

**Л.И. МАЛЬЦЕВА**

Казанская государственная медицинская академия

Бактериальный вагиноз: наш опыт лечения препаратом «Гиналгин»

Мальцева Лариса Ивановна

доктор медицинских наук, профессор

заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1

420015, г. Казань, ул. Б.Красная, д. 51, тел. (843) 236-46-41

Представлены современные взгляды на бактериальный вагиноз, его значение в патологии репродуктивных органов женщины, а также принципы терапии. Подчеркнута возможность использования препарата «Гиналгин» для лечения бактериального вагиноза. Преимуществом препарата является его эффективность и безопасность при смешанных бактериально-кандидозных и протозойных инфекциях.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, лечение, «Гиналгин».

LI. MALTSEVA

Kazan State Medical Academy

Bacterial vaginosis: our experience of treatment by drug «Ginalgin»

Modern views on bacterial vaginosis, its importance in the pathology of the reproductive organs of women, as well as the principles of therapy are presented. The possibility of using the drug «Ginalgin» for treatment of bacterial vaginosis is pointed. The advantage of the drug is its effectiveness and safety in mixed bacterial-candidal and protozoal infections.

Keywords: bacterial vaginosis, treatment, «Ginalgin».

Инфекции влагалища, среди которых доминирует бактериальный вагиноз (БВ), чаще всего определяют развитие акушерско-гинекологической патологии. Частота БВ варьирует, по данным различных авторов, от 30% до 60-80%. Известно, что БВ является фактором риска или даже причиной формирования тяжелых заболеваний женских половых органов и осложнений беременности — хориоамнионита, послеродового эндометрита, преждевременных родов и рождения детей с низкой массой тела, воспалительных процессов половых органов, гнойно-септических осложнений у матери и ребенка в послеродовом периоде, что влияет на частоту акушерской и неонатальной патологии. Таким образом, ранняя диагностика и проведение своевременной этиотропной терапии позволит избежать развития осложнений и повысить эффективность лечения БВ.

В отличие от неспецифического вагинита бактериальный вагиноз протекает без признаков воспалительной реакции с отсутствием лейкоцитов во влагалищном отделяемом. При этом происходит замещение нормальной микрофлоры влагалища (лактобактерий) другими микроорганизмами, в частности, бактероидами, фузобактериями, пептококками, вейллонеллами, а также гарднереллами, микоплазмами, *Atopobium vaginae*.

В настоящее время установлено, что вагинальная микрофлора включает в себя грамположительные, грамотрицательные, аэробные, факультативно-анаэробные и облигатно анаэробные микроорганизмы. При этом у здоровых женщин репродуктивного возраста ведущее место в вагинальном микроценозе занимают НО-продуцирующие лактобактерии, на долю которых приходится 95-98% всей микрофлоры влагалища. Лактобактерии способны создавать во влагалище кислоту

среду ввиду высокой концентрации молочной кислоты, конкурировать с другими микроорганизмами за прилипание к эпителиальным клеткам влагалища, а также стимулировать иммунную систему макроорганизма. Защитные свойства лактобацилл реализуются за счет антагонистической активности, способности продуцировать лизоцим, адгезивных свойств. Однако основными механизмами, обеспечивающими колонизационную резистентность влагалища, являются кислотообразование и продукция перекиси водорода, что поддерживает pH вагинального содержимого в пределах 3,8-4,5.

При бактериальном вагинозе под воздействием определенных факторов (гормональные нарушения, применение антибиотиков, снижение иммунной системы и др.) происходит резкое снижение уровня НО-продуцирующих лактобактерий, вплоть до их полного исчезновения, что приводит к замещению лактобактерий гарднереллами. Кроме того, создаются условия для массивного размножения во влагалище строгих анаэробов (*Prevotella/Porphyromonas* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Fusobacterium* spp., *Mobiluncus* spp.). Известно, что гарднереллы не продуцируют амины. Эти бактерии высвобождают большое количество пировиноградной кислоты и аминокислот, которые утилизируются другой влагалищной микрофлорой. Гарднереллы способствуют увеличению роста анаэробов, увеличивая тем самым концентрацию аминов во влагалищном секрете. Именно амины (кадаверин, путресцин и др.) придают влагалищным выделениям неприятный запах и увеличивают pH влагалищного отделяемого. Щелочная среда влагалища идеальна для размножения мико- и уреоплазм. Так усиливается дисбиоз влагалища.

