорастающих в полость матки, а также в большинстве случаев смешанных мезодермальных опухолей и при карциносаркоме.

Показано применение гистероскопии или гистероцервикогрaфии с последующей прицельной биопсией. При всех гистотипах сарком обязательно исследование мочевыводящих путей: хромоцистоскопия, экскреторная урография, радиоизотопная ренография. Дополняют исследование ректороманоскопия, а, при не-

обходимости, колоноскопия и рентгенологическое исследование желудка и толстой кишки.

С целью исключения отдаленных метастазов необходима рентгенография (а не только рентгеноскопия) органов грудной клетки, полезно сканирование печени и костей.

Планирование лечения осуществляют с учетом результатов обследования и степени распространения опухолевого процесса (пока отсутствует официально принятая классификация сарком по стадиям заболевания).

Исключительно высокая злокачественность сарком, быстрый темп прогрессии опухоли, склонность к частому возникновению местных рецидивов определяют необходимость применения *радикального хирургического лечения, дополненного во многих клинических ситуациях лучевыми методами*, среди других опухолей половых органов саркому матки выделяют высокие потенции к быстрому гематогенному метастазированию. Поэтому в план лечения должна включаться и химиотерапия— с целью воздействия на субклинические метастазы, которые к моменту лечения могут находиться за пределами анатомической зоны опухоли, ограниченной органом и регионарными лимфатическими коллекторами. Таким образом, лечение больных с саркомой матки должно быть комплексным, и состоять из радикального применения хирургического, лучевого и лекарственных компонентов.

Стандартным объемом операции у больной с саркомой матки считается экстирпация матки с придатками. При всех гистотипах сарком у больных с переходом опухоли на шейку и при первичной саркоме шейки матки показаны удаление верхней трети влагалища, клетчатки параметриев и широкое иссечение кардинальных и крестцово-маточных связок, во избежание рецидива в ближайшие сроки после операции.

Сочетанную лучевую терапию в качестве самостоятельного метода лечения назначают только при абсолютных противопоказаниях к операции, в связи со значительным местным распространением процесса или некомпенсированными сопутствующими заболеваниями.

В связи с доказанной возможностью регресса рецидивов и метастазов сарком матки различного гистологического строения под влиянием отечественного противоопухолевого антибиотика кар-

миномицина, полагают, что применение этого препарата может способствовать профилактике прогрессирования заболевания после хирургического или комбинированного лечения. С этой целью после операции желательно в течение 2 лет периодически проводить курсы лечения (50 мг на курс) *карминомицином*: 1-й курс проводят после операции, 2-й и 3-й с интервалами в 1,5 мес, а дальнейшие через 3 мес. Можно надеяться, что адекватная химиотерапия позволит улучшить отдаленные результаты лечения этих больных.

5. Трофобластическая болезнь.

5.1. Современная концепция трофобластической болезни.

Современная концепция трофобластической болезни (ТБ) позволяет рассматривать простой, пролифелирующий, инвазивный пузырьный занос и хориокарциному, как последовательную цепь биологически взаимосвязанных заболеваний.

ТБ — довольно редкое заболевание. По данным экспертов ВОЗ на 1000 родов приходится один пузырьный занос. Приблизительно у 2 из 100 000 женщин вслед за родами или после абортот возникает хориокарцинома.

Возраст больных ТБ преимущественно молодой, иногда даже не достигающий 20 лет, но поражаются и женщины 40 лет и старше.

Эксперты ВОЗ рекомендуют использовать следующие гистологические определения: *пузырный занос (полный и частичный), инвазивный, хориокарцинома, связанная с беременностью и трофобластическая опухоль плацентарного места.*

Полный пузырьный занос характеризуется отсутствием плода, выраженным отеком и увеличением плацентарных ворсин с отчетливой гиперплазией обоих слоев трофобласта. Отечные ворсинки приводят к формированию центральной кисты с одновременным сдавлением материнской соединительной ткани, которая из-за этого утрачивает васкуляризацию.

Частичный пузырный занос отличается наличием плода, который, однако, имеет тенденцию к гибели.

Инвазивный пузырный занос— опухоль или опухолевидный процесс с инвазией в миометрий, гиперплазией трофобласта и сохранением плацентарной структуры ворсин; в хориокарциному прогрессирует не часто; может метастазировать, но может даже спонтанно регрессировать.

Хориокарцинома, связанная с беременностью— это карцинома из обеих слоев трофобласта, т.е. цитотрофобласта и синцитиотрофобласта. Плод может быть живым или мертвым. Беременность — эктопической, или предшественником хориокарциномы может быть пузырный занос.

Для классификации трофобластической болезни по стадиям эксперты ВОЗ предлагают следующую простую систему:

- I стадия— поражение ограничено маткой, без метастазов;
- II стадия— поражение распространяется за пределы матки, но ограничено половыми органами;
- III стадия— метастазы в легкие;
- IV стадия— метастатическое поражение других органов.

Наиболее часто хориокарцинома наблюдается после пузырного заноса (38,5%), аборта (32,7%). Роды предшествовали хориокарциноме в 13,5% случаев, самопроизвольный выкидыш— в 12% и эктопическая беременность— в 3,3% случаев [Нечаева И.Д., Семеновский А.В., 1989].

5.2. Диагностика трофобластической болезни.

Диагностика трофобластической болезни основывается на данных четырех методов исследования: клинического, УЗИ, рентгенологического и определения уровня хорионического гонадотропина (ХГ).

В подавляющем большинстве случаев первым симптомом заболевания являются кровянистые выделения из влагалища различного характера. Этот симптом при различных видах пузырного заноса встречается в 100% случаев, а при развитии хориокарциномы— в 80%.

Указанный симптом возникает непосредственно после родов, аборта, выкидыша, после длительной задержки менструаций и в межменструальном периоде. В редких случаях отмечаются кровянистые выделения и в постменопаузе. У ряда больных можно наблюдать серозные и гнойные выделения, обусловленные некрозом и распадом узлов, подвергшихся инфицированию в матке. Длительные повторные кровотечения часто приводят к выраженной анемии.

Из других симптомов наиболее часто встречаются боли в нижних отделах живота и в поясничной области, обусловленные наличием растущей в полости матки опухоли, особенно при прорастании ее стенок до серозного покрова. Возникновение острых, приступообразных болей в животе связано с перфорацией матки, вызванной прорастающими узлами, или с перекрутом ножки лютеиновой кисты яичника.

Боли в области грудной клетки возникают вследствие множественных легочных метастазов, что может сопровождаться также кашлем с кровянистой мокротой. При метастазах в головной мозг наблюдаются сильные головные боли, которые иногда сопровождаются ослаблением или потерей зрения, рвотой, появлением парезов и других неврологических симптомов.

На этапе клинического обследования важное значение имеет *детальный анамнез, тщательный и осторожный гинекологический осмотр*; при этом необходимо обратить внимание на участки цианоза слизистой оболочки влагалища (особенно под уретрой) и шейки матки, характерные для метастазов. При бимануальном ретровагинальном исследовании определяют размеры матки (типично несоответствие срокам беременности и мягкая консистенция), ее форму, наличие болезненности, состояние яичников и параметриев. На основании анамнеза и данных гинекологического осмотра можно только заподозрить трофобластную болезнь.

Ультразвуковое исследование отличается высокой информативностью и может быть использовано многократно при проведении контроля за эффективностью лечения. При подозрении на пузырный занос на эхограмме отмечается увеличение размеров матки, отсутствие плода и наличие гомогенной мелкокистозной ткани. Помимо этого, УЗИ позволяет диагностировать лютеиновые кисты, весьма характерные при трофобластической болезни.

Рентгенография грудной клетки имеет важное значение в комплексе диагностических мероприятий, и позволяет обнаружить и охарактеризовать метастазы в легких. В процессе лечения это исследование повторяют через каждые 3 нед для контроля за эффективностью химиотерапии.

Гистерография в ряде случаев помогает уточнить диагноз, особенно при отрицательных данных гистологического исследования соскоба слизистой оболочки полости матки, а также применяется в качестве мониторинга в процессе лечения.

Гистологическая верификация— наиболее важный и, вместе с тем, весьма сложный этап диагностики трофобластической болезни из-за трудностей, связанных с интерпретацией ее различных морфологических вариантов. Микроскопическая картина, в частности, хориокарциномы, может напоминать нормальный трофобласт, особенно на ранней стадии его развития. Для хориокарциномы характерны два типа клеток: цито- и синцитиотрофобласты в различных соотношениях; встречаются обширные поля некрозов и кровоизлияний. В опухоли могут возникнуть обособленные скопления клеток Лангерганса в виде островковых образований. По количеству соотношений клеточных компонентов трофобласта различают три гистотипа: цитотрофобластический, синцитиальный и смешанный.

Биологический и иммунологический методы диагностики основаны на том, что трофобластические опухоли, подобно нормальной плаценте, секретируют три гормона: хорионический гонадотропин, хорионический соматомаммотропин и хорионический тиреотропин. Наибольшее практическое значение имеет *хорионический гонадотропин*, являющийся надежным маркером трофобластической болезни. Именно это обстоятельство позволяет осуществить раннюю диагностику заболевания, контролировать проведение химиотерапии, определять время окончания лечения, диагностировать рецидивы заболевания и устанавливать оптимальные сроки наступления новой беременности после перенесенного заболевания.

