

туберкулезе в 19,5% случаев рентгенологически в легких обнаруживали картину лишь интерстициальных изменений.

У больных ТБ/ВИЧ выявлены все классические формы туберкулеза с преобладанием инфильтративного (34,4%), диссеминированного (17,0%) и фиброзно-кавернозного ТБ (14,4%), характеризующиеся остро прогрессирующим течением. Ни одного случая с уровнем $СД_4 < 100$ кл/мм³ среди больных ТБ/ВИЧ не выявлено.

Бактериовыделение у больных ТБ/ВИЧ установлено чаще, чем у больных ВИЧ/ТБ, и идентично в контроле: соответственно 63,3%, 46,8%, 63,7%, что объясняется выраженностью остроты течения туберкулеза и деструктивных изменений и высокой частотой фиброзно-кавернозного туберкулеза.

В структуре клинических форм туберкулеза у больных ВИЧ/ТБ преобладали первичный туберкулез (12,0%), остро текущий диссеминированный туберкулез легких (30,2%), милиарный туберкулез легких и милиарный туберкулез со множественной локализацией и поражением от 2 до 16 органов (24,3%), в т. ч. различных групп лимфатических узлов — 55,0%, селезенки — 35,0%, плевры — 22,5%, мозговых оболочек и ЦНС — 20,0%, почек — 17,5%, печени — 12,5%. При уровне $СД_4 < 100$ кл/мм³ выявляется осложненный абдоминальный туберкулез в 40,0% случаев, надпочечников — в 5,0%, других органов — реже.

Поступила 28.04.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Л. П., Горбачева Э. С., Груздев Б. М. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом // Проблемы туберкулеза. 1996, № 2. С. 16—17.
2. Демихова О. В., Зебницкая И. С., Корнилова З. Х. Оппортунистические и сопутствующие заболевания у больных ВИЧ-ин-

фекцией и туберкулезом: Доклад на научно-практической конференции 25—26 мая 2005 г. М. С. 135—136.

3. Кравченко А. В., Юрин О. Г., Шахгильдян В. И., Груздев Б. М., Горбачева Э. С. Течение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией // 3 Международная конференция «СПИД, рак и родственные проблемы». Санкт-Петербург. 22—26 мая 1995 г.

4. Фролова О. П., Приймак А. А., Рахманова А. Г., Воронин Е. Е., Бузова Н. В., Груздев Б. М. Клинические формы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в России // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции: Сборник материалов научно-практической конференции, 29—31 окт. 1997 г. СПб, 1997. С. 145—146.

5. WHO (1993). WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prison. Geneva: WHO (WHO/GPA/93.3).

6. WHO & International Committee of the Red Cross (2000). Tuberculosis Control in Prison. A Manual for Programme Managers. Geneva: WHO.

V. V. TERTYSHNIKOVA

CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES AT SICK OF A TUBERCULOSIS AND A HIV- AN INFECTION IN CONDISHIOS PENITENSHION SYSTEMS

Faculty of infectious diseases both epidemiological FPK and PPS the Kuban state medical university.

Tuberculosis (TB) and the HIV-infection consider as two influencing and aggravating each other diseases: the precondition for increase in frequency of disease of a tuberculosis of a HIV-infected are almost 100% infection tuberculosis (MBT) adult population. Joining in these conditions of a HIV-infection causes transition infecshion TB in illness which by virtue of absence of immunity, uncontrollably progresses and in most cases comes to an end with a lethal outcome.

V. V. ТЕРТЫШНИКОВА, Л. Б. МИРОШНИЧЕНКО

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА И КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

ООО МФО «Клиника «На здоровье»

Инфекционная патология женских половых органов занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологической, материнской заболеваемости и смертности. Интерес к этой проблеме связан не только с ее частотой, но и с возможностью передачи инфекции плоду, перинатальными потерями и заболеваемостью детей первых дней жизни. Воспалительные заболевания довольно часто протекают торпидно, без проявлений общей интоксикации и выраженного болевого синдрома. Это приводит к поздней диагностике и лечению, которое в ряде случаев не проводят вообще. Все эти факторы способствуют формированию различных осложнений на уровне шейки матки, матки и ее придатков [2, 3].

