

ренесением в анамнезе гепатитом — диета и гепатопротекторы.

При выявлении психотравмирующих ситуаций как основной причины МКПП проводилось лечение у психотерапевта и психоневролога.

С целью регуляции менструального цикла назначалась физиотерапия по фазам цикла или рефлексотерапия. У пациенток с гиперплазией эндометрия применяли в течение 3 мес низко- и мик-родозированные КОК (регулон, новинет) по контрацептивной схеме. У девочек с гипозэстрагенией предпочтительнее назначение гестагенов во второй половине цикла.

Задачей III этапа являлась реабилитация гипо-таламо-гипофизарной системы, которая заключалась в проведении в течение 2 лет не менее двух курсов дегидратационной терапии каждый год.

С целью стимуляции гипоталамо-гипофизарной системы (ребаунд-синдрома) назначали низкодозированный КОК (регулон) с 5-го дня менструального цикла по 1 таблетке 21 день — 4 цикла в год (1 раз в 3 мес).

Нормализация менструальной функции наступила у 86% больных, у которых ребаунд-эффект выражался в увеличении содержания ФСГ и ЛГ, двухфазном характере ректальной температуры. Достоверным признаком восстановления регуля-

ции менструальной функции явилась регрессия поликистоза яичников у 80% девочек.

Данный метод позволил избежать гиперплазии эндометрия (по данным контрольных УЗИ) у всех пациенток и рецидива МК у 120 (96%).

Таким образом, ювенильные МК являются сложным полиэтиологическим заболеванием, требующим длительной этапной реабилитации с целью профилактики рецидива и нарушений репродуктивной функции в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипина Н. Н. Состояние репродуктивного здоровья девочек и девушек в условиях Европейского Севера: Авто-реф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1998.
2. Баишмакова Н. В., Черданцева Г. А., Кучумова О. Ю. // Материалы V Рос. форума "Мать и дитя". — М., 2003. — С. 295-296.
3. Гуркин Ю. А. Гинекология подростков: Руководство для врачей. — СПб., 2000.
4. Коколина В. Ф. Гинекология детского и подросткового возраста. — М., 2006.
5. Кулаков В. И., Уварова Е. В. Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития. - М., 2004.
6. Уварова Е. В., Веселова Н. М., Мешкова И. П. и др. // Рус. мед. журн. - 2005. - Т. 13, № 1. - С. 48-51.

Поступила 01.07.09

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 618.396-039.41-06:618.146-002.2]-08

И. А. САЛОВ¹, Н. Ф. ХВОРОСТУХИНА¹, Т. Г. БИНЫЯШ², А. С. ГУЛЯЕВ², Ю. М. РАЙГОРОДСКИЙ³

КОМПЛЕКСНАЯ ПРЕДГРАВИДАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА

¹ГОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет; ²Санаторий "Мыс Видный" РЖД, Сочи; ³000 "ТРИМА", Саратов

Авторы обосновали целесообразность магнитолазерной терапии по брюшино-цервикальной методике в комбинации с ВАЦ-01-терапией у женщин с привычным невынашиванием беременности (ПНБ) на фоне хламидийного цервицита. Исследования проведены у 98 женщин с ПНБ в возрасте 22—36 лет, у которых в соскобах из уретры и/или цервикально-го канала присутствовала C. trachomatis. Включение магнитолазерной терапии по брюшино-цервикальной методике одновременно с цервикальным электрофорезом раствора химотрипсина и димексида после цервикального вибромассажа и вакуум-аспирации позволяет повысить иммунный статус как организма в целом, так и мочеполовых органов. Комплексное лечение по модернизированной схеме позволило увеличить частоту наступления беременности с благоприятным исходом на 16,3% по сравнению с группой контроля. Использование аппарата АМУС-01-"ИНТРАМАГ" совместно с приставкой "ВАЦ-01" и аппаратом "ЛАСТ-02" в комплексном лечении женщин с ПНБ инфекционно-воспалительной этиологии эффективно при отсутствии побочных эффектов.

Ключевые слова: уrogenитальный хламидиоз, привычное невынашивание беременности, магнито-лазерная терапия.

