

получена дискриминантная функция для определения риска возникновения рака шейки матки у женского населения.

Алгоритм расчета риска по комплексу медико-социальных факторов может быть использован для индивидуальной оценки и прогнозирования риска возникновения рака шейки матки в условиях общей лечебной сети.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашрафян Л. А., Новикова Е. Г. Гинекологические аспекты в тенденциях заболеваемости и смертности от рака органов женской репродуктивной системы // Жур. акуш. и женских болезней. – 2001. – В. 3. – Т. XLIX. – С. 8–10.
2. Гасанова А. Г. Злокачественные опухоли женской репродуктивной системы у женщин Дагестана // Тез. докл. 56-й науч. конф. молодых ученых и студентов Дагестанской государственной медицинской академии. – Махачкала, 2002. – С. 259–297.

3. Дудик Ю. Е. Эпидемиология злокачественных новообразований репродуктивных органов женщин / Под ред. Б. А. Войцеховича. – Краснодар, 2003.

4. Ушаков Т. И., Ревич Б. А., Аксель Е. М. Стойкие хлороорганические соединения как фактор риска развития рака молочной железы // Вопр. онкологии. – 2002. – Т. 48. № 3. – С. 292–299.

5. Харитонов Т. В. Рак шейки матки: актуальность, проблемы, принципы лечения // Сов. онкология. – 2004. – Т. 6. № 2. – С. 51–54.

6. Шелякина Т. В., Панков А. К., Горин И. Ю. Сравнительное изучение некоторых аспектов эпидемиологии рака молочной железы, яичников и шейки матки на Северном Кавказе: Мат. рабочего совещания экспертов стран – членов СЭВ по теме «Эпидемиология гинекологического рака и лечение ранних форм рака шейки матки». – Тбилиси, 6–8 декабря 1983. – С. 38–40.

Поступила 15.12.2010

Л. В. МАЙСУРАДЗЕ, Л. В. ЦАЛЛАГОВА

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра акушерства и гинекологии

*ГОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия Росздрава»,
362025, РСО – Алания, г. Владикавказ, ул. Кирова, 56, тел. 8672-53-95-25*

Данная статья посвящена изучению эффективности применения препарата «трансфер фактор» в комплексной терапии бактериального вагиноза у беременных. В результате проведенных исследований установлено, что применение трансфер фактора у пациенток с бактериальным вагинозом оказывает регулирующее воздействие на иммунную систему на уровне цитокинов и приводит к выраженному положительному клиническому эффекту.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, трансфер фактор, иммунитет.

L. V. MAJSURADZE, L. V. TSALLAGOVA

MODERN APPROACHES TO THE COMPLEX THERAPY OF BACTERIAL VAGINOSIS IN PREGNANT WOMEN

Obstetrics and gynecology chair

*GOU VPO «the North Ossetia state medical academy Roszdrava»,
362025, RSO – Alanija, Vladikavkaz, street of Kirov, 56, tel. 8672-53-95-25*

The present article concerns the investigation of the efficacy of transfer factor preparation in complex therapy of bacterial vaginosis in pregnant women. Due to the data of carried investigations it was established that the use of Transfer Factor in patients with bacterial vaginosis makes regulating influence on immune system on cytokine level and results in marked positive clinical effect.

Key words: bacterial vaginosis, Transfer Factor, immunity.

Проблема инфекционно-воспалительных осложнений в акушерской практике по-прежнему остается актуальной. Инфекционные заболевания гениталий вызывают разнообразные акушерские и перинатальные осложнения: приводят к увеличению частоты самопроизвольных выкидышей, хориоамнионита, послеродового эндометрита, рождению детей с низкой массой тела, внутриутробному инфицированию плода. Инфекционные заболевания, вызываемые хламидиями, микоплазмами, цитомегаловирусом, вирусом простого герпеса, а также сочетание их с бактериальными поражениями половых путей являются одной из ведущих причин перинатальной заболеваемости и смертности [1, 2, 3].

У беременных в структуре генитальных инфекций преобладают нарушения микроценоза влагалища. Частота нарушений микроценоза родовых путей во время беременности у женщин группы риска акушерской патологии составляет в среднем 50–65% (А. Н. Стрижаков и соавт., 2003). При этом сама беременность является фактором риска развития инфекций, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами [4, 5, 6, 7].

В этих условиях особый интерес вызывают методы лечения, ограничивающие антибактериальную и иную лекарственную нагрузку на организм и способные восстанавливать нормальный биоценоз влагалища.

Цель работы – изучение эффективности комбинированной терапии бактериального вагиноза у беременных с применением иммуномодулирующего препарата «трансфер фактор».