Инфекционный вульвовагинит может быть результатом размножения патогенных или условно-патогенных микроорганизмов, которые становятся патогенными в результате дисбаланса в экосистеме, развившегося вследствие каких-либо заболеваний или их лечения. Микроорганизмы, заселяющие слизистые оболочки влагалища, цервикального канала, могут при определенных условиях стать вирулентными и участвовать в развитии воспалительных заболеваний внутренних половых органов [1, 4].

Инфекции нижнего отдела полового тракта женщин (чаще всего вагиниты, вульвовагиниты) играют значительную роль в общей проблеме воспалительных гинекологических заболеваний. Этиология вагини-

тов разнообразна: это трихомонады (до 10% от числа вульвовагинитов различной этиологии), *Candida spp.* (до 25%), анаэробные микроорганизмы (до 30%), смешанные инфекции (15—20%). Последнее десятилетие в структуре инфекций нижнего отдела половых путей преобладают бактериальный вагиноз и кандидоз гениталий. Основное осложнение этих инфекций — рецидивы, нарушающие благополучие женщины в целом и семейной жизни в частности. Причины рецидивов инфекционных воспалительных заболеваний разнообразны: неполная санация влагалища, низкая комплаентность лечения, сохраняющийся или сформировавшийся на фоне терапии дисбиоз влагалища.

Факторы риска генитального кандидоза и бактериального вагиноза по сути аналогичны. К ним относятся: применение антибактериальных препаратов, преимущественно антибиотиков широкого спектра действия; гинекологические заболевания (воспаление шейки матки и придатков составляют до 60% общей гинекологической заболеваемости, миома матки, внутренний и наружный эндометриоз, синдром поликистозных яичников и др. — до 44%); эндокринологическая патология (преимущественно сахарный диабет I и II типов, заболевания щитовидной железы, протекающие с ее гипофункцией у каждой третьей пациентки).

Имеет определенное значение неадекватная контрацепция (химические спермициды, комбинированные гормональные контрацептивные средства с высоким содержанием эстрогенов, нарушение правил применения внутриматочной контрацепции — длительное нахождение внутриматочного контрацептива в полости матки, сохранение инфицированного *Candida spp.* контрацептива в полости матки при наличии инфекции в нижних отделах половых путей), иммунодефицитные состояния, особенно на уровне вагинального эпителия. Как кандидоз гениталий, так и бактериальный вагиноз исключены из числа заболеваний, передаваемых половым путем. Тем не менее следует отметить, что количество половых партнеров, частая их смена имеют определенное значение, и связано это с тем, что перечисленные ситуации приводят к нарушению такого понятия, как вагинальный нормоценоз. Здесь уместно упомянуть о том, что такое микроэкосистема влагалища. Понятие о микроэкосистеме влагалища характеризуется следующими положениями: доминированием лактобацилл, наличием клеток вагинального эпителия, содержанием гликогена в поверхностных слоях эпителиальных клеток, отсутствием лейкоцитарной воспалительной реакции на слизистой оболочке влагалища.

Несмотря на общность факторов риска и патогенетических предпосылок, кандидоз и бактериальный вагиноз — совершенно различные заболевания. Кандидоз — это инфекционный процесс, протекающий с участием грибов *Candida spp.*; бактериальный вагиноз является полиэтиологичным дисбиотическим процессом, протекающим в большинстве случаев без признаков воспаления на слизистых оболочках нижних отделов половых путей.

Обособленно стоит проблема бактериального вагиноза у женщин, находящихся в пенитенциарной системе, развивающегося на фоне множественной интеркуррентной патологии и специфических условий пребывания осужденных.

В исправительной колонии (ИК) № 3 в период 2005—2008 гг. было проведено клинико-лабораторное обследование 398 женщин в возрасте от 19 до 39 лет (в

среднем $27,5 \pm 1,9$ года), из них 198 были беременные, у них в каждом триместре беременности и на 3—6-е сутки после родов изучали микробиоценоз влагалища.

Женщин обследовали по разработанному нами единому алгоритму, который включал несколько отдельных самостоятельных направлений. Диагностика и дифференциальная диагностика бактериального вагиноза (БВ), урогенитального кандидоза (УГК), трихомониаза и других ИППП выполнялись различными методами: бактериоскопическим, ПЦР, ИФА. Сочетанное использование методов существенно повышало частоту лабораторного подтверждения клинического диагноза, что впоследствии обеспечило эффективность этиотропного и патогенетического лечения.

