

явило остеопению у 33,33% (у мужчин - 27,27% и у женщин 37,50%), и наличие остеопороза среди женщин у 12,5% и среди мужчин у 9,09% (7). Результаты демографических и одновременно проводимых эпидемиологических исследований свидетельствуют, что на фоне увеличения средней продолжительности жизни имеется процесс старения населения (т.е., увеличения среднего возраста и процента пожилых и старых лиц), что определяет реальность «эпидемии» остеопороза, выражающейся в катастрофическом увеличении числа его осложнений. Следует отметить, что общественно-экономические потери остеопороза определяется в основном затратами на лечение больных с его клиническими последствиями – переломами, реабилитацию и, в случае ее невозможности – обслуживание инвалидизированных лиц [8].

Профилактике ОП придается в настоящее время особое значение: согласно официальному заключению Европейского общества по остеопорозу (EFFO) она должна быть основным приоритетом в развитии здравоохранения, и ВОЗ видит необходимость в разработке глобальной стратегии контроля заболеваемости ОП, выделяя в качестве основных три направления: профилактику, лечение, обследование. Профилактика ОП позвоночника в сравнительно молодом возрасте позволяет решить очень важную медицинскую и социальную проблему предупреждение остеопоротических переломов и снижение травматизма позвоночника. Это полностью соответствует идеологии реструктуризации здравоохранения Республики Казахстан, направленной на усиление дгоспитального звена оказания медицинской помощи.

Своевременное выявление модифицируемых факторов риска по патологическому снижению минеральной плотности кости среди женщин репродуктивного периода (нарушение менструальной и репродуктивной функции, экстрагенитальная, нейроэндокринная патология, алиментарный дефицит кальция и витамина D позволяет провести своевременную коррекцию активности резорбтивных процессов костной ткани, увеличить ее минеральную плотность [9].

Рекомендация приема препаратов кальция только по клиническому критерию сниженной эстрогенной насыщенности позволит хотя бы начать разрешать проблему первичной профилактики остеопороза у молодых женщин.

Риск остеопении /остеопороза повышается при курении, употреблении алкоголя, гиподинамии, недостаточной двигательной активности, длительной иммобилизации, низком потреблении кальцийсодержащих продуктов, дефиците витамина D в пище. На состояние костной массы может влиять недостаточность питания разного характера, но наиболее важную роль играет дефицит кальция [10]. Большинство женщин молодого возраста (более 50%, по данным эпидемиологических

исследований) не занимаются физкультурой и спортом. Совокупность высокой распространенности вредных привычек и отсутствие оздоравливающих мероприятий неблагоприятным образом сказываются на состоянии здоровья женщин. Более четверти девушек имеют хронические заболевания, наличие которых неминуемо отражается на репродуктивном здоровье и на метаболизме, в том числе, метаболизме костной ткани.

Литература:

1. Коротаяев Н.В., Ершова О.Б. Этиология и патогенез снижения костной массы у женщин молодого возраста (обзор литературы) // Остеопороз и остеопатии. – 2006. – №2. – С. 19–25.
2. Малинин В.Л. Классификация дефицита минеральной плотности костной ткани в молодом возрасте // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2006. – Том 165, № 6. – С. 108.
3. Руководство по остеопорозу / Официальная публикация Российской ассоциации по остеопорозу; под ред. Л.И. Беневоленской. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – 524 с.
4. Лесняк О.М. Социальные и экономические последствия непредотвращенного остеопороза и возможные пути организации его профилактики. // Тезисы докл. Третий Российский симпозиум по остеопорозу. – Санкт-Петербург, 2000. – С.76–77.
5. Беневоленская Л.И. Проблема остеопороза в современной медицине // Consilium Medicum – 2004. - Vol6 (2). – Р. 176-177.
6. Турекулова А.А. Медико-социальные аспекты остеопороза у городского населения: автореф. дис. докт. мед. наук. – Алматы, 2008. - 3-4 с.
7. Иванова Р.Л., Горемыкина М.В., Ботабаева А.С., Алина К.М., Мурина Н.А. Состояние минеральной плотности костной ткани у лиц молодого возраста г. Семей // II Международная конференция «Медико-социальная реабилитация населения экологически неблагоприятных регионов», посвященная 55-летию Семипалатинской государственной медицинской академии.- Семей, 2008. - С.22.
8. Беневоленской Л.И., Лесняк О.М. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации Российской ассоциации по остеопорозу. - Москва, 2005. -С.171
9. Беневоленская Л.И. Остеопороз - актуальная проблема медицины // Остеопороз и остеопатии. 1998. - №1. - С. 4-7
10. Абишева С.Т., Хамзабаев Ж.Х., Турмухамбетова А.А. Остеопороздың қазіргі замандағы диагностика әдістері // Лучевая диагностика и радиационная безопасность на современном этапе. Материалы республиканской научно-практической конференции с Международным участием.- Астана, - 2004. - П. 209-216.

