

УДК 618.15-022.7-08-059

© Ф.Ф. Бадретдинова, М.А. Ахматгалиева, М.А. Нуртдинов

Ф.Ф. Бадретдинова, М.А. Ахматгалиева, М.А. Нуртдинов
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

Представлены результаты лечения бактериального вагиноза в двух группах: 114 больных - основная группа и 103 - группа сопоставления. У больных основной группы применен трехэтапный метод лечения с использованием комплексов полисорба, метиленовой сини с антибиотиками и натурального кумыса. Разработана оригинальная методика закрепления лекарственных комплексов *in situ* на поверхности слизистой оболочки влагалища. Микробиоценоз влагалища восстанавливался с применением кумыса. Показано, что трехэтапная схема существенно улучшает результаты лечения.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, микробиоценоз влагалища, полисорб, метиленовая синь с антибиотиками, натуральный кумыс.

F.F. Badretdinova, M.A. Ahmetgalieva, M.A. Nurtadinov
BACTERIAL VAGINOSIS IS COMPLEX TREATMENT

The results of bacterial vaginosis have been produced in two groups. The main group - 114 patients and 103 patients is a group of comparison. Three-stage method of treatment with the use of polysorb, methylene blue and koumiss (natural mare's milk product) complexes combined were applied. The original methodics of fixing the drug complexes *in situ* on the vagina mucous membrane surface has been elaborated. Microbiocenosis of vagina was restored by koumiss preparations application. It has been confirmed that the three-stage scheme improves significantly the results of treatment.

Key words: bacterial vaginosis, microbiocenosis of vagina, polysorb, methylene, blue complexes combined with antibiotics, natural milk product-kumys.

В общей структуре инфекционных заболеваний женских половых органов и сегодня бактериальный вагиноз (БВ) занимает особое место. Согласно данным современной литературы, около трети женщин репродуктивного возраста во время и вне беременности, в менопаузе, предъявляющих жалобы на неприятные ощущения в области влагалища, страдают бактериальным вагинозом [4, 5, 6].

При этом отсутствие характерных симптомов и выраженных признаков воспалительной реакции со стороны слизистой оболочки влагалища нередко приводит к ошибочной диагностике, что может способствовать хронизации процесса и развитию осложнений. Эти больные зачастую на протяжении длительного времени вынуждены применять многочисленные методы лечения и лекарственные препараты. Частота рецидивов после применения современных противомикробных препаратов достигает 21,4-57% [1, 2, 3].

Ведущая роль в лечении бактериального вагиноза отводится антибиотикам и антисептикам. Однако антибактериальные препараты наряду с противовоспалительным эффектом вызывают выраженные дисбиотические нарушения в многочисленных экологических нишах, подавляют общий и местный иммунитет, что приводит к усугублению дисбиоза и создает благоприятные условия для развития рецидивирующих форм заболевания. В связи с этим большой практический и научный интерес представляет изыскание новых методов коррекции дисбиотических сдвигов,

которые предусматривали бы разумное ограничение антибактериальной нагрузки, обеспечивали бы искусственную физико-химическую детоксикацию организма [7, 8, 9, 10].

Особое место среди местных лечебных факторов, используемых в Башкирии и других регионах страны, занимает кумыс. Этот напиток является продуктом смешанного молочнокислого и спиртового брожения кобыльего молока, протекающего под влиянием особых микроорганизмов кумысной закваски. Последняя готовится на кобыльем молоке и чистых культурах дрожжей рода *Torula* и молочнокислых палочек *Lactobacterium bulgaricum*. Использование заквасок, приготовленных на чистых культурах, позволяет получить напиток высокого качества, более постоянного состава и с необходимыми антибиотическими свойствами. Антибиотическая активность кумыса является одним из наиболее ценных антибактериальных механизмов действия его. Имеющиеся в кумысе протеолитические, липолитические ферменты и глюкозидазы играют важную роль при использовании его в медицине.

Целью исследования явилось создание эффективного комплексного трехэтапного метода лечения больных БВ с использованием комплексов метиленовой сини с антибиотиками и натурального кумыса.

Современные подходы к лечению БВ должны принципиально отличаться от лечения вагинозов при специфических и инфекци-

онных процессах. Это обусловлено современными представлениями о БВ как о нарушении микроэкологии влагалища.

