

«Статистика». Оценивали эффективность, безопасность, развитие побочных эффектов и переносимость препаратов.

Больные 1 группы получали тамсулозин в дозе 0,4 мг 1 раз в сутки, 2 группы – альфузозин в дозировке по 5 мг два раза в сутки, 3 группы – индивидуально оттитрованный доксазозин два раза в сутки, в ср. 4,25 мг, 4-й группы – индивидуально оттитрованный теразозин в два приема в сутки, в среднем 5 мг. Оценка результатов лечения проводилась на 2, 4, 12 и 24 неделях.

Результаты. Нами был проведен анализ клинических показателей при применении наиболее распространенных α_1 -адреноблокаторов (табл. 1) в различные сроки.

Все пациенты, получающие медикаментозную терапию ДГП, с использованием одного из α_1 -адреноблокаторов отметили значительный положительный эффект от проводимой терапии. Анализируя основные критерии эффективности медикаментозной терапии ДГП, мы можем отметить следующие изменения.

Сумма IPSS в 1 группе снизилась на 63,8% от исходного значения, во второй на 63%, в третьей на 61,4% и в четвертой группе на 60,8% ($p < 0,05$). Индекс QOL в первой группе также уменьшился на 53,6% от исходного, во второй на 53,2%, в третьей на 52,1 и в четвертой группе на 49,9% ($p < 0,05$).

По объему остаточной мочи: в 1 группе произошло ее снижение на 62,1% от исходного, во второй – на 58,4%, в третьей – на 56,1%, в четвертой – на 55,4% ($p < 0,05$); Эффективный объем мочевого пузыря в первой группе увеличился на 46%, во второй группе – на 43,1%, в третьей – на 41%, в четвертой – на 40,7% к концу 6 месяца терапии ($p < 0,05$). Надо также отметить более быстрое наступление терапевтического эффекта в группах с нетитруемыми α_1 -адреноблокаторами. На основе объективных и субъективных показателей нарушения мочеиспускания можно заключить, что эффективность тамсулозина, альфузозина, доксазозина и теразозина в медикаментозной терапии ДГП одинакова. Проводимая терапия ДГП не привела к снижению уровня ПСА и объема простаты ($p > 0,05$).

При анализе неблагоприятных эффектов (табл. 2) отмечалось их явное преобладание в группе «титруемых» α_1 -адреноблокаторов и связаны они были в основном с действием препарата на сердечно-сосудистую систему. В 3 и 4 группах имелось 6 и 9 эпизодов неблагоприятных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы, причем в группе теразозина имели место 2 обморочных состояния, в группе доксазозина – 1, а в группах тамсулозина и альфузозина их не было.

Влияния препаратов на ЧСС не зарегистрировано. В 4 группе был эпизод индивидуальной непереносимости препарата, в связи с чем лечение было отменено. В 1 и 2 группах частыми осложнениями были ретроградная эякуляция и заложенность носа, однако это не привело к отмене препарата.

Выводы. Клиническая эффективность наиболее часто применяемых в настоящее время α_1 -адреноблокаторов у пациентов с ДГП оказалась сравнимой. Скорость терапевтического эффекта выше в группах больных принимавших тамсулозина и альфузозина, что возможно связано с отсутствием необходимости в индивидуальном подборе дозы и высокой комплаентностью пациентов к проводимой терапии.

По степени выраженности неблагоприятных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы лидируют «титруемые» α_1 -адреноблокаторы: теразозин и доксазозин, причем более заметны эти эффекты были в период подбора дозы препаратов. Тамсулозин и альфузозин достоверно не влияют на уровень артериального давления. Терапия ДГП α_1 -адреноблокаторами не привела к снижению уровня ПСА и объема простаты в течение 24 недель лечения.

Литература

1. Лоран О.Б. и др. Лечение расстройств мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией простаты альфа-адреноблокаторами. – М., 1998. – 215 с.
2. Лоран О.Б. и др. // Consilium Medicum. – 2001. – Т. 3, № 7. – С. 312–316.
3. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии / под ред. Н. А. Лопаткина. – М.: Медицина, 1998. – Т.3. – С. 368–370.
4. Перепанова Т.С. // Consilium medicum 2001. – Т. 3, №7. – С. 316–321.