УДК 618.1-002.1

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ Т. Е. Сейталини К. Е. Жаксыбаева ККГП «Женская консультация №4», г.Павлодар

Тұжырым

Сонымен қатар «Нео-пенонтран» препаратимен бактериалды вагинозды емдегенде жоғары нәтижеде клиника-лабораторлы әдістермен анықтағанда жаксы қабылданаты, пайдаланғанда ыңғайлы. Алған нәтижелерді комбинирленген төмен-мөлшерлі препарат «Нео-пенонтран»-ды гинекологиялық тәжірибеде кең қолдануға болады.

Бактериальный вагиноз (БВ)- под этим термином понимается заболевание, характеризующееся появлением обильных выделений из половых путей при отсутствии в них патогенных возбудителей (гонококков, трихомонад), а также отсутствием признаков воспаления слизистой оболочки влагалища. Бактериальный вагиноз в структуре инфекционных заболеваний влагалища занимает одно из лидирующих мест. Так, среди пациенток с неспецифическим кольпитом, преимущественно в репродуктивном возрасте, бактериальный вагиноз выявляется у 61%.

По определению многих авторов бактериальный вагиноз – это дисбиоз биотопа влагалища, вызванный усиленным ростом преимущественно облигатно-анаэробных бактерий и резким снижением концентрации лактобактерий. Возникновение бактериального вагиноза связано с нарушением нормальной микрофлоры влагалища, при этом возникают условия для размножения таких условно болезнетворных микроорганизмов как гарднереллы. Поэтому, бактериальный вагиноз иногда называют гарднереллезом, хотя это не совсем правильно: гарднереллы встречаются и у здоровых женщин. Таким образом, бактериальный вагиноз можно считать дисбактериозом влагалища. В отличие от пациенток с нормальной флорой больные с бактериальным вагинозом имеют не факультативные, а анаэробные лактобациллы. Кроме того, здоровые женщины колонизированы H_2O_2 -продуцирующими лактобациллами, тогда как лактобациллы у больных с бактериальным вагинозом обладают недостаточной способностью продуцировать H_2O_2 , которая подавляет рост патогенных микроорганизмов ввиду прямой токсичности. Концентрация различных факультативных (*G. vaginalis*) и анаэробных (*Bacteroides Pertococcus*) бактерий при бактериальном вагинозе выше, чем у здоровых женщин. Общая концентрация бактерий во влагалище возрастает до 10^{11} в 1 мл. Большие концентрации этих микроорганизмов влекут за собой изменения в состоянии влагалища.

Так, уменьшение содержания молочной кислоты, продуцируемой факультативными лактобациллами, приводит к повышению pH, что в свою очередь стимулирует рост анаэробных микроорганизмов. При увеличении бактериального роста при бактериальном вагинозе возрастает продукция аномальных аминов факультативными анаэробами. Амины при увеличении вагинального pH становятся летучими, обуславливая типичный «рыбный» запах, усиливающийся при добавлении 10% раствора КОН во влагалищный секрет.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности комплексной коррекции микробиоценоза нижнего отдела генитального тракта препаратом «Нео-пенонтран».

