

го пузыря. У 6 (24,07%) женщин при ультразвуковом исследовании почек выявлено их удвоение, у 3 (12,0%) - нефроптоз I-II степени (подтверждены внутривенной урографией мочевыводящих путей в положении

лежа и стоя), у 1 (4,0%) - гемангиома почки.

Приведенные наблюдения свидетельствуют о необходимости комплексного клинического, микробиологического, ультразвукового, уретро-

цистоскопического, урофлоуметрического обследования женщин с уретритом для установления причины заболевания и назначения своевременной этиотропной и патогенетической терапии.

СЕМЕНЮК А.А., БАСКАКОВ В.П.
ЦМСЧ-122,
С-Петербург

ВОСХОДЯЩИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Актуальность проблемы восходящей инфекции в урогинекологической практике может быть объяснена как особенностью самой нозологии, которая при несвоевременном или неадекватном лечении может приводить к тяжёлым последствиям для здоровья женщины, так и тяжестью ведущего заболевания, являющегося причиной нежелательных осложнений.

Пиелонефрит, как известно, встречается у женщин значительно чаще, чем у мужчин, причём при сопоставлении данных литературы разных лет выявляется постоянно растущее преобладание женщин среди больных пиелонефритом. О роли гинекологических заболеваний в патогенезе пиелонефрита свидетельствуют исследования В.А.Геворкова и А.Л.Шабада (1978). При изучении анамнеза 119 женщин, страдающих хроническим пиелонефритом, гинекологические заболевания отмечены у 54 (45,4%), при этом у 38 больных совпала сторона поражения почек и гениталий и у 14 (т.е. в 3 реже) не совпала. На основании этих данных авторы считают развитие пиелонефрита у гинекологических больных не случайностью, а закономерным последствием патологического процесса в гениталиях. Помимо нарушений уродинамики обструктивного типа, гинекологические заболевания (в частности эндометриоз) могут вызывать пузырно-мочеточниково-лоханочные рефлюксы, также играющие роль в патогенезе пиелонефрита.

По мнению В.А.Кулавского (1974), наличие каналикулярной, лимфо- и гематогенной связи между половой и мочевой системами у женщин создаёт благоприятные условия для распространения инфекции.

Учитывая бесспорную роль мик-

робного фактора в этиологии пиелонефрита и наряду с этим относительно низкую эффективность при нём антибактериальных препаратов, многие исследователи считают, что прогрессирование заболевания связано со снижением активности защитных факторов организма.

В ЦМСЧ №122 с 1985 по 2000 год под наблюдением находилось 156 женщин, у которых после оперативного лечения по поводу генитального эндометриоза выявлено наличие инфекции мочевых путей, потребовавшее проведения комплекса лечебных мероприятий.

Из 156 больных с изолированным аденомиозом матки было 20 больных, с сочетанием аденомиоза матки и эндометриоза яичников - 108, с ретроцервикальным эндометриозом - 56, у 10 больных было отмечено вовлечение в процесс крестцово-маточных связок, у 14 - в процесс вовлечена прямая кишка, у 56 женщин отмечено вовлечение в процесс нижних отделов мочеточников, у 7 - мочевого пузыря.

Оперативное лечение проведено всем 156 пациенткам. Гистологически диагноз эндометриоза подтверждён у 144 (89,8%) из всех прооперированных больных.

Для инфекции верхних мочевых путей характерно появление двух ведущих симптомов - повышение температуры тела, болевого синдрома в поясничной области с той либо другой стороны. Обычно заболевание начинается с озноба, недомогания, лихорадки до 39 - 40° С. Больные предъявляют жалобы на головную боль, общую слабость, разбитость жажду отсутствие аппетита, а иногда - тошноту, рвоту, вздутие живота. Боли, как правило, тупые и носят постоянный, а не иррадирующий характер.

У 156 женщин болевой синдром с той либо другой стороны был отмечен у 148 (94,9%), повышение температуры тела до субфебрильных цифр у 136 (87,2%), до 39 - 40° С - 47 (30,1%). Практически у всех пациенток отмечены явления интоксикации, выражающиеся в учащении пульса, слабости, потливости, отсутствии аппетита. Начало заболевания проявилось в сроки от 3 до 5 дней после оперативного лечения по поводу генитального эндометриоза.

Учащение в последние годы восходящего пиелонефрита после перенесённых гинекологических операций (в частности, эндометриоза) обусловлено не столько улучшением диагностики, сколько возросшей вирулентностью микроорганизмов вследствие нерациональной антибактериальной терапии. В связи с этим ведущим звеном при лечении пиелонефрита следует считать антибактериальную терапию, включающую применение антибиотиков, антибактериальных химиопрепаратов и антисептиков. Рациональная антибактериальная терапия основана на выделении возбудителя, изучении его чувствительности к антибактериальным препаратам, возможности создания эффективных концентраций лекарственного средства в крови и поражённом органе. Не следует забывать, что проведение адекватной антибактериальной терапии должно осуществляться на фоне нормального пассажа мочи, который при необходимости может быть достигнут посредством позиционной дренирующей терапии, включающей в себя катетеризацию почки, установку катетера-стента, чрезкожную пункционную нефростомию. Из 156 женщин катетеризация почки была выполне-

на у 4-х; установка катетера-стен-та – у 6; пункционная нефростомия – у 2 (%).

