

реей – 27,7%, тогда как моносимптомный болевой синдром в виде альгодисменореи – 11,1%, нециклической тазовой боли – 11,1%, диспареунии – 5,5% (рис).

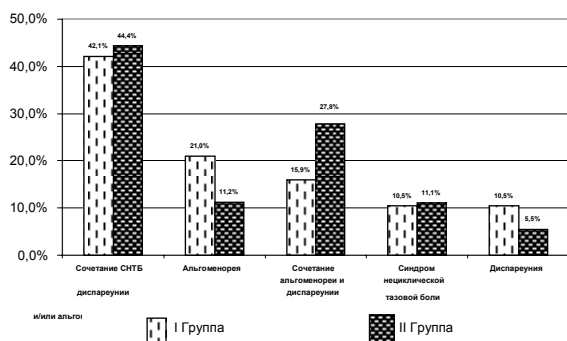


Рис. Компоненты болевого синдрома у больных с эндометриозом

Результаты 2-й части исследования показали, что симптом альгоменореи присутствовал при локализации ЭГ на брюшине малого таза в 37,5% случаев, на крестцово-маточных связках – в 37,5%, эндометриозные кисты с параовариальным спаечным процессом в ассоциации с альгоменореей – в 25% наблюдений. Диспареуния присутствовала при следующих локализациях: брюшина малого таза, крестцово-маточные связки, эндометриозные кисты с параовариальным спаечным процессом и поражение ректовагинальной перегородки – в равных долях.

Изолированный синдром нециклической тазовой боли в 50% соответствовал поражению крестцово-маточных связок и – в 50% наличию ЭГ на тазовой брюшине. Сочетание диспареунии, альгоменореи и синдрома нециклической тазовой боли в различных вариантах встречалось в 26,3% у пациенток с локализацией ЭГ на брюшине малого таза, в 26,3% – на крестцово-маточных связках, в 26,3% – больных со спаечным процессом, и у 21% – с эндометриозными кистами яичников, сочетающимися с параовариальным спаечным процессом.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что среди пациенток обеих групп не выявлено значительной разницы в наличии тазового болевого синдрома, несмотря на различную степень распространенности эндометриоза. Наши данные совпадают с описанными в литературе: действительно, в международных многоцентровых исследованиях не было выявлено положительной корреляции между стадийностью процесса и наличием болевого синдрома [6,7,8,10]. У пациенток 1 группы основными жалобами являлась нециклическая тазовая боль и болезненные менструации. Тогда как во 2 группе преобладали жалобы на диспареунию на фоне нециклической тазовой боли, что можно объяснить глубиной инвазии и спаечным процессом. Т.о. в обеих группах преобладали сочетанные формы болевого синдрома, а наиболее часто встречаемый признак – альгоменорея, что не противоречит данным литературных источников [7]. Результаты 2-й части исследования свидетельствуют о том, что нам не удалось выявить достоверно преобладающий болевой симптом, который имел бы диагностическую ценность в дооперационной диагностике топике процесса. В литературе описаны противоречивые результаты о проблеме соответствия конкретного болевого симптома и его степени тяжести с локализацией эндометриозных поражений. В одних исследованиях представлены доказательные данные о четкой зависимости этих показателей, в частности: спайки в Дугласовом пространстве ассоциированы с дисменореей, диспареуния встречается у пациенток с поражением крестцово-маточных связок, синдром нециклической тазовой боли сопутствует вовлечению кишечника, а дисхезия чаще присутствует при локализации имплантов во влагалище [8].