В настоящее время для определения уровня хорионического гонадотропина используют биологические и иммунологические методы исследования мочи и крови, причем чувствительность иммунологического тестирования намного выше.

Различают два патогенетических варианта хориокарциномы [Нечаева И.Д., Семеновский А.В., 1989].

Первый вариант наблюдается у 58% больных, у которых заболевание развивается в связи с нормальной беременностью, независимо от того, завершилась ли она родами, или была прервана (искусственно или самопроизвольно). Заболевание характеризуется наиболее агрессивным течением, выраженной симптоматикой, длительным латентным периодом. Увеличение массы опухолевой ткани происходит не только за счет роста первичной опухоли, но и связано с появлением метастазов в различных органах. Это сопровождается прогрессивным нарастанием хорионического гонадотропина в сыворотке крови и моче.

Второй вариант развития хориокарциномы протекает более благоприятно и наблюдается у 42 % больных. Хориокарцинома возникает на фоне патологической беременности, проявляющейся, главным образом, пузырьным заносом, и в значительно меньшем числе случаев — предшествующей эктопической беременностью (трубной или овариальной).

5.3. Лечение.

Существует несколько методов удаления пузырьного заноса:

- медикаментозный (с помощью окситоцина и простагландина);
- инструментальный (кюретаж или вакуум-аспирация);
- в исключительных случаях оперативное вмешательство (надвлагалищная ампутация или экстирпация матки).

Медикаментозное удаление пузырьного заноса сопровождается усилением сократительной функции матки и может привести к большей диссеминации трофобласта по сравнению с обычным кюретажем или вакуум-аспирацией.

Из двух последних методов предпочтение следует отдать вакуум-аспирации.

Показания к химиотерапии после эвакуации пузырьного заноса могут быть сформулированы следующим образом:

- высокие показатели титра хорионического гонадотропина в течение 4-8 нед после удаления пузырьного заноса (в сыворотке

крови более 20000 МЕ/л, в моче — свыше 30000 МЕ/л), так как у этих больных существует угроза перфорации при прогрессирующем пузырьном заносе или уже развившейся хориокарциноме;

- постоянное повышение уровня ХГ, наблюдаемое в любой отрезок времени после эвакуации пузырьного заноса при трехкратном исследовании в течение одного месяца;
- гистологическое подтверждение наличия хориокарциномы после эвакуации пузырьного заноса и/или обнаружение метастазов.

Следует отметить, что химиотерапия снижает относительный риск развития хориокарциномы из пузырьного заноса в 18 раз. Показано, например, что единственный 5-дневный курс противоопухолевого антибиотика актиномицина D (считается препаратом выбора у больных с пузырьным заносом) может снизить риск развития хориокарциномы и устранить большинство резистентных к химиотерапии форм пузырьного заноса.

При планировании лечения хориокарциномы следует учитывать, что хирургическое вмешательство применяют, главным образом, по жизненным показаниям, или при угрожающем кровотечении, септическом состоянии и при резистентности опухоли к химиотерапии.

Плановая экстирпация матки как I этап может быть оправдана у больных старше 40 лет при отсутствии метастазов, однако даже в этой ситуации существует риск переноса и имплантации опухолевых клеток за счет манипуляций, связанных с удалением матки. Частоту случаев диссеминации опухоли после оперативного вмешательства можно снизить путем назначения во время операции 50 мг метотрексата внутривенно, а через 24 ч — 12 мг фолиевой кислоты или внутривенного введения 0,5 мг актиномицина D.

Для оптимизации лечения у больных хориокарциномой выявлены и обоснованы факторы риска, и, в зависимости от их количества, каждой конкретной больной назначают монохимиотерапию или различные схемы полихимиотерапии (в которые включают актиномицин D, 6-меркаптопурин, метотрексат, этоназид, цисплатин и др.).

При отсутствии факторов риска оправдано применение монохимиотерапии, а во всех остальных случаях следует отдать предпочтение полихимиотерапии. (См. подробнее: Нечаева И.Д., Семеновский А.В. Трофобластическая болезнь. гл. в кн. Бохман Я.В. Руководство по гинекологии. — Л.: Медицина, 1979).

Успехи, достигнутые в лечении больных с трофобластической болезнью, являются примером будущего онкологии, так, уже принципиально решены актуальные вопросы диагностики и терапии этого заболевания. В частности, разработан информативный тест (определение ХГ в моче и крови), количественно отражающий различные этапы развития болезни (от пузырного заноса до хориокарциномы), появилась возможность полного излечения с помощью только одной химиотерапии. В настоящее время практически у всех женщин, перенесших различные виды пузырного заноса и неметастатической хориокарциномы, могут быть восстановлены менструальная и генеративная функции.

6. Опухоли яичников и маточных труб.

В структуре заболеваемости раком женских половых органов опухоли яичников стабильно занимают второе место после рака шейки матки и первое — по показателям смертности.

В некоторых крупных регионах смертность от рака яичников выше, чем при раке шейки и тела матки, вместе взятых.

За последние десятилетия наметился неуклонный рост заболеваемости раком яичников, уровень которой приближается к уровню заболеваемости раком шейки матки.

Опухоли яичников встречаются в любом возрасте, но преимущественно в возрасте 45-55 лет. Доброкачественные формы опухоли яичников составляют 75-80 %, а злокачественные — 20-30 %.

Морфологическое строение опухолей яичников весьма многообразно, что обусловлено большим количеством гистогенетических источников и рудиментов, входящих в состав яичника (основные и эктопированные компоненты, эмбриональные остатки и дистопии, постнатальные гетеротопии, метаплазия эпителия и др.).

Согласно Международной гистологической классификации, разработанной экспертами ВОЗ, опухоли яичников подразделяются на следующие 8 групп:

1. Эпителиальные
2. Опухоли стромы полового тяжа
3. Липидноклеточные (липоидноклеточные)
4. Герминогенные
5. Гонадобластома
6. Опухоли мягких тканей, неспецифичных для яичников
7. Неклассифицированные опухоли
8. Вторичные (метастатические) опухоли.

Отдельную группу составляют опухолевидные процессы (заболевания) яичников.

Эта классификация предусматривает деление опухолей внутри каждого гистологического типа на доброкачественные, пограничные (промежуточные) и злокачественные формы.

Следует подчеркнуть, что для клинициста деление опухолей яичников на доброкачественные и злокачественные часто носит формальный характер, так как в большинстве случаев истинный характер их устанавливается только на операционном столе или при гистологическом исследовании.

Более того, в ряде случаев наблюдается явное несоответствие морфологически доброкачественной структуры опухоли и злокачественного клинического ее течения.

Наряду с этим, для клинициста выделение группы доброкачественных и злокачественных опухолей все же имеет практическое значение, так как решение конкретных вопросов тактики лечения исходит именно из предполагаемых данных о характере опухолевого образования (например, планируемый объем операции и др.).

6.1. Клинико-морфологические особенности.

Эпителиальные опухоли — наиболее частые опухоли, с которыми приходится встречаться в клинической практике. Они под-

разделяются на следующие подгруппы: серозные, муцинозные, эндометриоидные, светлоклеточные (мезонефроидные), опухоли Бреннера, смешанные, недифференцированная карцинома, неклассифицированные эпителиальные опухоли.

Эпителиальные опухоли разделяют на доброкачественные (цистаденома, папиллярная цистаденома, поверхностная папиллома, аденофиброма, цистаденофиброма), пограничные (промежуточные формы цистаденом и аденофибром) и злокачественные (аденокарцинома, цистаденокарцинома, папиллярная аденокарцинома, злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма).

6.1.1. Серозная цистаденокарцинома.

Серозная цистаденокарцинома наиболее часто встречается среди злокачественных эпителиальных опухолей. Средний возраст больных 48-50 лет. Чаще всего опухоль развивается на фоне пограничных или даже доброкачественных серозных опухолей. Макроскопически часто имеет вид цисты (и в этих случаях отличима от доброкачественных или пограничных), или солидной опухоли, нередко с прорастанием капсулы. Характерна неоднородность консистенции — кистозные участки чередуются с более плотными.

При далеко зашедших стадиях солидные или неоднородные опухолевые массы прорастают капсулу на большом протяжении, ломкие, срастаются или даже прорастают окружающие ткани и органы, образуя опухолевый конгломерат, выполняющий малый и большой таз, с выходом в брюшную полость; его трудно или невозможно выделить и удалить. При этом наблюдаются множественные мелкие и более крупные имплантационные метастазы по париетальной и висцеральной брюшине, метастазы в большой сальник, печень, нижнюю поверхность диафрагмы. Большой сальник часто полностью инфильтрирован опухолевыми массами, может интимно срастаться с нижележащими петлями кишки и брюшиной боковых флангов брюшной полости. При этом, как правило, обнаруживают асцитическую жидкость серозного или геморрагического характера.

При раке яичников часто обнаруживают лимфогенные метастазы (в тазовые и парааортальные лимфатические узлы), а позже и гематогенные; однако лимфогенные поражения не домини-

ругут в клинической картине заболевания и не являются непосредственной причиной смерти больных.

Микроскопически выстилающий эпителий серозных опухолей напоминает эпителий маточных труб или поверхностный эпителий яичника. Пограничные или злокачественные серозные опухоли имеют выраженное капиллярное строение, но часто бывают преимущественно солидного строения.

