

А.З. Муллагалина, У.Р. Хамадянов, Ф.М. Гайнутдинов
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН
С ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ**

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, г. Уфа*

Для выявления особенностей течения и оптимизации лечения бактериального вагиноза (БВ) у женщин с хроническим неспецифическим язвенным колитом (ХНЯК) нами проведено обследование 107 пациенток. Установлено, что для женщин с ХНЯК характерно хроническое рецидивирующее течение БВ (64,5%). Применение энтеросгеля и пробиотиков в комплексной терапии БВ у пациенток с ХНЯК позволило снизить частоту рецидивов БВ в 4,8 раза.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, хронический неспецифический язвенный колит, дисбактериоз, энтеросгель, нормофлорины.

A.Z. Mullagalina, U.R. Khamadianov, F.M. Gainutdinov
**FEATURES OF BACTERIAL VAGINOSIS COURSE IN WOMEN
WITH CHRONIC NON-SPECIFIC ULCERATIVE COLITIS**

We examined 107 female patients to reveal the features of bacterial vaginosis (BV) and to find the ways of treatment effect optimization in women with chronic ulcerative colitis (CUC). The investigation showed women with CUC to be likely to suffer from chronic recurrent BV (64.5%). The use of Enterosgel and probiotics in BV treatment of women with CUC reduced the recurrence rate of BV by 4.8 times.

Key words: bacterial vaginosis, chronic non-specific ulcerative colitis, dysbacteriosis, Enterosgel, Normoflorins.

Среди нарушений микроэкологии влагалища бактериальный вагиноз (БВ), составляя 30-87% всех инфекционных поражений влагалища, занимает лидирующие позиции и проявляет тенденцию к росту [1,2,4,9]. В настоящее время БВ рассматривают как полимикробный невоспалительный вагинальный синдром, возникающий из-за резкого дисбаланса вагинальной микрофлоры, вызванного замещением доминирующих микроорганизмов рода *Lactobacillus* ассоциацией различных бактерий [1]. Одним из эндогенных факторов, оказывающих существенное влияние на состав вагинальной микрофлоры, является изменение биоценоза желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [3,5,9]. Рядом авторов доказано, что имеется тесная связь между изменениями микроэкологии влагалища и дисбактериозом кишечника (ДК). Так, среди женщин, страдающих воспалительными заболеваниями половых органов, нарушение кишечной микрофлоры встречается с частотой до 65%, а сочетание БВ и ДК выявляется в 82,5% случаев [3]. Дисбактериоз кишечной микрофлоры имеет место при различных заболеваниях ЖКТ, однако среди них особо выделяется хронический неспецифический язвенный колит (ХНЯК), при котором ДК диагностируется в 70-100% случаев [7,10,11]. Пациентки с ХНЯК представляют особую высокую группу риска по развитию невынашивания беременности, бесплодия, воспалительных заболеваний женских половых органов, спаянной болезни и т.д. [6,7,8,11]. Для этих пациенток характерна крайне высокая частота дисбиозов

влагалища и крайне низкая эффективность лечения [6].

Таким образом, большой практический и научный интерес представляет изучение особенностей течения БВ у женщин, страдающих ХНЯК, и разработка новых методов лечения БВ, которые предусматривают разумное ограничение антибактериальной нагрузки на организм и обеспечивают эффективную и стойкую коррекцию биоценозов влагалища и ЖКТ.

Материал и методы

Нами было проведено комплексное клинично-лабораторное обследование 217 женщин с ХНЯК в стадии обострения, обратившихся к гинекологу с жалобами на патологические выделения из половых путей, зуд, жжение в области вульвы и влагалища, у 141 (64,9%) из них, согласно критериям дифференцировки дисбиозов влагалища [2,4] был верифицирован БВ. В результате целенаправленного отбора была выделена группа из 107 женщин (основная группа) репродуктивного возраста с дистальным или левосторонним поражением толстой кишки, со средней или легкой степенью тяжести язвенного колита, которая послужила объектом углубленного обследования и лечения. Степень тяжести БВ классифицировалась согласно лабораторным критериям дифференциации бактериальных вагинозов [4]. Оценка степени тяжести ДК проводилась по классификации Бондаренко В.М. (2007). Параллельно было проведено обследование 101 практически здоровой женщины (контрольная группа) репродуктивного возраста, обратившейся в женскую кон-

сультацию №21 г.Уфы с целью профилактического осмотра у гинеколога, у которой по данным обследования на данный момент не было выявлено гинекологической патологии.