I. A. Salov¹, N. F. Khvorostukhina¹, T. G. Bin yash², A. S. Gulyaev², Yu. M. Raigorodsky³ COMPLEX PREGRAVID PREPARATION OF WOMEN WITH HABITUAL MISCARRIAGE IN THE PRESENCE OF CHRONIC CERVITIS

¹Saratov State Medical University; ²"Mys Vidnyi" Sanatorium, RZhd, Sochi; ³000 "TRIMA", Saratov

The authors provide evidence for the expediency of magnetic laser therapy by the abdominal cervical procedure in combination with therapy by using a cervical vibroaspirator (VATs-01) in women with habitual miscarriage (HM) in the presence of Chlamydia cervitis. Ninety-eight 22-to-36-year-old women with HM whose urethral and/or cervical curettage specimens contained C. trachomatis were examined. Addition of magnetic laser therapy by the abdominal cervical procedure simultaneously with cervical electrophoresis with chymotrypsin and dimexide after cervical vibromassage and vacuum aspiration allows the body's immunity to be enhanced both as a whole and in the urogenital system. Complex therapy by the updated scheme could increase the rate of pregnancies with a good outcome by 16.3% as compared with a control group. The use of an AMUS-01 "INTRAMAG" apparatus with a VATs-01 attachment and a LAST-02" apparatus in the complex treatment of women with HM of infectious and inflammatory etiology is effective, without causing adverse reactions.

Key words: urogenital chlamydiasis, habitual miscarriage, magnetic laser therapy.

В этиологии привычного невынашивания беременности возросла роль хронической бактериальной и вирусной инфекции, что обусловлено неполной элиминацией возбудителя из организма. Установлено, что частота персистенции патогенных и условно-патогенных микроорганизмов в урогени-тальных органах женщин с воспалительным генезом невынашивания беременности составляет 67% [3, 5]. На долю хламидийной инфекции и ее сочетания с другими патогенами приходится до 70% в структуре инфекций, передаваемых половым путем [7, 13].

Особое место урогенитального хламидиоза обусловлено не только его высокой распространенностью, но и большой частотой вызываемых им осложнений в виде воспалительных заболеваний органов малого таза, часто с малосимптомным течением, преимущественной локализацией в восходящих отделах половых путей, трудностями в диагностике [17]. Актуальность рассматриваемой проблемы обусловлена еще и тем, что наступление беременности возможно лишь при стойкой клинико-лабораторной и длительной (более 6 мес) ремиссии инфекции, устранении нарушений в репродуктивной системе с учетом основных факторов прерывания беременности [12].

Сложность лечения урогенитального хламидиоза связана в первую очередь с биологическими особенностями *Chlamidia trachomatis*, имеющими уникальный цикл развития и способность создавать персистирующие формы, не чувствительные к действию системных антибиотиков [7, 18]. Такие формы возникают при воздействии антибиотиков, не показанных при хламидиозе (пенициллин, цефа-лоспорины), или при использовании короткого курса приема противохламидийных препаратов. В связи с этим актуальна оптимизация местных методик санации восходящих отделов половых путей при рациональном сочетании с системной анти-биотикотерапией.

На это указывает и частое выявление "резервуаров" инфекции в подслизистой оболочке церви-кального канала, локализованных в криптах и на-ботовых кистах [14, 16].

Важным условием правильной подготовки к беременности является нормализация иммунного и интерферонового статуса пациентки.

Появившиеся в последние годы перспективные методы санации очагов инфекции эндоцервикса с помощью аппаратного комплекса АМУС-01-"ИНТРАМАГ" [10, 16] не используют все его возможности с точки зрения иммунного статуса больной, что особенно важно при урогенитальном хламидиозе. Иммунодефицитные состояния, с одной стороны, предшествуют заболеванию, с другой — усугубляются с приемом антибиотиков и развитием

дисбактериоза. Использование медикаментозной иммунокоррекции создает угрозу развития аутоиммунных процессов, иммунопатологических состояний, в том числе болезни Рейтера [9].

