

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи

УДК: 618.1:618.2/7: 616.6-022.1] -07-08

ХУСАНХОДЖАЕВА Малика Турсунходжаевна

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ
НИЖНЕГО ЭТАЖА ГЕНИТАЛИЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И
АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ**

14.00.01 – Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Ташкент-2009

Работа выполнена в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи

Научный руководитель: доктор медицинских наук
КАРИМОВ Заур Джавдатович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
НИГМАДЖАНОВ Баходур Болтаевич

доктор медицинских наук, профессор
ТУЛЯГАНОВ Таймаз Эргашевич

Ведущая организация: **Московская медицинская академия имени И. М. Сеченова**

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2009 г. в ____ часов на заседании Специализированного совета Д 087.01.03 при Ташкентской Медицинской Академии МЗ РУз по адресу: 100048, Ташкент, ул. Пахлаван Махмуда, 103.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской Медицинской Академии.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2009 г.

**Ученый секретарь
Специализированного совета,
д.м.н., профессор**

Г. А. ИСМАИЛОВА

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность работы. Во всех странах мира в последние годы отмечается рост частоты острых воспалительных заболеваний придатков матки (ОВЗПМ) в среднем на 13% в популяции (Байрамов Г. Р., 1996; Плюто А. М., 1998). Женщины с неотложными гнойно-воспалительными заболеваниями верхнего этажа генитального тракта составляют большинство стационарных больных во всем мире (до 28% в структуре патологии). Нельзя не заметить, что также во всех странах, параллельно, существенно возрастает частота инфекций передаваемых половым путем (ИППП) и синдрома комплекса, называемым бактериальным вагинозом (БВ). Известно, что ИППП (исключая гонорею) не вызывает нагноения и абсцедирования в верхних этажах гениталий. Однако, инфицируя урогенитальные пути, этот род инфекции, как правило, субклинически, приводит к ряду патологических изменений, которые можно охарактеризовать, как начальное повреждение передовых механизмов неспецифической антибактериальной защиты. В первую очередь к ним относятся эпителий урогенитальных путей, ответственный за адекватную продукцию и транспорт гуморальных и клеточных факторов первой защиты. На этом основании ИППП называют провайдером условно-патогенной гнойной инфекции нижнего этажа гениталий (Каримов З. Д., 2004). В случае подтверждения патогенетической взаимосвязи ИППП и БВ (при котором возникает резкий количественный скачек анаэробной аутофлоры влагалища) станет возможной формулировка, как всей этиопатогенетической концепции ГВЗМТ у женщин, так и совершенствование лечебно-диагностических протоколов.

Степень изученности проблемы. В последнее время у специалистов сформировалось представление о бактериальном вагинозе (БВ), как о «дисбиозе влагалищного биотопа» (Кошкин С. В., 2001; Кучма З. И., 1986). Большинство специалистов рассматривают БВ, как результат дисфункции иммунной системы женщины на системном и местном уровне (Каттаходжаева М. Х., 1995; Кафарская Л. И., 2002).

Однако, накопленная научная информация в настоящее время позволяет выдвинуть предположение о хронизации ИППП в нижнем этаже гениталий, как главном факторе вызывающем клинические проявления БВ. Исследований, которые бы позволили сформулировать концепцию этиопатогенетической взаимосвязи ИППП, БВ и острых ГВЗМТ не достаточно. Лечебно-диагностические протоколы не всегда предусматривают обязательное исследование ИППП при наличии БВ, а стационарное лечение осложненных форм ГВЗМТ почти не содержит в себе адекватную санацию вышеобозначенных заболеваний и не имеет надлежащей преэминентности в поликлинической службе по тем же соображениям.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Диссертационная работа входит в план НИР РНЦЭМП МЗ РУз (государственный регистрационный № 01.00010)

Цель исследования: повышение эффективности лечения инфекции нижнего этажа гениталий в гинекологической и акушерской практике.

Задачи исследования:

1. Выявить роль инфекции передаваемой половым путем в развитии дисбиоза вагинального биотопа (бактериальный вагиноз) с оценкой влияния этого синдрома на развитие осложненных форм гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза.

2. Разработать и апробировать в клинической практике эффективный способ лечения бактериального вагиноза и хронической инфекции передаваемой половым путем.

3. Оценить уровень дозированной химической деструкции слизистой влагалища при проведении предлагаемого способа лечения, а также его клиническую и этиологическую эффективность в отдаленные сроки в сравнении с традиционным в гинекологической и акушерской практике (гистологические, клинико-бактериологические исследования).

4. Провести клинические и экспериментальные исследования по изучению уровня резорбции компонентов Цитеала в кровотоке при длительной тампонаде влагалища у женщин, а также оценить влияние этого способа на эмбриогенез в эксперименте на беременных крысах.

Объект и предмет исследования. Объектами исследования были 305 женщин, из них 215 небеременных, 56 беременных и 34 женщины контрольной группы.

Методы исследования. Общеклинические методы, ультразвуковая диагностика, специальные методы.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Инфекция, передаваемая половым путем, является ведущим этиологическим фактором развития бактериального вагиноза. Этот синдромокомплекс, независимо от наличия или отсутствия в момент обследования острого воспаления в малом тазу, является проявлением хронической инфекции передаваемой половым путем. Проведенные исследования не позволяют рассматривать развитие бактериального вагиноза на почве гнойно-воспалительных заболеваний малого таза, а со всей очевидностью указывает на истинный вектор этиопатогенеза гнойно-воспалительных заболеваний малого таза на почве бактериального вагиноза: инфекции передаваемой половым путем → бактериальный вагиноз → гнойно-воспалительные заболевания малого таза.

2. Результаты проведенных исследований не укладываются в традиционное представление о бактериальном вагинозе, как о процессе, при котором меняется только лишь количественная пропорция аутомикрофлоры в содержимом просвета влагалища. Помимо выраженного дисбактериоза, бактери-

альный вагиноз сопровождается признаками внутриэпителиального хронического воспаления, затрагивающего глубокие слои влагалищной стенки.

3. Предлагаемый способ санации нижнего этажа гениталий увеличивает биодоступность этиотропной терапии инфекции передаваемой половым путем, не оказывает повреждающего воздействия на базальный слой эпителия влагалища, не вызывает существенной резорбции компонентов Цитеала в кровотоки, не влияет на эмбриогенез у экспериментальных животных, может использоваться в стационарной и амбулаторной гинекологической практике, а также среди беременных.

Научная новизна. Впервые установлена этиопатогенетическая взаимосвязь инфекции передаваемой половым путем и синдрома комплекса называемого бактериальным вагинозом. Выявлено, что бактериальный вагиноз по сути - это маркер хронической инфекции, передаваемый половым путем, является ведущим фактором риска в развитие осложненных гнойно-воспалительных заболеваний малого таза.

Разработан и внедрен новый способ местного лечения кольпитов и бактериальных вагинозов (авторское свидетельство №DGU 00936 2005г. «Выбор лечения осложненных форм острых гнойно-воспалительных заболеваний гениталий», № DGU 01272., 2007 г., «Выбор тактики лечения кольпитов и бактериальных вагинозов в гинекологической и акушерской практике»).