6.1.2. Муцинозные цистаденокарциномы.

Муцинозные цистаденокарциномы развиваются на фоне предшествующих пограничных муцинозных кистозных опухолей. Средний возраст больных 51 год. Макроскопически доброкачественные и пограничные муцинозные опухоли имеют вид кисты, нередко очень больших размеров; многокамерные среди них встречаются чаще однокамерных.

Эти кистозные образования, как правило, имеют довольно длинную ножку, которая может перекручиваться и вызывать картину острого живота. Микроскопически выстилающий эпителий доброкачественных кист весьма стабилен — высокопризматический, четко контурированный, со светлой цитоплазмой и темными ядрами, лежащими у основания клетки. Эпителий обладает выраженной способностью к слизиобразованию, причем слизь в виде гранул находится в клетке. Митозы не встречаются.

В пограничных муцинозных опухолях отмечается усиленная пролиферация эпителия с образованием сосочков и дивертикуллоподобных углублений в строму. Микроскопически эти опухоли, рассматриваемые как предрак, могут не отличаться от доброкачественных. Характерно резкое понижение способности к слизиобразованию. Митозы встречаются редко, что является основным отличием пограничных опухолей от злокачественных.

Рак из муцинозной кисты макроскопически похож на доброкачественную кисту, на разрезе — множественные камеры, но отдельные из них, особенно маленькие, замешены опухолевой тканью; в больших камерах опухолевая ткань может наблюдаться в виде узлов на ее стенке. Микроскопическая картина муцинозных цистаденокарцином весьма пестрая, участки пролиферации чередуются с участками атипической пролиферации. Эпителий, по мере нарастания признаков атипии, теряет способность к слизиобразованию, характерны множественные митозы.

6.1.3. Эндометриоидные эпителиальные опухоли.

Эндометриоидные эпителиальные опухоли, в частности, эндометриоидная цистаденокарцинома макроскопически представляют собой кистозные образования различной величины коричневатой или красноватой окраски.

В просвете кисты — "шоколадное" содержимое с наличием коричневых пятен на внутренней поверхности. Средний возраст больных 42 года. При распространенном процессе в брюшной полости обнаруживается асцит и множественные метастазы.

Микроскопически эпителиальные клетки эндометриоидной аденокарциномы — кубической или цилиндрической формы, светлые, мономорфные, с круглыми ядрами. В опухоли часто наблюдается клеточная дифференциация, что подтверждает диагноз аденоакантомы. Эндометриоидная цистаденокарцинома нередко сочетается с карциномой эндометрия. Встречается много патологических митозов.

6.1.4. Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли.

Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли гистогенетически неоднородны. Их злокачественные формы встречаются очень редко, обычно у женщин старше 40 лет; прогностически неблагоприятны. Макроскопически опухоли в большинстве случаев односторонние, без папиллярных разрастаний на поверхности. Размеры опухолей разнообразны, иногда очень крупные. На разрезе имеют то солидное, то "ноздреватое" строение, крупно- или мелкокистозное. Опухоли состоят из светлых клеток, содержащих гликоген, и сходны с элементами почечно-клеточного рака или клеток в форме "обойного гвоздя", выстилающих небольшие кисты и трубочки, в которых часто находятся скопления муцина.

6.1.5. Опухоли Бреннера.

Опухоли Бреннера встречаются крайне редко и бывают преимущественно доброкачественного характера, хотя описаны и злокачественные варианты. Обычно это овальной формы опухоль, с неровной поверхностью, каменной плотности, заболевание встречается в основном у пожилых женщин (средний возраст 63 года). Гистологически новообразование имеет весьма своеобразное строение и состоит из стромы (происходит из стромы яичника), в которую вкраплены гнезда многогранных или крупных эпителиальных клеток с ядрами, напоминающими кофейные зерна.

Опухоли Бреннера могут обнаруживаться в каких-либо других эпителиальных опухолях, например, в стенке муцинозной кисты, обладают эстрогенной активностью, что клинически проявляется в мено-, метроррагиях, кровянистых выделениях из матки у женщин в постменопаузе, сопутствующей гиперплазией и раком эндометрия и наличием миомы матки.

6.1.6. Смешанные эпителиальные опухоли.

Смешанные эпителиальные опухоли микроскопически состоят из двух и более компонентов описанных выше гистотипов эпителиальных опухолей яичников. Среди них встречаются доброкачественные, пограничные и злокачественные формы. Прогноз при злокачественной смешанной эпителиальной опухоли более благоприятен, чем при каком-либо определенном гистотипе карциномы яичников.

6.1.7. Недифференцированная карцинома.

Недифференцированная карцинома — это злокачественная опухоль, в которой эпителиальные структуры настолько слабо дифференцированы, что невозможно определить, к какому гистотипу она относится.

Прогноз крайне неблагоприятный.

6.1.8. Неклассифицируемые эпителиальные опухоли.

Не имеют четких морфологических признаков какого-либо определенного гистологического типа.

6.1.9. Опухоли стромы полового тяжа.

Встречаются довольно редко и практическое значение имеют лишь гранулезо-стромальноклеточные, текомы и андробластомы.

6.1.10. Гранулезо-стромальноклеточные опухоли.

Гранулезо-стромальноклеточные опухоли составляют примерно 20 % по отношению к общему числу первичных опухолей яичников.

Доброкачественные новообразования наблюдаются в 34 % случаев, а злокачественные у 66 % больных. Встречаются во всех возрастных группах — от детского до преклонного возраста. Средний возраст при доброкачественных формах — 50 лет, при злокачественных — 39 лет.

Данный вид опухоли относится к гормональноактивным, так как клетки опухоли продуцируют эстрогены. В зависимости от возраста гормональная активность проявляется различно: у детей наблюдаются симптомы преждевременного полового созревания, у женщин в репродуктивном возрасте — метро- и меноррагии.

Некоторые больные пожилого возраста выглядят моложе своих лет; в отдельных случаях отмечается повышение либидо. Проявления гиперэстрогении выражаются в эстрогенном типе кольпоцитологической реакции, гиперплазии эндометрия и даже развитии рака тела матки, гиперплазии тела ткани не поврежденного опухолью яичника и функционирующим эпителием труб в постменопаузе.

При злокачественных формах гранулезо-стромальноклеточных опухолей морфологические проявления активности значительно уменьшаются.

Макроскопически они в большинстве случаев односторонние, различной величины — от микроскопических до гигантских. Поверхность гладкая или бугристая, цвет капсулы белый, либо с желтоватыми участками. Опухоль состоит из гранулезных клеток, которые могут формировать различные структуры — фолликулярные, трабекулярные, инсулярные и диффузные (саркоматоидные). В одной и той же опухоли наблюдается сочетание различных тканевых структур.

6.1.11. Текомы (текаклеточные опухоли).

Макроскопически напоминают фиброму яичника, однако способность к выработке эстрогенов и сходство клинического течения сближает их с гранулезо-стромальноклеточными опухолями. Средний возраст больных с доброкачественной текомой — 58 лет, а злокачественной — 42 года. В 90 % случаев — это доброкачественные формы.

Текома — округлая или повторяющая форму яичника солидная опухоль, разнообразной величины, с гладкой или бугристой поверхностью. Имеет беловатую капсулу, однако на разрезе характерно окрашивание солидных участков в желтоватый или оранжевый цвет. Характерны кистовидные полости, участки некроза и кровоизлияний. Даже при доброкачественной текоме возможен асцит, как и при фибромах яичника и опухолях Бреннера.

Встречается и синдром Мейгса, т.е. сочетание асцита с гидротораксом при доброкачественных опухолях.

Микроскопическая структура текомы отличается многообразием, что объясняется функциональным состоянием текаклеток и насыщенностью их липидами. Наблюдаются и смешанные текагранулезоклеточные опухоли.

6.1.12. Андробластомы, опухоли из клеток Сертоли и Лейдига.

Это довольно редкие опухоли. В гистологической классификации ВОЗ оба термина рассматриваются как синонимы, при этом "андробластома" указывает на маскулинизирующую роль опухоли, а "опухоль из клеток Сертоли и Лейдига" -- на гистогенез.

Высокодифференцированные формы этих опухолей почти всегда доброкачественные, а менее "зрелые" могут протекать злокачественно.

Средний возраст больных -- 20-35 лет. Клинические проявления гормональной активности выражаются в симптомах дефеминизации или маскулинизации.

Заболевание обычно начинается с аменореи, далее атрофируются молочные железы, гипертрофируется клитор, отсутствует либидо. Позднее фигура больной теряет женские очертания, отмечается рост волос по мужскому типу. После удаления опухоли женский облик больных постепенно восстанавливается.

6.1.13. Герминогенные опухоли.

Среди герминогенных опухолей преобладает дисгерминома, которая чаще всего наблюдается у детей и молодых женщин и составляет примерно 1,6 % по отношению ко всем первичным опухолям яичников и 3,3 % -- по отношению к злокачественным формам.

Средний возраст больных -- 21 год. Дисгерминомы относятся к злокачественным опухолям, но прогноз их своеобразный и, в большинстве случаев, благоприятный, особенно если опухоль однородна по гистологическому строению. Если же дисгерминома многокомпонентна (в том числе с элементами других опухолей -- хориокарциномы, эндометриального синуса, гранулезно-стромальноклеточных и др.), прогноз почти всегда плохой.