Объем и методы исследования. Основную (1-ю) группу составили 30 пациенток с БВ, которым лечение проводилось препаратом «Нео-пенонтран». На контрольных осмотрах присутствовало 38 пациентки с диагностированным у них БВ, которые не получали лечение.

В исследуемой группе женщин с бактериальным вагинозом проведено анонимное анкетирование для выявления определяющих факторов развития заболевания.

Все проводимые мероприятия были разделены на клинические и лабораторные. Клинические включали общегинекологическое и специальное обследование, проводимые во время приема и консультирования пациенток.

Для исследования отбирались женщины с первым эпизодом БВ. Пациентки, принимавшие в последние две недели перед осмотром антибиотики или использовавшие спринцевания, влагалищные души и местно действующие препараты, исключались из исследования. Обязательным условием являлось отсутствие полового контакта в последние 72 часа до обследования. При первом визите проводилось анонимное анкетиро-

вание пациенток для получения демографических и анамнестических данных.

При первом визите оформлялось письменное информированное согласие на проведение исследования. Для сбора демографических и других данных использовалась стандартизованная анкета, которая включала вопросы о частоте половых контактов, используемой контрацепции, особенностях интимной гигиены, таких как спринцевание, вид белья и одежды, использования нижнего белья во время сна и т.д.

Планировалось четыре повторных визита: первый через десять дней после I-го этапа лечения БВ («Нео-пенонтран» один вагинальный пессарий на ночь и один утром в течение 7 дней); второй через десять дней после II-го этапа лечения (восстановление биоценоза влагалища культурой собственных штаммов лактобактерий); третий и четвертый визиты соответственно через 3 и 6 месяцев. При возникновении рецидива БВ пациентка самостоятельно обращалась к врачу.

Для анализа и интерпретации результатов исследований использовали средства обработки табличного процессора Microsoft Excel 2002.

Оценка результатов лечения.

Проведенный анализ клинико-лабораторных данных, полученных при обследовании и лечении пациенток, страдающих бактериальным вагинозом, у которых в комплексной терапии данной патологии применялся «Нео-пенонтран», свидетельствует о высокой эффективности этого препарата. После применения 3–4 вагинальных суппозитория у 24 больных (76%) значительно уменьшились такие проявления заболевания, как обильные патологические выделения из половых путей, чувство дискомфорта во влагалище, гиперемия слизистой влагалища и вульвы. После окончания курса терапии препаратом «Нео-пенонтран» (на 6-7 день от начала лечения) клинико-лабораторные проявления бактериального вагиноза исчезли у 29 обследованных больных (96%).

Второй этап терапии, проводимый зубиотиками, способствовал восстановлению количества лактобацилл во влагалищном содержимом.

Контрольное обследование на 19–20 день показало нормализацию влагалищного биоценоза и отсутствие клинических проявлений бактериального вагиноза у 27 пролеченных пациенток – 90% соответственно.

У одной больной (33,3%) возник ранний рецидив заболевания, у двух больных (66,6%) данная терапия оказалась неэффективной, что, вероятно, было связано с недостаточностью местной терапии бактериального вагиноза и наличием у этих больных проявлений общего дисбактериоза.

Таким образом, полученные клинико-лабораторные данные, с помощью которых оценивались результаты лечения бактериального вагиноза по предлагаемой схеме, подтверждают высокую эффективность препарата «Нео-пенонтран» в терапии этой патологии, а также хорошую переносимость и удобство применения этой лекарственной формы. Препарат «Нео-пенонтран» может быть рекомендован для широкого практического применения в гинекологической практике.

Литература:

1. Анкирская А.С. Гинекология, 1999, 1 (3): 80–82.
2. Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия, М., 2000.
3. Миронова Н.Г. Бактериальный вагиноз. Новый метод восстановления биоценоза влагалища / Н.А. Краснова, Н.Г. Миронова // Вестник Самарского государственного университета. – Самара, 2006. - № 6/2 (46). – С. 95-99.
4. Акопян Т.Э. Бактериальный вагиноз и вагинальный кандидоз у беременных (диагностика и лечение): Дисс.канд.мед наук. М.1996г.