Всесторонне изучено влияние нового способа применения Цитеала в виде длительной тампонады при лечении бактериального вагиноза и хронически протекающей инфекции передаваемой половым путем. Определено влияние этого способа лечения на состояние слизистой органа, уровень резорбции компонентов Цитеала в кровотоки, отсутствие отрицательного влияния предлагаемого метода лечения на эмбриогенез и возможность использования предлагаемой методики среди беременных.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Достигнуто увеличение показателя эффективности лечения бактериальных вагинозов (БВ) и инфекций передаваемых половым путем в гинекологической и акушерской практике. Частота рецидивов острых гнойно-воспалительных заболеваний малого таза на почве бактериального вагиноза снижена в 6 раз.

Реализация результатов. Результаты работы внедрены в лечебную практику РНЦЭМП и его филиалов, клинике ТМА, во 2 и 3 родильных комплексах г. Ташкента, а также используются в учебно-методической программе кафедры акушерства и гинекологии №2 ТашИУВ, а также в практическое здравоохранение в виде методической рекомендации «Современное лечение кольпитов и бактериальных вагинозов в гинекологической практике», «Хирургические и малоинвазивные основы реабилитации женщин с осложненными формами гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки».

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы доложены на: IV Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации медицинской помощи: критические состояния

в клинике внутренних болезней и педиатрии» (Ташкент, 2004), материалы Российского научного форума «Скорая помощь 2004» (Москва, 2004), V Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации медицинской помощи: малоинвазивные методы диагностики и лечения в экстренной медицине» (Бухара, 2005), VI Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации медицинской помощи: высокие технологии в экстренной медицине» (Ургенч, 2006), VII Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации медицинской помощи: вопросы стандартизации и диагностики и лечения в экстренной медицине» (Ташкент, 2007), «Материалы научно-практической конференции: сепсис, проблемы диагностики терапии и профилактики» (Харьков, 2006)., «Материалы VIII Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы назокомиальной инфекции в экстренной медицине» (Самарканд, 2008).

Диссертация обсуждена на межкафедральном заседании кафедры Акушерства и гинекология, кафедры кожных и венерических болезней медико-педагогического факультета ТМА (Ташкент, 2008), на заседании научного семинара Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра акушерства и гинекологии МЗ РУз (Ташкент, 2009).

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 18 научных работ, из них 6 журнальных статей и 8 тезисов докладов, 2 методические рекомендации, 2 авторских свидетельства: «Выбор лечения осложненных форм острых гнойно-воспалительных заболеваний гениталий» №DGU 00936, 2005г. «Выбор тактики лечения кольпитов и бактериальных вагинозов в гинекологической и акушерской практике» № DGU 01272, 2007г.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 154 страницах машинописного текста и написана в традиционном стиле, состоит из введения, литературного обзора, материалов и методов исследования, двух глав собственных исследований, заключения, выводов, списка использованной литературы, иллюстрирована 32 рисунками, 24 таблицами. Список использованной литературы состоит из 198 источников: 94 на русском языке и 104 авторов дальнего зарубежья.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Методология: проспективное безвыборочное (первый этап) и выборочное (второй этап) исследование. На первом этапе в разработку входили женщины с различными неотложными заболеваниями гениталии. При этом из общего потока поступающих больных безвыборочно в соответствие с меж-

дународным стандартом (Триада Amsel) вычленялись пациентки, у которых помимо основного заболевания был верифицирован БВ. В родильном комплексе аналогично обследовались беременные женщины до 36 недель (кроме тех, кто поступал на роды). На втором этапе в группах больных с БВ проводились специальные исследования. Достаточность массива выборки определялась результатами статистической обработки материала.

Материал и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании и наблюдении 305 женщин. Небеременные больные с БВ составили группу в 215(70,5%) женщин, беременных с БВ – 56(18,4%). Все обследованные были разделены на 6 групп (4 основные группы и 2 группы сравнения): 1 основная группа состояла из 88(28,9%) небеременных больных, получавших стандартное традиционное лечение; во 2 основную группу вошли 127(41,6%) небеременных женщин, получавших лечение с использованием предлагаемого автором способа; 3 основная группа состояла из 16(5,2%) беременных, пролеченных традиционными методами; 4 основная группа состояла из 40 беременных женщин, получавших лечение с использованием предлагаемого автором способа; 5 группа сравнения состояла из 20(6,6%) практически здоровых небеременных; 6 группа сравнения - из 14(4,6%) практически здоровых беременных.

С целью изучения возможности применения препарата «Цитеал» в период беременности в эксперименте на беременных крысах были изучены эмбриотоксические и тератогенные свойства препарата.

Структура основных заболеваний среди небеременных женщин представлена в таблице 1. Как видно, основной контингент, представлял гнойно-воспалительные заболевания (ГВЗ), в сумме составивший 194 (90,2%).

Среди больных двух основных групп небеременных женщин использовались следующие способы лечения основного заболевания: в 1 основной группе в связи с пельвиоперитонитом консервативная комбинированная антибактериальная терапия применялась у 8 (16,6%), во 2 группе – у 31 (58,5%); длительная микрокатетерная терапия малого таза проводилась, соответственно – у 19 (21,6%) и 11 (20,7%); лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости – у 18 (20,5%) и 11 (20,7%); лапаротомия использовалась только среди 3 (3,4%) больных 1 основной группы.

Среди больных с ТОГО использовались: трансвагинальная пункционно-аспирационная склеротерапия (ТПАС) у 8 (30,7%) в 1-й группе и 22 (62,8%) во 2-й; лапароскопия, соответственно – у 2 (7,7%) и 2 (5,7%); лапаротомия – у 18 (69,2%) и 11 (31,4%).

Среди больных с острым сальпингоофоритом: консервативная терапия использовалась у 7 (63,6%) в 1 группе и 9 (90,0%) во 2-й; длительная микрокатетерная терапия использовалась только у 1 (9,0%) больной 1 группы; лапароскопия применялась, соответственно у 4 (36,3%) и 1 (10,0%).

Таблица 1

Структура основных заболеваний среди небеременных женщин

№	Основные заболевания	1 группа (n=88)		2 группа (n=127)		Всего (n=215)	
		абс	%	абс	%	абс	%
1	Пельвиоперитонит на почве острого сальпингоофарита	48	54,5	53	42,0	101	47,0
2	ТОГО	26	29,5	35	27,5	61	28,3
3	Острый сальпингоофорит	11	12,5	10	7,9	21	9,8
4	Ретенционные кисты, опухоли яичников	0	0	13	10,2	13	6,0
5	Миома матки	0	0	7	5,5	7	3,3
6	Пиосальпинкс	1	1,1	5	3,9	6	2,8
7	Абсцесс бартолиновой железы	0	0	2	1,6	2	0,9
8	Эндометрит	0	0	2	1,6	2	0,9
9	Параметрит	1	1,1	0	0	1	0,5
10	Апоплексия яичника	1	1,1	0	0	1	0,5

Среди 13 больных из обеих групп с ретенционными кистами и доброкачественными опухолями яичников оперированы были 5 женщин (1 в 1-й и 4 во 2-й группе), остальным проводилась консервативная терапия.

Всего было 7 женщин с миомой матки из 2-й основной группы. Из них у 2 произведено выскабливание полости матки, а 5 оперированы (у 2 – экстирпация, у 3 – ампутация матки).

С пиосальпингсом всего было 6 больных. Все оперированы традиционным способом, в объеме односторонней сальпингэктомии.

