

Опыт применения препарата на основе аскорбиновой кислоты у пациенток с бактериальным вагинозом

Ю.Э.Доброхотова, Д.М.Ибрагимова, Ж.А.Мандрыкина

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова
Минздрава России, Москва

Резюме

Статья посвящена проблемам рецидивирования бактериального вагиноза, представлена современная тактика ведения пациенток.

Ключевые слова: микробные биопленки, бактериальный вагиноз, дисбактериоз влагалища.

Experience of using the ascorbic acid based drugs in patients with bacterial vaginosis

Yu.E.Dobrobotova, D.M.Ibragimova, Zb.A.Mandrykina

Summary

The article investigates the recurrence of bacterial vaginosis, and methods of modern management of patients.

Key words: microbial biofilms, bacterial vaginosis, vaginal bacteria overgrowth.

Сведения об авторах

Доброхотова Юлия Эдуардовна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова. E-mail: pr.dobrobotova@mail.ru

Ибрагимова Джамиля Магомедовна – канд. мед. наук, асс. каф. акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова

Мандрыкина Жанна Анатольевна – канд. мед. наук, асс. каф. акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова

Микроэкология влагалища – это сложное взаимодействие между средой и микрофлорой влагалища, имеющие важное значение как в гинекологии, так и неонатологии [1].

Результаты проведенных за последние годы научных исследований позволили сформулировать критерии нормоценоза влагалища, основанные на объеме выделений, их кислотности, количественном и качественном составе микрофлоры. Объем вагинальных выделений, не вызывающий дискомфорта у женщин, составляет 2–3 мл. Микроскопически на фоне отсутствия лейкоцитарной реакции и преимущественного преобладания клеток поверхностных слоев многослойного плоского эпителия влагалища среди микрофлоры доминируют лактобактерии [2].

С середины 1980-х годов в акушерско-гинекологической практике дисбиоз урогенитального тракта у женщин выделен как самостоятельное заболевание – *бактериальный вагиноз* (БВ), сопровождающееся нарушениями качественного и количественного состава нормальной микрофлоры, не связанное с бактериальными инфекциями, передаваемыми половым путем, и инфекциями, вызываемыми грибами или простейшими. При БВ происходят угнетение нормальной микрофлоры и формирование биологических пленок, которые покрывают слизистую и содержат бактерии. Согласно классическому определению микробные биопленки – это сообщества микроорганизмов, прикрепленных к эпителиальным, погруженным в матрикс, клеткам, образованные внеклеточными полимерными субстанциями [3, 4].

Биопленки в природе обычно состоят из смешанных видов бактерий и выполняют защитную и функциональную роль в разных нишах. Формирование биопленок рассматривается как способность микроорганизмов адаптироваться к особым условиям выживания [4]. В связи с тем что, по данным последних исследований, *Gardnerella vaginalis* имеет сниженную адаптивную способность по отношению к кислотности среды, т.е. генетически не приспособлена к выживанию в кислой среде, необходимым компонентом терапии БВ должно быть восстановление и поддержание кислой среды влагалища – без этого этапа терапии не

Рис. 1. Клинические симптомы БВ.

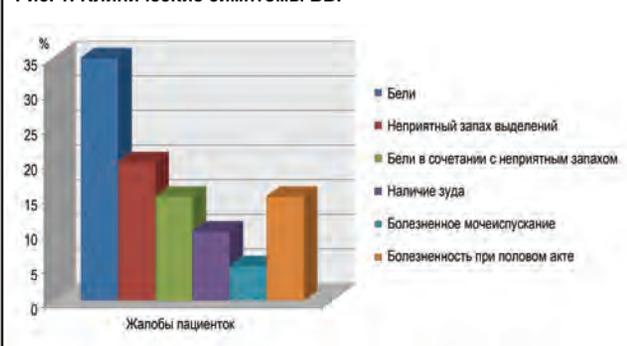
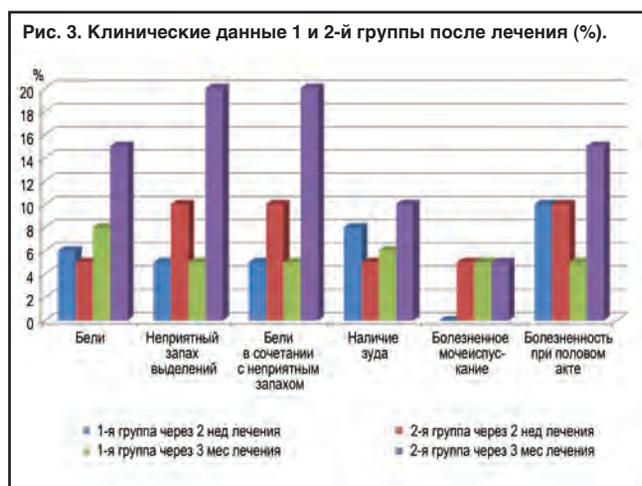


Рис. 2. Тест для определения pH вагинального содержимого: а – норма, б – БВ.





устраняются патофизиологические факторы, приводящие к рецидиву [3].

В связи с этим целью настоящего исследования явилась оценка эффективности использования препарата на основе аскорбиновой кислоты у больных БВ.

