

зована ВМС «Мирена». У 22 больных клиника дисменореи прошла через 3 месяца использования, что составило 61,1%, у 9 через 6 месяцев – 25%, у 3-х через год от начала использования данной системы – 8,3%. 2 пациентки удалили ВМС по своим личным соображениям через 3 и 5 месяцев после установки. У 11 женщин в течение года использования ВМС менструации стали нерегулярными, скудными, у 5 через 11 мес. и 1 года и 2 месяца наступила аменорея. Пациентка, 31 год, обратилась в клинику с жалобами на циклические боли внизу живота во время менструации в течение 3 лет. Альгоменорея, выраженная вплоть до потери сознания и обращения в скорую помощь, обследована в стационарах города и лечилась по поводу хронического аднексита неоднократно без особого эффекта. Из анамнеза: менструации с 13 лет через 30 дней, регулярные. Половая жизнь с 17 лет, предохранялась презервативами. Беременность 1, закончилась срочными родами в 2002 году без осложнений, кормила 4 месяца. В 2004 году была обнаружена эрозия шейки матки, произведена диатермоэксцизия шейки матки. С 2005 г. появились боли во время менструации, которые усиливались с каждым месяцем. В клинику обратилась в январе 2008 года, диагностированы эндометриоз шейки матки и аденомиоз. В феврале 2008 года с целью контрацепции и лечения альгоменореи была введена ВМС «Мирена». Клиника альгоменореи уменьшилась, но через 3 месяца на контрольном УЗИ обнаружены кисты обоих яичников, была проведена противовоспалительная терапия. УЗИ матки от 8.08.2008 г. Матка в положении антеверзии, контуры ровные, размеры: 5,2х3,7х4,8, шейка – 2,8 см. Среднее М-эхо выражено, ровное, ВМС в полости матки, т.э – 0,6. Слева от матки спереди образование овальной формы с четким контуром, размеры: 8,1х8,9х9,0, содержимое анэхогенное. В правой параметральной области образование неправильно овальной формы размерами 4,5х2,7х3,9 см содержимое жидкостное. В структуре миометрия гиперэхогенные включения. Заключение: киста левого яичника больших размеров, по структуре эндометриоидная. Фолликулярная киста правого яичника. Аденомиоз.

МР-исследование от 9.02.2008 г. в полости таза определяется образование с высоким сигналом. Размеры: 13х9 см. Пресакрально, на уровне S1и S2 определяется образование 4х3 см. Матка оттеснена кзади, функциональные слои органа особенностей не имеют. Заключение: картина эндометриоидных кист.

16.10.08 г. Проведено плановое оперативное лечение в объеме аднексэктомия слева, тубэктомия и цистэктомия

справа. Разъединение спаек. Гистология: яичники – очаги эндометриоза, эндометриоидная киста, фолликулярная киста. Трубы – очаги эндометриоза. Послеоперационный период протекал без особенностей. 28.11.08. на УЗИ: Матка в антефлексию 5,0х4,2х5,0, контур ровный. В полости ВМС, расположена правильно. Яичник – справа 3,62х3,27 см. Заключение: признаки аденомиоза. ВМС. Пациентка планирует беременность с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. Таким образом, с целью сохранения генеративной функции и лечения альгоменореи была использована внутриматочная система «Мирена».

Этот случай из нашей практики и все 34 пациентки, которым была использована внутриматочная система «Мирена» для лечения альгоменореи, доказывают высокую эффективность данного метода.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

ДИСМЕНОРЕЯНЫ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕГІ «МИРЕНА» ЖІС

*А.Д. Шалбаева, Г.Г. Деревянко,
Г.А. Тұрысбекова, М.Ш. Баймишева,
К.К. Альмурзаева, Ж.И. Байболова,
В.В. Пишнограева, А.Т. Сарбаева*

*«Керуен-medicus» медициналық орталығы,
Алматы қ.*

Альгодисменорея – әйелдің тұрмысын нашарлататын етеккір циклдағы жиі болатын бұзушылықтарының бірі. Құрсақтың қызметін қалпына келтіру және альгоменореяны емдеу үшін «Мирена» жатыршілік жүйесі қолданылады. Біздің тәжірибемізде және альгоменореидің емдеу үшін «Мирена» жатыршілік жүйесі қолданылған 34 емделуші әйелде аталған тәсілдің тиімділігін дәлелдейді.