Среди 2 больных с абсцессом бартолиновой железы использовалось вскрытие абсцесса, санация, марсупиализация.

В таблице 2 представлена структура заболеваний среди беременных.

У 2 больных с эндометритом, заболевание развилось после проведения искусственного аборта. Лечение включало: повторное выскабливание полости матки, комбинированную антибактериальную терапию.

С параметритом была 1 больная из 1 группы. Заболевание также развилось после искусственного аборта. Проводилась комбинированная антибактериальная терапия.

У 1 больной из 2 группы с апоплексией яичника использовалась лапароскопия. Все больные поправились без серьезных послеоперационных осложнений.

Таблица 2

Структура основных заболеваний среди беременных женщин

Основные заболевания	5 группа сравнения (n=14)		6 группа сравнения (n=16)		3 основная группа (n=40)	
	абс	%	абс	абс	%	абс
Преэклампсия легкой степени	0	0	8	50,0±6,3*	10	25,0±5,1*
Анемия	7	50,0±12,4	5	31,3±4,2	14	35,0±5,5
Пиелонефрит	0	0	10	62,5±6,8*	32	80,0±6,5*
Бактериальный Вагиноз	0	0	16	100,0	40	100,0
Угроза прерывания беременности	0	0	11	68,8±6,2*	18	45,0±4,8*

Примечание: * - достоверно относительно 5 группы сравнения (P<0,05)

Методы исследования: Бактериологические исследования материала из уретры, цервикального канала, влагалища, содержимого позаднедаточного пространства, пюасальпингсов, ТОГО проводились общепринятым методом, окрашивание вагинального мазка по Грамму и Романовскому-Гимза.

Диагностика трансмиссивной урогенитальной инфекции производилась с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР).

В первичную (результаты исследования в клинике), так и в динамическую разработку входили лишь те пациентки, которые лечились совместно с половым партнером.

Изучены цитологические мазки и гистологические биоптаты влагалищной стенки (светооптические и электронномикроскопические гистологические исследования) у 20 пациенток до и после лечения Цитеалом. Гистологическому анализу были также подвергнуты отторгающиеся пласты слизистой оболочки влагалища после тампонады у 20 больных женщин.

Материал для гистологического исследования слизистой влагалища после удаления отторгающихся пленок поверхностного эпителия забирали у 20 больных не беременных женщин добровольцев на 5 сутки после извлечения тампона с Цитеалом.

Полученные результаты подвергали статистической обработке с применением стандартного пакета прикладных программ для статистического анализа.

Предлагаемый способ местного лечения БВ и ИППП

1. На гинекологическом кресле производился тщательный лаваж влагалища и наружных половых органов разведенным в физиологическом растворе Цитеалом - 1:10. Обильное промывание влагалища следует проводить марлевым тампоном, тщательно ревизируя все отделы влагалища. Цель - механическое удаление обильных выделений (слизи, гноя).

2. После заключительного промывания влагалища, производят тотальную (не тугую) тампонаду влагалища марлевыми салфетками, смоченными неразведенным стандартным раствором Цитеала. Как правило, используется 3-5 салфетки «десятки». Этот тампон оставляется во влагалище ровно на 1 сутки. Цель: дозированная химическая деструкция на эпителий для его массивного слущивания, поддержание необходимой концентрации препарата для длительного бактерицидного воздействия.

3. По истечении указанного срока тампон обязательно извлекают, проводят лаваж влагалища разведенным в физиологическом растворе Цитеалом – 1:10, используя марлевым тампон. В это время, как правило, наблюдается отторжение поверхностного слоя многослойного плоского эпителия влагалища, которое происходит под действием компонентов Цитеала. Эти пленки следует активно удалять во время сеансов влагалищного лаважа. В массивном (пленкообразном) отторжении поверхностных слоев эпителия влагалища в сочетании с мощным бактерицидным воздействием заключается основной смысл тампонады (длительного поддержания высоких концентраций препарата) влагалища неразведенным Цитеалом. Этим достигается высокое проникающее действие используемого препарата в области слизистой, где укрываются основные интраэпителиальные паразиты: хламидии, вирусы, микоплазмы, гарднереллы.

4. После заключительного промывания влагалища, в задний свод устанавливают влагалищную свечу Нео-Пенотран.

5. По истечении 12 часов проводят очередной лаваж влагалища разведенным в физиологическом растворе Цитеалом в пропорции 1:10, с установкой свечи Нео-Пенотран.

6. В дальнейшем в течение 4 дней проводят лаваж влагалища 1 раз в сутки. Установку свечей Нео-Пенотран проводят 2 раза в сутки (через 12 часов) в течение 7 дней.

7. Проводится этиопатогенетическая терапия в соответствии с выделенными возбудителями трансмиссивной урогенитальной инфекции.

8. С момента начала лечения больные принимали лактобактерин по 5 доз 3 раза в день до выписки. После выписки из отделения прием продолжался в течение 3 месяцев вместе с сывороткой Ором. Помимо этого, в течение 10 дней после выписки больные устанавливали себе по 1 вагинальной свече Лактобактерин - 1 раз в сутки.

Для того чтобы избежать наиболее типичных ошибок при проведении предлагаемого метода лечения, следует придерживаться следующих правил:

1. Не следует вводить тампон, пропитанный ЦИТЕАЛОМ без предварительного обнажения стенок влагалища и шейки матки в зеркалах

2. Не следует стремиться к тугому тампонированию влагалища

3. Необходимо строго следить за количеством установленных и извлеченных через 1 сутки марлевых салфеток с ЦИТЕАЛОМ. Поэтому извлечение тампонов следует производить также посредством обнажения всей слизистой влагалища в зеркалах.

4. Если поверхностный слой эпителия влагалища не проявляет тенденции к отторжению сразу после извлечения тампонов с ЦИТЕАЛОМ, не следует добиваться этого грубыми манипуляциями.

5. Наличие эрозии шейки матки, полипа цервикального канала – не является противопоказанием для предлагаемого способа лечения. В таких эпизодах необходимо взять мазок – отпечаток с шейки матки для цитологического исследования и приступить к лечению кольпита, БВ. Диатермокоагуляцию шейки матки в связи с вышеуказанными заболеваниями необходимо провести сразу по окончании всего комплекса лечения инфекции влагалища.

6. Замена активного лаважа на так называемые влагалищные ванночки – резко снижает эффективность терапии.