С учетом вышеуказанного нами разработан и предложена комплексная система терапевтических мероприятий при БВ, исключающая отрицательные стороны традиционной терапии. Лечение в зависимости от степени дисбиотических изменений проводится в несколько этапов.

I этап лечения - санация полости влагалища. Задача этого этапа - выведение из полости влагалища токсинов эндо- или экзогенного происхождения, нормальных метаболитов, накапливающихся в организме в повышенных количествах. В качестве препарата для санации влагалища использовали сорбент нового поколения «Полисорб МП», который разрешен к применению приказом Министерства здравоохранения РФ № 50 от 13 февраля 1996 г. (рег. № 96/50/11).

Для лечения БВ препарат «Полисорб МП» назначали внутрь и вводили интравагинально методом инстилляций в количестве 2-3 г 1 раз в день в течение 3-5 дней с последующим промыванием влагалища натуральным кумысом.

Количество адсорбционной санации влагалища зависело от степени БВ. При I степени БВ (компенсированный) не применяется санация влагалища. При БВ II степени (субкомпенсированный) инстилляцию полисорбом МП осуществляли в течение 2-3 дней. При БВ III степени (декомпенсированный) число инстилляций полисорбом МП составило 5-7 сеансов. Такая частота санационных манипуляций достаточна для достижения полноценной санации полости влагалища.

II этап лечения - проведение антибактериальной терапии.

Нами использован цефалоспориновый антибиотик III поколения цефоперазон.

Совместно с Институтом нефтехимии и катализа АН РБ (член-корр. РАН, д.х.н. проф. У.М. Джемилев) нами разработана оригинальная методика закрепления лекарственных комплексов *in situ* на поверхности слизистой оболочки влагалища.

В клинических условиях способ осуществляется следующим образом: с помощью тампона, пропитанного 0,02% раствором метиленового синего (МС), обрабатывается слизистая оболочка влагалища в течение 1-2 мин. Затем с помощью шприца окрашенная поверхность слизистой оболочки обрабатывается раствором цефоперазона (ЦП) в количестве 1,0 мл. В результате этого на слизистой вла-

галища формируется комплекс МС-ЦП, активность которого сохраняется в течение 24-48 часов. Лечебные манипуляции проводили через день 4-6 раз. В процессе лечения осуществляли бактериологический и бактериоскопический контроль.

III этап — восстановление влагалищного микроценоза. На этом этапе для восстановления влагалищного микробиоценоза всем больным назначался натуральный кумыс перорально по 250 мл один раз в день и интравагинально в виде стерильных салфеток, смоченных натуральным кумысом двухдневной выдержки, в течение 10 дней.

Комплексное лечение БВ по разработанной нами системе проведено у 114 женщин основной группы. В целях контроля эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий, наряду с клинико-лабораторным обследованием, проводили тесты на БВ, микробиологические исследования, цитохимические тесты определения гликогена.

27 (23,6%) больным, у которых диагностирован БВ I степени санация влагалища препаратом «Полисорб МП» не проводилась.

43 (37,7%) больным, у которых диагностирован БВ II степени инстилляцию полисорбом МП осуществляли по 2-3 г 1 раз в день в течение 2-3 дней.

При БВ III степени у 44 (38,5%) больных число инстилляций полисорбом МП составило 5-7 сеансов. На II этапе лечения всем больным применялся цефалоспориновый антибиотик III поколения цефоперазон в органическом соединении с метиленовым синим. Обработка слизистой влагалища производилась 0,02% раствором метиленового синего в течение 1-2 мин. Затем окрашенная слизистая обрабатывалась раствором цефоперазона в количестве 1 мл.

Лечебные процедуры проводили через день 4-6 раз. На III этапе для восстановления влагалищного микробиоценоза всем больным назначались эубиотики — лактобактерин, бифидумбактерин, ацилакт, биовестин-лакто, биовестин и другие по следующей методике: 3 дозы внутрь, 6 доз вводили интравагинально в течение 10 дней, после инстилляций влагалища кумысом 2-суточной выдержки.

Критериями излечения являлись: 1) отсутствие субъективных жалоб; 2) нормальные выделения по количеству, консистенции, запаху; 3) pH содержимого влагалища < 4,5; 4) отрицательный аминотест; 5) отсутствие «ключевых клеток» в мазках.

