

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 ведёт 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

обследовано 100 женщин с различными хроническими неспецифическими воспалительными заболеваниями женских половых органов.

Результаты для лечения, в комплексной антибактериальной терапии использовали препарат "Квартет солей" в виде орошений влагалища.

После проведенной терапии у 97% нормализовались показатели неспецифического и аутоиммунитета, а у 98% пролеченных в контрольных микробиологических анализах проведенных через один месяц после лечения, патогенной микрофлоры не выявлено.

Выводы: Высокая эффектив-

ность, подтвержденная клиническими и специальными методами обследования позволяет рекомендовать для использования в комплексной терапии препарат "Квартет солей".

**ПРИЛЕПСКАЯ В.Н.,
БЫКОВСКАЯ О.В.**

НЦ АГ и П РАМН,
Москва

РОЛЬ УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ЦЕРВИЦИТА

Среди возбудителей урогенитальных инфекций в настоящее время наибольший удельный вес занимают уреа- и микоплазмы. Они служат причиной воспалительных заболеваний гениталий в 2-3 раза чаще, чем гонорея и сифилис.

Учитывая то, что патогенные свойства уреаплазм определяются их адгезивностью и длительной персистенцией на мембране клеток хозяина, можно предположить, что в шейке матки при уреаплазменной инфекции возникают патологические изменения. По данным разных исследователей частота выявления уреаплазм в качестве моноинфекции при эндоцервицитах составляет 37,9%. Однако особенности цервицитов при уреаплазменной инфекции практически не изучены.

Цель исследования: изучить влияние уреаплазменной инфекции на состояние экзо- и эндоцервикса, клинические особенности заболевания.

Методы обследования:

1. Общеклинические.
2. УЗИ органов малого таза.
3. Бактериоскопическое исследование влагалищного мазка.
4. Цитологическое исследование мазков с шейки матки (Papanicolaou test).
5. Расширенная кольпоскопия.
6. Определение микоплазм, уреаплазм, хламидий, ВПГ, ЦМВ в содержимом цервикального канала культуральным методом.
7. Определение микоплазм, уреаплазм, хламидий в содержимом цервикального канала методом ПЦР.
8. Биопсия шейки матки (по показаниям).
9. Цервикоскопия с выскабливанием слизистой оболочки цервикального канала (по показаниям).
10. Морфологическое исследование соскобов цервикального канала и биоптатов шейки матки.

Объектом исследования явились 50 женщин репродуктивного возраста с хроническим цервици-

том. Факторы риска инфицирования *U.urealyticum* - молодой возраст, раннее начало половой жизни, большое количество половых партнеров, роды в анамнезе. В 27,4% *U.urealyticum* выделена в сочетании с условно-патогенной флорой (1 гр.), 2 гр. - *U.urealyticum* выделена в сочетании с другими ИППП. В ходе лечения применяли этиотропную (доксциклин, ровамицин, макропен, клаксид, офлоксацин) и патогенетическую (иммуномодуляторы, адаптогены) терапию в течение 10 дней.

В итоге мы пришли к выводу, что в комплексе с прочими ИППП степень значимости *U.urealyticum* в развитии цервицита спорна, однако как моноинфекция *U.urealyticum* может играть ключевую роль в развитии данного заболевания и, следовательно, логической тактикой в подобных ситуациях является лечение, направленное на ликвидацию данного инфекционного агента.

САВИЧЕВА А.М., СЕЛИМЯН Н.К.

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА УРЕТРИТОВ У ЖЕНЩИН

Уретрит является наиболее распространенным заболеванием мочепускающего канала у женщин в возрасте от 20 до 50 лет.

Целью нашего исследования было изучение этиологии уретритов у женщин. Всего обследованы 122 женщины

с установленным диагнозом уретрита (75 беременных и 47 небеременных).

Материалами для микробиологического исследования служили отделяемое уретры, I и II порции утренней свободно выпущенной мочи. У всех женщин моча была мутной, содержала

уретральные нити. При выраженном воспалительном процессе уретральные нити были длинные и быстро опускались на дно пробирки со свежесвыделенной мочой. Более мутной была I порция мочи. При микроскопии оценивался осадок I и II порции мочи. В осадке I пор-