

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-

рит. Тепловизионное исследование констатировало наличие воспалительного процесса в почке и забрюшинном пространстве, диагноз острого пиелонефрита был установлен у 86% больных. Однако данное исследование не выявляло признаков характерных для стадий и

форм пиелонефрита.

Таким образом, УЗИ и КТ высокоинформативны в диагностике серозного и гнойного пиелонефрита. На основании тепловизионного исследования в большинстве случаев можно выявить воспалительный процесс в области почек, но диффе-

ренцировать стадии и тем более формы пиелонефрита, не представляется возможным.

Чувствительность КТ в диагностике пиелонефрита превышает 90%, УЗИ 80%. Тепловидение является вспомогательным методом исследования.

ИВАНЮТА Л.И., БЕЛИС Н.И.

Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, Киев, Украина

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ КАК ОДИН ИЗ ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ БЕСПЛОДИЯ (ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

Цель. Проведено обследование и лечение 2012 пациенток с бесплодием. Средний возраст женщин составил $26,5 \pm 2,3$ года, продолжительность бесплодия была $4,5 \pm 1,3$ года; первичное бесплодие было у 51,8%, вторичное - у 48,2% случаев.

Методы. Для выяснения этиологического фактора бесплодия проводились рентгенологические (МСГ и СТГ), телевидеоотросальпингографическое, сонографическое, тепловизионное, эндоскопическое (лапароскопия и гистероскопия) методы обследования. Кроме этого, изучался качественный и количественный микробиоценоз гениталий, гормональные и иммунологический гомеостаз.

Результаты. Проведенные обследования свидетельствуют, что в

83,7% случаев у этих же больных основной причиной бесплодия был воспалительный процесс гениталий, в 65,4% случаев обнаружен спаечный процесс органов малого таза III-IV степени. В 43,3% воспаление сочеталось с поликистозом яичников, в 30,4% с эндометриозом, в 11,3% - с фибромиомой матки. В 16,3% на первый план выступали гормональные нарушения (недостаточность обеих фаз менструального цикла, ановуляция, гиперпролактинемия в сочетании с гипофункцией яичников, синдром преждевременного истощения яичников). У 1,2% причиной бесплодия были аномалии развития внутренних половых органов (двурогая матка, перегородка матки). После установления факторов бесплодия на I этапе лечения проводилась комплексная

противовоспалительная терапия, включающая мужжополисахариды, рациональную антибиотикотерапию, десенсибилизирующую, витамин-, энзимо- и физиотерапию, зубиотики и лазерную терапию.

Обсуждение. Проведенное лечение в 40,2% случаев привело к наступлению беременности на протяжении первых 6-12 месяцев. В случае отсутствия беременности в последующем проводилась индивидуальная коррекция имеющихся нарушений: эндоскопическое лечение, микрохирургическое, гормональное или иммунологическое.

Выводы. Таким образом, своевременная и адекватная диагностика бесплодия с правильным подходом в лечении дает возможность получить положительные результаты уже после одного курса обследования и лечения.

ИЛЮК Т.А.

Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, Киев

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Цель - изучение частоты инфекционно-воспалительных заболеваний гениталий у женщин с различными формами эндокринного бесплодия.

Методы: микроскопия нативного и окрашенного по Романовскому-Гимзе препарата соскоба слизистой уретры и цервикального канала, содержимого заднего свода влагалища; определение антител IgG к хламидиям, трихомонадам, цитомегаловирусу; полимеразная цепная реакция (ПЦР) для определения ДНК трихомонад, хламидий, уреоплазм, микоплазм, гонококков, гарднерелл, цитомегаловируса, вируса простого герпе-

са 1-го и 2-го типов; трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза.

Результаты: у 52 (100%) обследованных женщин с эндокринным бесплодием обнаружены инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), хронический воспалительный процесс в области придатков матки. Трихомониаз диагностирован у 50 (96,1%) пациенток, хламидиоз - у 42 (80,8%) обследованных, уреоплазменная инфекция - у 39 (75%) женщин, микоплазменная - у 39 (75%), гонорейная - у 9 (17,3%), анаэробная - у 32 (61,5%), вирусная - у 51 (98,1%) пациентки. Смешанные

инфекции выявлены у 49 (94,2%) обследованных, моноинфекция - у 3 (5,8%) женщин.

Обсуждение: Урогенитальные инфекции вызывают воспалительные изменения в генитальном тракте женщины, что отрицательно сказывается на фертильности. Широкое распространение ИППП у пациенток с различными формами эндокринного бесплодия, позволяет сделать вывод о низкой частоте чистых форм эндокринного бесплодия. В случае наличия ИППП при СПКЯ, гиперпролактинемии, гипоталамическом синдроме, АГС речь идет о сочетанной форме первичного или вторичного