

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Ф.М. Аюпова, М.Х. Каттаходжаева, Ф.Б. Миродилова, С.Р. Ибрагимова

Bakterial vaginozning yangi davolash usullari

F.M. Ayupova, M.H. Kattakhodjaeva, F.B. Mirodilova, S.R. Ibragimova

Maqolada bakterial vaginozning etiologiyasi, patogenezini, tashxisi, davosi haqida ma'lumot beriladi. BV turli davolanish rejimlarining samaradorligi baholandi. "Nistafur" preparatini ushbu kasallikni davolash uchun ishlatish imkoniyati alohida ta'kidlandi. Preparatning afzalligi uning bakterial-kandidoz va protozoal infeksiyalardagi samaradorligi va xavfsizligi hisoblanadi.

New treatment options for bacterial vaginosis

F.M. Ayupova, M.H. Kattakhodjaeva, F.B. Mirodilova, S.R. Ibragimova

The article provides information about the etiology, pathogenesis, diagnosis, treatment of bacterial vaginosis. Evaluated the effectiveness of various treatment regimens (BV). Emphasized the possibility of using the drug "Nistafur" for the treatment of this disease. The advantage of the drug is its efficacy and safety in mixed bacterial-candidal and protozoal infections.

Инфекционно-воспалительные заболевания органов малого таза у женщин во всем мире представляют собой сложную и недостаточно изученную проблему с серьезными медицинскими, социальными и экономическими последствиями. Актуальность этой темы во многом обусловлена чрезвычайно высокой частотой патологических состояний, занимающих до настоящего времени первое место в структуре гинекологической заболеваемости, а также отсутствием тенденции к их снижению (1).

Частота бактериальных инфекций влагалища достигает 80% среди патологических состояний женской половой сферы (2). При этом имеет место полимикробная природа неспецифического вагинита, сочетающегося в 50–60% с грибковым поражением влагалища.

Рациональное и эффективное лечение воспалительных заболеваний женских половых органов представляет непростую, но чрезвычайно актуальную задачу. Трудности терапии инфекционных вульвовагинитов смешанной этиологии связаны с необходимостью проведения тщательного бактериологического исследования; сложностью выбора препарата, так как лечение должно быть комплексным и направленным на все виды возбудителей; необходимостью не только подавления патогенной флоры, но и восстановления нормальной флоры влагалища.

В настоящее время при инфекциях нижнего отдела гениталий предпочтение отдается комбинированным препаратам, способным устранять широкий спектр возможных патогенных микроорганизмов.

Нифурател уже давно зарекомендовал себя как эффективное лекарственное средство для лечения вагинальной инфекции. Особенно наглядно это проявляется при лечении вагинитов смешанной этиологии, вызываемых как минимум двумя из трех возбудителей (грибы, бактерии и *Trichomonas vaginalis*) и составляющих треть всех вагинальных инфекций.

Об этом свидетельствует заключение экспертной группы представителей Польского гинекологического сообщества по использованию комбинированного препарата нифуратела с нистатином, наиболее часто применяемого в связи с тем, что нифурател значительно усиливает противогрибковые свойства нистатина и определяет возможность его использования у беременных женщин.

Антитрихомонадный эффект нифуратела не уступает эффекту метронидазола. Помимо высокой эффективности в лечении кандидозов, нифурател также проявляет высокую активность в отношении хламидий и микоплазмы.

Согласно заключениям указанной экспертной группы, нифурател является препаратом выбора при лечении смешанных вагинальных инфекций, а также предпочтительным при антимикробной терапии у беременных женщин (3).

По результатам исследования авторы сделали заключение, что комбинация нифуратела и нистатина является высокоэффективной для лечения вагинальных инфекций различной этиологии и оптимальным выбором в качестве их медикаментозной терапии (4).

Всем этим требованиям в полной мере отвечает препарат Нистафур – противомикробный препарат для местного применения компании («Уорлд Медицин Илач Сан. Ве Тидж. А.Ш.», Турция), действующее вещество которого Нифурател + Нистатин. Данный препарат не нарушает физиологическую флору, что позволяет избежать развития дисбактериоза и быстро восстановить нормоценоз влагалища.