Проведение предлагаемой нами методики местного лечения инфекции нижнего этажа гениталий сопровождалось следующими клиническими изменениями. Все без исключения больные переносили тампонаду влагалища с неразведенным официальным раствором Цитеала без серьезных дополнительных жалоб. Только 43 (33,9%) женщин отмечали умеренное жжение во влагалище через 5-6 часов после установки тампонов, которое ощущалось до момента извлечения. Сразу после удаления тампонов у 103 (81,1%) больных отмечалось тотальное отторжение эпителиальных пленок, а у 24 (19,0%) это отмечалось на 2 сутки. Пленки удаляли марлевым тампоном и пинцетом, стараясь удалять максимальное число пленок из влагалища. Полное отторжение поверхностного эпителия влагалища в виде пленок завершалось на 2 сутки от начала их отторжения. После удаления тампонов с Цитеалом отмечалась умеренная гиперемия и отек слизистой влагалища. Под отторгнутыми пленками слизистая имела ярко красную окраску, отмечалась выраженная инъекция сосудов. Язв, эрозий, участков подкравливания на слизистой влагалища ни в одном случае не было. У 36 (28,3%) больных 2 группы имели место псевдоэрозии шейки матки. Сразу после удаления тампонов с Цитеалом у всех этих женщин, границы эрозии приобретали четко очерченную линию, разделяющую её от слизистой влагалищной порции шейки матки. Вся эрозия приобретала серо-белесоватый цвет в виде плотно прилегающего струпа. При этом, ни в одном случае мы не наблюдали острых изъязвлений слизистой шейки матки, которые можно было бы связать с длительным воздействием Цитеала. Данный струп сохранялся в течение всего периода санации влагалища. Мы не старались его удалять. Отторжение этого струпа происходило через 5-7 дней после установки тампонов с Цитеалом. Под отторгнутым

струпом обнажалась ярко-красная слизистая, которая, как правило не кровоточила. Примерно через 7-10 дней наступала полная эпителизация участка бывшей эрозии. Однако у 6 из 36 женщин не было удовлетворительной эпителизации и псевдоэрозия рецидивировала.

Во время этапных санаций влагалища на 2 сутки после установки тампонов, клинически отмечалось обострение воспалительных изменений во влагалище. Отмечалось выраженное увеличение выделений из половых путей, которые были без запаха и носили тягучий слизистый характер с примесью гнойных, нередко хлопьевидных выделений. Этапные санации были безболезненными. Гиперемия, отек, увеличение выделений из влагалища, как правило, исчезали на 5-7 сутки после удаления тампонов. По окончании лечения к этому сроку слизистая влагалища приобретала нормальную розовую окраску, прекращались патологические выделения, полностью восстанавливалась нормальная складчатая структура органа.

Предлагаемый способ санации влагалища осуществлялся параллельно основному лечению ведущего заболевания. При этом, ни сам способ санации, ни использовавшиеся трансвагинальные методы лечения, не являлись помехами друг другу. Трансвагинальные методики лечения мы использовали в любую стадию санации влагалища, кроме периода длительной тампонады. Такая практика показала отсутствие, каких либо серьезных затруднений в проведении всего комплекса лечения. Также не было замечено дополнительных осложнений в течение основного заболевания. Риск ятрогенной контаминации верхних этажей гениталий при проведении пункционно-аспирационных методик лечения, на наш взгляд, был минимальным, что подтверждалось резким падением уровня микробной обсемененности влагалища сразу после извлечения тампонов с цитеалом.

Лизис основных симптомов ведущего гнойно-воспалительного заболевания по данным клинико-лабораторного исследования, включая УЗИ, ничем не отличался от динамики пациенток группы сравнения, где использовались те же способы лечения, кроме предлагаемого способа санации влагалища. Среди небольшой группы больных, перенесших вмешательства по поводу миомы матки, ретенционных кист, апоплексии яичника, динамика послеоперационного периода была без осложнений.

Наблюдения, проводившиеся за нашими пациентками в течение 6-8 месяцев после выписки показали, что рецидив острого гнойного заболевания в малом тазу (гнойный сальпингоофорит, пельвиоперитонит, эндометрит, ТО-ГО), независимо от клинической формы, среди пациенток 1 основной группы развилось с частотой 13,5% (у 10 из 74 женщин, остальные выбыли из под наблюдения), а среди женщин 2 основной группы – 2,3% (у 2 из 87 женщин, остальные выбыли из-под наблюдения).

В 1 основной группе сразу после лечения отмечаются заметные позитивные сдвиги, однако через 46-50 дней степень чистоты влагалища почти возвращалась к исходным показателям. Выявляемость трихомонад сразу по-

сле лечения падала более чем в 2 раза по сравнению с исходными показателями, через 46-50 дней после назначения повторного курса традиционного лечения – более чем в 3 раза. Однако показатель неэффективности лечения оставался ощутимым (6,8%). Выявляемость *Candida* практически не менялась. Во 2 основной группе показатели 1 и 2 степени чистоты влагалища достоверно возросли по сравнению с аналогичными в 1 основной группе, а трихомонады и грибы *Candida* не выявлялись.

После кратковременного позитивного результата сразу после лечения, через 46-50 дней после лечения в 1 основной группе все показатели достоверно повышались. При этом в разработку входили только те пациентки, которые лечились совместно с супругами. Общий показатель выявляемости БВ на 46 сутки после лечения составил 54,0%.

Во 2 основной группе сразу после лечения отмечалась аналогичная тенденция. Однако через 46-50 дней после лечения показатели, несмотря на их незначительное повышение, достоверно отличались от соответствующих в 1 группе. Общий показатель выявляемости БВ составил 12,8%. При всех прочих равных условиях в группах, включая характер основного заболевания, основными влияющими факторами могли быть различия в способе лечения инфекции нижнего этажа гениталий. Следует отметить, что до лечения подавляющее большинство больных обеих групп были инфицированы различными представителями этого класса инфекции без, существенных различий между группами. После лечения на 46-50 сутки показатель инфицированности ИППП в 1 группе с 89,8% снизился до 50,0%, а во 2 группе, соответственно с 83,5% до 7,9%.

Смешанная инфекция имела место в 1 основной группе у 2,3% больных: герпес+ гонорея – у 1, уреоплазма + хламидии + герпес – у 1. Во 2 основной группе - у 6,3% больных: уреоплазма + гонорея - у 1, гонорея + герпес - у 3, папилломавирус + хламидии - у 1, герпес + гонорея + хламидии – у 1, герпес + папилломавирус – у 2. Негативный анализ на ИППП в 1 основной группе был лишь у 10,2% женщин, а во 2 основной группе – 16,5%. После лечения, на 46-50 день негативные показатели ИППП составили в 1 основной группе 50,0%, во 2 основной группе – 92,1% ($P < 0,05$).

Изучение микробной обсемененности влагалища в сравниваемых группах показало, что видовой состав аэробных микроорганизмов во 2 основной группе после лечения более приближены к показателям группы сравнения, нежели у больных 1 основной группы в эти же сроки. Такие возбудители, как *Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus viridans*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Citrobacter diversus* после лечения во 2 основной группе не высевались. Частота высеваемости в 1 основной группе до лечения составила 100,0%, после – 83,0%. Во 2 основной группе показатели составили, соответственно – 100,0% и 67,0%. В то же время, среди женщин группы сравнения, этот показатель составил 85,0%. Это заставляет предполагать, что к 46-50 суткам после лечения, несмотря на включение в программу лечения и реа-

билитации женщин 2 основной группы эубиотиков, экосистему влагалища этих женщин вряд ли можно считать приближенной к норме.

В нашем исследовании мы придерживались стандартизированных схем антибактериальной терапии, при этом следовали следующим правилам:

- при поступлении больной, на начальных этапах разгара гнойно-воспалительного заболевания верхнего этажа гениталий, предпочтение отдавали цефалоспорином 3-4 поколения в обязательной комбинации с внутривенным введением метронидазола. При получении результата анализа на ИППП (2-3 сутки), к лечению добавляли: доксициклин (хламидийная, уреомикоплазменная инфекция) по 100,0 мг через 12 часов в течение 7 дней; ацикловир (валтрекс) по 500,0 мг дважды в сутки в сочетании с циклофероном по схеме при герпетической и папилломавирусной инфекции. При рецидивирующей хламидийной инфекции применяли макролиды (азитромицин, джозамицин);

- первоначально эмпирически назначенная антибиотикотерапия корректировалась результатами бактериологического исследования;

- при этом, препараты направленные на подавление гноеродной, в том числе анаэробной инфекции не снимали при получении позитивного анализа на ИППП, а продолжали их использование общей продолжительностью до 5-6 дней.