При наличии дисгерминомы доминирует лимфогенное метастазирование, но примерно в 25 % случаев выделяются и гематогенные метастазы в легкие, и имплантационные — по брюшине и в большом сальнике. Опухоль обычно полностью замещает ткань яичника, иногда прорастает капсулу и срастается с окружающими тканями и органами в единый конгломерат.

Величина опухоли колеблется в широких пределах, цвет — серый, консистенция и плотность эластическая или мягкая, встречаются обширные участки некроза и кровоизлияний.

Опухоль чаще односторонняя, но может поражать и оба яичника. Весьма характерна микроскопическая картина, напоминающая "торцевую мостовую", так как дисгерминома состоит из больших округлых опухолевых клеток с четкой границей и крупными ядрами. Гормональная активность дисгерминоме не свойственна.

6.1.14. Тератомы.

Тератомы — группа опухолей, весьма разнообразных по типу составляющих их тканей и по степени "зрелости" компонентов.

В зависимости от степени дифференцировки элементов тератомы, различают зрелую, незрелую (ее старое название — "тератобластома"), или эмбриональную тератому, дермоидную кисту с малигнизацией (старое название — "рак в дермоидной кисте").

Зрелые и незрелые тератомы могут малигнизироваться, но, обычно, не целиком, а в пределах какого-либо из зародышевых компонентов.

Незрелые тератомы отличаются быстрым ростом и крайне злокачественным течением заболевания. Средний возраст больных — 20-30 лет. частота незрелых тератом по отношению ко всем злокачественным опухолям составляет 1 %, а по отношению к злокачественным неэпителиальным опухолям — 8,2 %.

6.1.15. Метастатические опухоли яичников.

Метастатические опухоли яичников могут исходить из злокачественной опухоли любой локализации, но наиболее часто метастазируют в яичники опухоли молочной железы, желудочно-кишечного тракта и злокачественные лимфомы. Метастатические опухоли в большинстве случаев двусторонние. Для метастатиче-

ской опухоли Крукенберга характерны наполненные муцином перстневидные клетки. Эта опухоль типична для желудка, но может исходить из любого другого органа, включая молочную железу и кишечник, в котором развиваются слизистые карциномы.

6.2. Диагностика.

Согласно многочисленным клиническим наблюдениям, 70-85 % больных злокачественными опухолями яичников поступают для первичного лечения с далеко зашедшими (III-IV) стадиями заболевания, когда даже рациональное лечение в подавляющем большинстве случаев не оставляет шансов на полное излечение. Поэтому проблема ранней диагностики по-прежнему является одной из основных задач для улучшения результатов лечения.

Появление новых диагностических возможностей, в частности, основанных на использовании моноклональных антител, опухолевых маркеров и методов визуализации яичников — ультразвукового исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, открывает новые перспективы.

К сожалению, большинство практических лечебных учреждений пока не располагают такими возможностями. Поэтому важное значение имеет активное выявление опухолей яичников среди так называемых групп риска. Целесообразно относить к группам риска следующих женщин [Нечаева И.Д., 1987]:

- с нарушением функции яичников (их рекомендуется наблюдать не реже 2 раз в год);
- с кровотечением в постменопаузе, не зависящим от патологического состояния матки (подлежат углубленному обследованию в стационаре);
- длительно наблюдавшихся, якобы по поводу бессимптомной миомы матки, хронических воспалительных заболеваний придатков матки и доброкачественных опухолей яичников;
- ранее оперированных в пре- и постменопаузе по поводу доброкачественных опухолей внутренних половых органов, с оставлением или с резекцией одного или обоих яичников.

В группу риска также должны быть включены женщины, леченные в прошлом по поводу рака молочной железы, так как они

имеют двойной риск развития синхронного или метасинхронного рака яичника.

Основными жалобами и симптомами при раке яичников являются различного характера боли, увеличение живота за счет опухолевых масс или асцитической жидкости, кровянистые выделения из половых путей, нарушение функции кишечника, снижение диуреза и др. (чувство тяжести в животе, потеря аппетита, общая слабость, снижение работоспособности, одышка, повышение температуры тела). Естественно, что ориентация на эти симптомы не может служить целям ранней диагностики, хотя даже среди больных ранними стадиями (I-II) рака яичников, лишь в отдельных случаях полностью отсутствуют жалобы.

Последнее опровергает мнение о бессимптомном течении заболевания.

Дополнительные методы диагностики следует применять по принципу "от простого к более сложному". При подозрении на опухоль яичников на первом этапе проводят целенаправленный отбор анамнеза, общий осмотр, обследование молочных желез, осмотр наружных половых органов, влагалища и шейки матки в зеркалах, цитологическое исследование с поверхности шейки матки и цервикального канала, цитогормональное исследование мазков из бокового свода влагалища, бимануальное ректовагинальное исследование, при показаниях — цитологическое исследование эндометриального аспирата.

В задачи второго этапа обследования входит уточнение сущности заболевания и степени распространения опухолевого процесса. При этом важное значение имеет ультразвуковое исследование (если имеется возможность — магнитно-резонансная томография), пункция заднего свода влагалища (с цитологическим исследованием пунктата из дугласова пространства). В сомнительных случаях применяют лапароскопию (которая также дополняется цитологическим исследованием выпотов или смывов из брюшной полости) или даже диагностическое чревосечение. Для углубленного обследования используют также рентгенологическое исследование органов грудной клетки (при подозрении на гидроторакс — рентгенография) и желудочно-кишечного тракта.

Из эндоскопических методов дополнительного исследования применяют по показаниям цистоскопию, ректороманоскопию, гастрофиброскопию, при необходимости — с биопсией.

6.3. Лечение.

На основании полученной информации составляют предварительный план комбинированного лечения, в частности, решается вопрос о рациональном первом этапе лечения, в качестве которого может быть избрано хирургическое вмешательство (в большинстве случаев) или химиотерапия (при наличии асцита и/или гидроторакса и смешаемых опухолевых образований) (*Подробнее см. Бохман Я.В., Лившиц М.А., Винокуров В.Л. и др. Новые подходы к лечению гинекологического рака. — СПб: Гиппократ, 1993.*)

Дальнейший план лечения корректируют с учетом операционных находок, позволяющих уточнить степень, особенности распространения опухолевого процесса (т.е. стадии), а также результатов гистологического исследования удаленной опухоли

На основании клинических данных, результатов дополнительного обследования, операционных находок и гистологического исследования окончательно устанавливают гистотип опухоли и стадию заболевания (с использованием классификации FIGO), которые имеют решающее значение для дальнейшего лечения и прогноза.

Лечение больных злокачественными и пограничными опухолями яичников рекомендуется проводить в условиях специализированного онкостационара.

7. Обследование молочных желез в практике гинеколога.

Включение в справочник краткого раздела, посвященного опухолям молочной железы, продиктовано необходимостью привлечь внимание гинеколога к ранней диагностике весьма распространенного рака этого органа.

Рак молочной железы в настоящее время занимает первое место по заболеваемости и смертности в женской популяции экономически развитых стран, однако гинекологи мало осведомлены о современном состоянии этой проблемы. Между тем, гиперпластические процессы в молочной железе широко распространены в репродуктивном и перименопаузальном возрасте, они

часто сочетаются с миомой матки, эндометриозом, гиперпластическими процессами в эндометрии и воспалением придатков матки. Лечение указанных заболеваний не будет успешным, если гинеколог проводит терапию, не зная состояния молочных желез. Нередко, например, лечат нарушения менструального цикла средствами, вызывающими прогрессирование фиброаденоматоза и рака молочной железы, не убедившись предварительно в их отсутствии. Выбор оптимальных средств контрацепции также невозможен без учета патологических изменений молочных желез. Важно отметить, что гинеколог нередко оказывается первым врачом к которому женщина обращается по поводу различных уплотнений в молочных железах. В этот момент от него зависит установление правильного диагноза и дальнейшая судьба больной.

Роль гинекологов в ранней диагностике рака молочной железы может стать еще более весомой, если они будут выполнять эту свою профессиональную обязанность осмотра и пальпации молочных желез у всех обращающихся к ним больных и практически здоровых женщин. Следует учитывать также высокий риск первичного множественного рака эндометрия и яичников у всех больных раком молочной железы.

Патологические процессы в молочной железе весьма многообразны по клиническим проявлениям, что нередко создает серьезные дифференциально-диагностические трудности, однако для гинеколога важнее всего заметить, т.е. не пропустить патологию молочной железы и немедленно отправить больную к хирургу-онкологу.

Осмотр молочных желез проводят при хорошем освещении на некотором расстоянии от обнаженной по пояс обследуемой, вначале с опущенными, а затем с поднятыми на голову руками. При осмотре выявляют смещения, асимметрию, деформации молочной железы, изменения уровня расположения соска, сморщивание участка кожи, отечность и гиперемию, выделения из соска.

Пальпацию проводят в вертикальном и горизонтальном положении обследуемой, что позволяет определить форму, локализацию, величину, границы, консистенцию опухоли и ее взаимоотношения с окружающими тканями. Пальпацию проводят легким прикосновением пальцев. Небольшие утолщения и втяжения кожи над опухолью выявляются при легком сдавлении кож-

ных покровов от периферии к центру уплотнения (симптом "площадки"). Фиксация опухоли к большой грудной мышце определяется при отведенной и поднятой до горизонтального уровня руке. Состояние подмышечных и подключичных лимфатических узлов уточняют при глубокой пальпации, причем больная должна стоять напротив врача, положив кисть ему на плечо. Пальпацию надключичных узлов желательно проводить, стоя позади больной: ее начинают с места прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц к ключице по направлению кнаружи, кзади и кверху.

