ИЗ ОПЫТА ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ВАГИНОЗОВ

ЛЕЙЛА РАИСОВНА ГАБДУЛЛИНА, врач-гинеколог ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Республике Татарстан», Казань, e-mail: leilagabdullina.00@mail.ru

ЕЛЕНА ПАВЛОВНА ВОРОБЬЕВА, врач клинической лабораторной диагностики

ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Республике Татарстан», Казань, e-mail: elena_1970_27@mail.ru

Реферат. Практический опыт лечения 50 пациенток, неотягощенных венерическими инфекциями, с диагнозом «бактериальный вагиноз» препаратом трихопол, наряду с высокой эффективностью (92%), показал хорошую толерантность. Рецидивов заболевания после окончания терапии в течение одного месяца не было выявлено ни у одной пациентки, а побочные реакции в виде тошноты, диспепсических расстройств, слабости, сонливости наблюдались в небольшом проценте случаев, и они не требовали отмены препарата.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, трихопол.

EXPERIENCE OF BACTERIAL VAGINOSIS TREATMENT

L.R. GABDULLINA, E.P. VOROBYOVA

Abstract. The experience in treatment of 50 patients not aggravated by venereal infections with the diagnosis bacterial vaginosis using the medication trichopol showed good tolerance along with high efficiency (92%). The recurrence of the disease after the end of the therapy was not diagnosed for any of the patients during a month after treatment, and adverse reactions in the form of nausea, dyspepsia, weakness, hyposthenia, and somnolence were observed for a small percent of cases and did not demand the cancellation of the medication.

Key words: bacterial vaginosis, trichopol.

Введение. Ведущее место в вагинальном микроценозе в норме у здоровой женщины занимают лактобациллы. Лактобациллы — это грамположительные факультативные бактерии, которые, колонизируя слизистую влагалища, участвуют в формировании экологического барьера и обеспечивают тем самым резистентность вагинального биотопа. В норме некоторые виды лактобацилл производят биосурфактант, который блокирует адгезию патогенных микроорганизмов на тканях эпителия, кроме того, лактобациллы способны продуцировать кислоты, бактериоцины, которые также служат ингибиторами роста различных бактерий [6]. Однако основными механизмами, обеспечивающими колонизационную резистентность вагинального биотопа, являются кислотообразование и продукция перекиси водорода. У здоровой женщины pH-среда имеет кислую реакцию (pH 3,8—4,5) [5]. Среди сопутствующих лактобактериям микроорганизмов наиболее часто встречаются эпидермальный стафилококк, реже — бактероиды и анаэробные кокки, коринебактерии и коагулазоотрицательные стафилококки, которые выявляются в низких концентрациях и не вызывают заболевание.

Изменение микроэкологии в сторону доминирования *G.vaginalis* над *L.acidophilis* приводит к возникновению благоприятных условий для роста большого количества облигатно-анаэробных микроорганизмов, что приводит к бактериальному вагинозу (БВ).

Бактериальный вагиноз — полимикробное инфекционное заболевание нижнего отдела гениталий, сопровождающееся обильными длительными выделениями с неприятным запахом, в которых не обнаруживаются известные патогенные возбудители (гонококки, трихомонады, грибы и др.) [2].

Факторы, влияющие на изменение вагинальной микрофлоры и способствующие развитию БВ, могут быть как внешними, так и внутренними. Среди внешних факторов основным является проведение антибактериальной терапии, а также лечение цитостатиками, кортикостероидами, антивирусными, противогрибковыми препаратами и облучение (при лучевой терапии) [4]. Особенно при погрешности в соблюдении правил личной гигиены половых органов и использовании спермицидов [7]. К внутренним факторам можно отнести гормональные изменения, которые могут быть связаны с возрастом (менопауза), патологией беременности, родами или абортами [8].

БВ — наиболее частое инфекционное заболевание среди сексуально активных женщин в возрасте от 18 до 45 лет, которое часто сопровождается трихомонозом, кандидозом, хламидиозом, гонореей или возникает на их фоне [1, 9]. Различия в этиологии заболевания подразумевают отличия в стратегии их лечения. В связи с этим может быть интересным практический опыт лечения БВ, неотягощенных венерическими инфекциями.

Материал и методы. Для диагностики БВ необходимо наличие не менее трех из шести следующих признаков:

- обильные, неприятно пахнущие, напоминающие рыбный запах, белые или сероватые, гомогенные, липкие, тягучие выделения из влагалища, усиливающиеся после половых контактов;
- pH влагалищного отделяемого более 4,5;
- положительный аминный тест;
- «ключевые» клетки во влагалищном отделяемом;

- отсутствие воспалительной реакции слизистой оболочки влагалища;
- неэффективность традиционной терапии вагинита [3].