Исследования влагалищных мазков показали примерно схожие результаты с небеременными женщинами. Вместе с тем, следует отметить, что среди беременных полностью отсутствовала эффективность лечения трихомоноза, как при первом, так и повторном курсе традиционной терапии. На этом фоне существенно возрастал показатель *Candida*.

В 4 основной группе после предлагаемого способа лечения, показатели чистоты влагалища не существенно отличались от аналогичных среди небеременных и это положение было стабильным к 46-50 дню после лечения. При этом, трихомоноз и грибковое поражение было стабильно ликвидировано.

После кратковременного улучшения ситуации в 3 основной группе, где использовались традиционные способы лечения, к 46-50 дню по его окончании все возвращалось к исходной позиции, тогда, как в 4 основной группе позитивная динамика сохранялась стабильно.

Все беременные в 3 и 4 основных группах с клинической картиной БВ были инфицированы различными представителями ИППП, после лечения (через 46-50 дней) показатель инфицирования ИППП в 3 основной группе (традиционное лечение) составил 56,0%, тогда, как в 4 основной группе (предлагаемый способ лечения) – 7,5%.

При электронномикроскопическом исследовании биоптатов влагалищной стенки у здоровых женщин поверхность слизистой оболочки влагалища представляла собой умеренно волнистую поверхность с плотными межклеточными контактами. На поверхности отмечаются немногочисленные неэпителиальные клетки и микроорганизмы, клетки плоского эпителия полиго-

нальной формы, с четко контурируемыми межклеточными границами. На кольпоцитограммах скученность составила по 30-40 клеток с преобладанием зрелых форм. Эпителиоциты мноморфны, правильной округлой и полигональной формы, размерами до 40 мкм и ядрами 5-7 мкм,

При патологических состояниях, связанных с воспалительными процессами морфологическая картина резко меняется, поверхность эпителиального пласта рыхлая, могут определяться различные сапрофиты (кокковая флора, грибы рода *Candida* и др.). На кольпоцитограммах скученность максимальная, клетки располагаются крупными пластами, в пластах выражен клеточный полиморфизм, зрелых клеток мало.

Форма эпителиоцитов преимущественно округлая или овальная, с умеренно или слабо дифференцированными ядрами. Клеточные границы контурируют. Эозинофильный индекс с максимальным разбросом от 12 до 67%, умеренно снижен по сравнению с соответствующими сроками МЦ, соотношение 0,89, КП индекс значительно снижен и составил от 14-29 %, соотношение к сроку МЦ около 0,37. Реакция мазка 1-2 типов, по степени чистоты 3-4 ст.

В слизистой оболочке влагалища при гистологическом исследовании среди больных с ГВЗМТ, сопровождавшимися наличием верифицированного БВ, выявлены выраженные явления воспалительного характера. Мы наблюдали очаговые нарушения эпителиальной выстилки, что делало возможным внедрение микроорганизмов в глубокие слои, вплоть до соединительнотканной основы. Эпителий слизистой оболочки, как правило, разрыхляется, наблюдается расширение межклеточных пространств. Роговой слой эпителия местами разрыхлен, преобладает картина паракератоза. Выраженные изменения наблюдаются в собственной соединительнотканной пластинке слизистой оболочки. Сосуды резко расширены, нередко наблюдаются сладжи эритроцитов, периваскулярные клеточные инфильтраты, выражена активность фибробластов, лимфоцитов и тучных клеток. Все это свидетельствует о достаточной активизации иммунологических компонентов барьерно-защитной функции слизистой оболочки с включением в процесс соединительнотканного уровня защиты.

Как видно при гистологическом исследовании, тестируемый по международному стандарту БВ, несмотря на отсутствие очевидной клинической картины острого воспаления во влагалище, сопровождается заметными изменениями в слизистой влагалища.

В группе пациенток после применения Цитеала на кольпоцитограммах комплексы эпителиоцитов умеренной скученности по 35-45 клеток, преобладают зрелые поверхностные клетки округлой и полигональной формы, размерами 30-40 мкм, с ядрами 5-7 мкм. Клеточные границы хорошо контурируют. Эозинофильный индекс колеблется в пределах 32-86%, в соответствии с фазами менструального цикла (соотношение ЭИ к нормальному приведенному к дню цикла стремится к 1). Колебания КП индекса находились в пре-

делах 45-74% соответственно со сроком МЦ. По реакции мазка преобладали 3-4 типы, по степени чистоты - 1-2 степени.

Светооптические гистологические исследования показали, что после курса тампонады Цитеалом, отторжения поверхностных пленок в слизистой оболочке влагалища на 5 сутки уменьшаются явления воспалительного характера. Хотя мы и наблюдали изредка незначительные очаговые нарушения эпителиальной выстилки, но такие дефекты, на наш взгляд непреодолимы для микроорганизмов. Эпителий слизистой оболочки умеренно рыхлый, межклеточные контакты плотные. Толщина эпителия увеличивается до нормальных величин. После отторжения поверхностных пластов эпителия влагалища сохраняется жизнеспособным базальный и частично шиповатый слой, которые не подвержены некротической деструкции на существенную глубину (рис. 1, 2).

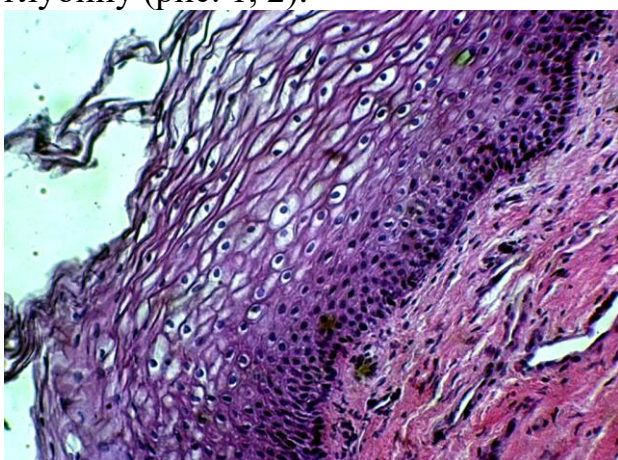


Рис. 1. Утолщение эпителиального пласта, отслоение кератинового слоя. Расширение лимфатического капилляра. Пельвиоперитонит. 5 сутки после тампонада Цитеалом. Окраска ГЭ, 10×10.

