

## 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 antimicrobных средств. Данное обстоятельство требует применения дополнительного лечения antimicrobическими 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 клиндамицин фосфата фирмы «Апджон» США) в виде влагалищных аппликаций на ночь в течение 3 дней. Второй этап 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-

ти" лакто- и бифидобактерий. Во вторую (сравнительную) группу вошли беременные (58 женщин) которым проводили только первый этап лечения. Проведение сравнительного анализа лечения БВ показало высокую эффективность местного применения 2% далацин-вагинального крема в сочетании с эубиотиками. Клиническое выздоровление и нормализация лабораторных показателей наблюдалась у 92,9% в первой и 88,1% пациенток второй групп ( $p > 0,05$ ).

Через месяц после окончания лече-

ния стойкий клинический эффект отмечен у 89,2% - первой и 64,3% женщин второй групп. Следует отметить, что ни в одном случае в основной группе обследованных не было микотического вульвовагинита, тогда как в группе сравнения это состояние выявлено у 12 женщин (21,3% случаев). При вагинальном применении 2% крема клиндамицина фосфата, 3% раствора молочной (борной) кислоты, эубиотиков (лакто- и бифидобактерий) не наблюдалось аллергических или побочных реакций.

Таким образом, проведенные исследования показали, что рациональная фармакотерапия бактериального вагиноза у беременных, включающая в себя применение эубиотиков, позволяет снизить частоту развития рецидивов заболевания и возникновение микотического вульвовагинита, что значительно сокращает расходы из бюджета здравоохранения. Эубиотики обладают высокой затратной эффективностью при лечении бактериального вагиноза у беременных и обеспечивают высокий эффект при меньших затратах.

**БЕРЛЕВ И.В.**

Кафедра акушерства и гинекологии  
Военно-медицинской академии,  
Санкт-Петербург

## ПРИМЕНЕНИЕ ВИЛЬПРАФЕНА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Проблема лечения неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов при беременности остается одной из наиболее сложных в акушерской практике. Это обусловлено целым рядом причин: изменение метаболизма в организме беременной, что влияет на фармакокинетику лекарственных веществ, возникновение лекарственной резистентности микробов, ограничение в назначении антимикробных препаратов беременным женщинам.

Целью нашего исследования явилось изучить эффективность применения вильпрафена у беременных с урогенитальной формой хламидиоза.

Вильпрафен использован у 20 женщин при сроках беременности 14 – 20 недель в дозе 500 мг два раза в сутки. В течении 15 дней.

С целью выяснения показаний к антимикробной терапии всем больным до начала лечения проводилось полное

бактериологическое обследование содержимого влагалища, цервикального канала, уретры. Для определения чувствительности выделенных микроорганизмов использовались стандартные бумажные тест-диски фирмы Oxoid (Англия). Контрольные исследования выполнялись на следующий день после лечения и спустя 3-4 недели.

Все пациентки отмечали хорошую переносимость препарата. Лишь в двух случаях отмечалась умеренная тошнота. Не отмечено общих аллергических реакций. Гематологические и биохимические показатели крови не изменялись.

У всех беременных прослежено течение беременности, родов и послеродового периода. Основным осложнением при беременности была угроза прерывания. Эта патология отмечена у 87% обследованных. Симптомы этого состояния исчезали после курса антибактериальной терапии. Неблагопри-

ятного влияния препарата на состояние плода и новорожденного не зарегистрировано. Контрольные исследования показали, что хламидийная инфекция излечена у всех наблюдаемых женщин. Однако, у двух беременных в ходе их динамического наблюдения возник рецидив заболевания, что потребовало проведение повторного курса антимикробного лечения.

Таким образом, благодаря высокой эффективности, хорошей переносимости, отсутствию побочных эффектов, - вильпрафен может быть рекомендован в качестве антибактериального препарата при урогенитальных инфекциях у беременных. Вместе с тем, использование препарата у беременных возможно при тщательной оценке пользы и риска. Применение данного препарата целесообразно в сроки беременности после 14 недель, когда завершен процесс органогенеза.

**ДОНСКОВ В.В., АНАНЬЕВ Н.В.**

Кафедра факультетской хирургии  
с курсом урологии  
Санкт-Петербургской  
государственной педиатрической  
медицинской академии

## ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

С целью изучения возможностей современных методов исследования в диагностике воспалительных заболеваний почек, нами представлен опыт диагностики стадий и форм пиелонефрита с помощью УЗИ, КТ, тепловидения у 106 больных с по-

дозрением на гнойный процесс в почке.

УЗИ в 80,7% наблюдений позволило судить о его стадии, КТ в 93%. В дифференциальной диагностике абсцесса почки, апостематозного нефрита, пионефроза разрешаю-

щая возможность УЗИ и КТ приблизилась к 100%. Наибольшие сложности отмечены в диагностике карбункула, который визуализирован при УЗИ в 50%, а КТ в 54% случаев. Только по данным КТ был выявлен эмфизематозный пиелонеф-