

ΔI507, 1677delTA, 2143delT, 2184insA, 394delTT, 3821delT, G542X, W1282X, N1303K). Выделение ДНК и ПЦР проводили по стандартной методике.

Обследовано 49 человек (29 семей),отягощённых муковисцидозом, из них 29 фенотипических больных и 20 родственников (родители, братья и сёстры). У 51,7% обследованных установлена мутация ΔF508 равная, что соответствует литературным данным о средне-популяционной частоте этого мутантного гена в России (53,5%) (Капранов Н.И. и др., 2000г.). По результатам дифференцировки генотипов и характера мутаций определено: гетерозиготы ΔF508 составили 72%, гомозиготы ΔF508 – 12%, гетерозиготы del21kb – 8%, 2143delT – 4% и компаундное состояние (del21kb/2143delT) – 4%.

Проведён коррелятивный анализ между мутацией ΔF508 и клиничко-фенотипической картиной больных. Мутация ΔF508 обнаружена у больных со смешанной формой муковисцидоза – 33,4%, с преимущественным поражением органов дыхания – 47,5%, с преимущественным поражением органов желудочно-кишечного тракта – 19,1%. У больных с легочной формой муковисцидоза в 65,7% случаев зарегистрирована хроническая двусторонняя пневмония в фазе обострения и дыхательная недостаточность 1-2 ст.; у больных с кишечной формой муковисцидоза в 43,4% случаев реактивный гепатит и хроническая панкреатическая недостаточность.

Территориальной приуроченности мутантных генов в административных районах и регионах края не выявлено.

Эффективность офлоксацина в комплексном лечении обострения хронического сальпингофорита

Горностаева И.Н., Хрипунова Г.И.

*Саратовский военно-медицинский институт МО РФ,
Саратовский государственный медицинский университет, Саратов*

Хронические сальпингофориты являются актуальной медицинской и социальной проблемой, поражают преимущественно женщин репродуктивного возраста и характеризуются трудностью выявления этиологического микробного фактора, недостаточной эффективностью лечения и высоким риском формирования бесплодия. В современных условиях отмечается возрастающая роль хламидийной инфекции в формировании патологии репродуктивного тракта женщины, а также частое сочетание хламидиоза гениталий с инфицированием возбудителями других урогенитальных инфекций.

Цель настоящего исследования состояла в установлении эффективности офлоксацина в комплексной терапии женщин с обострением хронического сальпингофорита.

Под наблюдением находились 69 женщин с обострением хронического сальпингофорита, основным этиологическим фактором которого являлась сочетанная хламидийная инфекция. Диагноз устанавливался на основании анамнестических, клинических, лабораторных данных, ультразвукового исследования.

У 28 пациенток наблюдалась типичная картина обострения хронического процесса (I-ая группа). 41 случай протекал со стертой клинической симптоматикой (II-ая группа).

Пациенткам с типичной картиной обострения ХСО этиологическое лечение начиналось до получения результатов углубленного микробиологического и вирусологического исследования с внутривенного введения офлоксацина в дозе 200 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней, а затем оральный прием офлоксацина по 400 мг 2 раза в сутки в течение 15 дней. Продолжительность антибактериальной терапии в течение 20 дней определялась необходимостью перекрытия 6-8 циклов репродукции хламидий. Кроме того, у пациенток I-ой группы при выраженных признаках интоксикации проводилась дезинтоксикационная терапия. Лечение пациенток II группы со стертой клинической картиной обострения хронического сальпингофорита начиналось с повышения неспецифической резистентности организма иммуномодуляторами: 12,5 %-ный раствор циклоферона по 2 мл на 1, 3, 5, 7 и 9 день внутримышечно и одновременного назначения физиопроцедур - ультразвуковая терапия в импульсном режиме и магнитотерапия с двухдневным интервалом 10 дней. Этиотропная антибактериальная терапия у 22 пациенток с активной формой хламидиоза начиналась с третьего дня лечения назначением офлоксацина по 400 мг 2 раза в сутки per os в течение 21 дня. Для обеспечения должной эффективности в отношении трихомонад, анаэробных бактерий, таких как бактерии и клостридии, и анаэробных кокков в схему терапии обострения ХСО в обеих группах включали флагил по 500 мг трехкратно в сутки в течение недели с первого дня лечения. Пациенткам I и II групп проводилась иммуномодулирующая терапия, назначались протеолитические ферменты, осуществлялось физиотерапевтическое лечение, коррекция биоценоза влагалища. Интересно, что кандидоз, как осложнение лечения хламидиоза, развился только у одной пациентки. Поэтому назначение антифунгальных препаратов в общей схеме лечения мы считаем нецелесообразным. Данные препараты принимали только пациентки, у которых при первичном микробиологическом исследовании обнаружены грибы рода Candida.

Клиническую и микробиологическую эффективность лечения оценивали в три этапа: в стационаре после окончания курса терапии, через 4-6 недель после завершения терапии и через 6 месяцев после окончания лечения при отсутствии желанной беременности. В обеих исследуемых группах получен 100 % клинический эффект, бактериологическая эффективность в отношении хламидий составила 96,4 % и 95,1 % в I и II группах соответственно. Использованная нами трехэтапная оценка эффективности лечения ХСО позволяет достичь клиничко-лабораторной ремиссии и тем самым улучшает качество жизни женщин.