В дальнейшем в зависимости от применяемых схем лечения 107 женщин с ХНЯК были разделены на две группы. 57 пациенток составили основную группу, они получали лечение по разработанной нами схеме: клиндамицин в виде крема вагинально по 1 дозе 1 раз в день в течение 5 дней; энтеросгель по 50 г на 2 часа в день вагинально в течение 5 дней; энтеросгель внутрь по 15 г 3 раза в день в течение 7 дней; нормофлорин Б и нормофлорин Л вагинально по 10 мл в течение 7 дней; нормофлорин Б и нормофлорин Л внутрь по 20 мл 3 раза в день в течение 21 дня. В группу сравнения вошли 50 женщин, получавших общепринятое лечение БВ (вагинально крем с клиндамицином 1 раз в день 5 дней, затем свечи “Ацилакт” 10 дней), с целью лечения ДК внутрь в течение месяца – бифидумбактерин сухой концентрат по 5 доз 3 раза в день. Кроме того, все пациентки с ХНЯК получали терапию по поводу обострения заболевания (диетотерапию – стол № 4, инфузионную терапию, препараты 5-аминосалициловой кислоты, спазмолитики, анальгетики, препараты железа, ферменты, витамины).

Результаты и обсуждение

Возраст женщин основной группы колебался от 15 до 49 лет и составил в среднем $33,1 \pm 6,24$ года, контрольной группы - от 17 до 47 лет, в среднем $29,3 \pm 6,27$ года ($p < 0,05$).

Продолжительность заболевания ХНЯК у исследуемых больных варьировала от 1,5 до 22 лет, составив в среднем $5,38 \pm 0,1$ года. Дистальный язвенный колит имел место у 45 (42,1%) пациенток, левосторонний – у 62 (57,9%). Легкое течение заболевания встречалось у 58 (54,2%) женщин, средней степени тяжести течения у 49 (45,8%). Диагноз БВ был выставлен впервые у 38 (35,5%) пациенток с ХНЯК, повторно у 69 (64,5%). Длительность клинических симптомов БВ у обследуемых женщин варьировала от 1 года до 6 лет и составила в среднем $2,46 \pm 0,1$ года. Количество рецидивов БВ зарегистрировано от 1 до 10 раз в год, кроме того, у 68,1% (47) женщин продолжительность “холодных” периодов между рецидивами оказалась менее 6 месяцев. Лечение БВ у больных с ХНЯК занимало от 10 до 90 дней в году, в среднем $36,4 \pm 0,5$ дня. Следует отметить, что неоднократно применение различных антибактериальных и антисептических препаратов для

санации влагалища отмечали все пациентки, а использование пробиотиков для восстановления микрофлоры лишь 17 (15,8%) женщин.

Длительно существующее дисбиотическое состояние во влагалище снижает колонизационную резистентность микрофлоры и при высокой концентрации вирулентных микроорганизмов может создать условия для восходящего инфицирования слизистой оболочки матки и маточных труб, что способствует развитию воспалительных заболеваний органов малого таза [3,5].

Анализ характера жалоб у исследуемых пациенток основной группы показал наличие постоянных выделений из половых путей у 84,1% (90) женщин, с неприятным запахом у 72,9% (78). Диспареуния встречалась у 37,4% (40) женщин. У каждой пятой женщины (22) имели место зуд и/или жжение в области преддверия влагалища. Женщины контрольной группы данных жалоб не предъявляли.

