

наличием подслизистой миомы. Диагноз - подслизистая миома устанавливался по результатам УЗИ, диагностической гистероскопии с обязательным диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала для исключения онкопатологии. Все больные проходили клиническое обследование, санацию половых путей. Метод обезболивания - внутривенная анестезия, эндотрахеальный наркоз.

Операции резектоскопии проводились на аппаратуре фирмы «Olimpus» с применением оптики с углом 30 и 12 градусов. В качестве оптической среды использовался 5% раствор глюкозы (диэлектрик). Скорость подачи жидкости 400 мл в минуту, общий объем диэлектрика на одну операцию 10 - 15 литров, мощность электрического тока 20-30 Вт, в режиме «резка».

Размеры подслизистой миомы составляли от двух до пяти сантиметров в диаметре. Время операции составило от 55 до 90 мин. Кровотеря при резектоскопиях составляла от 20 до 150 мл (в среднем 70 мл.). Проведение антибиотико-профилактики (Цефамед (цефтриаксон) 1,5 г. + меркацин 500 мг., (препараты производства компании «World Medicine»), интраоперационно однократно), позволило отказаться от традиционного назначения антибактериальной терапии в послеоперационном периоде. Также назначался Флузамед (препарат этой же фармацевтической компании) 150 мг., однократно для профилактики грибковых инфекций. Нами не отмечено сколько-нибудь существенных послеоперационных осложнений. Средний койко-день составил 3,2 (после операции). Всем больным предлагалось провести контрольную гистероскопию через 1-3 месяца после проведенной операции. Следует отметить, что у всех прооперированных нами больных в послеоперационном периоде отмечалась нормализация менструального цикла, а также восстановление репродуктивной функции.

Хирургическое лечение пациенток с субмукозной миомой матки может осуществляться любым доступом: лапароскопическим, лапаротомным, гистероскопическим, выбор которого зависит от размеров опухоли, локализации узлов. Сопутствующей гинекологической и экстрагинетальной патологии.

Выводы

В результате проведенной работы определены преимущества

гистероскопической методики:

- Минимальная инвазия
- Минимальная интраоперационная кровопотеря.
- Минимальная травматизация тканей матки
- Незначительная длительность операции.
- Более легкое течение послеоперационного периода
- Сокращение сроков пребывания в стационаре.
- Сокращение времени восстановления трудоспособности.
- Возможность проведения родов ч/з естественные родовые пути.

Заключение

Таким образом, резектоскопия является перспективным методом в оперативной гинекологии, позволяющим избежать радикальных операций, а, следовательно, сохранить репродуктивный орган — матку, что на сегодняшний день является важной психологической и медицинской проблемой. Все перечисленные преимущества позволяют рекомендовать гистерорезектоскопию как операцию выбора у пациенток с субмукозной миомой матки.

Литература

1. Адамян Л.В., Белоглазова С.Е. Роль гистероскопии и гистерорезектоскопии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. М: Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки. Матер. Междунар. конгр. с курсом эндоскопии 1999; 1: 63—65.
2. Адамян Л.В., Демидов В.Н., Хачатрян А.К. Гистероскопическая и эхографическая диагностика аденомиоза. Матер. Междунар. конгресса «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки» 1999; 1: 54.
3. Кулаков В.И., Овсянникова Т.В., Шилова М.Н., Волков Н.И. Восстановление репродуктивной функции после комбинированного лечения с использованием золодекса у больных бесплодием и миомой матки. Пробл репр 1997; 3: 34—37.
4. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология. Н. Новгород: НГМА 1998; 390.
5. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каплушева Л.М. Гистероскопия. М: ГЭОТАР Медицина 1999; 176.

Пиелонефрит и беременность

Муменбаева С.А.