Единое мнение ученых существует только насчет достоверной корреляции между наличием глубокого инфильтративного эндометриоза и диспареунии, как симптома, встречающегося почти в 100% при этом варианте заболевания, и способного являться диагностическим маркером. Так же мнения большинства исследователей совпадают в вопросе отсутствия болевого синдрома при эндометриозных кистах яичников без сопутствующего спаечного процесса. Считается, что этот вариант локализации эндометриоза, имеет практически безболезненное

течение [6,7,8]. Среди пациенток, у которых отсутствовал болевой синдром, более чем у трети диагностированы изолированные эндометриозные кисты яичников. Разницу в парадоксальном несоответствии между стадией болезни и болевой симптоматикой ученые объясняют возможностью сосуществования различных механизмов генерации боли [5, 8]. В генезе болевого синдрома лежат патогенетические механизмы, связанные с активностью болезни в данный момент, и с заинтересованностью подлежащих нервных структур независимо от распространенности процесса, и с успешными сформироваться в результате былой активности патологическими нейрональными связями.

Учитывая недостаточную эффективность имеющихся методов лечения, патогенетические механизмы возникновения боли при эндометриозе требуют изучения для поисков таргетной терапии болевого синдрома, косвенных суждений о длительности существования заболевания и прогнозирования течения болезни.

Литература

1. Абдуллаева У.А., Ищенко А.И., Озген Д. // Российский вестник акушера-гинеколога. 2004. Т. 4, № 1. С. 41–45.
2. Адамьян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. М.: Медицина, 1998.
3. Глазкова О.Л. Клиническая эффективность гормональной терапии и качество жизни больных с наружным генитальным эндометриозом с синдромом хронической тазовой боли: Автореферат дис... канд. мед. наук. М., 1996.
4. Кудрина Е.А. // Гинекология. 2007. Т.9, № 3. С. 37–42.
5. Anaf V., Chapron C., El Nakadi I., De Moor V., Simonart T., Noel J.C. // Fertil. Steril. 2006. Vol 5, №86. P. 1336–1343.
6. Fauconnier A., Chapron C. // Fertil. Steril. 2002. Vol 4, №78. P. 719–726.
7. Fauconnier A., Chapron C. // Human. Reprod. 2005. Vol 6, №11. P. 595–606.
8. Sinait N., Plumb K., Cotton L. // Fertil. Steril. 2008. Vol 3, №89. P. 538–545.
9. Tokushige N., Markham R., Russell P., Fraser I.S. Nerve fibres in peritoneal endometriosis. // Hum. Reprod. 2006. Vol 11, №21. P. 3001–3007.
10. Vercellini P. et al. // Hum Reprod. 2007. Vol.1, №22. P.266.

УДК 618.15-009.611-055.28-085.615.838 (470.67)

БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ ХЛОРИДНО-СУЛЬФАТНО-НАТРИЕВЫМИ ВОДАМИ В ЛЕЧЕНИИ МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

К.М. ДУРПАЛОВА, Н. С.-М. ОМАРОВА*

По заключению комитета экспертов ВОЗ, многочисленные роды и частые беременности являются универсальными факторами риска.
Ключевые слова: бактериальный вагиноз, бальнеотерапия

Поэтому особенно актуально улучшение качества родовспоможения и предупреждения осложнений гестаций у многоплодных женщин (МРЖ) в регионах с высокой рождаемостью. По данным Министерства здравоохранения РД за 2007 г. каждая пятая женщина имела 4 и более родов. По данным С.-М. А. Омарова и Н.С.-М. Омарова (2005г.) общая заболеваемость у МРЖ в 2,5 раза выше, чем в популяции. Проблема хронических неспецифических заболеваний женских половых органов, среди которых большой удельный вес занимает вульвовагиниты и вагинозы, в настоящее время является весьма актуальной.

Бактериальный вагиноз (БВ) – общий инфекционный невоспалительный синдром, связанный с дисбиозом влагалищного биотопа и сопровождающийся чрезмерно высокой концентрацией облигатно- и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов с резким снижением или отсутствием молочнокислых бактерий в отделяемом влагалища. [1,4]

БВ у МРЖ нельзя считать безобидным патологическим состоянием. Дисплазия шейки матки, которая является предраковым заболеванием, имеет взаимосвязь с БВ [5]. Причина в том, что многие виды анаэробных бактерий вырабатывают повышенное количество нитрозаминов обладающих онкогенным действием, особенно при присоединении вируса папилломы человека. Хориоамнионит выявляется у 1% беременных – это тяжелое осложнение, угрожающее жизни матери и плода. Имеется взаи-