Перед использованием рекомендованной схемы лечения из проспективных наблюдений были исключены 77 беременных по следующим признакам: самопроизвольный выкидыш; аллергические реакции на применяемые препараты; системная или влагалищная антибактериальная терапия менее чем за 2 недели до исследования; применение антисептиков, а также влагалищных орошений или спринцеваний; выявление *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, герпетической инфекции и других. Все пациентки были информированы об особенностях проведения клинических исследований.

В результате проведенного клинико-микробиологического изучения микрофлоры влагалища в течение всей беременности и в послеродовом периоде установлено, что только у 34 (28,1%) из 121 женщины на протяжении всего периода обследования определялся нормоценоз. Во всех других наблюдениях (87 женщин — 71,9%) в различные сроки гестации или после родов выявлены нарушения биоценоза влагалища: БВ — у 48 (39,7%), УГК — у 39 (32,2%) пациенток (табл. 1). Необходимо отметить, что у 12 (9,9%) беременных в течение гестационного периода встречался как БВ, так и УГК.

В I триместре нормоценоз диагностирован у 67 (55,4%), БВ — у 35 (28,9%), а УГК — у 19 (15,7%) беременных (табл. 2).

Во II триместре нормоценоз обнаружен у 95 (78,5%) женщин. БВ первично выявлен у 8 (6,6%) беременных, а у 4 (3,3%) возник рецидив после лечения, проведенного в I триместре. УГК первично диагностирован у 12 (9,9%) обследуемых, а у 2 (1,7%) наступил рецидив. В III триместре нормоценоз выявлен у 101 (83,5%) женщины. БВ первично диагностирован у 3 (2,4%), рецидив после лечения наступил у 6 (5,0%) беременных. УГК первично выявлен у 8 (6,6%), рецидив наступил у 3 (2,5%) обследованных. После родов нормоценоз диагностирован у 113 (93,4%) женщин. БВ первично выявлен у 2 (1,7%), рецидив наступил у 6 (5%) пациенток. УГК не обнаружен ни в одном случае.

На основании сравнительного анализа состава микрофлоры влагалища у беременных с нормоценозом или промежуточным типом было установлено, что в период гестации достоверно снижается количество как аэробных грамположительных (коринебактерий), кокков (стафилококков, стрептококков, энтерококков) и грамотрицательных (энтеробактерий) палочек, так и анаэробных грамположительных (пропионибактерий), кокков (лептострептококков) и грамотрицательных (бактероидов) палочек. Уменьшается количество видов микроорганизмов в 1 мл содержимого влагалища. И, наоборот, количество лактобактерий и бифидобактерий в 1 мл достоверно ($p < 0,05$) возрастает. Вместе с тем

Типы биоценоза у беременных		
Тип биоценоза	Число наблюдений	Абс. (%)
1—2. Нормоценоз или промежуточный тип	34	28,1
3. Бактериальный вагиноз	48	39,7
4. Кандиозный вагинит	39	32,2
Всего	121	100,0

Таблица 2

Период наблюдения						
	н	п (%)	БВ	п (%)	УГК	п (%)
I	67	55,4	35	28,9	19	15,7
II	95	78,5	12	9,9	14	11,6
III	101	83,5	9	7,4	11	9,1
ПП	113	93,4	8	6,7	0	0

Примечание: Н — нормоценоз; I, II, III — триместры беременности, ПП — послеродовой период.

уже в первые дни после нормальных родов в составе влагалищной микрофлоры происходят значительные изменения. Увеличиваются как количество, так и видовой состав перечисленных выше групп микроорганизмов, а количество лакто- и бифидобактерий снижается. Оценка микробного состава при БВ позволяет сделать вывод, что у беременных этой группы наиболее часто и в самых больших количествах высеваются БВ-ассоциированные анаэробные микроорганизмы (бактероиды и пептострептококки) при значительно сниженных средних количествах лактобактерий и бифидобактерий. В послеродовом периоде грибы рода *Candida* не выявлены ни у одной из родильниц.