Материалы и методы

В исследование были включены 40 небеременных пациенток, у которых в процессе обследования был выявлен БВ. Пациентки были разделены на 2 группы по 20 человек: в 1-ю группу были включены больные, в качестве терапии которым была предложена схема, включающая 1 таблетку Вагинорма-С интравагинально на ночь (для закисления среды и разрушения бактериальных пленок, образованных *G. vaginalis*), затем курс антимикробной терапии и еще 5 дней применения препарата Вагинорм-С для поддержания кислого pH и активации местных иммунных реакций.

Пациентки 2-й группы получали только антибактериальный препарат клиндамицин вагинальный крем, применявшийся у всех пациенток по 5 г крема 1 раз в сутки на ночь 5 дней интравагинально.

Состав обследованных женщин по возрасту, данным общего и акушерско-гинекологического анамнеза достоверно не отличался.

У этих пациенток наиболее частыми были жалобы: на бели – 35%, неприятный запах выделений – 20%, бели в сочетании с неприятным запахом – 15%, реже больные отмечали наличие зуда – 10%, болезненного мочеиспускания – 5%, болезненности при половом акте – 15% (рис. 1).

Стоит отметить, что среди всех больных преобладало рецидивирующее течение заболевания, частота которого достигала 3–4 раз в год.

В ходе проведения исследования у всех женщин были исключены генитальные инфекции с экстравагинальной локализацией первичного очага воспаления, генитальный хламидиоз, микоплазменная инфекция, сифилис, гонорея, генитальный кандидоз и трихомониаз.

Диагноз БВ основывался на оценке мазка вагинального содержимого, окрашенного по Граму, где выявлялась микрофлора с преобладанием коккобациллярной – 85%, а также смешанной – 25% и наличием «ключевых клеток» без лейкоцитарной реакции.

Проводили pH-метрию вагинального содержимого с помощью тестов pH-Баланс (рис. 2). Патологическим считали уровень pH > 4,7.

Результаты исследования

После лечения БВ осуществлялся лабораторный контроль в виде микроскопии мазка, окрашенного по Граму, и pH-метрии для первичной оценки эффективности лечения. В дальнейшем клинический и лабораторный контроль осуществлялся через 2 нед и 3 мес с целью установки отсутствия рецидива заболевания после окончания лечения.

Клиническая эффективность лечения БВ препаратом Вагинорм-С зарегистрирована у 95,1% пациенток (рис. 3).

Критериями эффективности лечения БВ являются исчезновение негативных субъективных проявлений клинических симптомов заболевания и нормализация лабораторных показателей. На фоне проводимого лечения все применяемые препараты оказались эффективными, клиническое улучшение при их использовании отмечалось уже на 2–3-е сутки от начала терапии. Минимальная частота рецидивов БВ, как показано на рис. 3, отмечена у пациенток, которым был назначен Вагинорм-С.

Обсуждение

По данным литературы, БВ характеризуется рецидивирующим течением, достигающим в группах риска 20–60%.

У 30% больных с первоначальным хорошим эффектом терапии БВ в течение последующих 3 мес развивается рецидив заболевания, и более чем у 50% рецидив развивается в течение последующих 12 мес [5]. Такая высокая частота рецидивов не связана с неэффективностью проводимой терапии, а объясняется сложностью восстановления нормальной микрофлоры и колонизационной резистентности во влагалище, а также сложностью полной элиминации условно-патогенных микроорганизмов из образовавшихся биопленок [5].

По данным нашего исследования частота рецидива БВ в группе пациенток, получавших Вагинорм С, через 3 мес составляла не более 6%. В группе получавших только антибактериальную терапию частота рецидива в некоторых случаях достигала 20%.

Таким образом, терапия биопленочных инфекций должна сочетать антимикробные и антибиопленочные препараты. Невозможно элиминировать возбудителей инфекции без применения эффективных антимикробных препаратов, поэтому нельзя использовать антибиопленочные препараты без антимикробных препаратов либо с антимикробными препаратами, в эффективности которых нет уверенности. Предложенная схема лечения БВ является, по нашим данным, наиболее эффективной и экономически рациональной.

Список использованной литературы

1. Кочеровец В.И., Буятыян Н.Д. Учебное пособие. М., 2011.
2. Доброхотова Ю.Э., Затицян Н.Г. Микробиоценоз влагалища. Аспекты гормональной регуляции. Учебно-методические пособие. М., 2007.
3. Березовская Е.С., Макаров И.О., Гомберг М.А. и др. Биопленки при бактериальном вагинозе. *Акуш. гинекол. и репрод.* 2013; 2: 34–6.
4. Буданов П.В., Мусаев З.М., Асланов А.Г., Чурганова А.А. Эффективная борьба с патогенными биопленками: восстановление нормоценоза влагалища. *Гинекология.* 2013; 5.
5. Swidsinski A, Mendling W, Loening-Baucke V et al. An adherent *Gardnerella vaginalis* biofilm persists on the vaginal epithelium after standard therapy with oral metronidazole. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 97.e1.
6. Лаврова Л.В., Левочкина Л.Н., Копейкина Е.А., Шеманаева Т.В. Бактериальный вагиноз: сравнительная оценка эффективности локальной антибактериальной терапии. *Гинекология.* 2011; 3: 41–3.
7. Brocklehurst P, Gordon A, Heatley E, Milan SJ. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 1: CD000262.
8. Gillet E, Meys JF, Verstraelen H et al. Association between bacterial vaginosis and cervical intraepithelial neoplasia: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012; 7: e45201.
9. Lob J, 2010.
10. Huppert JS, Hesse EA, Bernard MC et al. Accuracy and trust of self-testing for bacterial vaginosis. *J Adolesc Health* 2012; 51: 400.