УДК [618.15-002:579.61]-07

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Т.В. ЛОПАТИНА, С.З. МУСЛИМОВА*

Бактериальный вагиноз (БВ) – общий инфекционный невоспалительный синдром, связанный с дисбиозом влагалищного биотопа и сопровождающийся чрезмерно высокой концентрацией облигатно и факультативно анаэробных условно-патогенных микроорганизмов и резким снижением или отсутствием молочнокислых бактерий в отделяемом влагалища [1, 7]. Бактериальный вагиноз имеет широкое распространение среди женщин репродуктивного возраста и встречается у считающих себя здоровыми в 24% случаев, а у предъявляющих жалобы на патологический характер белей в 64% [1, 2, 17]. Столь высокая частота БВ, безусловно, диктует необходимость более тщательной диагностики заболевания. Диагностика БВ основана на данных клинического обследования и специальных лабораторных методах исследования [6]. По данным [3], для диагностики БВ необходимо наличие не менее 3 из 6 следующих признаков: обильные, неприятно пахнущие, белые или сероватые, гомогенные, липкие, тягучие выделения из влагалища; pH влагалищного отделяемого более 4,5; положительный аминный тест; «ключевые» клетки во влагалищном отделяемом; отсутствие воспалительной реакции слизистой влагалища; неэффективность терапии вагинита.

Выделения из влагалища при БВ – обильные, гомогенные (кремообразные), слегка тягучие, пенистые, молочного цвета с неприятным запахом, они равномерно распространяются по стенкам влагалища. Отсутствует воспалительная реакция стенок влагалища [3]. Этот тест имеет низкую чувствительность (56,3%) и специфику (48,9%) [4, 15]. Тест pH-метрии вагинального отделяемого обладает высокой чувствительностью (80–98%), но, к сожалению, малоспецифичен (50–70%). Наличие БВ предполагает повышение величины pH вагинального содержимого в среднем на 1,01 ($>4,5$) [1, 3, 15]. Положительный аминный тест состоит в появлении запаха гнилой рыбы при смешивании в равных пропорциях влагалищного отделяемого и 10% раствора КОН. Положительный тест связан с появлением летучих аминов (путресцин, кадаверин, триметиламин, фенетиламин, тирамин, гистамин, изобутиламин), которые являются продуктом жизнедеятельности облигатных анаэробов [3, 18]. Этот тест чувствителен у 33,9–79% и специфичен у 86,9–97% пациенток с БВ [1, 5, 15]. «Ключевые» клетки (Clue cells) представляют собой зрелые эпителиальные клетки поверхностного слоя влагалища, на которые по всей поверхности плотно и в большом количестве налипают мелкие грамотрицательные палочки. Клетки обнаруживаются в неокрашенных нативных мазках и в фиксированных мазках влагалищного отделяемого при любых способах окраски. Наибольшей чувствительностью (76,7%) и специфичностью (92,4–98%) этот метод достигает при окраске по Граму, когда можно исключить «ложноключевые» клетки, которые могут быть связаны с адгезией лактобацилл [1, 15]. Помимо наличия «ключевых» клеток микроскопия влагалищного отделяемого после окраски мазков по Граму дает достоверную оценку состояния микроценоза влагалища: количественно оценить общую микробную обсемененность вагинального биотопа, определить наличие/отсутствие бактериальных морфотипов и воспалительной реакции (число лейкоцитов, фагоцитоз, его завершенность) и состояние эпителиальных клеток (клетки поверхностных и глубоких слоев).

Микробиология БВ изучена и определен спектр так называемых БВ-ассоциированных микроорганизмов. К ним относят облигатно анаэробные бактерии рода *Prevotella* (*Bacteroides*), *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, *Mobiluncus*, а также микроаэрофилы *Gardnerella vaginalis* и *Mycoplasma hominis* [1, 8, 16]. Среди бактериоидов, которые обнаруживают у 53–97% больных БВ, чаще всего выделяют виды *Bacteroides bivius* или *Bacteroides disiens* и группу *Bacteroides melaninogenicus* [5, 14]. Другие виды бактериоидов встречаются значительно реже. Среди грамположительных анаэробных кокков, которые обнаруживают в 29–95% случаев БВ, чаще других выделяют виды *Peptostreptococcus anaerobis*, *Peptostreptococcus prevotii*, *Peptostreptococcus tetradius* и

* Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППО педиатров ММА им. И.М. Сеченова, 117997, г. Москва, ул. Академика Опарина № 4 e-mail: mmal_nc@mail.ru, тел.: 8-926-430-02-53)

Peptostreptococcus asacharolyticus. Подвижные вибриноподобные бактерии рода *Mobiluncus*, которые, как и гарднереллы, одно время некоторые авторы считали единственным возбудителем БВ, обнаруживают у 8–85% больных БВ всегда в очень высоком титре (10^{10} КОЕ/мл и более) [3, 13]. Бактерии рода *Mobiluncus* почти не встречаются у здоровых женщин [1, 17].

Что касается генитальных микоплазм, то пока в литературе нет исследований, на основании которых можно было бы судить о преобладании этих микроорганизмов при БВ. В имеющихся публикациях авторы констатируют высокую частоту их выделения (*Mycoplasma hominis* – у 58–75%, *Ureaplasma urealyticum* – у 62–92% больных БВ) [11, 16]. По данным других публикаций, в норме выделение этих микроорганизмов достигает подобных величин [1, 10, 13]. Трудности в диагностике БВ заключаются в том, что условно-патогенные микроорганизмы являются постоянными обитателями кожи и слизистых оболочек совершенно здоровых людей, и выделение из патологического материала ни во всех случаях является достаточным доказательством их роли в этиологии заболевания. Только учёт количественных соотношений видов микроорганизмов в составе микроценоза может в характеризовать состояние вагинального микроценоза и степень его нарушения. При БВ на фоне резкого подавления резидентной лактофлоры возникает симбиоз ряда условно-патогенных бактерий, число которых в сотни тысяч раз превышает их долевое участие в нормальном микроценозе влагалища [3, 14]. Учитывая, что при микроскопии нативного материала можно выявить микроорганизмы, присутствующие в биоматериале в объеме, обычно превышающем рубеж $5 \lg$ КОЕ/мл, диагностику БВ можно проводить по результатам микроскопии вагинальных грам-мазков, т.к. при этой патологии морфотипы грамотрицательных анаэробных бактерий (бактероиды, мобилункус) и гарднереллы выявляются в массивном количестве как ни при какой другой патологии.

Существуют не прямые методы диагностики БВ, имеющие больше научное значение, такие как газожидкостная хроматография, с помощью которой могут быть обнаружены органические кислоты – продукты метаболизма бактерий. При БВ меняется по сравнению с нормой соотношение янтарной и молочной кислот в сторону преобладания первой. Соотношение становится больше 0,4 (в норме меньше 0,4). При диагностике БВ чувствительность метода составляет 54–89%, специфичность – 80–96%.

Имеется также тест, основанный на повышении пролина-минопептидазной активности влагалищного содержимого за счёт энзимов, продуцируемых анаэробами. Достоверность этого колориметрического теста равна 74%, специфичность – 86%. Другим тестом является определение фермента синалидазы (нейраминидазы), который продуцируют грамотрицательные облигатно анаэробные бактерии. Тест дает положительный результат примерно у 85% пациенток с БВ. Классическое микробиологическое исследование с использованием аэробной и анаэробной техники культивирования микроорганизмов и количественной оценкой микроорганизмов-ассоциантов в составе микроценоза необходимо для изучения этиологической структуры и патогенетических механизмов развития дисбиотических процессов в вагинальном биотипе, а также служит критерием для оценки клинического значения усвоенных методов диагностики БВ и эффективности этиотропной терапии [1, 11]. Но необходимо учитывать, что при БВ нет ни одного специфического возбудителя, а количественная оценка всех входящих в состав экосистемы аэробно-анаэробных микроорганизмов является дорогостоящим, длительным исследованием, которое можно выполнять только в лабораториях, владеющих современными технологиями и имеющих высококвалифицированных специалистов-микробиологов. В связи с чем, в отличие от других оппортунистических инфекций, для диагностики БВ не используют культуральное исследование.

Установлено, что БВ не относится к заболеваниям, передающимся половым путём, но часто является их маркером [12]. Поэтому диагностика БВ наряду с выявлением этиологически значимых условно-патогенных микроорганизмов, должна включать интегральную характеристику состава вагинального микроценоза с целью исключения абсолютных патогенов. Следовательно, диагностическую ценность наряду с количественной оценкой имеет и качественная оценка микрофлоры, которая включает дифференциацию всех морфотипов по их тинкториальным и морфологическим признакам [1, 9].