* 367012, Республика Дагестан, г. Махачкала, пл. Ленина, 1, Дагестанская ГМА, ДНЦ РАМН, Тел. 8(8722)78-07-09, e-mail: kamushek.80@mail.ru

мосвязь БВ с преждевременным прерыванием беременности и несвоевременным разрывом околоплодных оболочек. Риск развития этих осложнений по сравнению со здоровыми беременными увеличивается в 2,6 раза.[2]. Отмечается также взаимосвязь между наличием БВ и развитием послеродового эндометрита, в т. ч. и после кесарева сечения. Вероятность возникновения эндометрита при БВ в 10 раз выше, чем у здоровых женщин.

Широкое распространение неспецифических воспалительных заболеваний у МРЖ репродуктивного возраста, высокий риск развития большого спектра гинекологических, акушерских, перинатальных осложнений, высокая частота рецидивов заболевания, осложнений терапии обуславливают не только медицинскую, но и социальную актуальность проблемы. Множество лечебных схем, применяемых у данного контингента больных, свидетельствует об их невысокой терапевтической эффективности. Поэтому большинством исследователей главная роль отводится местному лечению вагиноза.[3,6] Как правило имеется минимальный риск побочных реакций, связанный с индивидуальной чувствительностью организма к препарату, возможность их использования у больных с экстрагенитальной патологией, быстрое проникновение в очаг воспаления, простота и удобство применения, а также ряд других преимуществ позволяют врачу уже на первых этапах лечения эффективно воздействовать на патологический процесс. В настоящее время для этиотропной терапии бактериального вагиноза обычно используют препараты с антианаэробной эффективностью. Применение этих препаратов не решило до конца проблему лечения БВ. Мы предлагаем дополнить антимикробную терапию влажными орошениями минеральной водой.

Цель работы – улучшение исходов гестации у МРЖ с БВ. Терапия БВ была призвана решить комплекс задач: облегчить состояние больной, предупредить инфекционно-воспалительные заболевания, ассоциированные с БВ, способствовать восстановлению естественной флоры влагалища, уменьшить риск осложнений и улучшить перинатальные исходы для матери и плода.

Материал и методы. Нами проведено клиническое исследование с использованием современного метода диагностики, такого как ПЦР в режиме реального времени с помощью набора реагентов «Фемофлор». Предлагаемый подход дает возможность охарактеризовать нормофлору, наличие, степень, характер дисбаланса условно-патогенной и нормальной флоры, что позволяет в случае необходимости выбрать правильную терапию и контролировать эффективность ее проведения. Комплексному клинико-микробиологическому обследованию подверглись 160 МРЖ с БВ. Во время первичного осмотра собирали гинекологический и акушерский анамнез, проводили гинекологическое, цитологическое исследование и бактериоскопию по Граму. Проводили измерение РН влагалищной среды, аминный тест, брали вагинальные выделения для выявления ДНК возбудителей методом ПЦР в режиме реального времени. В основную группу вошли 110 МРЖ, у которых еще до наступления беременности был диагностирован БВ. Были выделены 2 группы сравнения. В I группе (n=60) традиционное лечение БВ до наступления беременности было дополнено использованием местных бальнеологических факторов. Все пациентки использовали препарат «Далацин» в виде вагинального крема содержащего 2% клиндамицина фосфат. Препарат выпускается в тубах по 15г с прилагающимися 3-х разовыми аппликаторами. Крем использовали интравагинально по 5 г (разовая доза) 1 раз в сутки через день трехкратно, чередуя с влажными орошениями минеральной водой. На одну процедуру расходуется 5-6 литров нативной, без разведения минеральной воды, температура- 36-37 °С, продолжительность процедуры 10-12 минут, через день с перерывом в дни менструаций, до 8-10 процедур на курс лечения. На втором этапе терапии проводили восстановление нормального микробиоценоза влагалища путем применения на протяжении 10 дней зуботика – ацилакт по 1 суппозиторию 2 раза в день вагинально.

