

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА БЕРЕМЕННЫХ

Майсурадзе Л.В., Цаллазова Л.В., Плахтий Л.Я., Кабулова И.В., Хаихожева А.С.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
кафедра акушерства и гинекологии, г. Владикавказ

В последние годы на фоне ухудшения экологической обстановки, урбанизации общества, увеличения числа иммунодефицитных состояний, широкого распространения инфекций, передающихся половым путем, частого бесконтрольного применения антибиотиков, наблюдается увеличение частоты инфекций, вызванных условно-патогенными микроорганизмами. Среди вагинальных инфекций лидирующее место занимает бактериальный вагиноз (Кира Е.Ф., 1995; Прилепская В.Н. 1996). При бактериальном вагинозе в 2-6 раз увеличивается риск развития таких осложнений, как: невынашивание беременности, хориоамнионит, преждевременные роды, внутриутробное инфицирование плода, послеродовый эндометрит, послеабортные осложнения, воспалительные заболевания органов малого таза.

Целью настоящего исследования явилось: проведение оценки эффективности комбинированной терапии бактериального вагиноза с применением препаратов, обладающих антибактериальной и иммуномодулирующей активностью.

Под наблюдением находилось 85 беременных, у которых диагноз бактериального вагиноза был установлен на основании выявления ключевых клеток, положительного аминного теста, изменения рН влагалищного мазка, а также жалоб на обильные выделения из половых путей. Средний возраст обследованных составил 22,9 лет. 15,5% пациенток имели в анамнезе хронический аднексит, 5,6% страдали первичным или вторичным бесплодием. Обращает на себя внимание высокая частота невынашивания беременности – 25% обследованных беременных. В процессе работы использовались следующие методы исследования: микроскопия вагинальных мазков, микробиологический культуральный метод и иммунологические методы. При микроскопии вагинальных мазков, окрашенных по Грамму, выявляли особенности, типичные для бактериального вагиноза. В микроскопической картине вагинального мазка беременных в 100 % случаев был выявлен морфотип гарднерелл, положительный аминный тест, изменение рН выше 4,5, что подтверждало диагноз бактериального вагиноза. Помимо состава микрофлоры, микроскопический метод дал возможность оценить состояние вагинального эпителия и наличие лейкоцитарной реакции. Лейкоцитарная реакция при бактериальном вагинозе отсутствовала.

Результаты культурального исследования подтвердили полимикробную этиологию бактериального вагиноза, в этиологической структуре которого доминирует роль неспорообразующих анаэробов. Выделено 12 видов строгих анаэробов. При бактериальном вагинозе чаще выделялся *Bacteroides melaninogenicus* и *Bacteroides vulgatus*. Ранговая последовательность спектра строгих анаэробов при бактериальном вагинозе следующая: *Peptostreptococcus anaerobius*, *Bacteroides species*, *Peptococcus anaerobius*, *Peptostreptococcus species*, *Peptococcus prevotii*, *Peptococcus species*, *Bifidobacterium species* и *Fusobacterium nucleatum*. При этом лактобациллы отсутствовали у 89%. Спектр факультативно-анаэробных микроорганизмов был высоким. Чаще других выделялись коагулазоотрицательные стафилококки 55,5%. Нами проведено обследование на кишечный дисбактериоз женщин с бактериальным вагинозом. Оценка состояния микробной флоры кишечника проведена до назначения лечения, при этом у 78% обследуемых женщин установлены изменения качественного и количественного состава микрофлоры кишечника.

Для оценки иммунного статуса проводилось определение циркулирующих лимфоцитов, а также уровней содержания альфа-, гамма-, и сывороточного интерферона по методу С.С. Григорянц и Ф.И. Ершова. Определение основных классов иммуноглобулинов А, М, G проводилось методом радиальной иммунодиффузии по Mancini. У 85% обследованных беременных нами было выявлено снижение абсолютного и относительного содержания Т- и В- клеток (Т-лимфоциты – $48,2 \pm 2,4\%$, Т-хелперы – $25,3 \pm 1,4\%$), а также достоверное снижение показателей альфа ИФН до $134,4 \pm 8,2\%$, гамма ИФН – до $44,2 \pm 10,2\%$. В то же время уровень сывороточного интерферона оставался в пределах нормы. Анализ показателей иммуноглобулинов свидетельствовал об увеличении уровня IgA и IgM. После проведенных исследований все женщины были разделены на 2 клинические группы: I группа (40 беременных) – получала 2% вагинальный крем «Клиндамицин» + иммуномодулирующий препарат «Кипферон» по 1 суппозиторию 2 раза в день вагинально; II группа беременных (45 пациенток) получала монотерапию «Клиндамицином». Кроме того, женщинам обеих групп назначался эубиотик – ацилакт для нормализации биоценоза влагалища (7-10 дней).

Изучены факторы иммунного статуса у женщин основной группы после проведенного лечения без применения иммуномодулятора и на фоне приема иммуномодулятора – кипферон. Было выявлено, что у женщин после приема кипферона отмечалось достоверное повышение Т-клеток, нормализация В-клеток, повышение фагоцитарной активности, а также увеличение фагоцитарного индекса. Включение кипферона в курс лечения бактериального вагиноза оказало выраженный положительный клинический эффект. Выздоровление и нормализация лабораторных показателей отмечались у 75% пациенток I подгруппы, в то время как у беременных получавших кипферон, число излеченных составило 95%. Кроме того, уменьшалась длительность лечения. Критериями излечения являлись: 1) отсутствие субъективных жалоб; 2) нормальные выделения по количеству, консистенции, запаху; 3) рН содержимого влагалища < 4,5; 4) отрицательный аминотест; 5) отсутствие ключевых клеток в мазках, окрашенных по Грамму.

Таким образом, проведенные исследования подтверждает высокую эффективность комбинированной терапии бактериального вагиноза с применением иммуномодулирующего препарата «Кипферон» у беременных, что будет способствовать снижению числа осложнений беременности, родов, послеродового периода и уменьшению риска внутриутробного инфицирования плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2007. Т. 9. № 4.
2. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2006. Т. 8. № 4.
3. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2005. Т. 7. № 4.
4. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2004. Т. 6. № 4.
5. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2003. Т. 5. № 4.
6. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2002. Т. 4. № 4.
7. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2001. Т. 3. № 4.
8. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2000. Т. 2. № 4.
9. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2007. Т. 9. № 12.
10. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2006. Т. 8. № 12.
11. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2005. Т. 7. № 12.
12. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2004. Т. 6. № 12.
13. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2003. Т. 5. № 12.
14. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2002. Т. 4. № 12.
15. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2001. Т. 3. № 1.
16. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2000. Т. 2. № 1.