Активно действующим веществом препарата Нистафур является нифурател, обладающий широким спектром противопаразитарного, противомикробного и противогрибкового действия. Препарат эффективен в отношении *Trichomonas v.*, *Gardnerella v.*, анаэробов (*Bacterioides fragilis*, *Clostridium perfringens* и др.), *Chlamidia tr.*, *Mycoplasma spp.*, а также грамположительных и грамотрицательных бактерий, грибов.

Наличие в препарате Нистафур наряду с нифурателем нистатина обеспечивает его высокую противогрибковую активность, особенно выраженную в отношении грибов рода *Candida*. Противогрибковое действие нистатина в данном случае усилено благодаря синергизму с нифурателем. С учетом принципов рациональной фармакотерапии нифурател обладает очевидным преимуществом перед метронидазолом – первым системным трихомонацидным средством и традиционным препаратом выбора для лечения инфекций, вызванных исключительно простейшими. Значение нифуратела в современной гинекологической практике возрастает еще больше благодаря его выраженным противогрибковым свойствам, поскольку распространенность кандидозного вагинита, ассоциированного с трихомонадами среди взрослых женщин, постоянно увеличивается. Многие исследователи отмечали, что после применения нифуратела в таких ситуациях не наблюдалось ни одного случая кандидоза. Нифурател высокоактивен в отношении широкого спектра бактерий, грибов и *Trichomonas vaginalis*. Подавление *Trichomonas vaginalis* достигается при концентрации нифуратела равной 1 мкг/мл, что эквивалентно концентрации метронидазола в таких же экспериментальных условиях.

Материалы и методы

Нами обследованы 54 женщины в возрасте от 18 до 45 лет с, верифицированным на основании критериев Amsel, диагнозом «Бактериальный вагиноз». Больные были разделены на две группы: первая группа-31 женщина, получавшая 10 дневную местную терапию вагинальными суппозиториями, содержащими нифурател + нистатин, которые необходимо было вводить глубоко во влагалище на ночь в течении 10 дней, вторая группа-23 женщины использовали свечи, содержащие 500 мг метронидазола, по 1 свече 1 раз в сутки в течении 10 дней.

Критерии исключения: системная и местная антибактериальная терапия в течении 2 недель до начала исследования, наличие инфекций, передаваемых половым путем в период проведения исследования, беременность и лактация.

Клиническая эффективность оценивалась на основании динамики клинических проявлений заболевания, субъективных ощущений, переносимости лечения, улучшения общего состояния больных, а также данных микроскопии. Динамика учитывалась на 3, 7 и 10-е сутки после окончания лечения.

При микроскопии влагалищного мазка до начала лечения количество лейкоцитов наблюдалось от 8 до 22 в поле зрения, что соответствовало второй (43%) и третьей (57%) степени чистоты влагалищного содержимого. В бактериальных посевах на этом фоне *Candida albicans* была выявлена у 37% женщин, *Staphylococcus epidermidis* в концентрации 10⁶ КОЕ у 19%, *Enterococcus faecalis* у 17% и *Staphylococcus saprophyticus* (10⁴ КОЕ) у 23% женщин. В 67% случаев в большом количестве были выявлены ключевые клетки, в 11% определялись условно-патогенные штаммы уреоплазмы, а в 6%-микоплазмы, выявленные методом ПЦР и РИФ. Лактобактерии отсутствовали у 27% женщин, у 22% лактобактерии обнаружены в концентрации 10² КОЕ, у 36%-10³ КОЕ, у 13%- 10⁴ КОЕ и только у 2% женщин в концентрации 10⁵ КОЕ.

Результаты и обсуждение

В 1 группе больных на 3-и сутки отмечалась более успешная динамика клинических проявлений, чем во 2 группе, а именно: уменьшение интенсивности субъективных ощущений (зуд, жжение, дискомфорт) у 21 (67,7%) женщины, что отражалось на общем самочувствии больных. На 7-е сутки уменьшение субъективных ощущений наблюдалось у 27 (87%) женщин. На 10-е сутки после лечения субъективные ощущения отсутствовали у 100% больных.