Среди физических факторов местного действия выраженным иммунокорригирующим действием обладают низкоинтенсивное лазерное излучение [6] и бегущее магнитное поле [4, 11]. Конструктивные особенности комплекса АМУС-01-"ИНТРА-МАГ" позволяют сочетать оба эти воздействия с целью получения синергического эффекта, а также комбинировать их с вагинально-цервикальной виброаспирацией и последующим электрофорезом [10, 16].

Целью работы явилось клинико-иммунологическое обоснование усовершенствованной методики предгравидальной подготовки женщин с хламидийной инфекцией путем проведения эндоцерви-кальной виброаспирации (ВАЦ-01-терапия) с последующим электрофорезом с использованием магнито- и лазеротерапии с помощью аппаратного комплекса АМУС-01-"ИНТРАМАГ".

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 98 женщин с привычным невынашиванием беременности в возрасте от 22 до 36 лет, в анамнезе которых имел место урогенитальный хламидиоз или *S. trachomatis* выявлена в соскобах из уретры и цервикального канала. При микробиологическом исследовании использованы методы прямой иммунофлюоресценции и полимеразной цепной реакции. В первом случае использовали наборы "Хламоскин" (ЗАО "Ниармедик Плюс", Москва), во втором — тест-системы "Амплисенс *S. trachomatis*" (ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора).

У 75 (76,5%) пациенток в анамнезе имелось 2 прерывания беременности, у 23 (23,4%) — 3 и более. У 96,9% больных с хламидиозом диагностирован цервицит. Признаки хронического метрэндо-метрита (по данным УЗИ, гистероскопии) выявлены у 76,5% обследованных. В большинстве (67,3%) случаев это сопровождалось снижением функции яичников и проявлялось недостаточностью лютеи-новой фазы цикла.

Из общего числа больных у 63 (64,2%) *S. trachomatis* была ассоциирована с другими возбудителями: у 46 (46,9%) выявлены трихомонады, у 17 (17,3%) — уреали микоплазмы, у 9 (9,1%) — гарднереллы. Для обнаружения *Trichomonas vaginalis* проводили микроскопическое исследование с окрашиванием по Граму.

С учетом того, что на состояние иммунитета оказывает влияние любой патологический процесс, критерием исключения из исследования являлось наличие экстрагенитальной патологии.

В исследование не включены больные, принимавшие гормональные или антиоксидантные препараты менее чем за 3 мес до начала исследования, пациентки с дисгормональными и предраковыми состояниями шейки матки [8]. На момент обследования все больные находились в стадии клинико-лабораторной ремиссии заболевания.

Для корреспонденции:

Сапов Игорь Аркадьевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ГОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет

Адрес: 410012 Саратов, ул. Большая Казачья, д. 112

Тел.: (8452) 51-51-21

E-mail: meduniv@med.sgu.ru

Выделены 3 группы пациенток. Из них контрольную группу ($n = 30$) составили женщины, получавшие базисное лечение в виде пульс-антибиотикотерапии сумамедом 1 г 1 раз в сутки на 1, 7, 14-й дни [15], циклоферон по 2 мл подкожно в течение 10 дней, витамины, пробиотики (20 дней).

В 1-ю группу ($n = 33$) вошли больные, которые на фоне базисной получали ВАЦ-01-терапию в виде эндоцервикального вибромассажа и вакуум-аспирации с последующим электрофорезом 0,005% раствора химотрипсина с 20% раствором димексида [10, 16]. Обе последовательно проводимые процедуры реализуются с помощью приставки "ВАЦ-01" (виброаспиратор цервикальный) из состава комплекса АМУС-01-"ИНТРАМАГ" (ООО "ТРИМА", Саратов) в соответствии с инструкцией по ее эксплуатации.