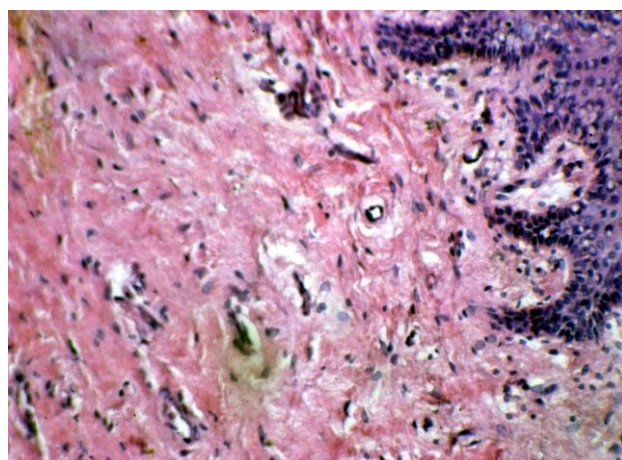


Рис. 2. Нормализация соотношения клеточных компонентов и волокон в соединительно-тканной основе слизистой оболочки влагалища, явления воспаления отсутствуют. Пельвиоперитонит. Тампонада Цитеалом. Окраска ГЭ, 10×10

Отмечается сосудистая гиперемия и клеточная реакция, которая скорее всего обусловлена воздействием Цитеала и вероятно с этим было связано кратковременное обострение воспалительного процесса во влагалище в период лечения. Эпителиальные клетки мноморфные, лимфогистиоцитарная инфильтрация эпителиального слоя не выражена. Состояние соединительно-тканной основы слизистой оболочки свидетельствует об отсутствии выраженного воспалительного процесса.

Гистологическому анализу были также подвергнуты отторгающиеся пласты слизистой оболочки влагалища после тампонады. Выявлены пласты некротизированного поверхностного слоя эпителия с массивной лимфолейкоцитарной инфильтрацией. Ни в одном препарате не было обнаружено базального слоя эпителия влагалища.

С целью изучения возможности применения препарата «Цитеал» в период беременности в экспериментальных условиях были изучены эмбриотоксические и тератогенные свойства препарата.

Доклинические эксперименты проводились на белых лабораторных крысах, в количестве более 70 беременных самок, весом 160,0-180,0 г и новорожденных плодов. Опытные животные содержались в обычных условиях вивария при температуре 23-26°C. Дозы тестируемого вещества рассчитывали на единицу массы тела животного, используя высшую (максимальную) 0,1мг/кг (II серия), также терапевтическую, препарат в разведении 1:20 (III серия), среднюю – 1:10 (IV серия), контролем служила группа животных, содержавшихся в идентичных условиях, получавших физиологический раствор (I серия).

Тестируемое вещество вводили вагинально по 0,1мл один раз в сутки с 1 по 20 день беременности, охватывающие периоды имплантации, плацентации, органогенеза и роста-развития плода.

На 21-22 день, к концу беременности, было произведено вскрытие полости матки как контрольных, так и опытных животных и визуально осмотрено состояние двурогой матки, распределение плодов, состояние желтого тела в яичниках, количество мест имплантации, целостность амниона, количество живых и мертвых плодов, резорбции. После резекции просвета рогов матки, посчитаны количество плацент, осмотрена их целостность, кровоснабжение, состояние пупочных канатиков. Затем тщательно под увеличителем рассмотрено: наружное развитие – головной части тела, туловище, верхние, нижние конечности, измерены длина роста (кранио-каудальный размер), развитие ушной раковины, глазных щелей, наружных половых органов. При таком визуальном осмотре обращали внимание на наличие уродств: заячья губа, волчья пасть, анэнцефалия, гидроцефалия, косолапость, развитие кожных покровов и мышечной системы, наличие гематом.

В результате такого исследования, состояние внутренних органов у плодов, родившихся как контрольных, так и от матерей получавших различные дозы препарата соответствовали норме при отсутствии патологии.

В следующей серии, для анализа костной системы, по методу Даусона, после фиксации в этаноле у плодов удалялись внутренние органы и они погружались в 1% раствор КОН для просветления мягких тканей. Далее, после ряда проводок в соответствующих растворах, окрашивали 1,0% раствором красного ализарина. Через 3-5 суток окостеневшие участки скелета плода были окрашены в красно-фиолетовый цвет. В наших экспериментах со стороны костно-скелетной системы не обнаружено аномальных явлений.

Последняя серия посвящена изучению роста-развития, в постнатальном периоде. Учитывалось открытие ушей, глазных щелей, прорезывание зубов, сосательные, двигательные рефлексy, покрытие пушком кожных покровов, развитие наружных половых органов, мышечной системы и переход на об-

щее питание. Все изучавшиеся параметры соответствовали норме, как в опытных, так и контрольной группах.

Анализ морфологической картины подопытных животных позволяет заключить, что в закладке и развитии важнейших органов на уровне головы зародыша и всех структур и органов на уровне брюшной полости, отклонений от контрольных гистологических показателей не выявлено.

Действующие вещества препарата в «Цитеал» при влагалищном введении у беременных животных не обладают эмбриотоксическими и тератогенными свойствами, в кровь при интравагинальной аппликации практически не всасываются и обнаруживаются в незначительном количестве около 0,14 мкг/мл гексамидина дизетионата только в первые 3 часа наблюдений. Препарат Цитеал при интравагинальном применении с периодичностью 1 раз в сутки резорбтивным и токсичным действием на организм женщин не обладает.

Суммируя все фармакокинетические, фармакологические и морфологические исследования, можно заключить, что препарат ЦИТЕАЛ в рекомендуемых дозах не оказывает отрицательного действия на рост и развитие зародыша и может быть рекомендован для клинического использования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы

1. Хронически протекающая инфекция, передаваемая половым путем, является главной этиологической причиной развития синдрома, называемого бактериальным вагинозом. Развитие осложненных форм гнойной инфекции малого таза у женщин следует рассматривать в единой этиопатогенетической цепочке: инфекции передаваемые половым путем – бактериальный вагиноз – гнойно-воспалительные заболевания малого таза.

2. Разработанный способ лечения инфекции нижнего этажа гениталий увеличивает биодоступность, как местных, так и системных препаратов направленного действия, существенно повышает клиническую и этиологическую излеченности, эффективность применения эубиотиков.

3. Механизм увеличения биодоступности заключается в мощном, широком, длительном антибактериальном воздействии тампонады влагалища Цитеалом в купе с дозированной химической деструкцией слизистой влагалища, которая способствует быстрому отторжению поверхностных слоев эпителия, не повреждая базальных отделов. Предлагаемый способ лечения почти в шесть раз снижает частоту рецидива острого гнойно-воспалительного заболевания в отдаленные сроки, может с успехом проводиться параллельно лечению основного заболевания в клинике и не приводит к дополнительным осложнениям.

4. Предлагаемый способ лечения инфекции нижнего этажа гениталий путем длительной тампонады Цитеалом не вызывает существенной резорбции компонентов препарата в кровоток у больных женщин, а также не влияет на эмбриогенез у беременных крыс.

5. Предлагаемый способ лечения инфекции нижнего этажа гениталий может с успехом использоваться среди беременных женщин, не вызывает существенных побочных явлений, дает лучшие показатели излеченности по сравнению с традиционными методами лечения бактериального вагиноза и инфекции передаваемых половым путем.

Практические рекомендации

Всем больным с хроническими и острыми гнойно-воспалительными заболеваниями малого таза в стационарной и амбулаторной практике необходимо проведение скрининга по Amsel для верификации бактериального вагиноза. При его выявлении необходимо современное обследование на инфекции передаваемые половым путем (включая уrogenитальные вирусы) с дальнейшим лечением в объеме соответствующем выявленным возбудителям с обязательной консультацией дерматовенеролога.