SUMMARY

INTRAUTERINE SYSTEM «MIRENA» INTREATMENT OF DYSMENORRHEA

*A.D. Shalbayeva, G.G. Derevyanko,
G.A. Turysbekova, M.S. Baimisheva,
K.K. Almurzayeva, Z.I. Baibolova,
V.V. Pishnograveva, A.T. Sarbayeva*

Medical center «Keruen-medicus», Almaty c.

Algodysmenorrhea is one of the most common menstrual disorders, which deteriorates the quality of a woman's living. Thus, for the purpose of preserving the generative function and treatment of algomenorrhea, the intrauterine system «Mirena» was used. This is a case from our practice, and all 34 patients that used the intrauterine system «Mirena» for treatment of algomenorrhea proved high effectiveness of this method.

УРОЛОГИЯ

ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННЫХ

Пиелонефрит – это воспалительное заболевание почек, поражающее в первую очередь чашечно-лоханочную систему и окружающие ткани. Процент заболеваемости пиелонефритом при беременности составляет в среднем 6-12%. Пиелонефрит при беременности может возникать впервые, а может быть обострением хронического процесса, от которого женщина страдала раньше. Воспаление в почках при пиелонефрите имеет бактериальный характер, то есть

виновниками выступают бактерии, а именно энтеробактерии (к ним относятся кишечная палочка, клебсиелла и др.). Чем дольше длится процесс, тем сложнее его лечить, поскольку со временем причиной болезни могут становиться несколько возбудителей, а не один.

Пути попадания бактерий в почки разнообразны: обычно это происходит через мочу (так называемый восходящий путь) или кровь. Первичным очагом инфекции может стать любой воспалительно-гнойный процесс в организме

З.Я. МАМЕТНИЗОВА

Родильный дом №2, г. Алматы

беременной женщины – чаще всего это заболевания мочеполовой системы, осложненный кариес зубов и другие. Это подтверждает необходимость полного обследования на инфекции перед планированием беременности, которые часто пренебрегают наши женщины.

Одного лишь бактериального фактора недостаточно для возникновения пиелонефрита, для этого необходимы определенные условия. Известно, что женщины болеют пиелонефритом чаще мужчин в 4-6 раз, для этого есть ряд анатомических и физиологических предпосылок. Часто именно при беременности пиелонефрит обостряется.

В первой половине беременности таким условием является изменение гормонального фона. Роль первой скрипки тут играют половые гормоны прогестерон и эстрадиол и гормоны надпочечников – глюкокортикоиды. Влияние половых гормонов в развитии пиелонефрита при беременности заключается в том, что они вызывают гипотонию и дискинезию мочевыводящих путей. И поскольку верхние отделы мочевыводящих путей имеют тесную связь с сосудами почек в иннервации, – гемодинамические нарушения происходят и в самих почках. Глюкокортикоиды, оказывая иммуносупрессивное действие – это приводит к снижению сопротивляемости организма беременной к инфекциям. Также они способствуют понижению тонуса мочевого пузыря, что создает благоприятные условия для развития инфекции. Так, гормональные изменения при беременности негативно влияют на нарушение оттока мочи, кровоснабжение самой почки и мочевыводящих путей и поддержание тонуса мочевого пузыря и мочеточников.

Во второй половине беременности основным фактором риска пиелонефрита у беременных является механическое нарушение тока мочи по мочевыводящим путям. Происходит это из-за сдавливания мочеточников растущей маткой. Вдобавок к этому значительно увеличивается выброс глюкокортикоидов в кровь и их негативное влияние на тонус мочевыводящих путей и иммунную систему.

Пиелонефрит при беременности может протекать в острой и хронической формах.