Помимо антибактериальной терапии при лечении восходящей инфекции широко применяем такие методы лечения как эферентная терапия, иммунномодулирующая терапия.

Как и другие авторы, мы критериями выздоровления считаем, помимо клинического эффекта (прекращение боли, нормализация t° тела), исчезновение лейкоцитурии и бактериурии. Однако, “выздоровление” это может быть относительным, так как многие нефроны к этому времени

оказываются замещенными рубцовой тканью. Улучшением считаем при положительном клиническом эффекте прекращение лейкоцитурии при возможно оставшейся бактериурии, что было достигнуто у 100% больных.

СОЗАЕВА Л.Г., НАЗАРОВА Е.К., НАЗАРОВА С.В.

Российская Медицинская Академия последипломного образования МЗ РФ
Москва

КОРРЕКЦИЯ ЭУБИОЗА ВАГИНАЛЬНОГО БИОТОПА СПОРОВЫМИ ПРОБИОТИКАМИ

Бактериальный вагиноз (БВ) – наиболее распространенное инфекционное заболевание среди женщин репродуктивного возраста. Пациентки с БВ составляют группу риска в возникновении инфекционных осложнений при беременности, в родах, а также после хирургических вмешательств на гениталиях.

Лечение БВ остается одной из актуальных проблем медицины. Широко применяемые с этой целью антибиотики и химиопрепараты наряду с положительным воздействием на течение заболевания, вызывают и побочные эффекты – аллергические реакции, появление антибиотикоустойчивых форм микроорганизмов, развитие или усугубление дисбиоза влагалища. Для лечения БВ все чаще используют пробиотики, представляющие собой живые микробные культуры лактобацилл и бифидобактерий (лактобактерин, ацилакт, бифидумбактерин). Однако монотерапия пробиотиками этих групп не оказывается эффективной в 100%, а в комбинации БВ с вульвовагинальным кандидозом провоцирует ухудшение течения кандидоза.

Появление новых препаратов из

группы споровых пробиотиков (биоспорин, споробактерин) позволило решить эту проблему. Споровые пробиотики обладают антагонистической активностью по отношению к широкому спектру аэробной и анаэробной патогенной и условнопатогенной микрофлоры. Они также потенцируют рост резидентной микрофлоры в биотопах, а филогенетическая близость к лактобактериям позволяет рекомендовать эти препараты для коррекции нормоценоза.

В связи с этим для лечения влагалищных инфекций, осложненных дисбиозом, нами рекомендована 2-х этапная схема лечения: 1 этап – деконтаминация (антибактериальная терапия препаратами с антианаэробной активностью – метронидазол, тиберал, клиндамицин) перорально или интравагинально от 5 до 7 дней; 2 этап – коррекция (восстановление нормальной микрофлоры влагалища пробиотиками (биоспорин, споробактерин и т.д.). Препараты назначают перорально. При вульвовагинальном кандидозе – интравагинально в виде аппликаций. Перорально принимают по 2 дозы 2

раза в день за 30 минут до еды в течение 10-15 дней. Для вагинальных аппликаций содержимое одного флакона (2 дозы) растворяют в 5 мл физиологического раствора или дистиллированной воды и полученной взвесью препарата пропитывают марлевый тампон и вводят интравагинально с экспозицией 3-6 часов. Курс лечения – 5-10 дней с 8 дня менструального цикла. Лабораторный контроль эффективности лечения БВ следует проводить на 5-6 сутки после окончания этиотропной терапии. Наиболее информативными и доступными для этих целей являются следующие экспресс-тесты: микроскопия окрашенных мазков по Романовскому-Гимза, Граму и др. (обнаружение ключевых клеток)*; аминный тест с 10% раствором щелочи, рН-метрия влагалищного отделяемого.

Для профилактики и лечения кандидоза рекомендуется назначение споровых пробиотиков по выше предложенным схемам, т.к. это практически единственные препараты, обладающие высокой антагонистической активностью в отношении грибов р.Кандида.

ТИХОМИРОВА Н.И., ШАХОВА О.Б.

Отделение острых гинекологических заболеваний НИИ скорой помощи им.Н.В. Склифосовского, Москва

СПОСОБ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛЕНИЯ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Воспалительные заболевания органов малого таза различной этиологии выявляют у 60-65% гинекологических больных, обращающихся в женскую консультацию, из них 20-30% нуждаются в стационарном лечении. Многие воспалительные заболевания женских поло-

вых органов носят стертый характер, без выраженных признаков интоксикации. Существующие способы диагностики воспалительных заболеваний органов малого таза (УЗИ, бактериологическое исследование, определение титра антител возбудителя, лапарос-

копия) требуют длительного времени, многие методы являются инвазивными и не всегда отвечают требованиям urgentной гинекологии. Оценить уровень интоксикации по содержанию среднемолекулярных пептидов (СМП) в сыворотке крови представляется возмож-