

НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНЫХ, ХЛАМИДИЙНЫХ И УРЕАПЛАЗМЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ

Широкое распространение хламидийной, уреоплазменной и ЦМВ-инфекций требует разработки и внедрения новых доступных методов диагностики и лечения этих заболеваний.

Целью работы явилось определение эффективности нового серологического метода диагностики хламидиоза, уреоплазмоза и ЦМВ-инфекции.

Было обследовано 76 женщин, обратившихся по поводу нарушений репродуктивной функции. Обследуемые были разделены на 2 группы: 1-52 женщины с первичным и вторичным бесплодием; II-группа – 24 женщины с привычным невынашиванием, неразвивающейся беременностью. Контрольной группой являлись 15 здоровых женщин.

Для диагностики хламидийной, уреоплазменной и ЦМВ-инфекций применяли серологический метод – реакцию гемагглютинации антигенов на эритроцитах больного (РГАЭр). Диагностическим считался титр 1:10. При выявлении у женщины этих заболеваний проводилось обследование и лечение ее партнера. Кроме того проводились: УЗИ, тесты функциональной диагностики, гормональные и рентгенологические методы.

Клиническая симптоматика заболеваний была скудной и только у 36% женщин проявлялась белями. Результаты серологических исследований выявили у 42,1% женщин наличие только хламидиозной инфекции, а у 57,9% смешанную инфекцию (хлами-

дийную, уреоплазмозную и ЦМВ) в различных сочетаниях.

Титры антигенов колебались в пределах 1:20 и 1:40 и в 100% случаев выявлялись у обоих партнеров. Проводилось комплексное этиотропное, общеукрепляющее лечение, иммуномодулирующая и зубиотическая терапия не менее 3-х курсов. Контроль эффективности лечения определяли с помощью РГАЭр, которая была отрицательной в 82% у обоих партнеров.

Вывод: РГАЭр является эффективным методом диагностики и контроля эффективности лечения хламидиоза, уреоплазмоза и ЦМВ-инфекции.

БЕРЛЕВ И.В., КОЧЕРОВЕЦ В.И.,
КИРА Е.Ф.

Военно-медицинская академия,
кафедра акушерства и гинекологии,
Санкт-Петербург

ФАРМЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭУБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Бактериальный вагиноз является наиболее частой формой дисбиотических нарушений микроэкологии влагалища при беременности. Лечение бактериального вагиноза требует информированности об этиологии и патогенезе этого заболевания и строгой индивидуализации в выборе методов и средств.

К препаратам выбора в лечении бактериального вагиноза относятся метронидазол и клиндамицин, высокоэффективные в отношении анаэробных бактерий. Однако существенными недостатками этого лечения являются возникновение рецидивов заболевания (12,7% случаев) и кандидозного вульвовагинита (27,4%) вследствие местного применения антимикробных средств. Данное обстоятельство требует применения дополнительного лечения антимикотическими препаратами, что значительно удлиняет курс проводимого лечения и его стоимость для пациента. С учетом этого нами предложен двухэтапный метод лечения, основным принципом которого яв-

ляется создание оптимальных физиологических условий влагалищной среды и восстановление микробиоценоза. Зная этиологию бактериального вагиноза, на первом этапе лечения проводилась местная антибактериальная терапия (метронидазол, клиндамицин, фосфат), назначались молочная кислота для снижения рН, по показаниям иммунокорректоры, эстрогены, ингибиторы простагландинов и антигистаминные препараты. Вторым этапом предусматривалось использование бактериальных биологических препаратов: лактобактерина, ацилакта, бифидумбактерина.

Определение затратной эффективности медикаментозной терапии бактериального вагиноза у беременных включало оценку двух показателей: чистый доход от лечения (т.е. разницу между стоимостью нового лекарственного препарата и экономией медицинских ресурсов, которая может быть достигнута при его использовании) и медицинскую эффективность (т.е. число наблюдений эффективного лечения).

Перед началом исследования определяли возможность сравнения популяций пациентов и методов фармакотерапии.

Нами обследовано 156 беременных женщин. Первую (основную) группу (98 женщин) составили пациентки, которые на первом этапе лечения получали вагинальный крем «Далацин» (2% крем клиндамицина фосфата фирмы «Апджон» США) в виде влагалищных аппликаций на ночь в течение 3 дней. Вторым этапом начинался сразу после окончания первого. Его проводили перед сном в течение 10 дней. Он включал инстилляцию во влагалище 3% раствора молочной или борной кислоты с экспозицией 15 минут с последующим введением во влагалище лакто- и бифидобактерина и ацилакта (по 5 доз). Продолжительность лечения составляла 10 дней. Инстилляцией влагалища молочной (борной) кислотой являлись физиологически оправданным способом, так как, выравнивая рН, обеспечивали оптимальные условия «приживаемос-