Во 2-ю группу ($n = 35$) вошли больные, которые получали аналогичное лечение одновременно проводимой магнитолазерной терапией по брюшно-цервикальной методике. При этом гибкий световод из прозрачного материала аппарата "ЛАСТ-02" (из состава комплекса АМУС-01-"ИНТРАМАГ") вводили внутрь вагинально-цервикального катетера. Дистальный конец катетера при электрофорезе располагали в первой и средней трети цервикального канала, оба призматических излучателя бегущего магнитного поля (БМП) располагали в брюшной проекции шейки и тела матки. Призматические излучатели БМП (из состава комплекса) накладывали поверх пассивного электрода. Это помимо магнитотерапии обеспечивало хороший электрический контакт при электрофорезе. Активным электродом служил спиральный проводник внутри катетера. Его соединяли с отрицательным полюсом, пассивный — с положительным. Силу тока устанавливали на уровне 5—10 мА с учетом субъективных ощущений пациентки. Для повышения эффективности воздействия частоту модуляции БМП постепенно увеличивали, начиная от 1 до 10 Гц, режим пульсирующий с частотой 100 Гц. Лазерное излучение красной области спектра ($\gamma = 0,63$ мкм), мощность 5—6 мВт. Частота модуляции лазерного луча менялась в диапазоне 0—10 Гц, повторяя характер изменения частоты модуляции БМП. Курс — 10—13 процедур, экспозиция 15—20 мин.

Физиотерапию назначали в первую фазу цикла после окончания менструации.

Перед началом лечения урогенитального хламидиоза все больные со смешанной трихомонадной инфекцией получили противотрихомонадную терапию на аппаратном комплексе АМУС-01-"ИНТРАМАГ" с использованием приставки "ВАЦ-01". Процедуры виброаспирации чередовали с орошением перекисью водорода (3%), затем проводили электрофорез метронидазола эндоцервикально. Перорально назначали тинидазол (2 г).

У всех пациенток до и после лечения в крови определяли количество лимфоцитов, несущих маркеры дифференцировки CD3, CD4, CD8, CD19, иммунорегуляторный индекс (ИРИ — CD4/CD8), уровень сывороточных иммуноглобулинов классов G, A, M. Концентрацию циркулирующих иммун-

ных комплексов (ЦИК) определяли фотометрическим методом [5].

Материалом для исследования местного иммунитета служила цервикальная слизь. В ней определяли содержание интерлейкинов (ИЛ-1 α , ИЛ-1 β , ИЛ-8), фактора некроза опухоли α (ФНО α) и интерферона- γ (ИФН- γ) методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов ООО "Цитокин" (Санкт-Петербург). Результаты иммунологического исследования сравнивали с показателями у здоровых добровольцев ($n = 15$).

Все исследования проводили до начала лечения и спустя 2 нед после его окончания. Длительность наблюдения составила 1 год.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows и критериев Стьюдента, Манна—Уитни.

Результаты исследования и обсуждение

Основное противохламидийное лечение начинали только после окончательной санации сопутствующей трихомонадной инфекции. Из 46 больных с *T. vaginalis* противотрихомонадная терапия оказалась эффективной у 40. У 6 пациенток проведен повторный курс со сменой препарата.

Следует отметить, что первые 1—2 сеанса цервикальной виброаспирации, проведенные в рамках основного лечения, выявили наличие в аспирате сопутствующей инфекции дополнительно у 8 (8,1%) больных: у 4 обнаружены трихомонады, у 3 — уреоплазмы и у 1 — микоплазмы. Лабораторные исследования выявили наличие атипичных (безжгутиковых) форм *T. vaginalis*, характерных для хронических форм заболевания или при ее носительстве.

Клинико-бактериологическая эффективность проведенной терапии в разных группах была различной. В контрольной группе по завершении курса лечения как клиническое, так и этиологическое излечение зарегистрировано у 26 (86,6%) больных, в 1-й группе - у 31 (93,9%), во 2-й - у 35 (100%) женщин.

При иммунологическом исследовании сыворотки крови больных до лечения выявлен дефицит как клеточного, так и гуморального звена иммунитета (табл. 1). В результате лечения во всех группах наблюдалась стимуляция лимфоцитов, что свидетельствует об активации Т- и В-клеточного иммунитета. При этом степень активации была более выражена во 2-й группе. Содержание клеток CD3 и CD4 увеличилось соответственно на 22,6 и 33,4% (против 6,0 и 10,5% в контрольной группе), что привело к нормализации ИРИ. В 1-й группе относительное содержание Т-хелперов увеличилось в среднем на 15%.

