

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ПАЦИЕНТОК С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Т.М. Соколова, М.А. Караськова, Е.В. Фоляк*, В.Р. Мухамедшина*

ФГУ «Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. акад. Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий»

* Новосибирский государственный медицинский университет

cpssc@meshalkinclinic.ru

Ключевые слова: бактериальный вагиноз.

В структуре гинекологической заболеваемости одно из ведущих мест занимает бактериальный вагиноз (БВ). По литературным данным, на его долю приходится от 30 до 50% всех вульвовагинальных инфекций [1–3, 9, 10]. Это заболевание обнаружено у 21–31% практически здоровых женщин. Актуальность проблемы диагностики и лечения БВ приобретает особую значимость в связи с ростом частоты заболевания и вызываемых им нарушений функций репродуктивной системы. Эти изменения являются причиной снижения трудоспособности, проблем в сексуальной сфере, что обуславливает социальный и экономический аспекты данной проблемы [1, 2].

За последние 30 лет существенно изменилась эпидемиологическая характеристика инфекционных заболеваний, что связано с появлением современных методов диагностики, а также применением антибиотиков, которые извращают нормальную микрофлору. К факторам риска относятся также: ухудшение экологии, беспорядочная половая жизнь, широкое и порой бесконтрольное применение антибактериальных препаратов, экстрагенитальная патология [2, 3, 9, 10]. Поэтому разработка эффективных методов лечения и профилактики БВ является актуальной задачей.

При бактериальном вагинозе нарушается микробиоценоз влагалища и возрастает роль условно-патогенной эндогенной микрофлоры [2, 3, 11]. Учитывая тот факт, что основная роль в возникновении бактериального вагиноза отводится нарушениям микробиоценоза влагалища, представление о нормальном состоянии его микрофлоры позволяет более точно понять те изменения экосистемы влагалища, которые происходят в результате различных неблагоприятных воздействий [2, 3, 9].

Результаты проведенных исследований позволили нам выделить два варианта клинического течения бактериального вагиноза: бессимптомное и с клиническими симптомами. При бессимптомном течении на фоне положительных результатов лабораторных исследований отсутствуют клинические проявления. Второй вариант характеризуется длительными (в среднем 2–3 года) обильными жидкими молочного или серого цвета выделениями, преимущественно с неприятным запахом «гнилой

рыбы», частым сочетанием с патологическими процессами шейки матки и рецидивирующим течением [1–3, 10, 11]. Вагинальный эпителий представлен эпителиальными клетками поверхностных слоев: в 100% случаев обнаруживаются «ключевые» клетки, лейкоцитарная реакция не выражена [1, 3].

Бактериальный вагиноз можно рассматривать как дисбактериоз влагалища, в основе которого лежит нарушение микробиоценоза. В норме pH вагинального секрета составляет 3,8–4,5, что обусловлено продукцией молочной кислоты штаммами лактобацилл, которые определяют колонизационную резистентность биотопа и препятствуют чрезмерному росту других 20–30 видов бактерий, в норме обитающих во влагалище в незначительном количестве [1, 2, 10]. При дестабилизации экосистемы (гормональные нарушения, антибиотикотерапия, иммунологические сдвиги, экстрагенитальная патология и др.) происходит резкое снижение количества лактобацилл, увеличение pH влагалищного секрета более 4,5. При этом создаются условия для массивного размножения таких микроорганизмов, как гарднереллы, облигатно-анаэробные бактерии, вегетирование которых еще больше угнетает лактофлору и стимулирует рост различных условно-патогенных микроорганизмов [2, 9].

Для постановки диагноза БВ достаточно 3 из 4 признаков: жалобы на обильные выделения из влагалища; наличие ключевых клеток; повышение pH; положительный аминотест белей.

Ведущими и часто встречающимися симптомами БВ являются жалобы на обильные бели с неприятным запахом. В начале заболевания бели имеют жидкую консистенцию, белый или с сероватым оттенком цвет. При длительном течении заболевания они приобретают желтовато-зеленую окраску, становятся более густыми, обладают свойством пениться, слегка тягучие, липкие, равномерно распределяются на стенках влагалища. Количество белей в среднем составляет около 20 мл в сутки (примерно в 10 раз выше, чем в норме). Некоторые больные отмечают локальный дискомфорт, чувство зуда и жжения в области вульвы, диспареунию.

Особенностью бактериального вагиноза является отсутствие признаков воспаления (отека, гиперемии) стенок влагалища. Слизистая оболочка обычного розового цвета [2, 3].

