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 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.

R.R. Badretdinova, M.A. Ahmetgalieva, M.A. Nurtdinov
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 marers 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 - koumiss.

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, непредъявляющие 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 периода 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 усугубляет дисбиоз и создает благоприятные условия для развития рецидивирующих форм заболевания. В связи с этим большой практический и научный интерес представляет изыскание новых методов кор-

рекции 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 его действия. 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 бактериальным вагинозом с использованием комплексов метиленовой сини с антибиотиками и натурального кумыса.

Материал и методы

Материал исследования включал 217 женщин, из них 114 больных составили основную группу и 103 - группу сравнения. В группе сравнения применялось традиционное лечение бактериального вагиноза - антибактериальные препараты, общеукрепляющее лечение, инстилляций и др.

Для основной группы нами разработана и предложена комплексная система терапевтических мероприятий при БВ, исключающая отрицательные стороны традиционной терапии. Лечение в зависимости от степени дисбиотических изменений проводится в несколько этапов.

Первый этап - 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 этот 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 бактериального вагиноза. При I степени БВ (компенсированный) отсутствует необходимость применения санации влагалища. При БВ II степени (субкомпенсированный) инстилляцию полисорбом МП осуществляли в течение 2-3 дней. При БВ III степени (декомпенсированный) число инсуффляции 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.

Нами совместно с Институтом нефтехимии и катализа АН РБ (член-корр. РАН, д.х.н. проф. У.М. Джемилев) 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, обрабатывается слизистая

оболочка влагалища в течение 1 - 2 минут. Затем с помощью шприца окрашенная поверхность слизистой оболочки обрабатывается раствором цефоперазона в количестве 1,0 мл. В результате этого на слизистой влагалища 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 в течение 10 дней назначался натуральный кумыс перорально по 250,0 мл один раз в день и интравагинально в виде стерильных салфеток, смоченных натуральным кумысом двухдневной выдержки.

В целях контроля эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий наряду с клинико-лабораторным обследованием проводили тесты на бактериальный вагиноз, микробиологические исследования, цитохимические тесты определения гликогена.

Результат и обсуждение

Комплексное лечение БВ по разработанной нами системе проведено у 114 женщин основной группы.

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

43 (37,7%) больным, у которых диагностирован бактериальный вагиноз II степени инсуффляцию «Полисорбом МП» осуществляли по 2-3 г 1 раз в день в течение 2-3 дней.

При бактериальном вагинозе III степени у 44 (38,5%) больных число инсуффляции «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 минут. 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 в течение 10 дней назначался натуральный кумыс перорально по 250,0 мл один раз в день и интравагинально в виде стерильных салфеток, смоченных натуральным кумысом двухдневной выдержки.

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.

Оценку эффективности лечебных мероприятий проводили с учетом динамики жалоб, клинической картины заболевания и лабораторных критериев после первого курса лечения (табл. 1,2).

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

Степень БВ	Эффективно		Неэффективно		Рецидив	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
I	27	100	-	-	-	-
II	41	95,3	2	4,7	2	4,7
III	40	90,9	4	9,1	7	15,9
Всего...	108	94,7	6	5,3	9	7,8

Таблица 2
Результат лечения больных бактериальным вагинозом в группе сравнения (n = 103)

Степень БВ	Эффективно		Неэффективно		Рецидив	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
I	25	81,3	6	19,4	5	16,1
II	14	70	6	30	4	20
III	38	73,1	14	26,9	12	23,1
Всего...	77	74,8	26	25,2	21	20,4

Как видно из табл.1, при БВ I степени у всех 27 (100%) больных основной группы после лечения наступило выздоровление и нормализация лабораторных показателей. Из 43 больных с БВ II степени отмечала выздоровление 41 (95,3%) пациентка, у 2 (4,7%) женщин лечение было неэффективным и у 2 (4,7%) женщин этой группы возник рецидив заболевания спустя 1 месяц. Среди 44 (38,6%) больных с 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 влагалищной флоре были обнаружены микробные ассоциации (БВ и хламидии, БВ и кандиды, БВ и уреоплазмы и др.).

Контрольные тесты на бактериальный вагиноз, проведенные после комплексного

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.-363с.
4. Кулаков, В.И.Послеродовые инфекционные заболевания/В.И.Кулаков, И.Р. Зак, Н.Н. Куликова. - Медицина.-С.8-21.

лечения, показали следующие результаты (табл. 3,4).