При анализе микробного состава влагалища в течение беременности установлено, что среднее количество грибов рода *Candida* было максимальным во II триместре. Среди аэробов сохранялась тенденция к уменьшению как числа видов, так и средних количеств грамположительных кокков (стафилококков, стрептококков, энтерококков) и грамотрицательных палочек (энтеробактерий). Среднее количество коринебактерий было максимальным во II триместре, но не было достоверно выше, чем в I и III триместрах. Уровень лактобактерий и бифидобактерий в течение всего гестационного периода существенно не изменился, а их среднее количество было максимальным в III триместре. Количество пептострептококков в течение беременности достоверно уменьшилось, бактероидов и пропионбактерий не изменилось.

В период гестации, родов и послеродовой период у женщин с дисбиотическими заболеваниями влагалища выявлены различные осложнения. Угроза прерывания беременности в 4,7 раза чаще возникала при БВ ($p < 0,01$) и в 3,8 раза — при УГК ($p < 0,01$). Следует также отметить, что у 32 (26,5%) пациенток с БВ и УГК угроза прерывания беременности имела рецидивирующий характер: при БВ — у 21 (17,4%), а при УГК — у 11 (9,1%). У женщин с БВ многоводие встречалось в 14,6% случаев, тогда как у пациенток с нормоценозом оно не выявлено ни в одном случае ($p < 0,01$). В родах у женщин с БВ в 4,5 раза чаще отмечалось несвоевременное отхождение околоплодных вод ($p < 0,001$), у рожениц с УГК — в 3,5 раза ($p < 0,01$) по сравнению с пациентками 1-й группы.

Таким образом, становится совершенно очевидным, что микрофлора влагалища в период беременности претерпевает существенные изменения. Естественно, это требует ее коррекции. В настоящее время существует множество препаратов, их комбинаций и схем лечения.

Лечение БВ должно быть комплексным этиотропным, патогенетическим и симптоматическим. При обнаружении смешанной инфекции назначают препараты, воздействующие на сопутствующие возбудители.

Препаратами выбора являются нитроимидазолы. Эти препараты применяются с начала 60-х годов как антимикробные агенты против бактерий и простейших. Мы использовали следующие рекомендуемые схемы лечения:

- тинидазол по 2 г однократно в первые 2 дня, затем по 0,5 г в течение 3-го и 4-го дней одновременно с аминокапроновой кислотой по 2 г 3 раза в день;
- метронидазол по 0,5 г 3 раза в день или по 0,5 г 2 раза в день в течение 6 дней;
- атрикан по 0,5 г 2 раза в день в течение 5 дней;
- клиндамицин (далацин Ц) по 300 мг 2 раза в день в течение 7 дней или по 150 мг 4 раза в день в течение 7 дней. Установлена несовместимость клиндамицина с эритромицином, ампициллином, глюконатом кальция, магния сульфатом, аминофиллином и барбитуратами.

Препараты нитроимидазола и клиндамицин противопоказаны в I триместре беременности и в период лактации. Безопасность клиндамицина для детей в возрасте до 1 мес. не установлена. В связи с этим мы использовали альтернативные схемы:

- клиндамицина фосфат в форме 2%-ного вагинального крема (препарат Cleосун) вводится интравагинально с помощью стандартного аппликатора по 5 г 1 раз в сутки на ночь в течение 7 дней;
- метронидазол гель 0,75%-ный вводится интравагинально по 5 г 1 раз в сутки в течение 7 дней.

Однако в литературе имеются указания на то, что метронидазол достаточно хорошо всасывается из слизистой оболочки влагалища и попадает в общий

кровоток, поэтому даже местное применение этого препарата во время беременности противопоказано. В подобных случаях предлагается использовать пимафуцин в виде интравагинальных свечей на ночь в течение 7—10 дней. Пимафуцин обладает выраженной противогрибковой и противопротозойной активностью. Наш клинический опыт также позволил рекомендовать пимафуцин с целью лечения БВ беременных. Комплексная терапия БВ включает местное лечение: массаж и инстилляции в уретру, спринцевания и влагалитные ванночки, микроклизмы с соответствующими местнодействующими средствами, выбор которых зависел от этиологии воспалительного процесса (наличие или отсутствие смешанной инфекции). Критериями эффективности лечения БВ являлись динамика клинических симптомов заболевания, исчезновение субъективных ощущений, нормализация лабораторных показателей. Эффективность лечения следует оценивать через 10—12 дней после завершения терапии.