Во II группе сравнения (n=50) лечение БВ проводилось применением клиндамицина (далацина) по 300 мг два раза в день в течение 7 дней per os в сочетании с местным введением вагинальных суппозитория «Нео-пенотран» по 1 суппозиторию два раза в день в течение 7 дней. Это комбинированный препарат для интравагинального применения с противогрибковым, противопротозойным и противобактериальным действием. В состав входят метронидазол 500мг и миконазола нитрат 100мг.

Контролем служили 50 МРЖ, у которых БВ был диагностирован только во время беременности, и лечение вели во 2 и 3 триместрах беременности – по 1 вагинальному суппозиторию «Нео-пенотран» 2 раза в день 7 дней. Критерием эффективности лечения были данные гинекологического исследования, микрокопии, молекулярно-биологического исследования.

Таблица 1

Жалобы и данные гинекологического обследования пациенток с БВ

Показатели	I группа n=60				II группа n=50				Контроль n=50			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Патологические выделения	54	90	2*	3,3*	42	84	12	24	43	86	18	36
Запах	48	80	0*	0*	40	80	10	20	41	82	11	22
Дискомфорт во влагалище	27	45	1*	1,7*	21	42	13	26	27	54	12	24
Диспареуния	36	60	2	3,3*	28	56	6	12	18	36	4	8
Зуд половых органов	42	70	0	0*	36	72	2	4	42	84	7	14
Отсутствие жалоб	6	10	57	95*	8	16	37	74	8	16	32	64
Характерные выделения	54	90	1	1,7		84	12	24	43	86	14	28
Положительный аминотест	57	95	2	3,4	48	96	5	10	46	92	8	16
pH<4,5	0	0	58	96,6	0	0	43	86	0	0	39	78
pH 4,6-6,0	60	100	2	3,4	50	100	7	14	50	100	11	22

Результаты. По результатам наших исследований при первом обращении из всех 110 обследованных женщин основной группы жалобы предъявляли 96 (87,2%); в контрольной группе жалобы предъявляли 42 (84%) беременных. Ведущей жалобой явились выделения из половых путей с неприятным запахом 90%, 84% и 86% в группах соответственно.

Дискомфорт (54% против 45% и 42%) и зуд в области половых органов (84% против 70% и 72%) отмечали чаще беременные контрольной группы, не получавшие лечения до беременности. В этой группе реже отмечалась диспареуния (36% против 60% и 56% в основных группах). Практически у всех пациенток выявлялись характерные бели, положительный аминотест и ощелачивание вагинальной среды, без статистически значимых различий в группах. Бактериоскопия вагинального отделяемого при БВ в обследованных группах характеризовалась полимикробной картиной мазков. У большинства (50%, 62%, 70%) лейкоциты были единичными. У трети обследованных пациенток (26,6%, 22%, 24%) лейкоцитарная реакция была умеренной (до 10-20 лейкоцитов в поле зрения) и лишь у 8,3%, 6% и 6% – выраженной. Повышение числа лейкоцитов (более 70% во всех группах) сочеталось с преобладанием грамположительных и грамотрицательных кокковых и кокково-бациллярных морфотипов. Выявление «ключевых клеток», Gardnerell, Leptotrix, Mobiluncus в совокупности критериев Amsel являлось признаком бактериального вагиноза. Приведенные показатели в группах были практически однородными. Нами были выполнены количественные молекулярно-биологические исследования микрофлоры влагалища у всех 160 пациенток с помощью метода ПЦР в режиме реального времени.