Бактериальный вагиноз при любом виде манипуляций, вмешательствах (независимо – трансвагинальный или абдоминальный) является существенным фактором риска возникновения гнойно-воспалительных заболеваний верхнего этажа гениталий у женщин и развития послеоперационных осложнений.

Бактериальный вагиноз – является маркером хронической инфекции передаваемой половым путем. Лечение этого синдрома возможно параллельно основному заболеванию в гинекологическом стационаре с использованием предлагаемого способа лечения.

При поступлении больной, на начальных этапах разгара гнойно-воспалительного заболевания верхнего этажа гениталий, предпочтение следует отдавать цефалоспорином 3-4 поколения в обязательной комбинации с внутривенным введением метронидазола. При получении результата анализа на ИППП (2-3 сутки), к лечению добавить: доксициклин (хламидийная, уреомикоплазменная инфекция) по 100,0 мг через 12 часов в течение 7 дней; ацикловир (валтрекс) по 500,0 мг дважды в сутки в сочетании с циклофероном по схеме при герпетической и папилломавирусной инфекции. При рецидивирующей хламидийной инфекции применять макролиды (азитромицин, джозамицин).

Первоначально эмпирически назначенная антибиотикотерапия должна коррелироваться результатами бактериологического исследования.

Препараты, направленные на подавление гноеродной, в том числе анаэробной инфекции не следует снимать при получении позитивного анализа на ИППП, а продолжать их использование общей продолжительностью до 5-6 дней.

При появлении побочных эффектов при сочетании доксициклина с цефалоспоридами, необходимо отменить доксициклин и начать лечение макролидами.

При позитивном тестировании ИППП, к лечебно-диагностическому процессу привлечь дерматовенеролога.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Азимова Ф. М., Каримов З. Д., Касымова Д. М., Пулатова Ю. У., Насретдинова М. Н., Хусанходжаева М. Т., Кабулниязова Б. И. Оптимизация хирургической тактики лечения тубоовариальных гнойных образований придатков матки // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2002. - №1. - С. 3-5.

2. Каримов З. Д., Пулатова Ю. У., Касымова Д. М., Азимова Ф. М., Хусанходжаева М. Т., Магзумов Б. Х., Насретдинова М. Н. Анализ этиологической структуры острых воспалительных заболеваний придатков матки // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2002. - №4. - С. 49-51.

3. Каримов З. Д., Азимова Ф. М., Касымова Д. М., Хусанходжаева М. Т., Насретдинова М. Н. Пути оптимизации хирургической тактики лечения тубоовариальных гнойных образований матки // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2002. - №3. - С. 35.

4. Каримов З. Д., Азимова Ф. М., Касымова Д. М., Пулатова Ю. У., Насретдинова М. Н., Хусанходжаева М. Т., Кабулниязова Б. И. Длительная микрокатетерная антибактериальная терапия малого таза в программе и этиотропной предоперационной подготовки больных с тубоовариальными гнойными образованиями придатков матки // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2003. - №3. - С. 33-36.

5. Каримов З. Д., Касымова Д. М., Хусанходжаева М. Т., Тухтабаева Б. М. Применение Цитеала в комплексном лечении осложненных форм гнойно-воспалительных заболеваний малого таза у женщин // Матер. IV Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации медицинской помощи: критические состояния в клинике внутренних болезней и педиатрии». - Ташкент, 2004. - С. 537-538.

6. Азимова Ф. А., Каримов З. Д., Касымова Д. М., Хусанходжаева М. Т., Алгоритм неотложной помощи при тубоовариальных гнойных образованиях придатков матки // Матер. Российского научного форума «Скорая помощь 2004» - М., 2004. - С. 4.

7. Хусанходжаева М. Т., Каримов З. Д., Осипова С. О. Инфекция нижнего этажа полового тракта у женщин // Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2005. - №4. - С. 60-65.

8. Хусанходжаева М. Т., Каримов З. Д. Новый метод лечения кольпитов и бактериального вагиноза в гинекологической практике // Матер. V Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации медицинской помощи: малоинвазивные методы диагностики и лече-

ния в экстренной медицине». - Бухара, 2005. - С. 433-435.

9. Каримов З. Д., Хусанходжаева М. Т., Касымова Д. М., Кабулова Ф. К. Современное лечение кольпитов и бактериальных вагинозов в гинекологической практике // Метод. рекомендации. – Ташкент, 2005. – 19 с.

10. Каримов З. Д., Касымова Д. М., Хусанходжаева М. Т. «Выбор лечения осложненных форм острых гнойно-воспалительных заболеваний гениталий» № DGU 00936, 2005 г.

11. Каримов З. Д., Курбанов П. Ж., Хусанходжаева М. Т. К вопросу рациональной антибактериальной терапии у пациенток с осложненными формами гнойных воспалительных заболеваний органов малого таза // Матер VI Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации медицинской помощи: высокие технологии в экстренной медицине». - Ургенч, 2006. - С. 253-254.

12. Каримов З. Д., Хусанходжаева М. Т., Абдикулов Б.С., К вопросу начальной эмпирической антибактериальной терапии условно патогенной инфекции у гинекологических больных // Здоровье женщины // - Украина, 2006. - №2. - С. 56-58.

13. Каримов З. Д., Курбанов П. Ж., Хусанходжаева М. Т., Касымова Д. М. Результаты мониторинга чувствительности к антибиотикам условно патогенных инфекции среди больных с осложненными формами гнойных воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин // Матер. научно-практической конференции: сепсис, проблемы диагностики терапии и профилактики». - Харьков. 2006. - С. 101-103.

14. Каримов З. Д., Касымова Д. М., Хусанходжаева М. Т., Мухамеджанова Н. Н., Курбанов П. Ж., Сигалов Д. О. Хирургические и малоинвазивные основы реабилитации женщин с осложненными формами гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки // Метод. рекомендации. – Ташкент, 2006. - 32 с.

15. Хусанходжаева М. Т., Каримов З. Д., Касымова Д. М., Тухтабаева Б. М. Новый способ лечения вагинита и бактериального вагиноза среди женщин с неотложными воспалительными заболеваниями малого таза // Вестник врача. – Самарканд, 2007. - №1. - С. 67-71.

16. Хусанходжаева М. Т., Рахманкулова Ш. С., Каримов З. Д., Касымова Д. М., Надырханов А. Р. Оптимизация протокольного ведения больных с неотложными гнойно-воспалительными заболеваниями малого таза на фоне острого кольпита и бактериального вагиноза // Матер. VII Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации медицинской помощи: вопросы стандартизации и диагностики и лечения в экстренной медицине». - Ташкент, 2007. – С. 449-500.

17. Каримов З. Д., Хусанходжаева М. Т. «Выбор тактики лечения кольпитов и бактериальных вагинозов в гинекологической и акушерской практике» № DGU 01272, 2007 г.

18. Мавлян-Ходжаев Р. Ш., Каримов З. Д., Хусанходжаева М. Т. Морфологические особенности слизистой оболочки влагалища при воспалительных заболеваниях и лечении Цитеалом // Матер. VIII Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы назокомиальной инфекции в экстренной медицине» - Ташкент, 2008. – С. 440-441.