При остром пиелонефрите в начале заболевания могут выйти на первый план общие симптомы воспалительного процесса – это повышение температуры, головная боль, озноб, тошнота, иногда рвота. Однако в скором времени добавляются специфические симптомы, помогающие врачу поставить верный диагноз, в первую очередь – боль в поясничной области, отдающая в верхнюю часть живота или область паха.

Если пиелонефрит протекает хронически, то основным клиническим проявлением становится тупая постоянная боль в пояснице, которая усиливается во время движения и физических нагрузок, общая слабость, головные боли, повышенная утомляемость. Иногда хронический пиелонефрит может протекать бессимптомно.

Для уточнения диагноза необходимо провести лабораторные тесты. В анализе крови при пиелонефрите беременных будут заметны признаки воспаления, также возможно понижение количества гемоглобина. В биохимическом анализе крови возможно повышение уровня мочевины, что говорит о нарушении выделительной функции почек.

При анализе мочи важными изменениями, указывающими на наличие пиелонефрита у беременной, являются наличие большого количества лейкоцитов и появление бактерий в моче.

При беременности пиелонефрит лечат в условиях стационара. Кроме медикаментозной терапии принимают меры по нормализации оттока мочи. Несколько раз в день пациентка должна принимать коленно-локтевое

положение на 10-15 минут, что позволит уменьшить роль механического фактора возникновения пиелонефрита – так матка, отклоняясь к передней брюшной стенке, перестаёт давить на мочеточники и способствует нормальному оттоку мочи.

В схему лечения пиелонефрита при беременности входит:

Антибактериальная терапия. Назначение антибиотиков корректируется в зависимости от чувствительности к ним возбудителя, вызвавшего воспалительный процесс. До получения результатов исследования часто назначают амоксициллин с клавулановой кислотой. После снижения активности процесса антибактериальное лечение продолжают уросептиками (фурагин).

Мочегонные препараты применяют для усиления эффекта антибиотиков. Следует отметить, что большая часть синтетических мочегонных противопоказана беременным, предпочтение отдается природным препаратам.

Дезинтоксикационная терапия. Проводится внутривенное вливание растворов (например, реополиглюкина), которые помогают избежать интоксикации организма при воспалении в почках.

Витаминотерапия.

Хирургические методы лечения (катетеризация мочеточников).

Выводы

При таком деликатном состоянии, как беременность, подбор препаратов усложнен, поскольку большинство из них имеют противопоказания и выраженные побочные эффекты. Необходимо тщательно изучить возможные последствия для матери и плода. Лечение должно быть не только эффективным, но и обязательно безопасным.

Именно по этой причине важной составляющей в схеме лечения пиелонефрита при беременности стал комбинированный природный препарат Канефрон Н.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Карпов О.И., Зайцев А.А. Риск применения лекарств при беременности и лактации. Справочное руководство. СПб. БХВ, Санкт-Петербург, 1998; 2. Кириченко А.П., Тараховский М.А. Влияние лекарственных средств на плод. М. Медицина, 1990; 3. Клиническая фармакология. Ред. Х.П. Кьюмерле, К.М. Брендел: Медицина, Т. 2. – 1987.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ПИЕЛОНЕФРИТ

З.Я. Маметниязова

№2 перзентхана, Алматы қ.

Жүктілік кезінде препараттарды қолдану қиын, себебі олардың көпшілігінің қосымша әсерлері болады. Ана мен бала үшін олардың тигізетін әсерін терең зерттеу керек. Емдеу тиімді ғана емес, міндетті түрде қауіпсіз болуы керек. Сондықтан да жүкті әйелдердегі пиелонефрит емдеуде құрамалы табиғи препарат Канефрон Н маңызды рөл атқарады.

S U M M A R Y

PYELONEPHRITIS GRAVIDARUM

Z. Y. Mametniyazova

Maternity hospital No.2, Almaty c.

In such a delicate condition as pregnancy it is difficult to select a preparation, since the most of them have contraindications and expressed adverse reaction. All possible consequences for the mother and the fetus must be thoroughly studied. The treatment must be not only effective, but by all means safe.

That's why the combined natural preparation Kanefron N became an essential component in the scheme of pyelonephritis treatment during pregnancy.