Согласно критериям Amsel. R (1983), у пациенток основной группы выявлены следующие характерные особенности: у 72,9% (78) женщин наличие обильных гомогенных выделений из половых путей с “рыбным” запахом, у 89,7% (96) женщин был положительный результат при проведении аминотеста, в 100% случаев – повышение pH выше 4,5. Значение pH от 4,5 до 6 выявлено у 38,3% (41) женщин, выше 6,0 - у 61,7% (66). Анализ результатов световой микроскопии окрашенных по Граму влагалищных мазков женщин основной группы показал отсутствие у 76,6% (82) женщин или слабую степень выраженности лейкоцитарной реакции - у 23,3% (25), наличие “ключевых” клеток - у 91,6% (98). Четыре критерия имели место у 66,4% (71) больных, у остальных 33,6% (36) отмечалось сочетание трех признаков в различных вариантах.

Микроскопическая картина мазков влагалищного отделяемого при БВ у женщин с ХНЯК в 57,0% случаев соответствовала дисбиозу III степени, в 33,6% – дисбиозу II степени и лишь в 9,3% – дисбиозу I степени. При этом в мазках имели место обильная полиморфная грамотрицательная и грамположительная палочковая и кокковая микрофлора (100%) и “ключевые клетки” (91,6%). Количество нейтрофильных гранулоцитов было вариабельно, чаще менее пяти, лактобактерии практически отсутствовали.

В группе здоровых женщин у всех отмечались кислая среда влагалища, отрицательный аминотест, отсутствие “ключевых клеток” в вагинальных мазках, нормоценоз

при микроскопии вагинальных мазков.

В результате изучения состава микрофлоры влагалища было установлено, что лактофлора отсутствовала у 53 (49,5%) женщин или ее количество было сниженным - у 54 (50,5%) в основной группе, в то время как в группе контроля лакто- и бифидобактерии определялись у всех женщин в достаточных концентрациях. Среди факультативно-анаэробных микроорганизмов во влагалище пациенток с язвенным колитом при БВ преобладали *Gardnerella vaginalis*, *E.coli*, *Staphylococcus spp.*, *Enterococcus spp.*, *Klebsiella*, причем, следует отметить, что в 100% случаев микроорганизмы выявлялись в ассоциациях. Частота выявления факультативных анаэробов, аэробов и микроаэрофилов кишечного происхождения (*E.coli*, *E. faecalis*) в 8 раз превышала их содержание во влагалище здоровых женщин. Участие этих микроорганизмов в патогенезе БВ у больных с ХНЯК происходит при симбиозе с анаэробными бактериями в составе микробных патобиоценозов.

Микробиологический анализ кала у 107 пациенток с ХНЯК установил отклонение от нормального состава кишечной флоры у 103 (96,3%) женщин и лишь у 4 (3,7%) женщин микрофлора была не изменена. ДК I степени имел место у 13 (12,6%) больных, II степени - у 66 (64,1%) и III степени - у 24 (23,3%). Снижение бифидобактерий отмечалось у 91 (85,0%) пациентки, лактобактерий - у 81 (75,7%), условно-патогенная микрофлора выявлена у 72 (67,3%). Анализ качественного состава кишечной микрофлоры у исследуемых пациенток выявил снижение количества *E.coli* с нормальной ферментативной активностью у преобладающего числа женщин - 65,4% (70). Гемолитические штаммы *E.coli* определены у 11,2% (12), лактозонегативные - у 21,5% (23) исследуемых. Вторыми по высеваемости были энтерококки (46 чел.-42,9%). Несколько реже выявлялись стафилококки - у 32,7% (35) случаев, грибы рода *Candida* - у 15,8% (17), а также условно-патогенные микроорганизмы *Proteus* у 8,4% (9), *Citrobacter* у 5,6% (6) и *Klebsiella* у 8,4% (9) женщин.

Таким образом, результаты исследования выявили высокую частоту сочетанной патологии БВ и ДК у исследуемых женщин с ХНЯК.