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 100 беременных во II и III триместрах, у которых отмечались жалобы на обильные выделения из влагалища, имеющие неприятный «рыбный» запах. У большинства пациенток наблюдались дизурические явления, 25–30% женщин предъявляли жалобы на жжение и зуд в области наружных половых органов. При анализе возрастной структуры больных с бактериальным вагинозом обращало на себя внимание сравнительно равномерное распределение их по возрасту. При этом средний возраст обследованных составил 22,9 года.

В процессе работы использовались методы исследования: микроскопия вагинальных мазков, классический микробиологический – культуральный метод, метод полимеразной цепной реакции, УЗИ, КТГ плода, иммунологические. Для оценки иммунного статуса проводилось определение циркулирующих лимфоцитов, уровней содержания альфа-, гамма- и сывороточного интерферонов. Уровень провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-2) и фактора некроза опухоли (ФНО-α) определяли твердофазным иммуноферментным методом двойных антител с использованием наборов моноклональных антител и реактивов. Определение основных классов иммуноглобулинов А, М, G проводилось методом радиальной иммунодиффузии по Mancini.

Результаты

У всех беременных была выявлена высокая частота осложнений гестационного процесса. Угроза прерывания отмечалась у 84% женщин, плацентарная недостаточность развивалась в 53% случаев, внутриутробная задержка развития плода диагностировалась у 37 беременных, признаки хронической внутриутробной гипоксии плода регистрировались у 45% пациенток.

В микроскопической картине мазков, окрашенных по Грамму, обнаруживались «ключевые клетки», кроме того, определялись изменение pH влагалищных выделений более 4–5, положительный аминный тест, что подтверждало диагноз бактериального вагиноза. Лейкоцитарная реакция при бактериальном вагинозе отсутствовала.

Результаты культурального исследования выявили полимикробную этиологию бактериального вагиноза. Следует обратить внимание, что в 82% случаев при определении биотопов организма женщины с этой патологией микроорганизмы встречались в ассоциациях. Наиболее частыми среди них были: стафилококк эпидермальный, кишечная палочка, грибы рода Кандида (в 45% случаев); коринебактерии, кишечная палочка, грибы рода Кандида (в 28%); стафилококк, кишечная палочка, стрептококк (в 12%); стрептококк, хламидии, грибы рода Кандида (в 10% случаев).

Проведенное нами иммунологическое исследование выявило угнетение функциональной активности иммунокомпетентных клеток, интерферондефицитное состояние и снижение уровней цитокинов у обследуемых женщин. Отмечалось снижение абсолютного содержания Т-хелперов и увеличение содержания В-лимфоцитов по сравнению с показателями здоровых пациенток, а также повышение уровня сывороточного

интерферона и снижение α- и γ-интерферона клетками крови.

Полученные данные свидетельствовали о дисбалансе содержания исследованных цитокинов. Достоверно выражено различие между концентрацией основного провоспалительного ИЛ-1 и его нормативным значением. Кроме того, были установлены высокие титры ИЛ-2. ИЛ-2 – классический интерлейкин, участвующий в индукции клеточного иммунитета, причем отвечающий за его основную функцию – деструкцию клеток, пораженных экзотенами.

Анализ показателей иммуноглобулинов свидетельствовал о повышении уровня Ig G и Ig M. Определение показателей фагоцитоза выявило, что у беременных на фоне бактериального вагиноза наблюдается снижение фагоцитарной активности нейтрофилов и фагоцитарного числа.

Для сравнения эффективности различных вариантов терапии все беременные были разделены на 2 группы по 50 женщин в каждой. В I группе (контрольная) лечение бактериального вагиноза проводили 2%-ным вагинальным кремом далацином. Беременные II группы (основная) помимо далацина получали иммуномодулирующий препарат «трансфер фактор», представляющий собой концентрат природных пептидов – трансфер факторов, получаемых из молозива коров. Основной функцией этих пептидов в организме является обеспечение иммунной защиты от микробов (бактерий, вирусов, грибов, простейших) и других антигенных веществ. Являясь универсальным иммунокорректором, трансфер фактор индуцирует, или ослабляет, или же нормализует иммунный ответ. Это происходит в связи с тем, что трансфер фактор имеет три основные фракции: индукторы, антиген-специфические трансфер факторы и супрессоры.

Цитокины, входящие в его состав, регулируют функцию клеток-супрессоров, адекватную иммунную реакцию, т. е. реакция организма может быть предсказуемой и управляемой. Препарат назначался по 1 капсуле три раза в сутки в течение 10–14 дней. Кроме того, женщинам обеих групп в целях нормализации биоценоза влагалища назначался ацилакт интравагинально (7–10 дней).