В данном исследовании мы изучили возможность и эффективность использования комбинированного препарата тержинан для лечения БВ и УГК у беременных во всех триместрах. Тержинан относится к комбинированным препаратам местного действия для лечения таких инфекционных заболеваний влагалища, как БВ, неспецифический, кандидозный, трихомонадный или смешанный вагинит, а также средствам профилактики инфекций перед гинекологическими операциями, родами, абортom, другими инвазивными манипуляциями. Действие препарата обусловлено свойствами входящих в его состав компонентов. Тернидазол (производное имидазола) оказывает трихомонадоцидное действие, а также воздействует на строгие и факультативные анаэробы.

Сульфат неомицина относится к аминогликозидам широкого спектра действия, эффективен в отношении грамотрицательной микрофлоры и некоторых грамположительных кокков.

Нистатин является полиеновым противогрибковым антибиотиком и используется для лечения вагинитов, вызванных грибами рода *Candida*.

Кроме того, в состав тержинана входит преднизолон — глюкокортикоид, обладающий выраженным противовоспалительным действием.

Эффективность применения тержинана у беременных несколько ниже, чем у небеременных женщин репродуктивного возраста, однако она также достаточно высокая. У 64% обследованных отмечен стойкий положительный эффект через 2 недели после окончания лечения. Еще у 20% отмечен частичный эффект, под которым мы подразумевали отсутствие субъективных жалоб и констатацию самими женщинами улучшений со стороны генитального тракта при частично сохраняющихся признаках БВ или УГК. То есть в целом положительная динамика наблюдалась у 84% беременных. В одном наблюдении после лече-

ния БВ развился УГК. Этот случай расценен как отсутствие эффекта. Впоследствии применение у больной схемы лечения тержинаном УГК также оказалось неэффективным.

Всего проведено клинико-лабораторное обследование и лечение данным препаратом 198 беременных женщин в возрасте от 21 до 33 лет. Тержинан назначали по 1 вагинальной таблетке 1 раз в сутки в течение 10 дней при БВ и по 1 таблетке 2 раза в день в течение 15—20 дней при УГК. Оценку эффективности лечебных мероприятий проводили с учетом динамики субъективных жалоб, клинической картины заболеваний и лабораторных критериев через 2 недели и 3 месяца после окончания лечения. На основании полученных нами результатов можно обоснованно констатировать факт высокой эффективности тержинана в лечении эпизодов сочетанной инфекционной патологии (кандидоз гениталий и бактериальный вагиноз) нижних отделов половых путей осужденных. Адекватная дозировка действующих веществ, сочетание противогрибкового и антибактериального действия, хорошая переносимость и отсутствие токсичности, удобство применения позволяют считать тержинан препаратом выбора при терапии сочетания бактериального вагиноза и кандидоза гениталий у женщин, находящихся в условиях пенитенциарной системы.

Поступила 23.04.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнян А. В., Степанов В. Г., Кореневский А. В. Влияние экологически неблагоприятных факторов на репродуктивную систему женщины // Вестник РААГ. 1997. № 4. С. 28—31.
2. Бактериальный вагиноз: Методическое пособие. М., 1999. 32 с.
3. Бактериальный вагиноз: Методическое пособие. М., 2005. 38 с.
4. Gardner H. L., Dukes C. P. Bacterial vaginosis: drugs versus alternative treatment // Am. J. Obstet. Gynecol. 1995. Vol. 69, № 6. P. 962—976.

V. V. TERTYSHNIKOVA, L. B. MIROSHNICHENKO

BACTERIAL VAGINOS AND CANDIDIASIS AT THE WOMEN WHO ARE BEING CONDITIONS PENITENSHION OF SYSTEM

In the Corrective colony (IC) № 3 during 2005—2008 have been lead clinic — laboratory inspection of 398 women in the age of from 19 till 39 years (on the average $27,5 \pm 1,9$ years), from them 198 were pregnant women at whom in each trimester of pregnancy and on 3—6 day after sorts studied microflora of a vagina. It has been established, the quantity of kinds of microorganisms in 1 ml of a contained vagina decreases. And on the contrary, the quantity lactobacteria and bifidobacteria in 1 ml authentically ($p < 0,05$) increases.