

УДК 618.888

В.И. Журавлева, В.С. Курятникова, Ф.М. Сабирова (Казань). Клинические аспекты применения препарата депо-провера

Планирование семьи и сохранение здоровья женщины являются важнейшими проблемами современной медицины. Высокая частота абортотворений, связанных с ними, делают актуальной задачу изыскания наиболее эффективных и безопасных методов предупреждения беременности, в том числе за счет надежной и безопасной контрацепции у женщин позднего репродуктивного возраста.

В странах Западной Европы 50% женщин в возрасте от 40 до 45 лет и 30% в возрасте от 45 до 54 лет сексуально активны, у них сохранен менструальный цикл, они способны к зачатию и потому нуждаются в надежной контрацепции.

В последние годы признано, что наиболее эффективным методом предохранения от непланируемой беременности является гормональная контрацепция, а одним из направлений в развитии гормональной контрацепции — внедрение в клиническую практику препаратов пролонгированного действия. Наиболее распространен препарат депо-провера 150, представляющий собой инъекционный контрацептив, содержащий медросекпрогестерона ацетат — производное прогестерона.

В отделении планирования семьи и репродукции Республиканской клинической больницы оценивались эффективность и приемлемость препарата депо-провера 150 у 76 пациенток позднего репродуктивного возраста. У женщин 1-й группы (37) имели место миома тела матки, эндометриоз, гиперпластические процессы эндометрия, фиброзно-кистозная мастопатия; у женщин 2-й группы (37) состояние эндометрия и молочных желез было нормальным.

Перед назначением препарата и в динамике его использования (через 3, 6, 9, 12 мес) у пациенток было проведено обследование состояния молочных желез (УЗИ или бесконтрастная маммография), матки (УЗИ), эндометрия (вакуум-аспирация — пайпель-диагностика или диагностическое выскабливание полости матки). В результате применения данного препарата у 100% пациенток отмечен контрацептивный эффект.

Важно отметить положительное действие препарата на гиперпластические процессы в эндометрии и молочных железах, на рост миомы тела матки и эндометриоз. Так, на фоне применения депо-провера 150 рост миомы тела матки прекратился у 20 (80%) пациенток. У всех больных, страдавших эндометриозом, исчез болевой синдром, у одной пациентки уменьшились размеры эндометриозной кисты (перед хирургическим лечением). В 60% случаев отмечен регресс гиперпластических процессов в молочных железах после 3—4 инъекций депо-провера 150.

Наиболее частыми побочными реакциями были нарушения менструального цикла в первые 3—4 месяца применения препарата. В некоторых случаях у пациенток нагребали молочные желе-

зы, снижалось либидо, появлялась тошнота. У одной женщины масса тела увеличилась за один месяц на 3,5 кг, причем исходная масса ее тела превышала 90 кг.

К четвертому месяцу применения депо-провера каких-либо выраженных побочных реакций не наблюдалось уже у большинства женщин.

Таким образом, полученные данные подтверждают высокую контрацептивную эффективность и приемлемость депо-провера 150, особенно у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия, молочных желез, миомой тела матки и эндометриозом.

УДК 616.831.9+616.831+616.833]-002—031.14—08

А.А. Назипов, Р.М. Гизатуллин, Н.А. Маскина, Т.А. Агямова, Н.Г. Агишев (Казань— Набережные Челны). Случай успешного лечения менингоэнцефалопирадикулоневрита вирусного происхождения

В этиологии поражения нервной системы с развитием энцефаломелитов ведущую роль отводят вирусам, в том числе вирусам гриппа. Клиническая картина поражения нервной системы при гриппе чрезвычайно полиморфна, причем частота и формы поражения варьируют также при отдельных вспышках эпидемий гриппа. По литературным данным, поражения нервной системы при гриппе диагностируются лишь у 0,3% заболевших, то есть относительно редко. Однако при эпидемии гриппа абсолютное число больных с подобными осложнениями может возрастать. Приводим наше наблюдение.

Больной Г., 10 лет, поступил в отделение острых респираторных вирусных инфекций инфекционной больницы 17.04.1997 г. на 6-й день болезни. Диагноз при поступлении — серозный менингит. Больной жаловался на высокую температуру до 39°C, сильный озноб, головную боль, боль в глазных яблоках, рвоту, не связанную с приемом пищи, общую слабость.

Заболел остро с подъема температуры от субфебрильной до 39°C, на фоне которой присоединились головная боль без определенной локализации и рвота. На 3-й день болезни на губах появились герпетические высыпания. Лечился амбулаторно, принимая жаропонижающие средства, без эффекта.

В 1-е сутки стационарного лечения больной продолжал жаловаться на слабость, выраженную головную боль, боль в глазных яблоках, неоднократную рвоту. Из объективных признаков обращали на себя внимание гиперемия кожных покровов, а при осмотре ротовой полости — зернистая гиперемия задней поверхности глотки. При неврологическом исследовании выявлены слабо выраженная ригидность затылочных мышц, гиперестезия в сочетании со снижением брюшных рефлексов. Исследование спинномозговой жидкости (СМЖ) показало умеренный цитоз с преобладанием лимфоцитов.

