

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  $t^{\circ}$  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-

ным далеко не во всех случаях, так как по нашим данным у больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза без признаков пельвиоперитонита уровень СМП в сыворотке крови близок к норме.

С целью расширения клинико-лабораторных исследований биологических жидкостей человека для получения более объективных данных о физиологических и патофизиологических процессах нами предложен способ биохимического исследования влагалищного отделяемого (приоритетная справка на изобретение № 99110778 и № 99110829 от 01.06.1999 г.).

Задачей исследования явилась разработка способа неинвазивной диагностики воспаления у гинекологических больных.

Обследовано 58 больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза, находившихся на лечении в клинике острых гинекологических заболеваний и 42 женщины без признаков воспалительного процесса. Диагностику воспаления проводили по значениям показателя СМП в отделяемом влагалища после специальной подготовки спектрофотометрическим методом при длине волны 254 нм. (исследования проведены научным сотрудником кли-

нико-биохимической лаборатории Сыромятниковой Е.Д.).

В результате проведенных исследований получены данные о среднемoleкулярном статусе влагалищного отделяемого здоровых женщин, эти значения не превышали величины 0,200 ед. оптической плотности. У больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза уровень СМП влагалищного отделяемого находился выше величины 0,300 ед. оптической плотности.

Таким образом, предложенный метод может быть использован для быстрой неинвазивной диагностики воспалительных заболеваний

**ХАЙДАРИВА М.К.**

Кафедра акушерства и гинекологии имени акад. И.З. Закирова СамМИ, Самарканд, Узбекистан

## РОЛЬ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ БЕСПЛОДИЯ

Инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовой системы являются одной из частых причин женского бесплодия. Данные многих авторов свидетельствуют о тесной связи частоты бесплодия и количества перенесенных в прошлом воспалительных процессов органов малого таза. По данным Ж.Кейт (1988), L. Westrem (1988) при одном обострении острого воспалительного процесса репродуктивная функция остается intactной у 97% больных, а при повторных агаках частота бесплодия прогрессивно увеличивается и достигает 75%. В этой связи мы изучили роль воспалительных заболеваний мочеполовой системы в развитии бесплодия у 122 женщин, поступивших в акушерский комплекс клиники СамМИ и имевших до наступления настоящей беременности бесплодие. Возраст женщин колебался от 20 до 42 лет, в среднем  $27,3 \pm 0,4$ . Средняя длительность бесплодия составила  $5,1 \pm 0,7$  года.

Бесплодие уходит своими корнями о глубокое детство. Среди изученных женщин 40 (23,8%) перенесли детские инфекционные заболевания (корь, скарлатина, паротит), что могло быть предрасполагающим фактором к развитию в дальнейшем инфантилизма, снижению реактивности организма.

В анамнезе воспалительные заболевания гениталий имели 82 (67,2%) женщин, среди которых хронические сальпингоофариты были у 65 (53,3%), метрознодометриты у 10 (8,2%), эндоцервициты и эрозия шейки матки у 7 (5,7%) женщин. Недоразвитие половых органов имело место 34 (27,8%), у 12 (9,8%) женщин вторичное бесплодие возникло после искусственных абортов и самопроизвольных выкидышей, у 3 (2,4%) - после цистэктомии яичника. У 2 (2,6%) женщин вторичное бесплодие наступило после односторонней сальпинго-

эктомии по поводу внематочной беременности. Неразвивающуюся беременность в I триместре беременности имели 2 (1,6%) женщин.

Выявлена значительная частота экстрагенитальных заболеваний. Так, у 46 (37,7%) отмечались простудные заболевания, у 12 (9,8%) имелся хронический тонзиллит, у 12 (9,8%) - хронический пиелонефрит, 12 (9,8%) перенесли аппендэктомию и 14 (11,5%) человек страдали ожирением.

Необходимо подчеркнуть, что нередко все перечисленные патологические состояния чаще сочетались у одних и тех же женщин и обуславливали премор» бидный фон, который явился причиной бесплодия.

Таким образом, представленные данные указывают, что перенесенные воспалительные заболевания органов мочеполовой системы, отклонения развития и функции половых органов могут явиться причиной бесплодия.

**ЩУКИН Д.В., МЕГЕРА В.В.**

Медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЦИСТИТА

**Цель:** Интерстициальный цистит (ИЦ) является одной из причин синдрома нижних мочевых путей с неясной этиологией, патогенезом и лечебными подходами. Целью исследования явилось изучение

диагностических критериев и эффективность различных лечебных методик в отношении ИЦ.

**Материал и методы:** В исследование было включено 47 пациенток с жалобами на боли в надлобковой об-

ласти и промежности (95%), дизурию (100%) и никтурию (72%) при отсутствии воспалительных изменений в общем анализе мочи и отрицательных результатах бак. посева мочи. Средний возраст пациенток