Таблица 2

Видовой и количественный состав микрофлоры влагалища до лечения в сравнении со здоровыми женщинами (концентрация, lgКОЕ/мл)

Микроорганизмы	Здоровые	I группа n=60	II группа n=50	Контроль n=60
<i>Lactobacillus</i> spp.	7,0-9,0	1,131±0,18	1,32±0,11	2,01±0,19
<i>Bifidobacterium</i> spp.	5,0-7,0	2,431±0,16	2,51±0,32	2,45±0,21
<i>Streptococcus lactis</i>	6,0	4,41±0,24	4,78±0,29	5,76±0,28
<i>Corynebacterium</i> spp.	3,0-4,0	5,17±0,24	5,69±0,63	4,63±0,37
<i>Staphylococcus (coagul -)</i>	4,0-5,0	5,21±0,32	4,01±0,36	3,62±0,41
<i>Streptococcus (haem -)</i>	4,0-5,0	5,63±0,27	5,84±0,35	6,03±0,39
<i>Enterobacteriaceae</i> spp.	3,0-4,0	4,56±0,41	5,13±0,51	4,67±0,29
<i>Escherichia coli</i>	до 3,0	4,23±0,09	4,72±0,18	4,58±0,32
<i>Candida</i> spp.	до 4,0	3,16±0,18	2,97±0,94	3,89±0,36
<i>Bacillus</i> spp.	-	5,72±0,41	4,18±0,11	2,61±0,4
<i>S. aureus</i>	-	5,08±0,32	3,98±0,72	5,05±0,14
<i>Peptostreptococcus</i>	4,0-5,0	4,74±0,23	4,62±0,34	4,18±0,4

При исследовании в I группе сравнения выявились грамположительные кокки (*Streptococcus lactis* 61,7%, *Peptostreptococcus* 41,7%), бактерии кишечного происхождения (*Escherichia coli* 35%, *Enterobacteriaceae* spp. 30%). Грамотрицательные палочки высевались у 40,8% обследованных пациенток этой группы. Более чем в 80% наблюдений анаэробы были обнаружены в ассоциации. Во II группе несколько меньше концентрация *Lacto-* и *Bifidobacterium*, но чаще высевались *Corynebacterium* spp., *Streptococcus* и *Staphylococcus coagul.* в сравнении с I группой. В кон-

трольной группе при исследовании отделяемого влагалища чаще отмечался рост *Streptococcus lactis*, *Streptococcus haemophilus*, *Candida* и *Corynebacterium*, а *Staphylococcus coagul* высевались реже, чем в основных группах. Во всех трех группах выявлено снижение концентрации *Lacto*- и *Bifidobacterium*.

При бактериологическом обследовании сходная структура БВ во всех трех группах характеризовалась типичными для БВ изменениями: резко сниженным уровнем лактобактерий; активизацией условно-патогенных энтеробактерий и кокковой флоры. После курса лечения повторяли обследование, которое включало гинекологический осмотр, постановку аминотеста, определение рН влагалищного секрета, бактериоскопическое и молекулярно-биологическое исследование вагинального отделяемого. В I группе сравнения после проведенного бальнеолечения пациентки в 100% наблюдений отметили исчезновение неприятного запаха и зуда половых органов. Только у 3 (5%) пациенток I группы сохранились жалобы на выделения из п/п, дискомфорт во влагалище, диспареунию. Субъективно все отмечали улучшение состояния, хорошую переносимость лечения, отсутствие бальнеореакций. Во II группе сравнения у 12 (24%) пациенток сохранились патологические выделения из половых путей, у 10 (20%) – неприятный запах, у 13 (26%) – дискомфорт во влагалище, у 6 (12%) – диспареуния и у 2 (4%) – зуд половых органов.

Наихудшие результаты отмечены в контрольной группе, где, несмотря на лечение, у 18 пациенток (36%) сохранились выделения из половых путей, у 22% – запах, у 24% – дискомфорт во влагалище. Клинические показатели результатов лечения во II группе сравнения были в 1,3 раза, а в контроле – в 1,5 раза хуже, чем в I группе сравнения. В I группе сравнения после проведения бальнеолечения по критериям Amsel отмечен положительный результат у 58 (96,6%) пациенток: исчезли характерные выделения, нормализовалась кислотность, аминотест стал отрицательным. Лишь у 2 (3,3%) пациенток остались положительный аминотест и щелочная реакция влагалищного отделяемого и у 1 (1,7%) – характерные выделения из половых путей. Во II группе сравнения положительный результат по критериям Amsel отмечен у 43 (86%) пациенток. Характерные выделения сохранились в 6 раз чаще чем в I группе, положительный аминотест – в 3 раза чаще, щелочная реакция влагалищной среды – в 4 раза чаще. В контрольной группе положительный результат лечения отмечен у 36 (78%) беременных. Характерные выделения сохранились в 14 раз чаще, положительный аминотест – в 3 раза чаще, щелочная реакция влагалищной среды – в 5 раз чаще, чем в I группе.

