

интенсивная терапия, включающая переливание крови, плазмы, кровезаменителей, введение препаратов гемостатиков с последующей тугой тампонадой влагалища с перекисью водорода. В 6 случаях дополнительно на кровоточащие участки шейки матки накладывались гемостатические швы.

Возникновение эндометриоза отмечено нами у 5 больных, причем в 2 случаях он был цервикальный, а в 3 - ретроцервикальный. Эти осложнения отмечены нами спустя 2-5 месяцев после деструкции шейки. Лечение было типичным, общеизвестным.

Стриктуры цервикального канала отмечены у 2-х больных. Этим больным проводилась механотерапия - бужирование цервикального канала.

Рассматривая осложнения диатермокоагуляции фоновых заболеваний шейки матки у наших больных, следует отметить необходимость более тщательного обследования их и, в то же время, совершенствовать новые методы терапии таких заболеваний.

## МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

**Г.В. Парфенова**

Уральская государственная медицинская академия

Так называемый «неспецифический вагинит» (кольпит) - наиболее частая патология в общей акушерско-гинекологической практике. В настоящее время под этим названием представлена сборная группа заболеваний, этиологическая структура и патофизиологические механизмы развития которой остаются неясными. Отсюда частая неэффективность лечения, рецидивы заболевания, склонность к хроническому течению и возможность серьезных осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде.

Под наблюдением находилось 35 беременных женщин в первом триместре с фоновыми заболеваниями шейки матки на фоне бактериального вагиноза (БВ).

Диагноз БВ основывался на обнаружении «ключевых клеток» и снижении количества или отсутствии лактобацилл, что сопровождалось увеличением содержания другой условно-патогенной микрофлоры. Дополнительным критерием служили РН влагалища  $>4,5$  и жалобы пациенток на обильные, с неприятным запахом, вагинальные выделения. Фоновые заболевания шейки матки, выявленные нами у беременных с БВ, были: эндоцервицит у 8, псевдоэрозия шейки матки у 21 и у 6 - истинная эрозия.

Всем больным проведено местное лечение с помощью оригинального отечественного препарата - эфтидерм «У». В состав эфтидерма «У» входят антибиотики, ферменты, тинидазол. Все больные местно получали лекарственную форму эфтидерма «У» по 2,5 грамма ежедневно.

При осмотре у всех больных в разной степени отмечалась гиперемия слизистой, выделения мутные или желтоватого цвета. Мазки на флору содержали, в основном, обильную смешанную или кокковую флору, большое количество лейкоцитов и 3-4 степень чистоты влагалища.

После назначения лечения местно в виде тампонов через 2-3 дня отмечалось субъективное улучшение в виде уменьшения выделений, исчезновения зуда и жжения во влагалище. На 10-й день активная эпителизация эрозий и исчезновение явлений эндоцервицита отмечены у каждой второй больной. Полное исчезновение фоновых заболеваний шейки матки мы отметили на второй-третьей неделе от начала лечения у 33 больных. У 2-х больных наряду с улучшением течения процесса на шейке матки вновь отмечено обострение в виде усиления белей вплоть до гнойных, жжение и зуд во влагалище, гиперемии и отек в области слизистых. Причиной частичного эффекта от лечения явились повторные инфицирования от

половых партнеров.

В результате проведенного лечения можно сделать вывод о хорошей эффективности применения местно эфтидерма «У» в лечении фоновых заболеваний шейки матки на фоне бактериального вагиноза у беременных.

## **ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ (ТБ) ПО МАТЕРИАЛАМ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА «ОНКОЛОГИЯ»**

**Е.Н. Пашкова, В.Ф. Попова**

Свердловский онкологический медицинский научно-практический центр «Онкология»

Проблема ранней диагностики и адекватного лечения больных ТБ продолжает оставаться актуальной.

Это заболевание относится к достаточно редким среди всех злокачественных опухолей у женщин, поэтому акушеры-гинекологи не проявляют должной онкологической настороженности, что приводит к позднему выявлению заболевания, а, значит, к более длительному и дорогостоящему лечению, длительной нетрудоспособности данной категории больных.

Анализ историй болезни пациенток, лечившихся в нашем отделении за последние 5 лет, показывает устойчивую тенденцию к росту числа случаев ТБ. Так, в 1997г. в стационаре было пролечено 5 случаев ТБ. В 1998г. – 0 случаев, в 1999г. – 4, в 2000г. – 11, а за 7 месяцев 2001г. – 10 случаев.

Возраст больных колеблется от 16 до 53 лет. Особенно привлекает к себе внимание возрастная категория пациенток от 35 до 50 лет, на долю которых приходится 16 случаев ТБ – 53,3%.

На долю злокачественной формы ТБ – хорионэпителиомы – приходится 16 случаев (53,3%): ХЭ 1ст. – 8 – 26,7%, ХЭ 2ст. – 5 – 16,7 %, ХЭ 3ст. – 3 – 10%.

Анализ анамнеза заболевания показывает, что на догоспитальном этапе слишком продолжителен диагностический поиск, практические врачи забывают о возможности наступления беременности и патологическом её развитии у пациенток после 35 лет. В связи с этим увеличивается период от момента заболевания до госпитализации со всеми вытекающими последствиями.

Сроки от момента заболевания до госпитализации составили: менее 4 недель - 6 больных (20%), 4-8 нед. - 15 больных (50%), от 8 нед. до 4 мес. - 3 больных (10%), более 4 мес. - 6 больных (20%).

Для ранней диагностики ТБ в своей практике мы широко используем УЗИ органов малого таза и определение хорионического гонадотропина (ХГ) в сыворотке крови, что позволяет не только диагностировать ТБ, но и осуществлять мониторинговый контроль за эффективностью проводимого лечения.

При выборе режима лечения учитываются факторы «плохого» прогноза. В группе «высокого» риска оказалось 24 пациентки – 80% (титр ХГ выше 40 000 мМЕ/мл крови, мтс в легкие, влагилице, неэффективное предшествовавшее лечение, наличие клинических симптомов заболевания более 4 мес., возраст пациенток старше 40 лет).

К оперативному лечению пришлось прибегнуть в 3 случаях (10%). В одном случае – в экстренном порядке – при профузном маточном кровотечении, в 2 случаях – неэффективность химиотерапии и угроза перфорации матки опухолью.

В остальных случаях (90%) успех был достигнут только благодаря химиотерапии.

В своей практике мы используем две основных схемы химиотерапии 1 линии.

Для лечения неосложненных форм ТБ – монохимиотерапия: метотрексат 20-25 мг/м<sup>2</sup> ежедневно в/в до СД 100-125 мг/м<sup>2</sup>. Такая схема использовалась у 6 пациенток.