

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-