В первые дни проводилась посиндромная терапия (антибиотики, дезинтоксикация и дегидратация салуретиками и маннитом). На 8-й день

заболевания больной получал в качестве иммуномодулятора циклоферон в дозе 2 мл внутримышечно. В эти же дни неврологическая симптоматика осложнилась: наряду с сохранением сознания, выраженной гипертермией и головной болью, появились боли в области позвоночника одновременно с дальнейшим нарастанием ригидности затылочных мышц, задержкой мочеиспускания.

На 10-й день в связи с оглушенностью сознания и повышением температуры до 40°C больной был переведен в ОРИТ, где у него возникло психомоторное возбуждение с бредом и галлюцинацией. Имела место выраженная очаговая симптоматика: мигание век, горизонтальный нистагм, девиация языка влево, опущение угла рта слева. Зрачки были равномерно расширены, их реакция на свет сохранялась. На фоне гипертермии выявлялась относительная брадикардия — 80—90 уд/мин. Конечности на ощупь были необычно прохладные. Наблюдалось тахипноэ — 32 в 1 мин.

Таким образом, у больного клинически определялись симптомы отека и набухания головного мозга. Комплексное лечение включало противоотечную терапию мозга (маннит и лазикс в общепринятых дозах), краниальную гипотермию, инфузионную терапию до 1 л/сут (реополиглюкин, гемодез, растворы глюкозы), гормональное лечение (преднизолон 5 мг/кг), витамины, циклоферон внутривенно по 2 мл в течение 5 дней, иммуноглобулин по 3 дозы внутримышечно 2 раза в сутки, ноотропы и, кроме того, постоянно оксигенотерапию. Лабораторный анализ периферической крови показал относительно лейкопению.

В последующие два дня к перечисленным выше симптомам присоединилась бульбарная симптоматика — гнусавость голоса, нарушение глотания, повышенная саливация и обильное отделяемое из носа и глотки. На ликворограмме обнаружен выраженный цитоз, а в периферической крови — увеличенная СОЭ (28 мм/ч) и умеренная гемоконцентрация.

К 12-му дню состояние больного продолжало ухудшаться: появились сопор с сохранением реакции на болевой раздражитель, расстройство движений нижней половины туловища (нижняя параплегия со снижением брюшных рефлексов). В СМЖ содержание белка — 1,88 г/л, глюкозы — 2,2 ммоль/л, цитоз — 214.

На 13-й день болезни из носоглоточных смывов был выделен возбудитель гриппа А. Назначен противовирусный препарат — зовиракс по 250 мг по 3 раза в сутки внутривенно капельно в течение 3 дней. К 14-му дню болезни бульбарные нарушения продолжали нарастать — рефлексы глотки отсутствовали. Дыхание было поверхностным. В то же время существенных нарушений со

стороны сердечно-сосудистой системы не обнаруживалось: ЧСС — от 80 до 100 уд/мин, АД — в пределах 90/60 мм Hg. Из СМЖ выделены вирусы А1, А3, В и парагриппа. С учетом неадекватности дыхания больному после интубации трахеи была начата ИВЛ аппаратом «ВАВИЛЕК» в режиме умеренной гипервентиляции кислородно-воздушной смесью.

На 16-й день болезни отмечались полная акнезия, гипотония мышц нижних конечностей с отсутствием в них сухожильных рефлексов (в том числе брюшных и кремастерных) и с их сохранением в руках. Дыхательных движений не было.

В последующие дни заболевания — с 17 по 24-й — состояние больного было стабильно тяжелым с очаговой и бульбарной симптоматикой, тетраплегией, дисфункцией тазовых органов. С 19-го дня заболевания были назначены прозерин и дибазол в возрастных дозировках. Во время пребывания больного в ОРИТ проведен сеанс плазмафереза.

На 24-й день от начала заболевания у больного появились элементы сознания: стал открывать глаза (взгляд осмысленный), выполнять команды, появились признаки самостоятельного дыхания, однако неврологическая симптоматика оставалась на прежнем уровне. На 26-й день болезни очаговая симптоматика, горизонтальный нистагм, легкая асимметрия глазных шей и тетраплегия сохранялись. На следующий день, в связи с появлением самостоятельного адекватного дыхания и реакции на интубационную трубку, больной был экстубирован и по рекомендации невропатолога переведен для дальнейшего лечения в неврологическое отделение. Компьютерная томография черепа показала отсутствие структурных изменений головного мозга. Дальнейший исход заболевания был благоприятным. Восстановление функций тазовых органов и всех видов чувствительности на фоне отсутствия психических расстройств произошло на 35-й день заболевания.

В связи с полиморфизмом клинической и неврологической симптоматики диагностика подобного заболевания представляет значительные трудности. Дифференциальная диагностика у данного больного проводилась с учетом клинико-эпидемиологических предпосылок и ряда сходных по отдельным признакам таких заболеваний, как энтеровирусная инфекция, клещевой энцефалит, герпетическая инфекция, полиомиелит и др. Таким образом, своевременно поставленный правильный диагноз позволил нам эффективно применить современную комплексную патогенетическую терапию с благоприятным отделенным результатом. Нет сомнения в том, что наилучшие результаты лечения подобных осложнений могут быть достигнуты только в специализированных отделениях реанимации и интенсивной терапии.