К наиболее значимым факторам, способствующим формированию бактериального вагиноза, относятся инфекции, передаваемые половым путем. Хроническая хламидийная, трихомонадная инфекция, а также гонорея могут иметь «маску» в форме упорного бактериального вагиноза, что требует дополнительных, специальных методов обследования женщин. Вместе с тем дисбиоз влагалища развивается и у женщин, использующих различные контрацептивы (гормональные, ВМС или спермициды), имеющих пороки развития влагалища и матки, анатомические деформации наружных половых органов после родов. Зияющий вход во влагалище с опущением стенок — важное условие для нарушения микробиоты и колонизации кишечной микрофлорой. Большое значение имеют эндокринные (гипотиреоз, сахарный диабет), гинекологические и экстрагенитальные заболевания женщин, а также частые ангины, ОРЗ и патология желудочно-кишечного тракта. Вероятно, эта соматическая патология приводит к иммунным сдвигам, отражением которых является дисбиоз влагалищной микрофлоры. Большое значение имеет нарушение местного иммунитета. С бактериальным вагинозом ассоциированы микоплазмы и уреоплазмы, которые способны расщеплять секреторный иммуноглобулин А — один из основных «защитников» слизистой. Угнетение функциональной активности лейкоцитов, вызванное анаэробной флорой, снижение уровня лизоцима, лизина, опсонинов — типичные нарушения местного иммунитета при бактериальном вагинозе.

Бактериальный вагиноз — заболевание, наступающее женщину в любом возрасте — от детства до менопаузы. Клинически в типичных ситуациях оно характеризуется обильными белями с неприятным запахом (особенно после полового акта или менструации). При длительном течении бели липкие, желтовато-зеленоватого цвета или пенистые. Нередко основной жалобой является зуд, жжение во влагалище, болезненность при половом акте, дизурические расстройства. В 25% случаев симптомы практически не выражены. Это бессимптомное течение бактериального вагиноза, но оно не снимает

возможности развития осложнений — уретрита, цервицита, эндометрита и сальпингоофорита, а во время беременности — истмико-цервикальной недостаточности, угрозы прерывания, хориоамнионита, послеродового эндометрита. По тяжести клинических проявлений выделяют три степени бактериального вагиноза (Мавзютов Р.А. и соавт., 2001):

1 степень — компенсированный, для которого характерно полное отсутствие в исследуемом материале микрофлоры при неизменных эпителиоцитах. Указанное состояние слизистой влагалища не рассматривается в качестве патологического, но отсутствие лактобактериальной флоры свидетельствует о принципиальной возможности заселения пустующей экологической ниши попадающими с наружных половых органов микроорганизмами и последующим формированием БВ. Описанные формы могут наблюдаться при микроскопии в результате «чрезмерной» подготовки пациентки к посещению врача или же после проведения интенсивной химиотерапии антибактериальными препаратами широкого спектра действия.

2 степень — субкомпенсированный, характеризующийся количественным снижением лактобактерий, соизмеримым с возрастанием количества сопутствующей грамвариабельной полиморфной бактериальной флоры, и появлением в поле зрения единичных (1-5) «ключевых» клеток при относительно умеренном лейкоцитозе (15-25 в поле зрения). «Ключевые» клетки могут быть представлены как покрытыми бактериальной флорой снаружи эпителиоцитами, так и содержащими бактерии внутриклеточно ввиду неспецифического осуществления эпителиальными клетками функций фагоцитоза.

3 степень — декомпенсированный, являющийся клинически выраженным в соответствии с симптоматикой БВ и микроскопически характеризующийся полным отсутствием лактобактерий, когда все поле зрения заполнено «ключевыми» клетками. Бактериальная флора при этом может быть представлена самыми различными, за отсутствием лактобактерий, микроорганизмами как в монокультуре, так и в различных морфо- и видовых сочетаниях.

В диагностике бактериального вагиноза основными являются критерии R. Amsel и соавт. (1983). Они включают:

- патологический характер вагинальных выделений,
- pH вагинального отделяемого более 4,5,
- положительный аминный тест («рыбный» запах при смешивании влагалищного отделяемого с 10% KOH),
- выявление «ключевых» клеток при микроскопии неокрашенных мазков.

Кроме того, большое значение имеет оценка соотношения количества лейкоцитов и эпителиальных клеток во влагалищном мазке. Характерно преобладание эпителиальных клеток, число которых в 2-3 раза больше, чем лейкоцитов.

Формирование «ключевых» клеток происходит в случае увеличения колонизации *G.vaginalis* и *Mobiluncus* spp. с последующей их адгезией на клетки вагинального плоского эпителия. «Ключевые» клетки представляют собой отторгшиеся от эпителиальной выстилки интактные или литически измененные клетки, покрытые бактериями в виде облака или вуали с концентрацией по периферии. В наиболее тяжелых клинически выраженных случаях бактерии заполняют и межклеточное пространство.

Наиболее достоверным методом диагностики является микроскопия вагинальных мазков, окрашенных по методу Грама, когда «ключевые» клетки легко дифференцировать с «ложноключевыми». Чувствительность микроскопического метода составляет 93%, специфичность — 70%. Микроскопический метод позволяет оценить морфологические особенности, со-

отношение отдельных компонентов вагинальной микрофлоры, получить информацию о состоянии слизистой влагалища и степени лейкоцитарной реакции. Количественный критерий обнаружения «ключевых» клеток остается дискуссионным. Общепризнанный факт превалирования в норме бактерий рода *Lactobacillus* позволяет использовать его в качестве основного критерия нормы или патологии при исследовании влагалищной жидкости. В пользу указанного свидетельствует невозможность чрезмерного развития сопутствующей флоры, а, следовательно, и наличие «ключевых» клеток при сохраненном количественном уровне лактобактерий.

