

чевого пузыря, длительность ремиссии) показателям.

Результаты.

После проведения лечения в I группе больных:

- болевой симптом был купирован у 53,62%;
- частота мочеиспусканий сократилась до 10 раз в сутки у 53,62%;
- эффективный объем мочеиспускания увеличился до 150 мл у 46,38%;
- физиологическая емкость мочевого пузыря достигла 350 мл у 44,93%;
- максимальный цистометрический объем увеличился на 19%;
- детрузорное давление снизилось на 20%;

· длительность ремиссии составила 12 месяцев.

Во II группе больных после лечения:

- болевой симптом сохранился у 93,33%;
- частота мочеиспусканий сократилась до 10 раз в сутки у 6,67%;
- эффективный объем мочеиспускания увеличился до 150 мл у 3,33%;
- емкость мочевого пузыря возросла до 300 мл у 26,67%;
- цистометрический объем увеличился на 8%;
- детрузорное давление снизилось на 9%;
- длительность ремиссии составила 3-4 месяца.

Обсуждение. Результаты проведенного исследования позволяют включить метод эндовезикального ионофореза в комплексное лечение больных с хроническим рецидивирующим циститом.

Выводы. Эндовезикальный лекарственный ионофорез является методом выбора в лечении больных хроническим рецидивирующим циститом с сохраненной емкостью мочевого пузыря.

ЭЛИ позволяет купировать болевой симптом, увеличивать интервалы между мочеиспусканиями, продлевает период ремиссии в 3-4 раза.

**КУЛАВСКИЙ В.А.,
НАСЫРОВА С.Ф.**

Башкирский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии ИПО, Уфа, РБ, Россия

РОЛЬ ЗППП В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ПСЕВДОЭРОЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ И ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

За последние годы отмечается значительный рост ЗППП, их роль в патологии мочеполовых органов, в частности имеет место частое сочетание инфекции мочевыводящих путей и патологии шейки матки у нерожавших женщин.

В работе поставлена цель – провести сравнительный анализ частоты встречаемости инфекций, передающихся половым путем в мочеполовых органах у больных с псевдоэрозией шейки матки и здоровых пациенток. Для достижения поставленной задачи проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 105 нерожавших женщин с псевдоэрозией шейки матки в возрасте от 16 до 30 лет. Контрольную группу

составили 30 практически здоровых пациенток того же возраста.

Результаты проведенных исследований показали, что в 76,1% случаях псевдоэрозия шейки матки встречалась на фоне клинически выраженного кольпита и в 11,3% сопровождалась явлениями цистита и уретрита. Расширенное микробиологическое исследование микрофлоры уретры и шейки матки показало, что частота встречаемости хламидий в цервикальном канале больных с псевдоэрозией шейки матки составила 50,4%, в уретре - 20,0%, что значительно выше, чем у гинекологически здоровых женщин (16,6% и 2,1% соответственно). Микоплазмы и уреаплазмы обнаружены в цервикальном

канале пациенток основной группы в 26,6%; в уретре - у 20,0%; в контрольной группе - у 13,3% и 10%. Гонококки с одинаковой частотой обнаружены в цервикальном канале и уретре больных с псевдоэрозией - в 3,8% случаев; в контрольной группе указанная инфекция выявлена не была. Ассоциации хламидий, микоплазм, гонококков выявлены у 3,5% пациенток с псевдоэрозией.

Таким образом, ЗППП играют большую роль в этиопатогенезе псевдоэрозий и инфекций мочевых органов у нерожавших женщин, что следует учитывать при клинико-диагностическом обследовании данного контингента женщин и выборе лечебных мероприятий.

ЛЕНЦНЕР А.А., ЛЕНЦНЕР Х.П.

Тартуский Университет,
Тарту, Эстония

ВОЗМОЖНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОБИОТИКОВ ИЗ ЛАКТОБАЦИЛЛ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Сегодня можно считать уже аксиомой весьма существенную роль лактофлоры влагалища, впервые описанной более ста лет тому назад А.Дёдерлейном и В.В.Строгановым, в защите женского организма от всевозможных

инфекций. Хорошо известны и пробиотики (эубиотики) из лактобацилл. Однако наблюдаемый в наши дни весьма существенный рост заболеваемости инфекционно-воспалительными заболеваниями мочеполовой системы

ставляет искать возможности дальнейшего повышения качества соответствующих препаратов. Эффективность пробиотиков в первую очередь зависит от биологических свойств и происхождения производственных штаммов

лактобацилл. Немаловажное значение имеет также технология производства препарата. Хорошо известен вагинальный штамм *L.fermentum* 90-TS-4, входящий в пробиотик лактобактерин, выделенный нами более 30 лет тому назад.