Изучение микроэкологии влагалища включало комплексное микробиологическое исследование вагинального содержимого, которое базировалось на культуральной диагностике и микроскопии мазков вагинального отделяемого, окрашенных по Граму, а также дополнительных тестов (рН-теста и аминотеста).

При микроскопии состояние вагинального микроценоза оценивали интегрально по следующим критериям: 1) состояние вагинального эпителия (принадлежность эпителиальных клеток к поверхностному, промежуточному, парабазальному слоям; наличие «ключевых» клеток); 2) наличие лейкоцитарной микрофлоры (качественная и количественная характеристика морфотипов бактерий).

После верификации диагноза назначалось лечение метронидазолом. Пациенткам был рекомендован *трихопол* в дозе 250 мг 2 раза в день в течение 5—7 дней, а также интравагинально *трихопол* в дозе 500 мг 1 раз в день в течение 7—10 дней.

Эффективность лечения контролировалась в два этапа, первый — через 7—10 дней после курса лечения, второй — через месяц после лечения. Оценивалось наличие «ключевых» клеток, результаты аминотеста и рН-теста.

Результаты и их обсуждение. Нами обследовано 50 женщин в возрасте от 25 до 45 лет, которым по данным клинико-лабораторных методов исследования был поставлен диагноз БВ. Среди обследованных женщин: 30 человек аттестованного состава МВД РТ, 15 аттестованных сотрудниц ГУФСИН и 5 женщин МЧС.

На рисунке представлена диаграмма распространённости клинических симптомов БВ.

47 (94%) пациенток отмечали выделения из половых путей; 44 (88%) женщины — неприятный запах

из половых путей; 8 (16 %) — зуд в области вульвы и влагалища; 18 (36%) — жжение во влагалище (см. рисунок).

Данные комплексного микробиологического исследования позволили верифицировать диагноз БВ у 48 (96%) женщин, *промежточную* форму микроценоза (ПФМ) — у 2 (4%) пациенток. При микроскопии вагинального отделяемого были выявлены «ключевые» клетки, количество лейкоцитов не превышало 10—15 в поле зрения, отмечали массивное общее количество микроорганизмов (>103 микробных клеток в поле зрения), доминировали морфотипы облигатных анаэробов (бактероидов, мобилункуса, фузобактерий, лептотрихий) и гарднереллы. Морфотипы лактобацилл либо отсутствовали, либо исчислялись небольшим количеством (до 10 микробных клеток в поле зрения). В случаях промежуточной формы микроценоза (ПФМ) доминировали морфотипы строгих анаэробов и гарднереллы в сочетании с умеренным количеством морфотипа лактобацилл. У всех женщин (100%) исходно отмечен положительный аминотест и рН >4,5.

При контрольном исследовании после окончания терапии через 7—10 дней установлено, что выделения и запах из половых путей сохранились у 4 (8%) пациенток, зуд и жжение в области наружных половых органов и во влагалище — у 1 (2%) женщины. Данные микробиологического исследования вагинального мазка у 46 женщин показали элиминацию строгих анаэробов и гарднереллы, титр лактобацилл достиг нормативных значений. Отсутствовали «ключевые» клетки. По результатам дополнительных тестов у 46 (92%) пролеченных женщин был отрицательный аминотест и рН < 4,5.

Повторное клинико-лабораторное исследование через месяц после окончания терапии показало, что клинические симптомы, характерные для БВ, отсутствовали у всех 46 пациенток, у которых лечение БВ было эффективным (*таблица*).

Распространённость основных клинических симптомов БВ на момент включения в исследование

Динамика лабораторных показателей на протяжении исследования

Показатель	Исходно	После лечения	Через месяц после лечения
Наличие «ключевых» клеток	48/50 (98%)	4/50 (8%)	0/46
Положительный аминотест	50/50 (100%)	4/50 (8%)	0/46
pH > 4,5	50/50 (100%)	4/50 (8%)	0/46

Среди побочных реакций отмечены тошнота у 7 (14%), сонливость у 1(2%), рост дрожжеподобных грибов рода *Candida* (все *Candida albicans*) отмечен у 2 (4%) женщин. Следует отметить, что подобные реакции имели слабую степень выраженности, самостоятельно проходили во время или сразу после окончания терапии.