Тиббиет фанлари номзоди илмий даражасига талабгор М. Т. Хусанходжаеванинг 14.00.01 - Акушерлик ва гинекология ихтисослиги бўйича «Гинекологик ва акушерлик амалиётида гениталий пастки қабати инфекцияларини ташхислаш ва даволашни мувофиқлаштириш» мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч (энг муҳим) сўзлар: бактериал вагиноз, жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар, цитеал препарати.

Тадқиқот объектлари: бактериал вагинозли 305 бемор, 70та хомиладор оқ каламушлар.

Ишнинг мақсади: гинекологик ва акушерлик амалиётида гениталий пастки қабати инфекцияларини даволаш самардорлигини ошириш.

Тадқиқот методлари: клиник, инструментал, УТТ, бактериоскопик ва тиббий статистика.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: Илк бор жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар касалликлар ва бактериал вагиноз деб аталувчи синдромкомплекси орасидаги ўзаро этиопатогенетик боғлиқлик кўрсатиб берилди. Бактериал вагиноз кичик чаноқ йирингли яллиғланиши асоратларини ривожланишида етакчи омил бўлган жинсий йўл билан юқадиган сурункали инфекциялар касалликлар маркери эканлиги аниқланди.

Кольпит ва бактериал вагинозларни янгича даволаш усули ишлаб чиқилди ва тадбиқ этилди (авторские свидетельства №DGU 00936 2005 г.

«Выбор лечения осложненных форм острых гнойно-воспалительных заболеваний гениталий», №DGU 01272., муаллифлик гувоҳномаси 2007 й. «Выбор тактики лечения кольпитов и бактериальных вагинозов в гинекологической и акушерской практике»).

Бактериал вагиноз ва сурункали кечувчи жинсий йўл билан юқадиган инфекцияларни даволашда Цитеал билан узоқ муддатга тампонада қилиш янги усулининг таъсири ҳар томонлама ўрганиб чиқилди. Бу даволаш усулининг аъзо шиллик қабатига ҳолатига таъсири, Цитеал компонентларининг қон таркибига резорбцияси хайвонларда (каламушлар) олиб борилган тажрибларда ўрганиб чиқилди, бу усулнинг эмбриогенезга салбий таъсири кузатилмади ва хомиладор аёлларда қўллаш мумкин эканлиги аниқланди.

Амалий ахамияти: бактериал вагиноз ва жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар касалликлар даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари ҳаққоний ортди. Бактериал вагиноз сабабли келиб чиқадиган кичик чанок ўткир йирингли яллиғланиш касалликлар рецидивларини 6 мартаба қисқартиришга эришилди.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: илмий тадқиқот натижалари Республика шишилинич тиббий ёрдам илмий маркази шошилинич гинекология бўлими тш жараёнида қўлланилмоқда.

Қўлланиш (фойдаланаш) соҳаси: Акушерлик ва гинекология.

РЕЗЮМЕ

диссертации Хусанходжаевой М. Т. на тему: «Оптимизация диагностики и лечения инфекции нижнего этажа гениталий в гинекологической и акушерской практике» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.01 - Акушерство и гинекология

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, инфекции передаваемые половым путем, препарат цитеал.

Объекты исследования: 305 больных бактериальным вагинозом, 70 беременных белых крыс.

Цель работы: повышение эффективности лечения инфекции нижнего этажа гениталий в гинекологической и акушерской практике путем применения нового способа лечения (тампонада влагалища цитеалом).

Метод исследования: клинические, инструментальные, УЗИ, бактериоскопические и медицинской статистики.

Полученные результаты и их новизна: Впервые установлена этиопатогенетическая взаимосвязь инфекции передаваемой половым путем и синдрома комплекса называемого бактериальным вагинозом. Выявлено, что бактериальный вагиноз по сути это маркер хронической инфекции, передаваемый половым путем, является ведущим фактором риска в развитие осложненных гнойно-воспалительных заболеваний малого таза.

Разработан и внедрен новый способ местного лечения кольпитов и бактериальных вагинозов (авторские свидетельства №DGU 00936 2005г. «Выбор лечения осложненных форм острых гнойно-воспалительных заболеваний ге-

ниталий», №DGU 01272., 2007 г., «Выбор тактики лечения кольпитов и бактериальных вагинозов в гинекологической и акушерской практике»).

Всесторонне изучено влияние нового способа применения Цитеала в виде длительной тампонады при лечении бактериального вагиноза и хронически протекающей инфекции передаваемой половым путем. Определено влияние этого способа лечения на состояние слизистой органа, уровень резорбции компонентов Цитеала в кровоток, путем проведения экспериментальных исследований на животных (крысы), где доказано отсутствие отрицательного влияния предлагаемого метода лечения на эмбриогенез и возможность использования предлагаемой методики среди беременных.

Практическая значимость. Достигнуто достоверное увеличение показателя эффективности лечения бактериальных вагинозов и инфекций передаваемых половым путем в гинекологической и акушерской практике. Так, частота рецидивов острых гнойно-воспалительных заболеваний малого таза на почве бактериального вагиноза снижена в 6 раз.

Степень внедрения и экономическая эффективность: Основные результаты диссертационной работы внедрены в отделении неотложной гинекологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Область применения: Акушерство и гинекология.

RESUME

Thesis of Khusankhodgaeva M. T. on the scientific degree competition of the candidate of medical sciences on a speciality 14.00.01 - Obstetrics and gynecology, subject: «Optimization of diagnostics and treatment of an infection of a ground floor of genitals in gynecologic and obstetrics to an expert»

Key words: bacterial vulvismus, infections transferred by sexual, a preparation Citeal.

Subjects of the inquiry: 122 patients with bacterial vulvismus, 70 pregnant white rats.

Aim of the inquiry: increase of efficiency of treatment of an infection of a ground floor of genitals in gynecologic and акушерской to an expert by application of a new way of treatment (plug with a tampon of Citeal vaginas)

Method of inquiry: clinical, tool, ultrasonic, bacterial and medical statistics.

The results achieved and their novelty: For the first time it is established aetiology pathogenic interrelation of an infection transferred sexual by and syndrome complex named bacterial vulvismus. It is revealed, that bacterial vulvismus as a matter of fact it is the marker of a chronic infection transferred sexual by, is a leading risk factor in development of the complicated pyoinflammatory diseases of a small basin. The new way of local treatment colpitis and bacterial vulvismus (the copyright certificate is developed and introduced №DGU 01272., 2007. Alternative tactics of treatment colpitis and bacterial vulvismus in gynecologic and obstetrics to an expert). Influence of a new way of application Citeal in the form of long

plug with a tampon is comprehensively studied at treatment bacterial vulvismus and chronically proceeding infection transferred sexual by. Influence of this way of treatment on a condition mucous body, a level resorption components of Citeal in a blood-groove, by carrying out of experimental researches on animals (rat) where absence of negative influence of an offered method of treatment on embryogenesis and an opportunity of use of an offered technique among pregnant women is proved is certain.

Practical value: The authentic increase in a parameter of efficiency of treatment bacterial vulvismus and infections transferred sexual by in gynecologic and obstetrics to an expert is reached. So, frequency of relapses of sharp pyoinflammatory diseases of a small basin because of bacterial vulvismus is lowered in 6 times.

Degree of embed and economical effectivity: the basic results of dissertational work are introduced in branch of urgent gynecology of the Republican centre of science of emergency medical aid.

Sphere of usage: obstetrics and gynecology.

Соискатель: _____