7.1. Фиброаденоматоз молочных желез.

Фиброаденоматоз молочных желез развивается в возрасте 30-45 лет, клинически проявляется множественными очагами, частым двусторонним поражением, умеренной болезненностью, увеличением размеров и плотности тканей железы, совпадающим со второй фазой менструального цикла.

Очаги фиброаденоматоза легко смещаемы и не связаны с кожей и передней грудной стенкой. При пальпации в горизонтальном положении отмечается некоторое размягчение участков фиброаденоматоза.

Одиночная киста характеризуется круглой формой, гладкой поверхностью и эластической консистенцией. Пункция и цитологическое исследование часто позволяет разрешить диагностические сомнения.

Фиброаденомы развиваются в возрасте 15-30 лет, иногда сразу после начала половой жизни. Они имеют дисгормональную природу. При пальпации фиброаденома — смещаемое, гладкое, четко ограниченное образование с округлой или полусферической поверхностью, плотной или плотно-эластической консистенцией. Множественные фиброаденомы с поражением обеих молочных желез наблюдаются в 25 % случаев.

7.2. Интродуктальная папиллома и эктопия молочного протока.

Для интродуктальной папилломы и эктопии молочного протока характерны серьезные или серозно-кровянистые выделения из соска. Следует отметить, что, независимо от клинических проявлений.

любые патологические выделения из соска должны быть подвергнуты цитологическому исследованию.

7.3. Ранние формы рака молочной железы.

К ранним формам рака молочной железы относят внутриспротоковый и дольковый *Ca in situ*, и минимальную форму инвазивного рака (до одного сантиметра в диаметре) без метастазов, однако даже маленькие опухоли, в том числе и менее 1 см в диаметре, могут интенсивно метастазировать.

Рак молочной железы несколько чаще локализуется в левой железе, в области ее верхнего наружного квадрата; опухоль обычно одиночная, ее объем колеблется от нескольких миллиметров до 10 см и более. Размеры опухоли существенно влияют на клиническое течение, потенцию к метастазированию и прогноз. Пальпаторно границы опухоли нечеткие, инфильтрация распространяется за пределы определяемого узла.

Поверхность опухоли неровная, бугристая, консистенция плотная, иногда хрящевидная (при скirroзном раке), что обусловлено фиброзированием и отложением извести в строме. Некоторые опухоли (медуллярные, капиллярные и келоидные) могут быть мягкими и смещаемыми. Инфильтративные формы рака, особенно мастито- и рожеподобные, могут быть весьма похожи на банальный воспалительный процесс в лактационном периоде (маститы). При инфильтративно-отечных формах рака молочная железа резко увеличивается из-за большого объема опухоли, лимфангита и лимфостаза, а уровень ее соска становится ниже, чем у здоровой железы.

Изменения в кожных покровах обусловлены их фиксацией к опухоли и проявляются в виде симптомов "морщинистости", "площадки" и "лимонной корочки". В далеко зашедших случаях опухоль прорастает кожу и имеет вид кратерообразной язвы.

Патологические изменения в области ореолы и соска при раке Педжета представлены экземо-псориазоподобными, а также язвенными формами, что является частой причиной диагностических ошибок.

В зависимости от степени распространения процесса могут пальпироваться увеличенные и плотные подмышечные, подключичные лимфатические узлы.

Список литературы

1. Басакав В. П. Клиника и лечение эндометриозов.- М. "Медицина", 1979.
2. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия.- М.: "Универсум", 1993
3. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология.- М -"Медицина". 1990
4. Бохман Я.В. Рак тела матки.- Кишинев: "Штиинца". 1972.
5. Бохман Я.В. Клиника и лечение рака шейки матки. Кишинев "Штиинца" 1976
6. Бохман Я.В. Метастазы рака матки.- Кишинев: "Медицина". 1976
7. Бохман Я.В. Лекции по онкогинекологии.- Ташкент:"Медицина" 1985
8. Я.В., Лившиц М.А., Винокуров В.Л. Новые подходы к лечению гинекологического рака.- С. Петербург: "Гипократ". 1993.
9. Винокуров В.Л., Лившиц М.А., Цырлина Е.В., Клинико-морфологические особенности и результаты лечения эндометриоидной цистаденокарциномы яичников.Вопр. онкол.- 1983. - xxxIх. -12. -49-56.
10. Винокуров В.Л., Колосов А.Е., Юркова М.Е. Клинико-морфологические особенности пограничных эпителиальных опухолей яичников.// Вопр. Онкол - 1983 - 9. -с 73-78
11. Винокуров В.Л., Колосов А.Е. Клинико-морфологические обоснования рационального лечения/пограничных/ эпителиальных опухолей яичников. В кн. " Диагностика и лечебная тактика при ранних формах злокачественных опухолей яичников". - 1984. -М. -с 94-99.
12. Вишневская Е.Е., Справочник по онкогинекологии.- Минск. "Беларусь". 1994
13. Григорова Т.М. Трофобластическая болезнь. М.- "Медицина" 1985. -с. 1 -157.
14. Грищук В.И. Прерывание беременности ранних сроков под влиянием неоднородного постоянного магнитного поля.// Вопр. охр. маг. дет. -1989. -5. -с. 7-9.
15. Грищук В.И. Магнитофорные колпачки для прерывания беременности. -Метод. Рекомендации. -М: Минздрав СССР. 1991.

16. Грицюк В.И. К вопросу о регуляции рождаемости.// Сб. Трудов I ЛМИ. -1992. -3.
17. Грицюк В.И., Панова Э.А., Ниаури Д.А., Полянин А.А. Влияние неоднородного постоянного магнитного поля на репродуктивную деятельность.// Гигиена и сапит. - 1989. -8. -83.
18. Желзнов Б.И., Стрижаков А.Н. Генитальный эндометриоз. - М: "Медицина", 1985.
19. Егорова Е.В., Минскер О.Б. Грибковые и некоторые паразитарные заболевания женских половых органов. -М.; Медицина, 1988.
20. Клиника, диагностика, гормональная и медикаментозная терапия остеопороза. - Метод. рекоменд. - М: МЗСССР, 1989.
21. Казаченко В.П. Гинекологическая эндокринология. -М.: Медицина, 1991.
22. Комысова Н.А. Течение беременности и состояние фето-плацентарной системы у женщин с хроническим и гестационным пиелонефритом. - Автореф канд. Дисс. М., 1987.
23. Лайковская Е.Э., Лесняк О.М. Антибактериальная терапия на ранней стадии Лайм-боррелиоза.// Клиническая фармакология и терапия, -1994. -том 3. -2 : 25-28.
24. Летягин И.П., Керимов Р.А., Иванов В.М., Крылова М.О. Современные проблемы течения, лечения и прогноза рака молочной железы. - М., 1989.
25. Малевич К.И., Русакевич П.С. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях. -Минск : Высш. Школа . 1994.
26. Навашин С.М. Достижения и проблемы современной антибиотико-терапии.// Клин. Фарм. Терапия. -1994. -3. -2: 16-19
27. Николаева Н.В., Альперович Б.Р., Созинов В.Н. и др. Лекарственные препараты зарубежных фирм в России. -М.: Астрафарм-сервис, 1993.
28. Перспективы антибактериальной терапии- фторхинолоны? // Клинич. Фармак. Терапия -1994. -том 3.- 2: 14-16.
29. Покровский В.И., Малеев В.В. Малоизвестные инфекции, их место в патологии и лечение.// Клинич. Фарм терапия. -1994. 3 -2:37-39
30. Пшеничникова Г.Я. Бесплодие в браке. -М: Медицина. 1991.
31. Пухнер А.Ф., Козлова В.И. Вирусные заболевания гениталий. - М: Медицина. 1975.
32. Раковская И.В. Урогенитальные микоплазмозы. -М.: Медицина. 1990.
33. Регистр Лекарственных средств России/ под редакцией Крылова Ю.Ф. -М.: Инфармхим, 1993.
34. Топчиева О.И. Биопсия эндометрия. -М. : Медицина, 1978.