Таблица 3
Показатели тестов на бактериальный вагиноз после лечения у больных основной группы

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

Таблица 4
Показатели тестов на бактериальный вагиноз у больных группы сравнения (n = 103)

Методы исследования	Количество больных	
	абс. ч.	%
рН - метрия	103	100,0
рН<4,4	-	-
рН 4,5-5,0	21	20,4
рН 5,1 -6,0	39	37,9
рН 6,1-7,0	26	25,2
рН 7,1 и более	17	16,5
Аминный тест:		
положительный	103	100,0
слабо положительный	91	88,3
отрицательный	12	11,7
«Ключевые клетки»:	103	100,0
обнаружены	83	80,6
не обнаружены	20	19,4
Лактобациллы	103	100,0
Количество		
снижено	16	15,5
отсутствует	87	84,4

Выводы

Анализ результатов клинико-лабораторных и специальных методов исследования у больных основной группы показал, что разработанная нами 3-этапная система лечебно-профилактических мероприятий позволила эффективно восстановить микробиоценоз влагалища при бактериальном вагинозе и снизить частоту рецидивов заболевания.

5. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах /В.М. Коршунов, Н.Н. Володин, Б.А. Ефимов, С.Э. Саркисов и др. -М., 1999.-80с.
6. Новое о полисорбе: Методические рекомендации по клиническому применению. - Челябинск, 2001.-65с.
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.-256с.
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.

УДК 616.136-073.48:616.366-003.7-06-002

© И.В. Верзакова, М.В. Тимербулатов, М.Л. Макарьева, 2008

И.В. Верзакова, М.В. Тимербулатов, М.Л. Макарьева
**ДОПплЕРОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВОТОКА
 В ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ВЕТВЯХ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ
 ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ
 МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ**

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа
 ГКБ № 21, г. Уфа*

Проанализированы показатели кровотока в бассейне висцеральных ветвей брюшного отдела аорты методом дуплексного сканирования у больных с хроническим и острым калькулёзным холециститом. Изучена динамика кровотока в бассейне висцеральных ветвей брюшного отдела аорты у больных с острым калькулёзным холециститом, осложнённым механической желтухой (МЖ) и холедохолитиазом (ХЛ) в зависимости от величины билирубина плазмы крови. Доказано наличие изменений кровотока в ранние сроки развития МЖ. Дана сравнительная оценка изменений печеночного кровотока у пациентов с развитием осложнений в виде МЖ.

Ключевые слова: холецистит, аорта брюшная, доплеровская дуплексная ультрасонография.

I.V. Verzakova, M.V. Timerbulatov, M.L. Makarieva
**THE DOPPLER SCANNING OF THE BLOOD-STREAM IN THE BASIN
 OF VISCERAL BRANCHES OF ABDOMINAL SECTORS OF AORTA
 BY SHARP CALCULESIS CHOLECYSTITIS COMPLICATED
 BY MECANICAL JAUNDICE AND CHOLESTASIS INTRAHEPATIC**

The indices of the blood-stream in the basin of visceral branches of abdominal sectors of aorta by duplex scanning with patients suffering from chronic and sharp calculosis cholecistit were analysed. The dynamics of the blood-stream in the basin of visceral branches of abdominal sectors of aorta with patients suffering from sharp calculosis cholecistit complicated by mechanical jaundice and cholestasis intrahepatic depending on the bilirubin index was studied. The changes in the blood-stream during the initial period of mechanical jaundice were revealed. The changes in the liver blood-stream with patients suffering from such complications as mechanical jaundice were estimated.

Key words: cholecystitis, aorta, abdominal, ultrasonography, doppler, duplex.

В последние десятилетия как в мире, так и у нас в стране наблюдается рост числа заболеваний органов гепатобилиарнодуоденальной зоны (Блюгер А. Ф., Григорьев П.Я., Гончаров К.В., 2003; Добровольский А.А., 2005). Трудным и тяжёлым для диагностики и лечения осложнением различных патологических состояний гепатопанкреатодуоденальной зоны является механическая желтуха (МЖ). Проблемы своевременной диагностики и ле-

чения МЖ остаются актуальными и по сей день в связи с увеличением числа больных с этой патологией и высокой послеоперационной летальностью – от 7,2 до 45 % (Краковский А.И., 1983, Мачулин Е. Т., 1985, Добровольский А.А., 2005, Курбангулов И.Р., 2005).

В большинстве случаев причиной летального исхода у больных с МЖ является острая печёночная недостаточность (ПН), которая развивается, по данным авторов, в 15 -