Правильное использование современных диагностических технологий позволит дополнить наши представления о критериях

нормы в оценке состояния микроэкологии вагинального биотопа и выделить микробиологические факторы риска развития БВ.

Литература

1. Анкирская А.С. // Акуш. и гинекол. – 2005. – № 3. – С. 10.
2. Анохин В.А. и др. // Казанский медицинский журнал. – 2001. – Т. 82, № 4. – С. 295–298.
3. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. – СПб, 2001.
4. Кисина В.И. и др. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2003. – № 4. – С. 16–22.
5. Прилепская В.П. и др. // РМЖ. – 2002. – № 18. – С. 79–81.
6. Серов В.Н. и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Т. 4, № 1. – С. 66–71.
7. Antonio M. A. et al. // J Infect Dis. – 2005. – №8. – Р. 394–398.
8. Aroutcheva A. et al. // Clin. Inf. Dis. – 2001. – №10. – Р. 213.
9. Brown D Jr. // J Reprod Med. – 2004. – №10. – Р. 781–796.
10. Donders G. et al. // Am J Obst Gynec. – 2000. – №8. – Р. 431.
11. Eiko E. Petersen. Infections in Obstetrics and Gynecology: Textbook and Atlas. – New York: Thieme, 2006.
12. Franklin TL. et al. // J Reprod Med. – 2000. – №2. – Р. 131.
13. Hellberg D. et al. // Arch Gynecol Obst. – 2001. – №5. – Р. 11.
14. Ifikhar R. // J Coll Physic Surg Pak. – 2003. – №2. – Р. 76.
15. Luni Y. et al. // J Coll Physic Surg Pak. – 2005. – №5. – Р. 270.
16. Sebastian Faro. Vaginitis: differential diagnosis and management. – USA, 2004.
17. Wilson JD. et al. // BJOG. – 2002. – №6. – Р. 714–717.
18. Wolrath H. et al. // APMIS. – 2005. – №7. – Р. 513–516.

УДК 618.3–008.6-055.28-616.155.194.8

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ

М.М. ЭФЕНДИЕВ*

Представлены результаты изучения состояния системы гемостаза у женщин с постгеморрагическими анемиями, вызванными гинекологической патологией. Доказано, что применение перфторана в профилактической противотромботической терапии способствует снижению тромбогенного потенциала крови и улучшению микроциркуляции, что приводит к существенному уменьшению риска возникновения венозных тромбозов.

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей и его последствия – тромбоэмболия легочных артерий и посттромбофлебитическая болезнь – становятся доминирующими общими послеоперационными осложнениями [3, 5–6, 9]. Кровезаменитель с функцией переноса кислорода – перфторан – хорошо зарекомендовал себя в качестве кровезаменителя с функцией переноса кислорода и углекислого газа для уменьшения затрат донорской крови и эритроцитарной массы, как противошоковое, противоишемическое и кардиотекторное средство. По данным литературы [1, 2, 7, 10] перфторан, растворяясь в мембране эритроцитов, делает их более эластичными и легко деформируемыми, уменьшая вязкость крови, что улучшает их прохождение через капилляры, а, следовательно, и доставку кислорода тканям. Повышая фибринолитическую активность, снижая концентрацию фибриногена и фактора XIII, перфторан устраняет последствия внутрисосудистого свертывания крови, т.е. способствует реканализации сосуда дистального русла [2, 4, 8]. Обладая дезагрегационным действием на тромбоциты, перфторан разрушает тромбоцитарные агрегаты, что также способствует реканализации сосуда дистального русла. Все это послужило основанием для включения плазмозаменителя перфторана в программу инфузионно-трансфузионной терапии при лечении постгеморрагической анемии и профилактики тромбоэмболических осложнений в гинекологической практике.

Цель исследования – повышение эффективности лечения и профилактики тромбоэмболических осложнений у женщин с постгеморрагической анемией при гинекологической патологии.

* Научно-проблемная лаборатория «Перинатальной медицины и репродуктологии» Дагестанского научного центра РАМН 367012, Республика Дагестан, г. Махачкала, пл. Ленина 1, тел. 8(8722) 67-51-16