

ТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В СОВРЕМЕННЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

© 2011 О.Б. Калинкина, В.А. Мельников

Самарский государственный медицинский университет

Поступила в редакцию 29.09.2011

Проведенное исследование показало эффективность комплексного двухэтапного метода терапии бактериального вагиноза у пациенток с синдромом поликистозных яичников, заключающегося во введении вагинальных свеч Нео-Пенотран на первом этапе и вагинальных таблеток Вагинорм-С на втором этапе.

Ключевые слова: *бактериальный вагиноз, синдром поликистозных яичников, Нео-Пенотран, Вагинорм-С*

Бактериальный вагиноз (БВ) является одним из наиболее распространенных видов инфекционной патологии половых органов женщин преимущественно репродуктивного возраста [1]. По данным различных авторов на его долю приходится от 1/3 до 1/2 всех вульвовагинальных инфекций нижнего отдела половых органов [2]. Была определена ведущая роль облигатно анаэробных бактерий в возникновении данного заболевания. При этом не отмечается воспалительной реакции со стороны влагалища и отсутствуют лейкоциты во влагалищном отделяемом. В связи с этим и произошло изменение термина «неспецифический вагинит» на термин «бактериальный вагиноз», который был принят на I Международном симпозиуме по вагинитам в Швеции в 1984 г. [3]. БВ является полимикробным вагинальным синдромом, характеризующимся обильными выделениями из половых путей с неприятным запахом при отсутствии в них таких патогенных возбудителей, как *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Candida albicans* и признаков воспалительных изменений влагалища [2]. БВ можно рассматривать как общий инфекционный невоспалительный синдром, связанный с дисбиозом влагалищного биотопа, характеризующийся чрезмерно высокой концентрацией облигатно и факультативно анаэробных условно-патогенных микроорганизмов и резким снижением или отсутствием молочно-кислых бактерий в отделяемом влагалища.

В настоящее время основная роль в возникновении БВ отводится нарушениям микроценоза влагалища. В связи с этим представление о нормальном состоянии микроэкологии влагалища

позволяет более точно понять те изменения в микроценозе влагалища, которые происходят в ответ на различные неблагоприятные воздействия [2, 6]. У здоровых женщин репродуктивного возраста ведущее место в вагинальном микроценозе занимают лактобациллы, на долю которых приходится 95-98% всей микрофлоры влагалища [1]. По данным различных авторов во влагалище здоровых женщин преобладают факультативно анаэробные виды лактобацилл (микроаэрофилы), способные продуцировать перекись водорода [2]. Благодаря таким свойствам лактобактерий, как способность продуцировать перекись водорода, создавать во влагалище кислую среду ввиду высокой концентрации молочной кислоты, конкурировать с другими микроорганизмами за прилипание к эпителиальным клеткам влагалища, а также стимулировать иммунную систему макроорганизма, обеспечивается колонизационная резистентность вагинального биотопа [5]. На состав микрофлоры влагалища могут оказывать воздействие инвазивные диагностические и лечебные манипуляции, применение антибиотиков, цитостатиков, гормональных препаратов, ионизирующее излучение, хирургические вмешательства, неблагоприятные экологические условия и др. [1, 2, 5]. Однако, несмотря на постоянные изменения, микрофлора влагалища относительно стабильна и связана с механизмами саморегуляции микробной ассоциации.

В норме рН влагалищного содержимого имеет кислую реакцию (рН 3,8-4,5) за счет продукции молочной кислоты штаммами лактобацилл, которые препятствуют чрезмерному росту многочисленных бактерий из группы условно патогенных микроорганизмов, обитающих во влагалище здоровой женщины в небольшом количестве. При БВ состав вагинального микроценоза резко меняется (рН 2,6). Для его возникновения необходимо наличие конкурентного роста

*Калинкина Ольга Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1
Мельников Владимир Александрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1. E-mail: maiorof@mail.ru*

одного или нескольких строгих анаэробных микроорганизмов. Под воздействием определенных факторов (гормональные нарушения, применение антибиотиков, снижение иммунной системы, неблагоприятные экологические условия и др.) происходит резкое снижение количества лактобацилл, что, в свою очередь, ведет к снижению содержания молочной кислоты и сдвигу рН в сторону щелочной реакции. При этом создаются условия для массивного размножения строгих анаэробов (*Prevotella/Porphyromonas* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Fusobacterium* spp., *Mobiluncus* spp.) и гарднереллы. Иногда на фоне абсолютного преобладания микроорганизмов, ассоциированных с БВ, могут присутствовать лактобактерии в низком титре и, как правило, это лактобактерии анаэробного происхождения, не способные продуцировать перекись водорода [5].