Данные литературы [4–7] показывают, что применяемые методы медикаментозного лечения БВ не всегда дают выраженный и стойкий эффект. В связи с этим большое значение приобретает изучение и внедрение новых эфферентных методов для профилактики и лечения БВ, повышающие неспецифические и специфические факторы защиты организма. Практика использования низкочастотного ультразвука (НЧУЗ) в различных отраслях медицины показывает, что его применение при лечении оказывает обезболивающее, бактерицидное, десенсибилизирующее, нейрорефлекторное действие, способствуя тем самым реализации приспособительных и защитных функций организма [4–7].

Цель исследования – 1) выявить частоту встречаемости бактериального вагиноза у пациенток с сердечно-сосудистой патологией и провести сравнительный анализ с пациентками без сердечно-сосудистой патологии; 2) выработать врачебную тактику диагностики, эффективности лечения БВ путем разработки и внедрения эфферентных методов лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели на базе гинекологического кабинета ННИИПК было проведено комплексное обследование, лечение и динамическое наблюдение всего 266 пациенток с БВ, из них 156 пациентки с сердечно-сосудистой патологией, госпитализированных в ННИИПК, и 110 пациенток без сердечно-сосудистой патологии. Все пациентки прошли лечение за период с 2000 по 2008 год.

Критериями отбора были: наличие характерных жалоб; подтвержденные при осмотре обильные сероватые бели с «рыбным» запахом; присутствие в мазках из влагалища условно-патогенной микрофлоры и специфических «ключевых» клеток; отсутствие признаков воспаления (гиперемия и отек слизистой оболочки влагалища, отсутствие гнойных выделений).

Из исследований исключены женщины, у которых, по результатам ИФА-диагностики, присутствовали такие микроорганизмы, как хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, трихомонады, гонококки, грибки кандиды и вирусы.

Комплексное обследование больных состояло из опроса, объективного и гинекологического исследований и лабораторных методов диагностики.

На каждую пациентку заводилась индивидуальная карта, в которую вносились данные оценки жалоб, анамнеза и обследования, а также параметры проводимых процедур и отдаленные результаты.

Клиническое обследование пациенток начинали с тщательного сбора анамнестических данных, изучение жалоб, секреторной, менструальной и репродуктивной функций, результатов предыдущих исследований, характера экстрагенитальной патологии.

Общая клиническая оценка течения БВ и оценка эффективности лечения заключалась в наблюдении за больной, ее самочувствием, характером вагинальных выделений, динамикой состояния микрофлоры и pH среды влагалища. Оценивался конечный результат лечения и сроки проведения лечебных процедур с учетом полученных клинических и лабораторных данных.

Лабораторные методы исследования включали определение кислотно-щелочного состояния, микробиологические исследования (бактериоскопическое и бактериологическое), ИФА-диагностика. Определение кислотно-щелочного состояния выполняли с использованием стандартных лакмусовых индикаторов фирмы «ЛАХЕМА». Бактериоскопическое исследование (по Граму и Папаниколау) применяли для диагностики воспалительных процессов и установления состояния биоценоза влагалища. Особое значение придавалось не только обнаружению «ключевых» клеток, но и количеству лактобацилл Дедерляйна, наличию гарднерелл и другой условнопатогенной флоры.

Бактериологическое исследование проводили всем женщинам в соответствии с приказом МЗ СССР № 535 от 22 апреля 1985 года «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в лечебно-диагностических учреждениях». Для лечения БВ в обеих группах применяли клиндамицин по per os 300 мг – 2 раза – 5 дней и проводили местное лечение – озвучивание влагалища через раствор метрогила (100 мл). В обеих исследуемых группах выделены контрольные группы, которым для лечения БВ применяли клиндамицин по per os 300 мг – 2 раза – 5 дней и не проводилось местное лечение – озвучивание влагалища через раствор метрогила. Первая контрольная группа – 32 пациентки с сердечно-сосудистой патологией, имеющих БВ, и вторая контрольная группа – 34 пациентки без сердечно-сосудистой патологии.

Низкочастотная ультразвуковая терапия (санация) влагалища (далее НЧУЗС) проводилась ультразвуковым аппаратом «ГИНЕТОН 2» через жидкую лекарственную среду (раствор метрогила – 100 мл), заливаемый во влагалище перед процедурой. Длительность одной процедуры была установлена в результате опыта, проведенного в пробирке, с жидкой питательной средой, предназначенной для транспортировки бактериологического материала. Было установлено, что полная стерильность высеваемого материала из пробирок возникала при акустической обработке более 100 с. Поэтому для

тельность одной процедуры НЧУЗС составляла 120 с. После этого отработанный раствор удалялся из влагалища, а его стенки тщательно протирались стерильным марлевым материалом.