После бальнеолечения у пациенток I группы в мазках, окрашенных по Граму, уменьшилось число лейкоцитов (у 90% – единичные), увеличилось количество лактобациллярной флоры на 31,7%, исчезли «ключевые клетки» и *Gardnerella* и лишь в единичных случаях сохранились *Leptotrix* (3,4%) и *Mobiluncus* (1,7%). Во II группе также произошли нормализация показателей лейкоцитарной реакции – умеренная – 16%, единичные лейкоциты – в 84% наблюдений. Количество лактобациллярной флоры увеличилось до 60%, т.е. на 12%. У 3 (6%) пациенток сохранились *Leptotrix*, у 2 (4%) *Mobiluncus*, у 1 (2%) *Gardnerella*.

Кокковая флора обнаружена после лечения в 2 раза чаще, чем в I группе (40% во II группе против 20% в I группе). В контрольной группе умеренная лейкоцитарная реакция сохранилась у 20% пациенток, исчезли «ключевые клетки», *Gardnerella*, *Leptotrix*, *Mobiluncus*. Не произошло достоверного увеличения лактобациллярной флоры (52% до лечения и 56% после) и уменьшения кокковой флоры (48% до лечения и 44% – после).

Таблица 3

Видовой и количественный состав микрофлоры влагалища в обследованных группах до и после лечения (lgKOE/мл)

Микроорганизмы	I группа n=60		II группа n=50		Контрольная группа n=50	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
<i>Lactobacillus</i> spp.	1,13±0,18	4,78±0,84	1,32±0,11	2,87±0,62	2,01±0,9	2,29±0,75
<i>Bifidobacterium</i> spp.	2,43±0,16	5,12±0,49	2,51±0,32	4,23±0,37	2,45±0,21	3,67±0,61
<i>Streptococcus lactis</i>	4,41±0,24	2,86±0,13	4,78±0,29	3,11±0,51	5,76±0,28	4,59±0,84
<i>Staphylococcus (coagul-)</i>	5,17±0,24	2,37±0,33	5,69±0,63	2,68±0,32	4,63±0,37	2,02±0,16
<i>Corynebacterium</i> spp.	5,21±0,32	2,64±0,28	4,01±0,36	2,28±0,25	3,62±0,41	2,87±0,91
<i>Streptococcus (haem-)</i>	5,63±0,27	2,18±0,01	5,84±0,35	2,49±0,58	6,03±0,39	2,76±0,89
<i>Enterobacteriaceae</i> spp.	4,56±0,41	1,17±0,43	5,13±0,51	2,80±0,34	4,67±0,29	2,15±0,26
<i>Escherichia coli</i>	4,23±0,09	1,35±0,71	4,72±0,18	2,37±0,16	4,58±0,32	2,83±0,65
<i>Candida</i> spp.	3,16±0,18	1,27±0,32	2,97±0,94	1,68±0,37	3,89±0,36	3,01±0,23
<i>Bacillus</i> spp.	5,72±0,41	1,69±0,45	4,18±0,11	2,25±0,38	2,61±0,4	1,98±0,64
<i>S. aureus</i>	5,08±0,32	1,02±0,18	3,98±0,72	1,88±0,76	5,05±0,14	2,64±0,51
<i>Pentastreptococcus</i>	4,7±0,23	2,33±0,62	4,62±0,34	2,91±0,18	4,18±0,11	3,07±0,43

В I основной группе сравнения использование бальнеолечения подавило условно-патогенную микрофлору и способство-