Диагностика БВ складывается из совокупности ряда клинических признаков и лабораторных тестов [1]. БВ характеризуется длительными и обильными выделениями из половых путей с неприятным запахом. Наблюдается также зуд, дизурические расстройства, диспареуния [3]. Кроме того, у большинства пациенток выявляется высокая частота фоновых заболеваний шейки матки, таких, как эктопия шейки матки, реже – лейкоплакия шейки матки, эндоцервицит и эндометриоз шейки матки с частым рецидивированием патологического процесса после проведенной терапии [5]. Следует отметить, что БВ нередко возникает на фоне нарушений менструального цикла преимущественно по типу олигоменореи или неполноценной лютеиновой фазы. Эти нарушения характерны для пациенток с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) [4], поэтому БВ часто развивается у пациенток с СПКЯ.

Микроскопия мазков, окрашенных по Граму, имеет ведущее значение для постановки диагноза БВ. Среди лабораторных методов исследования хорошо себя зарекомендовали тесты скрининг-диагностики – комплекс диагностических тестов, предложенных R. Amsel и соавт. [1]. Выполнение одного из четырех тестов недостаточно для постановки диагноза, и диагностически значимым следует считать наличие трех положительных признаков из четырех. Для БВ характерен положительный аминотест. Вагинальное содержимое часто имеет запах гнилой рыбы, который является результатом выработки диаминов в процессе реакции декарбоксилирования аминокислот облигатными анаэробами. Соли этих соединений превращаются в летучие амины при щелочном значении рН. Вместе с тем, гарднерелла, с высокой частотой выделяемая при БВ, не продуцирует эти соединения. Поэтому в случаях полного доминирования гарднереллы в составе вагинального микроценоза аминотест будет отрицательным. Значение рН вагинального отделяемого при БВ превышает нормативные

показатели ($\text{pH} > 4,5$), что определяется элиминацией лактофлоры или резким снижением ее содержания [2].

В настоящее время препаратами выбора для этиотропной терапии БВ является метронидазол, обладающий антианаэробным спектром действия [5]. Метронидазол превращается в активную форму, связывается с ДНК и блокирует синтез нуклеиновых кислот. Известно, что применение метронидазола в различных режимах эффективно при БВ. В частности, однократное пероральное применение метронидазола в дозе 2 г столь же эффективно, как и 5-7-дневный пероральный прием. Однако пероральное применение препарата нередко вызывает побочные эффекты, такие, как металлический вкус во рту, диспептические расстройства, аллергические реакции. При длительном его применении может развиваться так называемый нейропатический синдром. Кроме того, некоторые авторы считают, что метронидазол обладает слабыми канцерогенными свойствами. Имеются сообщения о возможном мутагенном действии метронидазола, что имеет особое значение при лечении БВ у беременных. В литературе встречаются данные о гиперчувствительности к метронидазолу, хотя непереносимость метронидазола встречается редко, врачам необходимо помнить об этом возможном побочном эффекте данного препарата [2]. Учитывая, что при пероральном применении данных методов терапии наблюдается большое число нежелательных побочных реакций, многие клиницисты отдают предпочтение влагалищному пути введения этих препаратов при БВ, который не уступает по эффективности оральной терапии. Он является предпочтительным из-за меньшей вероятности развития побочных реакций, меньшей курсовой дозы препарата, а также возможности лечения беременных женщин и женщин, находящихся в периоде лактации [2, 5, 6].

