

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 влажному 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 C1, 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 C1, 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 антипротистозными 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 хронического 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

более широкого спектра их действия (по результатам многоцентровых европейских исследований – соответственно 80–95 % и 70–80 %). Продолжительность местной терапии от 6 до 14 дней. Альтернативное лечение – флуконазол 150 мг однократно, итраконазол 200 мг 2 раза в день (1 день).

При хроническом вульвовагините часто возникают рецидивы, причины которых недостаточно изучены. За основу стандартизации подходов к лечению данного заболевания считаем целесообразным принять методiku поддерживающей терапии – лечение антимикотическими препаратами в течение 6 месяцев: флукона-

зол 100 мг – 1 раз в неделю, итраконазол 400 мг – 1 раз в месяц, клотримазол (вагинальные свечи) 600 мг в неделю.

Во время беременности для лечения кандидозного вагинита следует применять только местные антимикотические средства.

При распространенных формах кандидоза слизистых оболочек показаны индивидуализированные схемы применения системных антимикотиков (флуконазол, итраконазол) в среднетерапевтических дозах 14–30 дней.

Для лечения сочетанных форм урогенитальной инфекции (кандидоз, хламидиоз, трихомониаз, бактериальный вагиноз и т.д.) нами разработаны схемы одно-

временного применения системных антимикотиков и антибактериальных препаратов.

Таким образом, своевременная диагностика генитального кандидоза, местная терапия при острых формах, длительная поддерживающая антимикотическая терапия при хроническом процессе (в сочетании с патогенетическим и иммуномодулирующим лечением, направленным на устранение факторов риска) способствуют стойкому клиническому эффекту. Для разработки стандартизации лечения хронических форм генитального кандидоза у женщин необходимы дальнейшие исследования.

НИЦОВИЧ Р.М., ГАРБУЗОВА И.В.,
НИЦОВИЧ И.Р.

Буковинская государственная
медицинская академия,
Украина

РОЛЬ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В БЕСПЛОДИИ В БРАКЕ

В литературе выделяют микоплазму, как основной инфекционный агент в ассоциации микроорганизмов, которые ведут к бесплодию у мужчин и женщин. Для уточнения роли уреаплазмы в возникновении бесплодия нами было обследовано 53 бесплодные супружеские пары. У женщин кроме общеклинического применяли рентгенологическое исследование, кольпоскопию, у мужчин исследовали нативную

сперму. У женщин проводили скарификационную пробу со спермой мужа и определяли феномен спермолиза. Наличие *I. urealiticum* установлено у 19 (35,5%) женщин и 17 (31,8%) мужчин. Первичное бесплодие отмечалось у 35 (65,2%), вторичное у 18 (34,8%) супружеских пар, в группе больных микоплазмозом – соответственно у 37 (69,8%) и 16 (30,2%). При исследовании повышенный лизис сперматозои-

дов во влагалище отмечался у 16 женщин (60%) исследуемой группы. У больных мужчин чаще всего отмечалась гипокинезия сперматозоидов со снижением подвижных форм до 38%. Таким образом, микоплазменная инфекция у женщин вызывает воспалительные изменения в маточных трубах, а у мужчин – микоплазменное поражение сперматозоидов, что ведет к бесплодию.

ПОДОЛЬСКИЙ В.В.,
ДРОНОВА В.Л.

ИПАГ АМН Украины,
Киев

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

В настоящее время хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов являются наиболее распространенными в гинекологической практике.

Различный видовой спектр микроорганизмов потребовал дальнейшего развития фармакологических изысканий с целью получения новых, более мощных поколений антибиотиков, которые с успехом используются для лечения возбудителей хронических воспалительных заболеваний женских половых органов.

Однако, следует отметить, что у большинства таких антибиотиков имеется широкий спектр противопоказаний. Это делает их невозможными или ограничено возможными к применению в том или ином случае.

В то же время большинство практикующих акушер-гинекологов в своей практической деятельности отмечают, что только применение антибиотикотерапии не дает полного эффекта этой группы заболеваний.

Все вышесказанное заставляет

ученых многих стран искать новые пути в лечении заболеваний передающихся половым путем.

Цель изучить возможности применения препаратов Мертвого моря для лечения хронических неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов.

Методы: иммунологические (показатели неспецифического и аутоиммунитета), микробиологические (бактериология, бактериоскопические, иммуноферментные генетические). В динамике лечения