Среднее число CD8-клеток во 2-й группе увеличилось на 24,5% против 15 и 6% в 1-й и контрольной группах соответственно.

Уровень ЦИК является наиболее информативным показателем, характеризующим эффективность гуморального иммунного ответа.

Таблица 1

Показатели иммунного статуса у женщин с привычным невынашиванием беременности на фоне урогенитального хламидиоза до и после лечения

Показатель	Группа			
	здоровые (n = 15)	1-я (n = 30)	2-я (n = 33)	контрольная (n = 35)
CD3, %	59,35 ± 1,31	<u>52,18 ± 1,64</u> 58,65 ± 1,38	<u>49,66 ± 1,85</u> 60,88 ± 2,06**	<u>51,62 ± 1,38</u> 54,71 ± 1,46*
CD4, %	44,33 ± 1,65	<u>30,14 ± 1,23</u> 36,80 ± 1,45*	<u>30,48 ± 1,44</u> 40,65 ± 1,68**	<u>29,94 ± 1,68</u> 33,03 ± 1,26*
CD8, %	26,15 ± 1,28	<u>18,56 ± 0,96</u> 21,27 ± 0,65	<u>18,12 ± 0,84</u> 22,55 ± 0,98**	<u>18,46 ± 1,06</u> 19,58 ± 0,65
ИРИ	1,8 ± 0,02	<u>1,62 ± 0,04</u> 1,72 ± 0,06**	<u>1,68 ± 0,46</u> 1,80 ± 0,64**	<u>1,62 ± 0,46</u> 1,68 ± 0,68
CD19, %	12,36 ± 0,41	<u>16,28 ± 0,84</u> 14,16 ± 0,82*	<u>16,44 ± 0,92</u> 12,98 ± 0,62	<u>15,92 ± 0,69</u> 14,59 ± 0,72*
IgG, г/л	13,28 ± 0,35	<u>9,63 ± 0,2</u> 9,75 ± 0,1**	<u>8,76 ± 0,32</u> 9,98 ± 0,41**	<u>9,23 ± 0,33</u> 8,71 ± 0,45
IgA, г/л	1,88 ± 0,12	<u>3,52 ± 0,16</u> 3,06 ± 0,12	<u>3,14 ± 0,08</u> 2,67 ± 0,06**	<u>2,96 ± 0,04</u> 2,84 ± 0,05
IgM, г/л	1,54 ± 0,02	<u>1,56 ± 0,2</u> 1,59 ± 0,06	<u>1,59 ± 0,11</u> 1,42 ± 0,16**	<u>1,61 ± 0,14</u> 1,59 ± 0,08
ЦИК, усл. ед.	32,15 ± 1,13	<u>34,4 ± 2,51</u> 35,9 ± 2,85	<u>39,12 ± 3,42</u> 52,73 ± 2,85**	<u>31,52 ± 4,3</u> 35,41 ± 3,8*

Примечание. Здесь и в табл. 2: * — p < 0,05 по сравнению со здоровыми; ** — p < 0,05 по сравнению с контролем. В числителе — до лечения, в знаменателе — после лечения.

В состав ЦИК помимо иммуноглобулинов входят, как правило, бактериальные компоненты, поэтому повышение ЦИК рассматривается как клинически неблагоприятный признак.

Во всех трех группах женщин уровень ЦИК находился в пределах физиологической нормы. Однако в результате магнитолазерной терапии уровень ЦИК повысился на 34,8%, что можно объяснить ускорением формирования новых иммунных комплексов с одновременным ростом их элиминации за счет стимуляции поглотительной способности фагоцитов под влиянием магнитолазерной терапии. В других группах уровень ЦИК не претерпел достоверных изменений.

Одновременно у этих же больных 2-й группы содержание IgG достоверно увеличилось на 14,8% (в 1-й группе наметилась тенденция к увеличению, в контрольной — фактически не изменилось), а IgA и IgM — уменьшилось на 14,8 и 10,7% соответственно.