Влагалищные свечи Нео-Пенотран – комбинация двух соединений (метронидазола 500 мг и миконазола 100 мг) успешно используется для лечения бактериального вагиноза. Применяют в течение 7 дней по одной свече 2 раза в день или по одной свече в день в течение 14 дней. При рецидивирующих формах инфекции свечи применяются по одной 2 раза в день в течение 14 дней. Число рецидивов, возникающих в различные сроки после лечения, достаточно велико и достигает, по данным различных авторов, 40-70%. По-видимому, это связано с тем, что антибактериальная терапия, ликвидируя условно-патогенные микроорганизмы, часто не создает условий для достаточно быстрого восстановления нормальной микрофлоры влагалища. В этой связи для ее восстановления в настоящее время используют препараты, которые способствуют восстановлению нормальной микрофлоры влагалища. С данной целью могут быть использованы

вагинальные таблетки Вагиногм-С. Данный препарат содержит в 1 таблетке 250 мг. аскорбиновой кислоты. Использование аскорбиновой кислоты интравагинально снижает рН влагалища, ингибируя рост бактерий и способствует восстановлению и поддержанию нормальных показателей рН и флоры влагалища (лактобацилл). При снижении рН влагалища в течение нескольких дней происходит выраженное подавление роста анаэробных бактерий, а также восстановление нормальной флоры.

Цели и задачи нашего исследования: повысить эффективность лечения БВ у женщин с СПКЯ, используя коррекцию биоценоза влагалища.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 37 пациенток с СПКЯ и БВ. Пациенткам проводилось комплексное лечение, включающее коррекцию гормонального фона и метаболических нарушений. Пациенткам назначали санацию влагалища метронидазолом и миконазолом с последующим восстановлением нормальной лактофлоры. На первом этапе использовались вагинальные свечи Нео-Пенотран в течение 7 дней по 1 свече 2 раза в день. Второй этап предусматривал восстановление нормального микроценоза влагалища путем применения Вагинорма-С. Вагинорм-С назначается интравагинально по 1 таблетке на ночь на протяжении 6 дней.

Полученные результаты. Сочетание метронидазола и миконазола позволило резко снизить концентрацию анаэробов, предотвратить развитие вагинального кандидоза. Использование Вагинорма-С, создавая кислую среду во влагалище, стимулировало рост собственной лактофлоры, способствовало снижению числа рецидивов заболевания за счет повышения защитных свойств влагалища. После терапии у пациенток

отмечалась нормализация микрофлоры. Нормоценоз выявлен у 50 (85,1%) женщин, промежуточный тип – только у 7 (14,8%), дисбиоза выявлено не было. Рецидив дисбиоза в течение года был выявлен только у 2% пациенток.

Выводы: проведенные исследования показали высокую эффективность комплексного двухэтапного метода лечения БВ, состоящего в применении на первом этапе вагинальных свеч Нео-Пенотран, а на втором этапе – вагинальных таблеток Вагинорм-С.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Анкирская, А.С. Бактериальный вагиноз / А.С. Анкирская // Акушерство и гинекология. 2005. № 3. С. 10-13.
2. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) / Под ред. проф. В.Н. Прилепской. -4-е изд. – М.:МЕДпресс-информ, 2005. 432 с.
3. Кулаков, В.И. Инфекции, передаваемые половым путем – проблема настоящего и будущего / В.И. Кулаков // Акушерство и гинекология. 2003. № 6. С. 3-6.
4. Позднякова, Т.И. Актуальные вопросы диагностики и лечения бесплодия у женщин с синдромом поликистозных яичников / Т.И. Позднякова, О.Ф. Серова, Н.В. Зароченцева // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004. Т. 3, №1. С. 80-85.
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. 16-19.
6. Репина, М.А. Лечение и профилактика инфекций нижнего отдела женских половых органов / М.А. Репина, М.М. Сафронова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004. Т. 3, №2. С. 100-102/

ТHERAPY OF BACTERIAL VAGINOSIS AT PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME IN MODERN ECOLOGICAL CONDITIONS

© 2011 O.B. Kalinkina, V.A. Melnikov

Samara State Medical University.

The conducted research has shown efficiency of complex two-stage method of bacterial vaginosis therapy at patients with a polycystic ovary syndrome, consisting in introduction the vaginal suppositories Neo-Penotran at the first stage and vaginal tablets Vaginorm-C at the second stage.

Key words: *bacterial vaginosis, polycystic ovary syndrome, Neo-Penotran, Va-ginorm-C*

Olga Kalinkina, Associate Professor at the Obstetrics and Gynecology Department №1

Vladimir Melnikov, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Obstetrics and Gynecology Department №1. E-mail: maiorof@mail.ru