Лечение больных с установленным диагнозом бактериальный вагиноз начиналось после окончания очередной менструации. В среднем один курс процедур составлял 5–7 сеансов. Проверка эффективности проведенного лечения осуществлялась на фоне и после окончания лечения. Основным механизмом бактерицидного действия НЧУЗС связан с механическим и термическим разрушением микробных клеток, вплоть до их полного разрушения. Это действие распространяется на взвесь, находящуюся в жидкой среде, и на стенки полости, в которой производится ультразвуковая обработка. Кроме того, во время процедуры происходит легкое вибрационное массирование стенок влагалища, что улучшает периферическое кровообращение.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ результатов исследования, проведенных в процессе лечения, показал, что в первой основной группе после 3 лечебных процедур во влагалище бактерии, вызывающие бактериальный вагиноз, определялись у 12% пациенток, после пяти процедур количество пациенток, у которых высевались бактерии, снижалось более чем в 2 раза (5%), после семи процедур лечения рост бактерий отсутствовал. Во второй основной группе бактерии обнаружены после 3 процедур у 4% пациенток, после пяти процедур рост бактерий отсутствовал.

Анализ результатов контрольных групп показал: после 7 дней лечения в группе пациенток с сердечно-сосудистой патологией рост бактерий обнаружен у 87,8% пациенток, без сердечно-сосудистой патологии у 59,6% пациенток.

ВЫВОДЫ

Бактериальный вагиноз у пациенток с сердечно-сосудистой патологией имеет более длительное течение, что усложняет и удлиняет лечебный процесс по сравнению с пациентками без сердечно-сосудистой патологии. Предложенный НЧУЗС метод лечения БВ является дополнением к антибактериальной терапии. Применение низкочастотного ультразвукового метода в комплексном лечении БВ позволяет сократить сроки и повысить качество и эффективность лечения, что способствует уменьшению материальных затрат, связанных с применением антимикробных препаратов.

Возможна экстренная санация нижнего отдела половой системы перед операцией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Байрамова Г.Р., Прилепская В.Н. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1996. № 3. С. 103–104.
2. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз / СПб.: ООО «Нева-люкс», 2001. 364 с.
3. Кира Е.Ф. // Акушерство и гинекология. М., 1993. № 5. С. 47–49.
4. Летучих А.А., Рудакова Е.Б., Муканова С.А., Бутова Е.А. Нетрадиционные методы лечения воспалительных и дистрофических процессов нижнего отдела гениталий // Природные факторы в восстановительной терапии: Сб. науч. тр. Омск, 1992. С. 49–51.
5. Летучих А.А., Рудакова Е.Б., Муканова С.А., Бутова Е.А. Низкочастотный ультразвук в акушерстве и гинекологии: Метод. рекомендации. Омск, 1992. 25 с.
6. Рудакова Е.Б., Шелпакова Л.В., Бутова Е.А. Лечение вульвовагинитов у девочек низкочастотным ультразвуком // Организация специализированной медицинской помощи в многопрофильном медицинском учреждении крупного промышленного центра Сибири: Мат. научно-практ. конференции. Омск, 1996. С. 176–177.
7. Сарвазян А.П. // Ультразвук в физиологии и медицине. Ульяновск, 1995. Т. 1. С. 27–32.
8. Krohn M.A., Hillier S.L., Eschenbach D.A. // J. Clin. Microbiol. 1989. V. 27. P. 1266–1271.
9. MacDermott R. I. J. // Br. J. Obstet. Gynecol. 1995. V. 102. № 2. P. 92–94.
10. Nugent R.P., Krohn M.A., Hillier S.L. // Clin. Microbiol. 1991. V. 29. P. 297–301.
11. Weaver C.H., Mengel M.B. // J. Fam. Pract. 1988. V. 27. P. 217–221.

USE OF EFFRENT METHODS TO TREAT BACTERIAL VAGINOSIS IN FEMALES WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGIES

T.M. Sokolova, M.A. Karaskova, Ye.V. Foliak,
V.R. Mukhamedshina

The recurrence and course of bacterial vaginosis in females with cardiovascular pathologies was studied over a period from 2000 to 2008. The group of females examined included 266 women whose age varied from 16 to 68 years. The study showed that bacterial vaginosis in patients with cardiovascular pathologies has a long-lasting course, frequent relapses, thus complicating and extending a therapy procedure as compared to the patients without cardiovascular pathologies.

Key words: bacterial vaginosis.