При вагинальном обследовании отмечалось уменьшение интенсивности гиперемии и отека слизистой оболочки в 1 группе на 3-и сутки у 12 (38%), на 7-е сутки у 23(75%) женщин. Клиническое и бактериологическое излечение наблюдалось на 10-й день после лечения у 100% больных. При микроскопии влагалищного отделяемого отсутствовали признаки воспаления и бактериального вагиноза. У всех женщин отсутствовала условно-патогенная флора и был отмечен отрицательный Amsel-тест. Так же отмечалось уменьшение количества выделений, изменялся их характер и консистенция. На 3-е сутки лечения 24(77,4%) больных первой группы отметили изменение характера выделений от обильных пенистых до скудных слизистых. На 7-е сутки слизистые выделения отмечались у 29 (93,5) женщин, тогда как у остальных 2-х сохранялись творожистые выделения. На 10-й день после окончания лечения у всех женщин отмечались слизистые выделения.

В результате применения вагинальных суппозиториев Нистафур к концу курса лечения достигается полная санация влагалища от смешанной патогенной инфекции, а также создаются условия для восстановления нормоценоза влагалищной среды у 29 (93,5) женщин первой группы, о чем свидетельствовало восстановление нормальной концентрации лактобацилл и pH влагалищного содержимого.

Во 2-й группе больных такие симптомы, как жжение и зуд во влагалище на 3-е сутки лечения отмечали 11(47,8%) женщин, на 7-е сутки-18(78,2%) женщин, на 10-е сутки после лечения субъективные ощущения отсутствовали у 100 % больных данной группы.

Уменьшение количества и изменение характера влагалищных выделений от обильных пенистых до скудных слизистых во 2-й группе женщин на 3-и сутки отмечали 14(60,8%) женщин, на 7-е сутки слизистые выделения отмечались у 18(73,9%) женщин. Через 10 дней после лечения у 2 женщин возобновились творожистые выделения.

Клиническое уменьшение интенсивности гиперемии слизистых оболочек при вагинальном обследовании наблюдалось на 3-е сутки у 7(30%) женщин, у 16(69,5%)-на 7-е сутки. На 10 день после окончания лечения гиперемия слизистой влагалища сохранялась у

2 женщин. При сравнении результатов терапии в обеих группах значимые различия в эффективности лечения говорят в пользу группы больных получавших Нистафур.

Ни у одной из пациенток 1 группы, прошедших полный курс терапии и явившихся на контрольное обследование, побочных эффектов не наблюдалось. Во 2 группе в 2 случаях наблюдали клинические признаки кандидоза влагалища.

Рецидивирование бактериального вагиноза в 1-й группе наблюдалось в 3 раза реже, чем в группе женщин, получивших стандартное лечение.

Таким образом, при лечении БВ вагинальными суппозиториями Нистафур клиническое и этиологическое излечение наступило практически у всех пациенток. Лечение больных Нистафуrom не только приводит к исчезновению возбудителя заболевания и клиническому выздоровлению, но и создает условия для восстановления нормоценоза влагалищной среды, о чем свидетельствует восстановление до нормальных значений концентрации лактобактерий и pH вагинального содержимого. При этом создаются условия для разрыва порочного круга перехода бактериальной или протозойной инфекции в микоз и обратно с возможным изменением физиологической флоры. Сочетание высокой эффективности и безопасности препарата позволяет широко использовать его в практике. Данный препарат не требует для профилактики вагинального кандидоза дополнительных антимикотических средств, удобен в применении и является перспективным методом лечения бактериального вагиноза.

Литература:

1. Радзинский В.Е. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций / Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Четвертакова Э.С., Мисуно О.А. // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 5. – С. 90–93.
2. Рахматулина М.Р. Современные представления о микробиоценозе вагинального биотопа и его нарушениях у женщин репродуктивного возраста / М.Р. Рахматуллина, А.Ю. Шаталова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. – № 3. – С. 38–42.
3. Polish Gynecological Society Expert Group. Statement of the Polish Gynecological Society Expert Group on the use of Macmiror Complex 500// Ginekol Pol. — 2012 Dec. — 83 (12). — 956-9.
4. Zlatkov V., Karagórov. The treatment of vaginal infections with Macmiror and Macmiror Complex //Akush. Ginekol. (Sofia),1998. — 37(2). — 57-9.