В результате проведенных исследований было выявлено, что включение трансфер фактора в курс лечения бактериального вагиноза оказало выраженный положительный эффект. Выздоровление и нормализация лабораторных показателей отмечались у 95% пациенток по сравнению с беременными, не получавшими иммуномодулирующей терапии (75%) (таблица).

Было выявлено, что у женщин на фоне применения трансфер фактора прослеживаются увеличение процента Т-лимфоцитов, нормализация показателей интерфероногенеза, а также повышение фагоцитарной активности и фагоцитарного числа. У беременных с бактериальным вагинозом, не получавших лечения трансфер фактором, выявлена повышенная концентрация как ФНО (от $33,8 \pm 1,9$ до $36,6 \pm 2,3$ пкг/мл), так и ИЛ-1 (от $26,6 \pm 2,2$ до $31,3 \pm 1,5$ пкг/мл). В противоположность этому концентрация ФНО и ИЛ-1 намного ниже в группе женщин, получавших препарат «трансфер фактор» (ФНО – $31,4 \pm 1,3$, ИЛ-1 – $31,8 \pm 1,2$ пкг/мл). Кроме того, наблюдалось достоверное уменьшение содержания иммуноглобулинов G и M.

Количественные показатели биоценоза у беременных после лечения

Виды микроорганизмов	Контрольная группа (n=50)	Основная группа (n=50)
Стафилококк эпидермальный	5,8±0,03	2,0±0,03
Стафилококк эпидермальный с гемолизом	5,2±0,04	-
Стафилококк зеленоватый	4,1±0,05	-
Стафилококк пиогенный	-	-
Стафилококк фекальный	-	-
Микрококк	3,8±0,07	-
Коринебактерии	-	2,1±0,04
Кишечная палочка	5,2±0,08	-
Кишечная палочка гемолитическая	4,8±0,04	-
Клебсиелла	4,3±0,05	-
Энтеробактер	5,1±0,04	-
Протеи	4,0±0,03	-
Псевдомонады	3,8±0,02	2,1±0,03
Пептококки	2,9±0,04	-
Бактероиды	5,1±0,07	1,8±0,07
Грибы рода Кандида	4,5±0,05	-
Лактобациллы	3,6±0,06	3,5±0,04
Бифидобактерии	6,1±0,02	2,4±0,03

В результате проводимого комплексного лечения у беременных на фоне иммуномодулирующей терапии получено улучшение параметров фетоплацентарного кровотока, внутриутробного состояния плода по данным кардиомонитора и ультразвукового исследования. Включение трансфер фактора в курс лечения бактериального вагиноза привело к увеличению процента своевременных родов (72%) по сравнению с женщинами, не получавшими иммуномодуляторов (56%). Клиническое наблюдение за новорожденными обеих групп показало, что дети от матерей, получавших трансфер фактор, чаще имели более высокую оценку по шкале Апгар и массу тела от 3000,0 до 3995,0. Кроме того, течение родов и послеродового периода у данной группы пациенток протекало с меньшей частотой осложнений.

Таким образом, учитывая высокие биологические свойства трансфер фактора, его положительное влияние на иммунный статус, а также высокую клиническую эффективность, можно рекомендовать включение трансфер фактора в комплексную терапию бактериального вагиноза у беременных. Все это позволит существенно снизить эффективную дозу антибактериальных препаратов и снизить до минимума их отрицательное воздействие на организм беременной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мац А. Н. Вновь о препаратах трансфер фактора как о средстве специфической иммунотерапии // Медицинская иммунология. – 2001. – Т. 3. № 2. – С. 328–329.
2. Назарова Е. К., Гиммельфарб Е. И., Созаева Л. Г. Микробиоценоз влагалища и его нарушения // Клиническая лаб. диагностика. – 2003. – № 2. – С. 25–32.
3. Оганова Э. А. Трансфер факторы – природные иммунокорректоры // В сб. науч.-практ. конф. с международным участием «Иммунореабилитация при инфекционно-воспалительных заболеваниях». – Барнаул, 2003. – С. 22–26.
4. Султанова С. В. Особенности иммунитета и микробиоценоза кишечника и влагалища при хронических рецидивирующих, смешанных и урогенитальных инфекциях: Дис. канд. мед. наук. – М., 2001. – 30 с.
5. Серов В. Н., Шаповаленко С. А. Микробиоценоз влагалища и инфекционные вульвовагиниты: выбор препарата для рациональной терапии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т. 3. № 4. – С. 27–31.
6. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Современные представления о защите организма от инфекций // Иммунология. – 2000. – № 1. – С. 61–64.
7. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Основные принципы иммуномодулирующей терапии // Аллергия, астма и клиническая иммунология. – 2000. – № 1. – С. 9–16.

Поступила 21.09.2009