На следующем этапе проводилась сравнительная оценка эффективности лечения БВ у женщин с ХНЯК. Включенные в исследование пациентки в группах были сопоставимы по возрасту, продолжительности заболевания и клиническим показателям. Клиническая

оценка эффективности лечебных мероприятий проводилась через 2-3 дня после завершения санации влагалища и в динамике через 1 и 6 месяцев от начала терапии БВ. Через 2-3 дня после завершения терапии БВ нормоценоз влагалища отмечался у всех женщин основной группы и у 94,0% (47) группы сравнения. Через месяц после окончания терапии нормоценоз влагалищного биотопа зарегистрирован у 94,7% (54) пациенток основной группы и у 74,0% (37) сравнительной, через 6 месяцев - у 84,2% (48) и 24,0% (12) женщин соответственно. Уровень лактобактерий во влагалищном биотопе большинства женщин (51 чел.-89,5%), в лечении которых применяли сорбент "Энтеросгель", находился в пределах нормы на протяжении всего периода наблюдений, обеспечивая тем самым высокую колонизационную резистентность слизистой влагалища.

При анализе распределения пациентов по степеням нарушения микробиоценоза кишечника через 1 месяц от начала терапии нормальный количественный и качественный состав микрофлоры у пациенток основной группы был выявлен у 40,4% (23), ДК I степени у 40,4% (23), ДК II степени у 19,2% (11) женщин, ДК III степени не выявлялся. В сравнительной группе нарушения микробиоценоза I степени отмечались у 46,0% (23) женщин, II степени - у 30,0% (15), III степени - у 10,0% (5), нормальная микрофлора определена у 14% (7) пациенток. Через 6 месяцев от начала лечения, (в сравнении с результатами, полученными через месяц после проведения терапии) в основной группе отмечалась положительная тенденция с увеличением числа пациенток с нормальной микрофлорой - 45,6% (26), с уменьшением ДК II степени - 5,3% (3) с переходом в I степень ДК - 50,9% (29). У пациенток группы сравнения нормальная флора отсутствовала, возросло количество пациенток с ДК III и II степени до 22,0% (11) и 74,0% (37) соответственно, снизился ДК I степени до 4% (2). Результаты исследования показывают, что включение в терапевтические схемы наблюдаемых нами пациенток с ХНЯК сорбента "Энтеросгель" способствовало нормализации состава кишечной микрофлоры у значительной части из них. Кроме того, у 98,2% (56) пациенток основной группы и у 56,0% (28) сравнительной группы в течение полугода наблюдалась клиническая ремиссия ХНЯК.

Выводы

1. Для исследуемых пациенток с ХНЯК характерны длительное течение БВ с частыми

рецидивами (64,5%) и крайне короткими периодами ремиссии и низкая эффективность традиционных методов лечения.

2. Пациентки с ХНЯК нуждаются в обязательном исследовании вагинальной микрофлоры на наличие и степень тяжести БВ и адекватной коррекции дисбиозов влагалища и кишечника. Лечение должно проводиться гинекологом совместно с гастроэнтерологом.

3. Применение комплексной терапии с включением энтеросгеля, нормофлорина Б и нормофлорина Л способствует более быстрому наступлению клинической ремиссии, обеспечивает нормализацию микробиоценозов кишечника и влагалища и снижает частоту рецидивов в 4,8 раза.

Сведения об авторах статьи:

Муллагалина Анда Зиннуровна – соискатель кафедры акушерства и гинекологии №1 БГМУ, врач акушер-гинеколог ГКБ №21. Адрес: 450075, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3, тел. 8(347)232-69-55, e-mail aidamullagalina@rambler.ru;

Хамадьянов Ульфат Рахмьянович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 БГМУ.

