

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 своротке крови представляется возмож-