ном их назначении с антибиотиками концентрация их в зоне патологического очага повышается, следовательно, ускоряется процесс выздоровления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенедиктов И. И. — Заболевания репродуктивной системы человека. Екатеринбург, 1994, с. 57, 65—66.

2. Бохман Я. В. — Руководство по онкогинекологии. М. «Медицина», 1989, с. 278.

3. Василевская Л. Н. и соавт. — Предраковые заболевания и начальные формы рака шейки матки. М., «Медицина», 1987, с. 323.

УДК 618.146—053.8—085

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

В. В. Цуцор, В. Б. Цуцор

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 УГМА.
Научный руководитель Засл. деят. науки, профессор И. И. Бенедиктов, г. Екатеринбург

К фоновым заболеваниям шейки матки относят псевдоэрозии, рубцовые деформации шейки матки с эктропионом, цервикоз, лейкоплакию и эритроплакию. В подавляющем большинстве эти заболевания не имеют ярких клинических проявлений и их нередко обнаруживают при профилактическом осмотре. При осмотре фоновые заболевания оцениваются клиницистами как доброкачественные только при проведении комплексного обследования. Комплексное обследование женщин с целью выявления предраковых заболеваний шейки матки состоит в целенаправленном выяснении жалоб, сборе анамнеза, оценки общего состояния, осмотре шейки матки при помощи зеркал, кольпоскопическом, прицельном цитологическом исследовании мазков с поверхности шейки матки, результатов пробы Шиллера, бимануального обследования. При выявлении факторов, подозрительных на предрак, необходима тщательная проверка. Больным проводят расширенную кольпоскопию, повторное цитологическое исследование поверхностного соскоба с шейки матки из цервикального канала, прицельную биопсию, выскабливание слизистой цервикального канала шейки матки с последующим гистологическим исследованием соскоба.

В этой связи можно сказать, что проблема лечения женщин с фоновыми заболеваниями шейки матки не потеряла актуальности

и сегодня. К сожалению, в литературе много спорного относительно методов их лечения [2, 3].

В настоящее время предложено много методов лечения больных фоновыми заболеваниями (ФЗ) шейки матки. Наиболее часто применяются диатермокоагуляция, криогенное воздействие, высоко- и низкоинтенсивное лазерное излучение, различные медикаментозные методы.

При сочетании фоновых заболеваний шейки матки с воспалительными процессами гениталий необходимо применять антибактериальные, противотрихомонадные, противогрибковые, противовирусные, противохламидийные и другие средства в соответствии с данными бактериологического и бактериоскопического исследования. Следует предостеречь врачей от применения средств, которые влияют на тканевой обмен (облепиховое масло, масло шиповника, мазь с алоэ и др), особенно при лечении лейкоплакии. Эти препараты могут способствовать усилению пролиферативных процессов, что может привести к возникновению дисплазий [1, 3]. Из группы лекарств прижигающего действия заслуживает внимания препарат солкогин (Швейцария). Лечение солкогином безболезненно, не вызывает побочных реакций, не приводит к рубцовым изменениям шейки матки.

Наибольшее распространение из немедикаментозных методов лечения получила диатермокоагуляция (ДК). Однако, нельзя не считаться с тем, что при применении ДК нередко могут возникать различные осложнения, такие, как эндометриоз, стеноз цервикального канала, кровотечение, обострение воспаления придатков, нарушения менструального цикла и репродуктивной функции и, нередко, рецидивы заболевания.

В последние годы в клиническую практику широко внедряется криотерапия, действие которой основано на влиянии низких температур, вызывающих некроз патологического очага. В качестве хладагента применяются жидкие газы: азот и его закись. Принимая во внимание достоинства метода, необходимо отметить некоторые его недостатки. В первую очередь это возможность рецидива патологического процесса шейки матки, частота которого после криовоздействия колеблется от 2,1 до 42% [1, 3].

Одним из эффективных методов лечения является высоко- и низкоинтенсивное лазерное излучение. Воздействие углекислым лазером высокоэффективно, безболезненно и не вызывает струпообразования. Свойствами низкоинтенсивного лазера являются усиление регенеративных способностей тканей, улучшения их кровоснабжения, нормализация окислительно-восстановительных процессов, выраженное противовоспалительное действие.