35. Хит Д., Маркс С.Дж. Нарушения обмена кальция. -М :Медицина, 1985.
36. Хетчер Р.А., Ковал Д. и др. Руководство по контрацепции.
37. Цизерлинг А.В. Современные инфекции. Патологическая анатомия и вопросы патогенеза. - С-Петербург: Сотис, 1993.
38. Шабалов Н.П., Маркова И.В. Антибиотики и витамины в лечении новорожденных. - С-Петербург: Сотис-Технобалт, 1993.
39. Яковлев В.П., Яковлев С.В. Клиническая фармакология фторхинолонов. // Клин. Фарм. Терапия. -1994. -3. -2:53-57
40. Языков Л., Белопитов Б. Ошибки в акушерско-гинекологической практике. -София: Медицина, 1970.
41. Anestad G., Lunde O., Moen M. Infertility and Chlamidial Infection. / *Fert. Steril.* 1987. — v. 48, — 5: 787-790.
42. Azziz R. Adenomyosis: Current Perspectives// *Obst. Gyn. Clin. N. Amer.* 1989. — v. 16, 1: 222-235.
43. Baum M., George W. D., Hughes L. E. Beginn breast discas. — London, 1984. — 1 — 162.
44. Boden E., Pylomder E. et. all. Papiloma virus Infection of the Vulva. / *Acta obst Gyn. Scand*, 1989. — v. 68. — 2: 179-184.
45. Brook I. Bacterial Synergy in Pelvic Infeammatory Disease.// *Arch. Gyn.* 1987. — v. 246, 6: 133-143.
46. Daniell I. E., Miller W. Polycystic ovaries treated by Laparoscopie, Laser vaporisation.// *Fert. Ster.* — 1989.— v. 51. — 2: 232-236.
47. Chai S., Wild R. A. Basal Body Temperature and Endametriosus.// *Fest. Ster.* — 1990. — v. 54. — 6: 1028-1031.
48. Eastell R., Riggs B. L. New Approaches to the Treatment of Osteoporosis. / 1987. — v. 30. — 4: 860-870.
49. Johaunisson E. Mechanism of Action of Intrauterine Devices.// *Contracept.* — 1987. — v. 36. — 1: 11-22.
50. Jones E. E. Hyperprolactinemia and Female Infertylity.// *J. Reprod. Med.*, — 1989. — v. 34. — 2: 117-126.
51. Greatsas G., Adamopoulos P. et. all
Clinical and Metabolic Effects of the Monophasic Gestogene.// *Add. pediatri. Gynec.* — 1991. — v. 4. — 2: 76-81. 52. Faute I. A. et. all
Efficacy of Bladder Training in Older Women with Urinary Incontinence.// *IAMA.* — 1991. — v. 265. — 5: 609-613.
53. Kanis J. A., Pitt F. A. Epidermiology of osteoporosis.// *Bonc.* — 1992. — v. 13, — suppl. 1: 7-17.
54. Koell D. M. Asymtomatic Shedding of Genital Herpes.// *Ann. of Intern. Med.* — 1992. — v. 16. — pp. 435-437.
55. Kulhanjion I. A. Identification of Women Risk of Herpes Simplex Virus Type 2.// *New England J. of Med.* — 1992. — v. 328. — pp. 916-920.

56. Leach R. E., Ory S. I. Modern Management of Ectopic Pregnancy.// J. reprod. med. — 1989. — v. 34. — 5: 324-338.
57. Lindsay R., Tohme I. F. Estrogen Treatment of Patients with Postmenopausal Osteoporosis.// Obst. Gyn. — 1990. — v. 76. — 2: 290-295.
58. Link M., Muschner K. Zur Haufgigkeit des Chlamydien nach weises bei Gynakologischen Patieuten.// Zbl. Gynakol. — 1989. — bd. 111. — 22: 1490-1496.
59. Matthiessen W. Klinik und Therapie der Urogenitaltuberkulose.// Aktuel. Urol. — 1992. — v. 22. — 3: 135-142.
60. Nazli K., Syed S. Controlled Trial of the Prolactin Inhibitor Bromocriptine.// Brit. J. Clin. Pract. — 1989. — v. 43. — 9: 322-327.
61. Once more about contraception.// Revlin.// The Austral. and N. Zeland. J. of Obst. Gyn.// — 1992. — v. 32. — pp. 164-165.
62. Oriol J. D., Ridgway D. L. Genital Infection by Chlamydia trachomatis. — London: E. A. 1984.
63. Pansky M., Golan A. et. all. Nonsurgical Management of Tubal Pregnancy.// Amer. J. Obst. Gyn. — 1991. — v. 164. — 3: 885-895.
64. Phillips G., Fleming L., Khan I., Stewart W. Urina transparency as an index of absence of infection.// Brit. J. Urol. — 1992.— v. 70. — 2: 191-195.
65. Prince R. L., Smith M. et. all. Prevention of Postmenopausal Osteoporosis.// New England J. of Med. — 1991. — v. 325. — p.p. 1189-1195.
66. Nezhat C., Nezhat F., Crowley S. Videolaseroscopy for treatment of Endometriosis.// Fert. Steril. — 1989. — v. 51. — 2: 237-240.
67. Rosenbaum H. Traitment medical des fibromes uterins.// Fert. Contracept. Sexual. — 1989. — v. 17. — 2: 153-156.
68. Ruf H., Conte M., Blanc P. Y. Les hyperplasies de l endometre.// J. Gyn. Obst. Biol. Reprod. — 1988. — v. 17. — 6: 743-748.
69. Semler I. Stellenwert der "Knochenfreundlichen Emachrung" bei der Praevention einer Osteoporose.// Bundesgesundheitsbe. — 1991. — v. 33. — 3: 118-122.
70. Seregely G. Contraception. — Budapest. — 1981. — 1-314.
71. Sheppard B. L. Endometrial morphological changes in lud users.// Contracept. — 1987. — v. 36. — 1: 1-10.
72. Wilson E. A. Surgical Therapy for Endometriosis.// Clin. Obst. Gyn. — v. 31. — 4: 857-865. — 1988.
73. Wu T. C., Trujillo I. M., Kashima H. K. Assotiation of human papiloma virus with neoplasia.// Lancet. — 1994. — v. 334. — 8844: 522-524.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

*медицинская Академия последипломного образования врачей
(МАПО)*

Санкт-Петербург, 1996

Хламидийная инфекция - одна из наиболее актуальных в группе ЗППП "второго поколения". Высокая вероятность неблагоприятного течения, в частности, развития тяжёлых и хронических форм, осложнений (обострения и рецидивы, иммунопатологические реакции и состояния и другие), а также клиники последствий предъявляет высокие требования к выработке стратегии и тактики лечения больных, выбору корректных средств и наиболее полному использованию всех их возможностей (1,2,3,4,5).

Лечение пациентов с наиболее частой в практике хронической хламидийной УГИ с учётом особенностей возбудителя и самого заболевания (облигатная внутриклеточная инфекция в условиях вторичного иммунодефицита и дисбиоза), его патоморфоза в современных условиях, частой ассоциации с другими УГИ, являющимися кофакторами неблагоприятного течения болезни, включает, в общем случае, несколько блоков-модулей, в число которых входят комбинированная или/и последовательная сочетанная полиэтиотропная терапия, иммунокоррекция, биокоррекция, сочетанное многоэтапное местное лечение, синдромная коррекция, симптоматическая терапия. Схемы лечения при этом всегда дифференцированы в соответствии с клиническим вариантом заболевания(4).

Исключительно важное место в лечении таких больных занимает **антибиотикотерапия** (4,6). Проблема не решается только лишь удачным выбором препарата, однако есть средства более подходящие для лечения и менее пригодные для этого. Другой существенный вопрос - схемы назначения.

В ряде случаев достаточной оказывается монотерапия активным в отношении хламидий антибиотиком, например, очень хорошо зарекомендовавшим себя кларитромицином (*Жлацид*, *Биаксин*). Многие из положительных свойств этого препарата наилучшим образом соответствуют условиям лечения, в частности, необходимости длительного приёма или использования комбинаций с другими антибиотиками.

При отсутствии эффекта от монотерапии, при наличии указаний на низкую чувствительность возбудителя к доступным антибактериальным препаратам, при необходимости повторного лечения, при нарастающей угрозе ухудшения состояния хорошие результаты даёт комбинированная антибактериальная терапия. Чаще всего - это приём одновременно двух препаратов, активных в отношении хламидий, обладающих способностью взаимно потенцировать эффект, или, по крайней мере, совместимых друг с другом. Для местного лечения одновременно может использоваться та же комбинация препаратов в половинной дозе каждого из них.

Для комбинированной, последовательной (когда разные антихламидийные препараты на протяжении всего лечения назначаются курсами последовательно один за другим) или монотерапии наиболее обоснованной и эффективной остаётся схема пульс-терапии: несколько курсов антихламидийных препаратов продолжительностью 1 неделя каждый с интервалом в 1 неделю. Чаще всего таких курсов целесообразно назначать три.

К числу наиболее удачных комбинаций препаратов в рамках одной из схем, можно отнести назначение кларитромицина (*Клацида*, *Биаксина*) и рифампицина - 1-я неделя, доксициклина и офлоксацина - 2-я неделя, а также далацина С (рокситромицина, мидекамицина) и ципрофлоксацина (лемефлоксацина) - 3-я неделя.

В лечении пациентов с хронической хламидийной урогенитальной инфекцией чрезвычайно важна местная терапия (4,7). Она увеличивает шансы санации не менее, чем в два раза. При этом помимо более быстрого достижения так называемого этиологического излечения значительно ускоряется клиническое выздоровление, снижается вероятность развития осложнений и формирования клиники последствий.

Местные процедуры имеют целью прежде всего усиление этиотропного и противовоспалительного воздействия, ускорение восстановления нормального биоценоза, нормализацию функционирования местных иммунных механизмов, стимуляцию регенерации повреждённых тканей.

Также как и общее, местное лечение у таких больных включает моно-, комбинированную или последовательную сочетанную полиэтиотропную терапию, иммуно-, био- и синдромную коррекцию, симптоматическую терапию.