Адрес: 450106, г. Уфа, ул. Батырская, 41, тел. 8(347)255-56-35;

Гайнутдинов Фазыл Мингазович, д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии БГМУ. Адрес: 450075, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3, тел 8 (347) 232-33-00

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкирская, А.С. Бактериальный вагиноз// Акушерство и гинекология. –2005. – №3. – С. 10-13.
2. Кира, Е.Ф. Бактериальный вагиноз. – СПб., 2001. – 364 с.
3. Кондулукова, И.А. Бактериальный вагиноз: обоснование направлений профилактики и оптимизация лечения: автореф. дис. ... канд. мед.наук. –Самара, 2000. – 23 с.
4. Мавзютов А.Р., Габидуллин З.Г., Ахунов Э.Д. [и др.] Бактериальный вагиноз - принципиальные вопросы этиологии, диагностики и лечения: методические рекомендации. г. Уфа: Изд-во БГМУ, 2001. – 16 с.
5. Санникова, А.М. Роль дисбиотических нарушений в патогенезе бактериального вагиноза у девушек /А.М. Санникова, Н.А.Шукина, С.Ю.Лукашенко // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2009. - № 5. - С. 54.
6. Успенская, Ю.Б. Воспалительные заболевания кишечника у женщин репродуктивного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. –М., 2007. – 12 с.
7. Халиф, И.Л., Лоранская, И.Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона)// Клиника, диагностика и лечение. – М.: Миклош, 2004. – 88с.
8. Cornish J., Tan E., Teare J. et al. A meta-analysis on the influence of inflammatory bowel disease on pregnancy. London, UK. Gut, Jun 2007. Vol. 56. -P. 830-837.
9. Eiko E. Petersen. Infections in Obstetrics and Gynecology: Textbook and Atlas. – New York: Thieme, 2006, 260 p.
10. Ho GT, Lees C, Satsangi J. Ulcerative colitis. Medicine. -2007. Vol. 35/ - №5. –P. 277-282.
11. Latella G, Fiocchi C, Caprili R. News from the "5th International Meeting on Inflammatory Bowel Diseases" CAPRI 2010 // J Crohns Colitis. - 2010. – Vol. 4. - № 6. – P. 690-702.

УДК 616.366-07-08-089.12

© Р.Б. Мумладзе, Ю.Ш. Розиков, И.А. Кясов, Т.С. Бекназаров, Л.В. Гиголаева, 2011

Р.Б. Мумладзе, Ю.Ш. Розиков, И.А. Кясов, Т.С. Бекназаров, Л.В. Гиголаева ХОЛАНГИОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫМ ЛИТИАЗОМ

*ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»
Минздрава России, г. Москва*

В настоящей работе мы анализируем опыт лечения 98 больных с патологией внепеченочных желчных протоков и желчного пузыря. В основу диагностики и лечения этой категории больных были положены эндоскопические методы - фиброхолангиоскопия (ФХС), фистулофиброхолангиоскопия (ФФХС) и лучевые способы - ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ). При использовании лучевых методов диагностики нами были определены характер и уровень патологий, что позволило в последующем использовать эндоскопические методы для ликвидации патологического процесса. Большое значение мы придаем холангиоскопии, которая позволяет точно определить наличие или отсутствие конкремента в протоке. Таким образом использование ФХС и ФФХС позволяет практически без травматизации не только уточнить диагноз, но и провести полноценное патогенетическое лечение гепатиколитиаза.

Ключевые слова: билиарная патология, рентгено-эндоскопическая диагностика, тактика лечения при гепатиколитиазе.

R.B. Mumladze, U.Sh. Rozikov, I.A. Kyasov, T.S. Beknazarov, L.V. Gigolayeva CHOLANGIOSCOPY IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INTRAHEPATIC LITHIASIS

The article reports a treatment experience of 98 patients with pathologies of extrahepatic biliary ducts and gallbladder. Such endoscopic methods as fibrocholangioscopy (FCS), fistulofibrocholangioscopy (FFCS) and imaging modalities – ultrasonography (US), magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCPG) – have been considered the foundational diagnosis and management techniques. By means of imaging modalities, we determined the character and degree of pathology development, which empowered the subsequent use of endoscopic methods for pathologic process elimination. We viewed the application of cholangioscopy to be of great significance in accurate assessment of ducts for concretions. Thus, due to FCS and FFCS employment, diagnosis was specified and appropriate pathogenetic treatment was performed in patients with hepaticolithiasis.

Key words: biliary pathology, roentgen-endoscopic examination, therapeutic modality in hepaticolithiasis.