вало колонизации влагалища лактофлорой, концентрация которой после лечения возросла более чем на 3 порядка, и составила 4,78±0,84 lgKOE/мл. Содержание условно-патогенной факультативно-анаэробной микрофлоры значительно уменьшилось с достоверным различием до и после бальнеолечения. Концентрация стрепто-, пепто- и стафилококков и грибов уменьшилось на 2 порядка, а энтеробактерий и кишечной палочки – на 3 порядка, бактериоидов и золотистого стафилококка – на 4 порядка. Во II группе после проведенного комбинированного лечения произошло уменьшение стрептококков на 1-3 порядка, стафилококков – на 3 порядка, пептококков – на 2 порядка, корине- и энтеробактерий – на 2 порядка, но в то же время увеличение концентрации лактобактерий произошло только на 1,5 порядка, а бифидобактерий – на 2 порядка, что достоверно меньше, чем в I группе.

В контрольной группе, где пациентки получали лечение только во время беременности, не было достоверного увеличения роста концентрации лактобактерий (2,01±0,9 lgKOE/мл и 2,28±0,75 lgKOE/мл), а бифидобактерий увеличилась на 1 порядок. Концентрация стрептококков, коринебактерий, бактериоидов, пептококков уменьшилась на 1 порядок. Уменьшение концентрации грибов недостоверно (3,89±0,36 lgKOE/мл против 3,01±0,65 lgKOE после лечения). Значительные уменьшения концентраций отмечены у энтеробактерий – 2,5 порядка, кокков – 2-3 порядка, гемолитического стрептококка – на 3,5 порядка.

Бальнеотерапия местными водами позволяет добиться улучшения вагинального микроценоза у многорожавших пациенток с БВ, снижения содержания условно-патогенной флоры и колонизации влагалища лактофлорой, что и определяет более высокую эффективность в лечении бактериального вагиноза.

Литература

1. Анкирская А. С. // Акуш и гин. 2005. №3. С.10–13
2. Власов С.В. Минеральные воды курорта Усть-Качка в лечении бактериального вагиноза: Дис... канд. мед. наук. Пермь. 2005. С.107
3. Захарова Т.В., Волков В.Г., Лисицина Т.В. // Акуш. и гин. 2005. №1. С.40–42
4. Кира Е.Ф., Муслимова С. З. // Акуш. и гин. 2008. №1. С.3–5
5. Манухин И.Б., Минкина Г.Н., Калинина В.С. // Поликлиническая гинекология / Под ред. В.Н. Прилепской. М., 2004. С.37–47
6. Побединский Н.М., Аксенова О.А., Аксенова М.Г., Молоцков В.А. // Акуш. и гин. 2006. №6. С.24–27

TREATMENT OF MULTIGIVEN BIRTH WOMEN WITH BACTERIAL VAGINOSIS WITH USE OF LOCAL BALNEOLOGICAL FACTOR.

K.M DURLALOVA, N.S-M OMAROV

Summary

High frequency of Bacterial Vaginosis (BV) revealed at pregnant women leads to such complications as premature birth, antenatal break waters, postnatal including postoperative endometritis. Set of medical schemes applied at pregnant women testify to their low efficiency. In our article results of using of local balneological factors in complex BV treatment at multigiven birth women are given, that application of local mineral waters leads to fast liquidation of clinical displays of BV, normalization the flora of vagina, increase of lactobacillaris flora and to reduction of is conditional-pathogenic flora.

Key words: multigiven birth women

УДК 616.053.31-616.831-005

ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ю. Ю. ХЕТАГУРОВА*

Ключевые слова: церебральная ишемия, факторы риска

Проблема церебральной ишемии у новорожденных сохраняет свою актуальность по причине высокой частоты и большой значимости для дальнейшей жизни ребенка [1]. Поэтому в центре внимания остаются такие вопросы, как определение роли неблагоприятных факторов в патогенезе перинатальных поражений ЦНС, оценка степени риска для беременной женщины и плода, поиск достоверных критериев ближайшего и отдаленного про-

* Северо-Осетинская ГМА, г. Владикавказ