Основными процедурами местного лечения хронической хламидийной урогенитальной инфекции у женщин являются вагинальные тампоны и уретральные инстилляциии, а у мужчин - уретральные инстилляциии и микроклизмы с микстурами специального состава. По клиническим показаниям местное лечение у женщин также может дополняться микроклизмами. Назначается местное лечение большей частью дважды в день. Ещё более хороших результатов удаётся добиться при одновременном использовании трансвагинальной, у женщин, или трансректальной, у мужчин, физиотерапии (в т.ч. электрофореза).

Местную антихламидийную антибиотикотерапию (моно-, комбинированную или последовательную - дифференцированно по показаниям) целесообразно сочетать с противовирусной, противопротозойной и антимикотической терапией и организовать в виде прерывистых курсов (пульс-терапия) одновременно с общим лечением.

Кроме полиэтиотропных средств в состав специальных микстур могут входить: димексид, ферменты (трипсин, химотрипсин и др.), выполнявшие роль транспортной системы и противовоспалительных средств, а также витамин (адаптоген, улучшающий иммунные и обменные процессы) и интерферон, являющийся в данном случае патогенетически наиболее обоснованным целевым иммунокорригирующим препаратом.

По окончании полиэтиотропной терапии для устранения влагалищного дисбактериоза пациенткам назначаются курсы жидкого лактобактерина в тампонах продолжительностью не менее 10-ти дней.

Всем больным хронической хламидийной урогенитальной инфекцией с признаками вульвита (вульвовагинита), баланопостита и других вторичных воспалительных заболеваний кожи и слизистых наружных гениталий, а также с проявлениями герпесвирусных поражений и остроконечными кондиломами на половых органах дополнительно назначается лечение кремами, содержащими супероксиддисмугазу, витамин D и другие противовоспалительные и бактерицидные добавки (*Vitelла, Флёр-Энзим*). Последним показано также специальное лечение.

Следует подчеркнуть, что лечение хронической (особенно, осложненной) хламидийной урогенитальной инфекции малоэффективно без применения **иммуноориентированной терапии** (4,8).

Основные особенности нарушений иммунитета при хламидиозе включают снижение активности естественных киллеров, уменьшение активности макрофагов, повышение количества и, нередко, функциональной активности В-лимфоцитов, относительно небольшое снижение функциональной активности В-лимфоцитов.

С учетом этого могут быть использованы две основные схемы иммуноориентированной терапии.

Первая из них включает индукторы интерферона (пиклоферон, неовир и др.) и стимуляторы фагоцитоза (карбонат лития, йодиол, эссенциале, АУФОК или АЛОК). При отсутствии признаков иммунопатологии и отчетливом снижении количества и функциональной активности Т4-лимфоцитов схема может быть дополнена курсом цитомединов (тимоген, тималин, тактивин и др.). Такая терапия способствует нормализации интерферонового статуса, повышению активности цитотоксических лимфоцитов (ЦТЛ), макрофагов и, в конечном счете, освобождению организма от хламидий и пораженных ими клеток. Ее эффективность во многом зависит от чувствительности клеток-интерферонпроизводителей к индукторам и чувствительности ЦТЛ к интерферону. Для контроля за этим могут быть использованы методы определения интерферонового статуса и чувствительности лимфоцитов к интерферону.

Вторая схема иммуноориентированной терапии включает коммерческие препараты интерферона и/или интерлейкина-2, стимуляторы фагоцитоза. Эффективность ее всецело зависит от чувствительности ЦТЛ к коммерческим препаратам интерферона и интерлейкина-2. Для контроля за этим также могут быть использованы методы определения чувствительности лимфоцитов к интерферону и интерлейкину.

Назначение иммуноориентированной терапии должно предшествовать (не менее чем за 7 дн.) началу любого из курсов antimicrobial терапии и, далее, сопровождать его.

Успех комплексного лечения больных во многом зависит от **биокорректирующей терапии** (4,9).

Замечную роль в развитии хронической хламидийной УГН играет сопутствующий ей дисбиоз (в области поражения). Он наиболее выражен при микст-инфекции мочеполовых органов. На фоне дисбактериоза иммунодефицита и энергичной антибактериальной

характер. Кроме дисбактериоза мочевыводящих путей (с обнаружением роста стафилококков, зшернхий, фекального стрептококка и некоторых видов коринебактерий), как правило, выявляются различные степени дисбактериоза влагалища и кишечника. Дисбиоз, в свою очередь, еще более усугубляет состояние иммунодефицита и способствует развитию осложненных и трудно поддающихся лечению форм хронической хламидийной уrogenитальной инфекции.

В связи с этим показана ранняя биокоррекция микрофлоры влагалища и кишечника *Жидким Лактобактерином*. У больных, страдающих различными гиперацидными состояниями желудка, биокоррекция микрофлоры кишечника может быть проведена с использованием *Ламинолакта*. Вполне оправдана также предшествующая биокоррекция микрофлоры кишечника (за 7-10 дн. до начала антибиотикотерапии).

Биопрепараты обязательно используются во время однонедельных перерывов между курсами антибиотиков и в период после окончания курса антибактериальной терапии (на протяжении не менее 1,5 мес.).

Лечение может проводиться амбулаторно (дома). На протяжении всего курса лечения больным должен быть обеспечен клинический контроль, включая общелабораторные исследования по показаниям. Специальный контроль - контроль этиологической и клинической излеченности - может осуществляться в условиях продолжающейся заключительной биокоррекции, но после завершения антибактериальной терапии (с учётом сроков полного выведения из организма последнего использованного антибиотика).

В качестве примера вариантов комплексного лечения хронической хламидийной уrogenитальной инфекции могут служить две хорошо зарекомендовавшие себя схемы:

А. СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН

1. Циклоферон - по 2 мл (1 ампула или 1 флакон с сухим веществом, которое необходимо предварительно растворить в 2 мл стерильной воды для инъекций) внутримышечно по схеме: 1-й, 2-й, 4-й, 6-й и 8-й дни лечения.

Курс препарата повторить трижды с интервалом в 1 неделю.

2. Кларитид - по 2 табл. (250 мг) x 2 раза в день внутрь до еды по схеме:

7-13-й, 21-27-й и 35-41-й дни лечения (монотерапия). 1-ю или 3-ю (лучше) недели терапии кларитидом можно заменять комбинацией доксициклина (0,1 x 2 раза в день) с офлоксацином (0,2 x 2 раза в день) - этот вариант во многих случаях предпочтительнее.

3.* Полирем - по 2 табл. (1 табл. - 0,15 г) x 1 раз в день внутрь после еды по схеме: 7-й, 8-й и 9-й дни лечения, с повторением курса по схеме: 30-й, 34-й, 37-й дни через 3 недели, - при обострении хронической герпесвирусной инфекции - простого герпеса (так называемой "простуды" на губах, половых органах или коже туловища, головы, конечностей), или по схеме: 7-й, 10-й и 13-й дни лечения, - вне обострения простого герпеса, т.е. в отсутствии элементов "простуды".

4. Витамедин - по 2 капли разведённого в 5 раз физиологическим раствором (или кипячёной (питьевой) водой) препарата x 5 раз в день в каждую ноздрю с

5.** Эссенциале - по 2 капсулы х 3 раза в день внутрь после еды по схеме:

7-13-й, 21-27-й и 35-41-й дни лечения, т.е. одновременно с клацидом.

6. Фенкарол - по 1 табл.(0,025 г) х 3 раза в день внутрь после еды по схеме:

7-13-й, 21-27-й и 35-41-й дни лечения, т.е. одновременно с клацидом.

7. Цоливитамины - в среднетерапевтической суточной дозе (в соответствии с инструкцией к конкретному приобретённому препарату).

8. Жидкий бифидум (препарат производства фирмы БИОНТ) - по 20 мл предварительно разведённой питьевой (кипячёной) водой в 3 раза препарата х 2 раза в день внутрь строго натощак (за полчаса до еды или 1 час после еды) по схеме: 1-7-й, 13-21-й, 27-35-й и с 41-го дня лечения ещё 4 недели подряд.

9а. Ламинолакт - вместо жидкого бифидума - 30 драже в день в 4 приёма между едой в течении первых 2-х дней. Далее - по 10 драже в день в 4 приёма между едой по схеме жидкого бифидума.

9. Местное лечение (1 - й этап) -

1) Средства:

а) микстура -

клацид - 2,5 г (10 табл.), или 1/2 сут. дозы каждого из комбинируемых в момент лечения антибиотиков, т.е.

доксциклин - 0,5 г (5 табл.) и

офлоксацин - 1,0 г (5 табл.)

трихопол или тинидазол - 5,0 г (10 табл. по 0,5 г)

нистатин - 2 500 000 ЕД (5 табл. по 500 000 ЕД)

полирем - 0,3 г (2 табл. по 0,15 г)

синэстрол - 0,01 (10 табл. по 0,001 г)

витагемин - 1 ампула

интерферон - 5 ампул (раствор готовится ex tempore и вносится в порцию микстуры для процедур одного дня из расчёта 1 ампула на 1 день местных процедур)

трипсин или химотрипсин - 50 мг (5 флаконов по 10 мг)

димексид - 2 мл

р-р новокаина для инъекц. 0,25% - 60 мл или вода.

С цветных таблеток аккуратно смыть пальцами окрашенную оболочку в питьевой (кипячёной) воде, истолочь в порошок, смешать. Сухую смесь всыпать в предварительно приготовленный раствор димексида в воде. Взболтать. Хранить в холодильнике не более 10 дней. Рассчитано ровно на 5 дней ежедневного расходования.