В настоящее время не вызывает сомнений, что бактериологическое исследование с оценкой соотношения количества типичных лактобактерий к остальным компонентам микробной флоры влагалища является основным среди лабораторных диагностических тестов, но выполнить его не всегда возможно.

При проведении обследования больных следует соблюдать определенные правила:

- материал должен быть взят в день обращения к врачу;
- забор должен осуществляться до начала антибактериальной терапии;
- накануне взятия материала пациентка не должна проводить интимный туалет или иметь половую связь.

Основные принципы лечения БВ:

1. Противомикробная терапия, направленная на подавление анаэробной флоры, местно или системно.
2. Создание оптимальных физиологических условий среды влагалища.
3. Восстановление нормального или максимально приближенного к норме микробиоценоза влагалища.
4. Проведение иммунокорректирующей терапии.

Учитывая локальный характер поражений при БВ, оптимальным считается проведение местных лечебных мероприятий. Согласно международным рекомендациям CDC, для лечения БВ эффективны следующие схемы: внутрь метронидазол 500 мг 2 раза или клиндамицин 300 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней в сочетании с интравагинальным введением клиндамицин-крема 2% — 5 г 1 раз ежедневно в течение 3-7 дней, или по той же схеме клиндамицин в свечах 100 мг, или метронидазол-геля 0,75%-5,0 г 2 раза в сутки в течение 5 дней.

Возможно сочетанное применение препаратов трихопола — 1 вагинальная таблетка 500 мг однократно и 250 мг препарата внутрь 2 раза в день. Как правило, в легких случаях (компенсированный или бессимптомный БВ) лечение ограничивается только местными средствами, в остальных — целесообразен комбинированный прием (пероральный и интравагинальный).

Важно отметить, что среди наиболее частых осложнений при применении вышеназванных препаратов является развитие кандидозного вульвовагинита, который возникает у каждой четвертой больной.

В связи с этим, в настоящее время предпочтение отдается комбинированным препаратам. В частности, мы имеем опыт применения в лечении БВ препарат «Гиналгин» — вагинальные таблетки производства «АО Polfa». В состав этого средства входит метронидазол 250 мг и 100 мг хлорхинальдона, который воздействует на грамположительную и отрицательную микрофлору влагалища, а также грибы *Candida*.

Нами было обследовано 56 пациенток в возрасте от 18 до 49 лет, которые предъявляли жалобы на обильные выделения из половых путей с неприятным запахом, зуд, жжение в области вульвы и влагалища. Всем больным был назначен препарат

«Гиналгин» по 1 вагинальной таблетке на ночь в течение 10 дней.

Данные опроса показали, что улучшение состояния большинства пациенток отметили уже на третьи-четвертые сутки от начала применения препарата.

Динамика клинических симптомов БВ на протяжении курса терапии препаратом «Гиналгин»

Клинические симптомы	До лечения	3 сутки после начала лечения	После окончания лечения
Обильные выделения	28 (87,5%)	18 (64,3%)	3
Неприятный запах	26(81,2%)	19(73,1%)	2
Зуд, жжение в области гениталий	10(31,2%)	4 (40%)	1
Дизурические расстройства	5(15,6%)	3 (60%)	1
Диспареуния	3 (9,4%)	2 (66,7%)	—

Клинические симптомы	Количество больных — 56	
	До лечения	После окончания лечения
Обильные выделения	50 (89,2%)	-
Неприятный запах	56 (100%)	-
Зуд, жжение в области гениталий	25 (44,6%)	1
Дизурические расстройства	4 (7,1%)	1
Диспареуния	3 (5,3%)	1

Эффективность лечения «Гиналгином» оценивалась по результатам клинического и лабораторных методов исследования (микробиологического исследования: окраска мазков по Граму, рН влагалищного отделяемого).

Данные клинико-лабораторного исследования показали, что эффективность терапии составила 94,6%, что проявлялось нормализацией степени чистоты влагалищного содержимого, значительным снижением рН среды влагалища (4,3-4,7), субъективным и объективным улучшением, которое характеризовалось исчезновением выделений и неприятного запаха из половых путей. Дизурические явления и диспареуния сохранились у 3 больных, что объяснялось другими причинами (позадишеечный эндометриоз, хронический уретрит).

Препарат хорошо переносился всеми больными.

С целью коррекции вагинальных дисбиотических процессов, а также активации клеточного и гуморального факторов иммунитета на втором этапе этиотропного лечения БВ применяют препараты — зубиотики, которые стимулируют рост собственной лактофлоры влагалища и способствуют снижению числа рецидивов заболевания. Важно помнить, что назначение биопрепаратов вагинально возможно только после контрольного микробиологического подтверждения отсутствия грибов во влагалище.

Таким образом, «Гиналгин» обладает высокой эффективностью, не оказывает системного влияния на организм, не требует для профилактики вагинального кандидоза дополнительных antimикотических средств, удобен в применении и является перспективным методом лечения бактериального вагиноза.