С учетом главенствующей роли IgG в гуморальном иммунном ответе можно говорить об иммуномодулирующем действии комплекса однонаправ-

ленных физических факторов у больных с урогенитальным хламидиозом. Учитывая значение IgM как маркера ранних стадий противобактериального ответа, снижение его концентрации во 2-й группе следует рассматривать как признак уменьшения бактериальной обсемененности и антигенной нагрузки, достигнутых в результате комплексного лечения.

Анализ системы цитокинов в цервикальной слизи до лечения выявил увеличение уровня ИЛ-8 как медиатора воспаления, при этом содержание ИЛ-1α, ИЛ-1β и ФНОα оставалось сниженным по сравнению с показателями у здоровых женщин (табл. 2).

На фоне лечения уровень противовоспалительных цитокинов в слизи заметно возрастал, особенно на фоне комплексного лечения с использованием магнитолазерной терапии, а содержание ИЛ-8 снижалось, достигая во 2-й группе показателя здоровых женщин.

Противовоспалительные цитокины являются медиаторами местной воспалительной реакции и острофазного ответа на уровне как целостного ор-

Таблица 2

Уровни цитокинов (в нг/мл) цервикального содержимого у женщин с привычным невынашиванием беременности на фоне урогенитального хламидиоза до и после лечения

Показатель	Группа			
	здоровые (n = 15)	1-я (n = 30)	2-я (n = 33)	контрольная (n = 35)
ИЛ-1α	3,21 ± 0,34	2,35 ± 0,04 2,71 ± 0,03*	2,63 ± 0,05 3,37 ± 0,67**	2,28 ± 0,03 2,53 ± 0,02
ИЛ-1β	2,15 ± 0,64	1,34 ± 0,17 1,64 ± 0,12**	1,52 ± 0,02 2,12 ± 0,24*	1,44 ± 0,12 1,58 ± 0,08*
ФНОα	2,78 ± 0,55	2,51 ± 0,44 2,93 ± 0,21	2,34 ± 0,15 2,42 ± 0,13**	2,36 ± 0,12 2,61 ± 0,04*
ИЛ-8	0,49 ± 0,13	1,04 ± 0,08 0,82 ± 0,04*	1,06 ± 0,09 0,51 ± 0,11**	1,08 ± 0,06 0,86 ± 0,05*
ИФН-γ	0,034 ± 0,003	0,019 ± 0,002 0,024 ± 0,002	0,021 ± 0,004 0,031 ± 0,008**	0,018 ± 0,003 0,020 ± 0,003

ганизма, так и репродуктивного тракта. Увеличение продукции ИФН-γ согласуется с данными об интерферониндуцирующих свойствах лазерного излучения [15].

При наблюдении в течение 1 года беременность наступила и протекала с благоприятным исходом у 28 (84,8%) женщин 2-й группы и у 21 (70%) больной 1-й группы. В контрольной группе этот исход имел место у 24 (68,5%) женщин.

Совпадение относительного числа благоприятных исходов в 1-й и контрольной группах при более высоком результате во 2-й группе объясняется, вероятно, не только лучшей иммунокоррекцией, но и вазоактивным действием магнитотерапии [1, 2], особенно БМП [11].

Улучшение микроциркуляции при воздействии БМП в сочетании с вибро- и лазеротерапией в органах малого таза способствует рассасыванию воспалительных инфильтратов, восстановлению трофики слизистой оболочки влагалища, матки и ее придатков, активации обменных и регенеративных процессов, оказывает противовоспалительное, иммуномодулирующее и антигипоксантающее действие. Все это является важным условием подготовки к беременности наряду со стойкой и длительной ремиссией инфекционного процесса.