Женская консультация ГKB №5

Пиелонефрит - самое частое заболевание почек у беременных. Это инфекционное поражение встречается в 6-10% случаев. Возникновению пиелонефрита (ПН) способствуют гормональные изменения, свойственные беременности, сдавление мочеточников растущей маткой, наличие очагов инфекции в организме (ангина, кариозные зубы, фурункулез и др.). Под влиянием прогестерона, продуцируемого плацентой, наблюдается расслабление гладкой мускулатуры кишечника, мочевого пузыря и мочеточников. Наблюдается склонность к запорам и значительное замедление пассажа мочи. Отмечаются расширение, удлинение, искривление мочеточников с перегибами и петлеобразованием, увеличение полости лоханок. Нарушается уродинамика верхних мочевыводящих путей и кровообращение в почках. В то же время дизурия, нарушение функции мочевого пузыря, увеличение его объема в результате снижения тонуса, ухудшает эвакуацию мочи из верхних мочевых путей, что способствует ее задержке и развитию воспаления в почках. Патологический процесс развивается в интерстициальной ткани почки и завершается ее склерозированием, сдавливанием почечных канальцев, при этом рано нарушается концентрационная способность почек. На этом фоне может развиваться почечная гипертензия, которая наблюдается у 20% беременных с ПН.

Различают острый и хронический ПН. Появление или обо-

стрение ПН чаще происходит в 22-28 недель беременности, когда резко возрастают уровни половых и кортикостероидных гормонов. Этот период является критическим для беременных, больных ПН.

Острый ПН начинается с повышения температуры до 38-40° С, озноба, головной боли, боли в конечностях. Выраженные признаки интоксикации сопровождаются болями в пояснице, усиливающимися при дыхании, иррадиацией по ходу мочеточников, в паховую область, бедро, половые губы. Симптом Пастернацкого положительный. Выделяют интерстициальную, серозную и гнойную формы ПН. При тяжелом течении ПН появляются признаки почечно-печеночной недостаточности с азотемией, выраженной желтухой.

Хронический ПН начинается, как правило, в детстве. Обострения бывают связаны с гормональными сдвигами (пубертатный период, замужество, беременность, роды). Вне обострения больные чувствуют себя хорошо, иногда появляются неотчетливые жалобы на недомогание, головную боль, тупую боль в пояснице. У 5-10% беременных встречается бессимптомная бактериурия без каких-либо признаков воспаления мочевыводящих путей ни в настоящем, ни до беременности. У 40% женщин она переходит в клинически выраженный ПН.

Ведение беременности и родов

Пиелонефрит неблагоприятно влияет на течение беременности и состояние плода. Поздний гестоз присоединяется не менее чем у 40% больных ПН, особенно хроническим. Невынашивание у них достигает 30% за счет преждевременных родов. Перинатальная смертность составляет 25-50%. У новорожденных находят признаки внутриутробного инфицирования, они более подвержены послеродовым гнойно-септическим заболеваниям.

В зависимости от формы ПН выделено 3 степени риска по возникновению осложнений во время беременности и родов. 1 степень - женщины с острым ПН, возникшим во время беременности. 2 степень - беременные с хроническим ПН, 3 степень - беременные, страдающие ПН в сочетании с гипертензией, или азотемией, или беременные с ПН единственной почки. При 1 и 2 степени риска беременность можно пролонгировать при условии контроля за состоянием мочи 2 раза в месяц (в период между 22 и 28 недель - еженедельно) и наблюдения у нефролога. При 3 степени беременность противопоказана из-за резкого ухудшения здоровья во время беременности с риском для жизни женщины. Госпитализация показана: при возникновении осложнений беременности; при обострении ПН на любом сроке беременности - в специализированный стационар или в наблюдательное отделение роддома; в критические сроки (22-28 нед) для обследования и определения функционального состояния почек; при выявлении гипоксии или гипотрофии плода.

Родоразрешение у больных ПН предпочтительно через естественные родовые пути в наблюдательном отделении роддома многопрофильной больницы. Широко используются спазмолитики и анальгетики, даже при наличии нефростомы возможны самопроизвольные роды. Кесарево сечение допустимо только по строгим акушерским показаниям, предпочтительно без вскрытия брюшной полости (экстраперитонеальным путем) во избежание тяжелых септических осложнений в послеоперационном периоде.

Терапия ПН зависит от формы и стадии заболевания, вида возбудителя, срока беременности. В I триместре используют полусинтетические пенициллины, которые не оказывают эмбриотоксического действия - ампициллин, оксациллин, метициллин. Во II триместре спектр антибиотиков расширяется ввиду включения защитной функции плаценты. Для усиления антибактериального действия антибиотики в течение 2-х недель назначают в комбинации с 5-НОК, невидграмоном, фурагином,

уросульфамом. На фоне антибактериальной терапии широко используется инфузионная, дезинтоксикационная, седативная, десенсибилизирующая терапия, витамины, растительные и салуретические (дробно, малыми дозами) мочегонные препараты. Проводится тщательное наблюдение за состоянием плода, обязательна профилактика гипоксии и гипотрофии плода.