Таким образом, в настоящее время предложено значительное число методов лечения фоновых заболеваний шейки матки, но все они должны применяться дифференцированно и, к сожалению, не лишены побочного воздействия. Все изложенное диктует необходимость поиска новых щадящих методов лечения фоновых заболеваний шейки матки.

Нами предложена методика лечения указанных заболеваний с помощью УФО. Методика лечения состоит в следующем: женщина укладывается на гинекологическое кресло, проводится обычная обработка половых органов, после чего во влагалище вводится кварцевый наконечник в форме запаянной трубки диаметром 30 мм. Затем присоединяется специально сконструированная насадка к типовой лампе для УФО и кварцевому наконечнику. Облучение производится в объеме 1 Б.Д. (биологическая доза) с постепенным увеличением до 7 Б.Д. На курс 7—10 процедур.

Под наблюдением находилось 45 больных с фоновыми заболеваниями шейки матки в возрасте от 17 до 35 лет. У 28 из них диагностирована псевдоэрозия, у 8 — истинная эрозия, у 9 — эрозированный эктропион. В браке на момент обследования состояли 18 больных. По социальному статусу больные распределились следующим образом: служащие — 12, рабочие — 13, неработающие — 8, студенты — 12. Менструальная функция у больных установилась в возрасте 11—13 лет. Цикл установился с менархе у всех. Овуляторный характер цикла отмечен у 38 больных. При кольпоскопии была выявлена эктопия различных размеров и формы. Эктопия характеризовалась участками ярко-красного цвета, которые располагались преимущественно вокруг наружного зева, имели четкие контуры и состояли из сосочков. Эктопия в сочетании с зоной превращения обнаружена лишь у 5 пациенток. После кольпоскопического исследования всем больным была произведена прицельная биопсия шейки матки. При гистологическом исследовании тканей шейки матки мы получили следующие данные: железистая псевдоэрозия — у 13 больных, железисто-сосочковый эндоцервикоз — у 17 и эндоцервит — у 15. Проведенное лечение позволило получить положительный эффект в лечении фоновых заболеваний шейки матки без грубых традиционных воздействий у всех больных. Отдаленные результаты прослежены нами спустя 4—6 месяцев после лечения. Рецидив фоновых заболеваний шейки матки отмечен лишь у 2-х больных. Причина рецидива — инфицирование от половых партнеров.

Следовательно, можно полагать, что по мере углубления наших знаний в этиологии и патогенезе фоновых заболеваний шейки матки на смену известным методам лечения приходят новые фи-

зиологические способы лечения этих заболеваний и, в частности, УФО. Метод прост, доступен и может широко применяться в амбулаторной практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии. М., «Медицина», 1989, с. 278.
2. Василевская Л. Н. и соавт. Предраковые заболевания и начальные формы рака шейки матки. М., «Медицина», 1987, с. 323.
3. Краснопольский В. И. Патология влагалища и шейки матки. М., «Медицина», 1997, с. 270.

ПРЕИМУЩЕСТВО ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТРАНСДЕРМАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ ЭСТРОГЕНОВ

О. Ю. Породнова, В. В. Лунегова

Фирма «Шеринг АГ», г. Екатеринбург

Появление у части женщин в перименопаузе типичных климактерических жалоб (приливы, гипергидроз), урогенитальных расстройств (УГР), остеопороза, повышение частоты сердечно-сосудистых заболеваний связано со снижением уровня эстрогенов, поэтому представляется логичным использование заместительной гормональной терапии (ЗГТ). ЗГТ эффективно применяется во всем мире уже более 30 лет для лечения и профилактики вышеуказанных нарушений.

Для получения оптимального результата при проведении ЗГТ необходимы:

- адекватный уровень в крови биологически активного эстрадиола, соответствующий таковому в раннюю фолликулиновую фазу у женщин в перименопаузе;
- постоянный уровень эстрадиола в крови с минимальными колебаниями в течение дня;
- продолжительная терапия.

Приливы жара обычно исчезают через 2—3 месяца от начала ЗГТ и стойкий эффект сохраняется в течение всего периода лечения. Длительность лечения (не менее 5—8 лет) важна по ряду причин:

Урогенитальные расстройства

В условиях эстрогенного дефицита развиваются атрофические изменения во всех структурах уретры, дистрофические изменения