Заключение. Практический опыт лечения БВ, не отягченных венерическими инфекциями, препаратом *трихопол* наряду с высокой эффективностью (92%) показал хорошую толерантность. Рецидивов заболевания после окончания терапии в течение одного месяца не было выявлено ни у одной пациентки, а побочные реакции в виде тошноты, диспепсических расстройств, слабости, сонливости наблюдались в небольшом проценте случаев, и они не требовали отмены препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкирская, А.С. Бактериальный вагиноз: особенности клинического течения, диагностика и лечение / А.С. Анкирская, В.Н. Прилепская, Г.Р. Байрамова, В.В. Муравьева // Русский медицинский журнал. — 1998. — Т. 6, № 5. — С.276—82.
2. Аполихина, И.А. Бактериальный вагиноз: что нового? / И.А. Аполихина, С.З. Муслимова // Гинекология. — 2008. — Т. 10, № 6. — С.36—37.

3. Коршунов, В.М. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах: учеб. пособие / В.М. Коршунов, Н.Н. Володин, Б.Д. Ефимов [и др.]. — М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. — 80 с.
4. Никонов, А.П. Вульвовагинальные инфекции / А.П. Никонов, О.Р. Асцаурова // Гинекология. — 2006. — Т. 8, № 4. — С.42—44.
5. Прилепская, В.Н. Этиопатогенез, диагностика и современные направления в лечении бактериального вагиноза / В.Н. Прилепская, Г.Р. Байрамова // Русский медицинский журнал. — 2002. — Т. 10, № 18. — С.795—797.
6. Прилепская, В.Н. Нарушение микробиоценоза влагалища, пути его коррекции / В.Н. Прилепская, Г.Р. Байрамова // Гинекология. — 2007. — Т. 9, № 4. — С.25—27.
7. Прилепская, В.Н. Вагинальная микроэкология влагалища в норме и при патологии / В.Н. Прилепская, Г.Р. Байрамова, А.С. Анкирская // Гинекология. — 2010. — Т. 11, № 3. — С.9—11.
8. Торчинов, А.М. Смешанные урогенитальные инфекции у женщин: диагностика и комплексная терапия / А.М. Торчинов, М.В. Мазуркевич // Гинекология. — 2008. — Т. 10, № 6. — С.38—41.
9. Уварова, Е.В. Влагалище как микроэкологическая система в норме и при воспалительных процессах гениталий различной этиологии (обзор литературы) / Е.В. Уварова, Ф.Ш. Султанова // Гинекология. — 2002. — Т. 4, № 4. — С.189—195.

Статья поступила 15.12.2011 г.
Принята в печать 20.02.2012 г.

© Габдуллина Л.Р., Воробьева Е.П., Садетдинова О.Ю., 2012

УДК 618.16:594.171.2-08

ПРЕИМУЩЕСТВА КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА

ЛЕЙЛА РАИСОВНА ГАБДУЛЛИНА, врач-гинеколог ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Республике Татарстан», Казань, e-mail: leilagabdullina.00@mail.ru

ЕЛЕНА ПАВЛОВНА ВОРОБЬЕВА, врач клинической лабораторной диагностики ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Республике Татарстан», Казань, e-mail: elena_1970_27@mail.ru

ОЛЬГА ЮРЬЕВНА САДЕТДИНОВА, врач клинической лабораторной диагностики ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер», Казань, e-mail: olyusha18@mail.ru

Реферат. Сравнительный анализ применения препаратов ирунин, пимафуцин при лечении 68 пациенток с диагнозом «кандидозный вульвовагинит» показал преимущества ирунина, который наряду с высокой эффективностью (97%) показал хорошую толерантность. Рецидивов заболевания после окончания терапии в течение одного месяца не было выявлено ни у одной пациентки.

Ключевые слова: кандидозный вульвовагинит, *Candida albicans*, ирунин, пимафуцин.

ADVANTAGES OF COMBINED THERAPY FOR CHRONIC RECURRENT CANDIDAL VULVOVAGINITIS

L.R. GABDULLINA, E.P. VOROBYOVA, O.Y. SADETGINOVA

Abstract. Comparative analysis of Itraconazole and Natamycin treatment of 68 patients with candidal vulvovaginitis revealed the advantage of Itraconazole which along with high efficiency (97%) showed good tolerance. The recurrence of the disease was detected for none of the patients during one month after the end of the treatment.

Key words: candidal vulvovaginitis, *Candida albicans*, Itraconazole, Natamycin.