Из биологических свойств немаловажное значение имеет адгезивность лактобацилл к влажной эпителию. В результате проведенных исследований из вышеуказанного штамма отобран вариант, названный штаммом *L.fermentum* 90-TS-4 (21), обладающий весьма высокими адгезивными свойствами (патент RU 2133272 С1, один из соавторов

Ленцнер А.А.). Очень важна сохранность жизнеспособности и наиболее важных биологических свойств лактобацилл как в ходе производства пробиотиков, так и при введении его в организм. Углубленное изучение этого вопроса позволило разработать методику производства пробиотиков из *L.fermentum* 90-TS-4, согласно которой биомасса бактерий иммобилизована на альгинате кальция (патент RU 2020932 С1, один из соавторов Ленцнер А.А. и Х.П.). При такой технологии сохраняется адгезивность лактобацилл, их полная жизнеспособность даже при прохождении через же-

лудочный барьер. Несомненно заслуживает внимания создание пробиотиков, содержащих штаммы лактобацилл с высокой антагонистической активностью лишь относительно определенного болезнетворного микроорганизма, в частности кандид. Возможность найти такие штаммы нами уже показана.

Резюмируя вышеизложенное следует подчеркнуть, что исследования в области пробиотиков из лактобацилл открывают все новые возможности дальнейшего усовершенствования этих столь нужных лечебно-профилактических препаратов.

МИРЗАБАЛАЕВА А.К.

НИИ медицинской микологии
им.П.Н.Кашкина СПб МАПО

КАНДИДОЗ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН – ПОДХОДЫ К СТАНДАРТИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Вагинальный кандидоз (наиболее частая клиническая форма генитального кандидоза) относится к числу распространенных заболеваний. Частота его в последнее десятилетие возросла в два раза и составляет 45% в структуре инфекционной патологии нижнего отдела женских половых органов. Особую тревогу вызывает то, что повсеместно увеличивается число больных генитальным кандидозом представляет опасность как для здоровья женщины, так и для плода и новорожденного, реально увеличивая угрозу здоровья будущего поколения. В РФ в 1993г. выявлено 113894 случаев этого заболевания, а в 1999 г. – 312749. Часто остаются невыясненными причины, приводящие к иммунным и гормональным нарушениям в состоянии вагинального эпителия, патогенез при хронических формах генитального кандидоза окончательно не изучен. Диагностика данного заболевания не очень сложна, тем не менее, в работе врачей различных лечебных учреждений часто встречаются диагностические ошибки. Обнаружение дрожжевых клеток, которое может быть признаком кан-

дидоносительства, трактуется как микотический процесс и определяет дальнейшую лечебную тактику. Неоправданное назначение антимикотических препаратов препятствует поиску возбудителей других урогенитальных инфекций, что приводит к отсутствию клинического эффекта. Не проводят микологического исследования патологического материала для видовой идентификации грибов рода *Candida*. Лечение антибактериальными и антипротистозидными средствами может привести к осложнениям в виде недиагностированного и нелеченного кандидоза. Если же диагноз обоснован, обычно проводят один или два курса терапии, что при хронической форме инфекции недостаточно и способствует возникновению рецидивирующих форм заболевания.

В женских консультациях при типичной картине на слизистых оболочках вагины, вульвы можно ограничиться методом цитологического исследования окрашенных мазков по Романовскому-Гимзе. Диагностическим критерием является обнаружение псевдомицелия или/и вегетирующих форм гриба *Candida*. В случаях хрони-

ческого течения заболевания (рецидивы четыре и более раз в год) обязательно микологическое исследование с определением видовой принадлежности гриба *Candida*. При микологическом исследовании диагностически значимые показатели роста грибов – 1×10^4 КОЕ/мл – 1×10^6 КОЕ/мл вагинального секрета. В тех случаях, когда больные безуспешно лечились разными антифунгальными препаратами, показано определение чувствительности выделенного штамма гриба к различным антимикотическим препаратам.

Лечение острого кандидозного вульвовагинита должно быть проведено местными антимикотическими средствами (вагинальные таблетки, свечи, кремы, мази). Применяют полиеновые антибиотики (нистатин, леворин, пимафуцин) и имидазольные препараты (клотримазол, эконазол, миконазол, изоконазол). При сочетанных кандидо-бактериальных и кандидо-трихомонадных вульвовагинитах может быть применен КЛИОН Д (вагинальные таблетки) в течение 10 дней. Эффективность имидазольных препаратов выше, чем полиеновых из-за