б) масляная смесь

масло оливковое (ангичи. или шицевое) - 3 части (90 мл)

масло облепиховое или шиповника - 1 часть (30 мл)

Смешать, хранить в холодильнике.

в) содовый раствор -

сода питьевая (гидрокарбонат натрия) - 2 г

вода питьевая - 100 мл

Растворить соду в воде и использовать немедленно. Впрок не готовить.

2) Процедуры:

100 мл 2% -го водного раствора соды ввести во влагалище спринтовкой и задерживать на 10 минут. Через указанное время жидкость извергнуть.

б) вагинальные тампоны -

5 мл микстуры смешать с 5 мл масляной смеси. 10 мл получившейся жидкости поместить (дать впитаться) в простой ватно-марлевый тампон. Тампон ввести во влагалище сразу после инстилляций содовым раствором. В течение дня делать два тампона: утром - на 2 часа, вечером - на 8 часов.

в) уретральные инстилляциии -

1 мл микстуры смешать с 1 мл масляной смеси. 2 мл получившейся жидкости ввести в уретру (моченоспускательный канал) и зажать устье (выходное отверстие) пальцем на 30 минут. Предварительно помочиться. Жидкость в уретру можно вводить своим напирием (без иглы!!!), осторожно вставляя канюлю инструмента в отверстие уретры. В течение дня делать две инстилляциии - сразу после введения вагинального тампона.

Местное лечение 1-го этапа производится по схеме: 9-13-й, 23-27-й и 37-41-й дни, т.е. последние 5 дней каждой недели лечения клапидом.

10. Местное лечение кремом (1-й этап)

Крем Флёр Энзим, или Флёр Энзим с Витамедином, или Вителда наносится на вульву 3-4 раза в день тонким слоем в течение всего срока основного лечения - 30 дней.

11. Местное лечение (2-й этап)

Жидкий лактобактерин (производства фирмы БИОНТ), неразведенный, в количестве 10 доз вводится в вагинальном тампоне 1 раз в день на 12 часов (на ночь) по схеме: 42-52-й день лечения - т.е. всего 10 дней подряд по завершении основного лечения.

Б. СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У МУЖЧИН

1. Циклоферон - по 2 мл (1 ампула или 1 флакон с сухим веществом, которое необходимо предварительно растворить в 2 мл стерильной воды для инъекций); внутримышечно по схеме: 1-й, 2-й, 4-й, 6-й и 8-й дни лечения.

Курс препарата повторить трижды с интервалом в 1 неделю.

2. Клапид - по 2 табл. (250 мг) x 2 раза в день внутрь до еды по схеме:

7-13-й, 21-27-й и 35-41-й дни лечения (монотерапия). 1-ю или 3-ю (лучше) недели терапии клапидом можно заменить комбинацией доксициклина (0.1 x 2 раза в день) с офлоксацином (0.2 x 2 раза в день) - этот вариант во многих случаях предпочтительнее.

3.* Полирем - по 2 табл. (1 табл. - 0,15 г) x 1 раз в день внутрь после еды по схеме: 7-й, 8-й и 9-й дни лечения, с повторением курса по схеме: 30-й, 34-й, 37-й дни через 3 недели. - при обострении хронической герпесвирусной инфекции - простого герпеса (так называемой "простуды" на губах, половых органах или коже туловища, головы, конечностей), или по схеме: 7-й, 10-й и 13-й дни лечения. - вне обострения простого герпеса, т.е. в отсутствие элементов "простуды"

4. Витамедин - по 2 капли разведённого в 5 раз физиологическим раствором (или кипячёной (питьевой) водой) препарата х 5 раз в день в каждую ноздрю с 1-го дня лечения в течение 20-ти дней. Через 10 дней повторить.

5. Эссенциале** - по 2 капсулы х 3 раза в день внутрь после еды по схеме: 7-13-й, 21-27-й и 35-41-й дни лечения, т.е. одновременно с клацидом.

6. Фенкарол - по 1 табл.(0,025 г) х 3 раза в день внутрь после еды по схеме: 7-13-й, 21-27-й и 35-41-й дни лечения, т.е. одновременно с клацидом.

7. Поливитамины - в среднетерапевтической суточной дозе (в соответствии с инструкцией к конкретному приобретённому препарату).

8. Жидкий бифидум (препарат производства фирмы БИОНТ) - по 20 мл предварительно разведённого питьевой (кипячёной) водой в 3 раза препарата х 2 раза в день внутрь строго натощак (за полчаса до еды или 1 час после еды) по схеме: 1-7-й, 13-21-й, 27-35-й и с 41-го дня лечения ещё 4 недели подряд.

8а. Ламинолакт - вместо жидкого бифидума. 30 драже в день в 4 приёма между едой в течении первых 2-х дней. Далее - по 10 драже в день в 4 приёма между едой по схеме жидкого бифидума.

9. Местное лечение -

1) Средства:

а) микстура -

клацид - 2,5 г (10 табл.), или 1/2 сут. дозы каждого из комбинируемых в момент лечения антибиотиков.

т.е. доксицилин - 0,5 г (5 табл.)

и офлоксацин - 1,0 г (5 табл.)

трихопол или тинидазол - 5,0 г (10 табл. по 0,5 г)

нистатин - 2 500 000 ЕД (5 табл. по 500 000 ЕД)

полирем - 0,3 г (2 табл. по 0,15 г)

витамедин - 1 ампула

интерферон - 5 ампул (раствор готовится ex tempore и вносится в порцию микстуры для процедур одного дня из расчёта 1 ампула на 1 день местных процедур)

трипсин или химотрипсин - 50 мг (5 флак.сух.в-ва по 10 мг)

димексид - 2 мл

р-р новокаина для инъекц. 0,25% - 50 мл или вода.

С цветных таблеток аккуратно смыть пальцами окрашенную оболочку в питьевой (кипячёной) воде, истолочь в порошок, смешать. Сухую смесь всыпать в предварительно

приготовленный раствор димексида в воде. Взболтать. Хранить в холодильнике не более 10 дней. Рассчитано ровно на 5 дней ежедневного расходования.

б) масляная смесь -

масло оливковое (аптечн. или пищевое) - 3 части (90 мл)

масло облепиховое или шиповника - 1 часть (30 мл)

Смешать, хранить в холодильнике.

2) Процедуры:

а) микроклизмы -

2,5 мл микстуры смешать с 50 мл питьевой (кипячёной) воды и сделать микроклизму (жидкость из кишки не извергать - она

полностью всосётся слизистой) В течение дня делать две микроклизмы - утром и вечером.

б) уретральные инстилляции -

2,5 мл микстуры смешать с 2,5 мл масляной смеси 5 мл получившейся жидкости ввести в уретру (мочеиспускательный канал) и зажать головку члена пальцами на 30 минут. Предварительно помочиться. Жидкость в уретру можно вводить своим шприцем (без иглы!!!), осторожно вставляя канюлю инструмента в отверстие уретры. В течение дня делать две инстилляции - сразу после микроклизмы.

Местное лечение проводится по схеме: 9-13-й, 23-27-й и 37-41-й дни (т.е. последние 5 дней каждой недели лечения) - клацидом.

10. Местное лечение кремом -

Крем Флёр Энзим, или Флёр Энзим с Витамедином, или Вителла наносится на головку члена, включая губки устья уретры, венечную борозду и крайнюю плоть 3-4 раза в день тонким слоем в течение всего срока основного лечения - 30 дней. Особое внимание уделять нанесению крема на герпетические элементы (если они имеются).

Примечания:

** для больных с установленной герпесвирусной инфекцией (простой герпес)*

*** не обязательно*

Литература.

1. Ильин И.И. и др. Размышления о лечении урогенитального хламидиоза // Вестн. дерматол., 1994, 1, 30-33.
2. Мавров П.И. Половые болезни. Киев: Укрэнцикл., М. "Аст-Пресс", 1994. - 480 с. - илл.
3. Стемм У.Е., Холмс К.К. Внутренние болезни, кн. 4, М.: Медицина, 1994. С. 238-261.
4. Ремезов А.П., Неверов В.А., Семёнов Н.В. Хламидийные инфекции (тактика, диагностика, лечение). С.-Петербург: "Интерпресс", 1995. - 43 с.
5. Неверов В.А., Ремезов А.П. К вопросу о клинике урогенитального хламидиоза // Инфекционные болезни с половым путём передачи (клинические и организационные аспекты) / Под ред. А.Г.Рахмановой, Б.М.Тайца. С.-Петербург: ССЗ, 1995. С. 194-207.
6. Ремезов А.П. и др. Комбинированная антибиотикотерапия хронической хламидийной урогенитальной инфекции // Материалы XXXI научно-практической конференции дерматовенерологов, акушер-гинекологов и урологов Санкт-Петербурга. С. Петербург, 1996. С. 52-54.
7. Ремезов А.П. и др. К вопросу о местной терапии хронической хламидийной урогенитальной инфекции // Там же, с. 55-57.
8. Ремезов А.П. и др. Иммуноориентированная терапия хронической хламидийной урогенитальной инфекции // Там же, с. 54-55.
9. Неверов В.А. и др. Биокорректирующая терапия больных хронической хламидийной УГИ // Там же, с. 51-52.