Оценку эффективности лечебных меро-

приятый проводили с учетом динамики жалоб, клинической картины заболевания и лабораторных критериев после первого курса лечения, через 5 дней после окончания лечения и через 1-3 месяца после окончания лечения (табл. 1).

Таблица 1
Результат лечения больных бактериальным вагинозом в основной группе (n = 114)

Степени БВ	Число больных		Результат лечения					
			Эффективно		Неэффективно		рецидив	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
БВ I степени	27	23,6	27	100	-	-	-	-
БВ II степени	43	37,8	41	95,3	2	4,7	2	4,7
БВ III степени	44	38,6	40	90,9	4	9,1	7	15,9
Всего	114	100	108	94,7	6	5,3	9	7,8

Как видно из таблицы, при БВ I степени у всех 27 (100%) больных после лечения наступило выздоровление и нормализация лабораторных показателей.

Из 43 больных БВ II степени отметила выздоровление 41 (95,3%) пациентка, у 2 (4,7%) - лечение было неэффективным и у 2 (4,7%) женщин этой группы возник рецидив заболевания спустя месяц.

Среди 44 (38,6%) больных БВ III степени выздоровление наступило у 40 (90,9%) женщин, у 4 (9,1%) - лечение оказалось неэффективным и у 7 (15,9%) в дальнейшем симптомы болезни возобновились.

Рецидивирующее течение БВ наблюдалось у тех пациенток, у которых во влагалищ-

ной флоре были обнаружены микробные ассоциации (БВ и хламидии, БВ и кандиды, БВ и уреаплазмы и др.).

Контрольные тесты на бактериальный вагиноз, проведенные после комплексного лечения, показали следующие результаты (табл. 2).

Таблица 2
Показатели тестов на бактериальный вагиноз после лечения у больных основной группы

Результаты исследования		Количество больных	
		абс.	%
РН-метрия	3,8-4,0	82	71,9
	4,1-4,4	32	28,1
Аминный тест - отриц.		114	100
Состояние биоценоза влагалища:			
Нормоценоз - доминируют лактобактерии, Гр (-) микрофлора отсутствует, единичные «чистые» эпителиальные клетки		101	88,5
Промежуточный тип - незначительное снижение количество лактобактерий, наличие Гр (+) кокков, Гр (-) палочек, незначительное число лейкоцитов, эпителиальные клетки		13	11,4
«Ключевые клетки» - отриц.		114	100

Заключение

Анализ результатов клинико-лабораторных и специальных методов исследования у больных основной группы показал, что разработанная нами трехэтапная система лечебно-профилактических мероприятий позволила эффективно восстановить микробиocenоз влагалища при бактериальном вагинозе и снизить частоту рецидивов заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бактериальный вагиноз – принципиальные вопросы этиологии, диагностики и лечения / А.Р. Мавзютов, З.Г. Габидуллин, Э.Д. Ахунов, М.М. Туйгунов.
2. Гуртовой Б.Л. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии / Б.Л. Гуртовой, В.И. Кулаков, С.Л. Воропаева.- М., 1996.- С. 7.
3. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз.- СПб., 2002.- 363 с.
4. Кулаков В.И. Послеродовые инфекционные заболевания / В.И. Кулаков, И.Р. Зак, Н.Н. Куликова.- Медицина.- С. 8-21.
5. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах / В.М. Коршунов, Н.Н. Володин, Б.А. Ефимов, С.Э. Саркисов.- М., 1999.- 80 с.
6. Новое о полисорбе: Методические рекомендации по клиническому применению.- Челябинск, 2001.- 65 с.
7. Савельева Г.М. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов женщин / Г.М. Савельева, Л.В. Антонова.- М.: Медицина, 1987.- 160 с.
8. Стрижаков А.П. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки / А.П. Стрижаков, Н.М. Подлозкова.- М.: Медицина, 1996.- 256 с.
9. Bistoletti P. Comparison of oral and vaginal metronidazole therapy for nonspecific bacterial vaginosis / P. Bistoletti, B. Fredricsson-Hagstrom, C.E. Nord // Gynecol. Obstet. Invest.- 1986.- Vol. 21, № 1.- P. 144-149.
10. Vaginitis and vaginosis. Comparison of two periods / M. Geruty, M. Caestrelli, G. Piantelli, F. Amone // Minerva Ginecol.- 1993.- Vol. 45, № 10.- P. 476-479.