В последнее время в урологической практике применяется растительный препарат Канефрон. Он оказывает антисептическое, противовоспалительное, спазмолитическое, антибактериальное, диуретическое действие, уменьшает проницаемость капилляров почек, что соответствует патогенезу развития патологического процесса в почках при ПН. Кроме того, он не вызывает аллергических реакций и рекомендован к применению у детей, начиная с грудного возраста. Установлено также, что канефрон усиливает выведение солей мочевой кислоты и подщелачивает мочу, что препятствует формированию камней в почках. Канефрон действует на тубулярный аппарат почки, в результате чего выделение белка с мочой значительно снижается. При увеличении диуреза до 2-2,5 литров не происходило нарушения соотношения микроэлементов крови.

Канефрон можно рекомендовать:

- для предгравидарной подготовки женщин, страдающих хроническим пиелонефритом с целью улучшения функционального состояния мочевыделительной системы, испытывающей во время беременности значительное увеличение нагрузки;
- для лечения ПН у беременных, начиная с ранних сроков беременности;
- для профилактики обострений ПН во время беременности в критические периоды;
- для профилактики осложнений беременности, связанных с нарушением функционального состояния почек, в том числе такого тяжелого и трудно поддающегося лечению, как ОПГ-гестоз на фоне ПН;
- для профилактики обострений и лечения мочекаменной болезни.

Литература

1. В.Н. Серов с соавт. *Практическое акушерство*. М., Медицина. 1989 г.
2. *Справочник по акушерству и гинекологии под редакцией Г.М. Савельевой*. М., Медицина. 1996 г.
3. С.Н. Калинина. Роль Канефрона в лечении острого серозного пиелонефрита и в профилактике его гнойных осложнений

Вагинальный кандидоз и беременность

Муменбаева С.А.

Женская консультация ГКБ №5

Особо важное значение вагинальные инфекции приобретают в акушерской практике, так как являются частой причиной развития воспалительных осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде. К осложнениям гестационного периода и родов, связанным с различными нарушениями микроценоза влагалища, относят угрозу прерывания, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, хориоамнионит, несвоевременное излитие околоплодных вод, рождение детей с малой массой тела, хронической гипоксией и/или признаками внутриутробной инфекции, возникновение раневой инфекции родовых путей, эндометрита в послеродовом периоде.

Нарушение микроценоза влагалища наиболее часто связано с кандидозной инфекцией. По данным литературы, 75% женщин репродуктивного возраста переносят, по крайней мере, один эпизод вагинального кандидоза [3]. В настоящее время известно 196 видов грибов рода *Candida*. Из них со слизистых оболочек человека выделяют более 27 видов. По сводным данным, *Candida albicans* обнаруживают в кишечнике у 20-50% здоровых людей, на слизистой оболочке полости рта у 20-60%, во влагалище у 10-17% небеременных женщин. Вагинальный

кандидоз у беременных встречается в среднем в 30-40% случаев, а перед родами до 44,4%. 75% женщин репродуктивного возраста переносят, по крайней мере, один эпизод вагинального кандидоза.

Необходимо отметить, что кандидоз мочеполювых органов в 2-3 раза чаще встречается при беременности, чем у небеременных женщин. Столь высокая частота возникновения кандидоза влагалища в период гестации обусловлена рядом факторов: изменениями гормонального баланса; накоплением гликогена в эпителиальных клетках влагалища; иммуносупрессорным действием высокого уровня прогестерона и присутствием в сыворотке крови фактора иммуносупрессии, связанного с глобулинами. Установлена прямая связь между сроком гестации и частотой возникновения вагинального кандидоза.

Основная роль в возникновении вагинального кандидоза принадлежит грибам рода *Candida albicans*, выделяемым в 95% случаев. Для вагинального кандидоза во время беременности характерны бессимптомное течение и частые рецидивы. Беременные и родильницы с вагинальным кандидозом могут быть источником как внутриутробного, так и постнатального