Полученные результаты позволяют сделать вывод об эффективности ВАЦ-01-терапии в плане не только санации урогенитальных органов, но и наличия выраженных иммуномодулирующих свойств эндоцервикальной виброаспирации. В сочетании с магнитолазерной терапией результат местной иммунокоррекции имеет характер суммации эффектов или синергизма.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о высокой эффективности включения ВАЦ-01-терапии одновременно с магнито- и лазеротерапией по брюшно-цервикальной методике с помощью аппаратного комплекса АМУС-01-"ИН-

ТРАМАГ" для предгравидальной подготовки женщин с хроническим цервицитом хламидийной этиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева К. У., Кузмичев Л. Н., Смольникова В. Ю. и др. // Акуш. и гин. - 2008. — № 5. — С. 39—43.
2. Арсланян К. Э. Раннее восстановительное лечение после микрохирургических операций на маточных трубах (дифференцированное применение преформированных физических факторов): Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2007.
3. Белоусов Д. М. Предгравидальная подготовка женщин с привычным невынашиванием беременности ранних сроков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2007.
4. Глыбочко П. В., Елисеев Ю. Ю., Гольбрайх Е. Б. и др. // Вестн. дерматол. — 2005. — № 6. — С. 68—71.
5. Гринкевич Ю. А., Алферов А. Н. // Лаб. дело. — 1981. — № 8. - С. 493-496.
6. Козель А. И., Попов Г. К. // Вестн. РАМН. - 2000. - № 2. - С. 41-43.
7. Молочков В. А., Гуцин А. Е., Спирина Г. К. и др. // Рос. журн. кож. и вен. бол. — 2008. — № 2. — С. 61—64.
8. Прилепская В. Н., Рудакова Е. Б., Кононов А. В. Эктопии и эрозии шейки матки. — М., 2002.
9. Ремезов А. П., Неверов В. А., Семенов Н. В. Хламидийные инфекции (клиника, диагностика, лечение). — СПб., 1995.
10. Серов В. Н., Чураков А. А., Шаповаленко С. А. и др. // Журн. Рос. о-ва акуш.-гин. — 2004. — № 3. — С. 25—27.
11. Серов В. Н., Силантьева Е. С., Пономаренко Г. Н. и др. // Вопр. курортол. — 2007. — № 2. — С. 21—26.
12. Тютюник В. Л. // Акуш. и гин. — 2004. — № 3. - С. 54—56.
13. Халдин А. А., Иванов О. Л., Изюмова И. М., Фадеев А. А. // Рос. журн. кож. и вен. бол. — 2005. — № 6. — С. 1—4.
14. Хмельницкий О. К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки. — СПб., 1999.
15. Чеботарев В. В. // Врач. сословие. — 2006. — № 5—6. — С. 18-21.
16. Чураков А. А., Геляхова З. А., Розогина И. Е. и др. // Акуш. и гин. — 2008. — № 6. — С. 57—61.
17. Юнусова Е. И., Батыршина С. В. // Рос. журн. кож. и вен. бол. - 2008. — № 1. — С. 61-63.
18. Morton R., Kinghorn G. Genitourinary Chlamidial Infection: a Reappraisal and Hypothesis. — London, 1999. — P. 765—775.

Поступила 22.04.09

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009 УДК

615.281.03:618.1-002-022.036.8

А. М. ТОРЧИНОВ, М. В. МАЗУРКЕВИЧ, Л. Х. МУРАЧАЕВА, М. Э. ТОХТИЕВА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА САФОЦИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН

ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет

Обследована 31 женщина с наличием инфекционно-воспалительного процесса нижнего отдела половых путей, вызванного сочетанной урогенитальной инфекцией. У всех пациенток имелись клинические проявления различной степени выраженности. Наличие патогенных и/или условно-патогенных микроорганизмов в клинически значимых титрах подтверждено при лабораторном исследовании. Результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности препарата сафоцид.

Ключевые слова: урогенитальная инфекция, негонококковые цервициты, комбинированная терапия.

A. M. Torchinov, M. V. Mazurkevich, L. Kh. Murachayeva, M. E. Tokhtiyeva EFFICACY OF THE COMBINED DRUG SAFOCID IN THE TREATMENT OF FEMALE UROGENITAL INFECTIONS

Moscow State University of Medicine and Dentistry

Thirty-one women with lower genital infectious and inflammatory processes caused by mixed urogenital infection were examined. All the patients had varying clinical manifestations. The presence of pathogenic and/or opportunistic microorganisms in the clinically significant titers was verified in laboratory studies. The findings suggest that Safocid is highly effective.

Key words: urogenital infection, non-gonococcal cervicitis, combined therapy.