

# ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ПАЦИЕНТОК С ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Станько Д.Э.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** Проблема рецидивирующего бактериального вагиноза определяется ростом заболеваемости, тенденцией к рецидивированию и недостаточной эффективностью применяемых традиционных методов лечения, а также кофакторной связью БВ и цервикальных неоплазий [1]. По данным Klomp JM (2008) наиболее часто встречающимся микроорганизмом среди анаэробов при цервикальных неоплазиях является *Gardnerella vaginalis* [2]. В проведенных исследованиях микробиоценоза влагалища методом ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени (ПЦР-РВ) у пациенток с CIN I-III установлено, что цервикальные неоплазии сопровождаются развитием выраженного дисбиоза влагалища, ассоциированного преимущественно с облигатными анаэробами, что может указывать на значимость подобных нарушений микробиоценоза влагалища в возникновении диспластических поражений шейки матки на начальном этапе [3].

По данным различных исследователей, БВ после первого случая манифестации способен проявляться вновь спустя месяц у 30% женщин, а в течение полугода эти цифры могут достигать 70% [4-6], достигая порога хронизации в виде 4 эпизодов в год и более. При бактериальном вагинозе основным фактором резистентности к проводимому лечению и склонности к ранним рецидивам является формирование полимикробной биопленки, основную долю в которой составляет *G. vaginalis*, меньшую – *Atopobium vaginae* и даже некоторые виды лактобактерий. Перекись водорода уже в концентрации 1.7%, достоверно является эффективным средством не только в устранении биопленки, но также предотвращает ее реформацию без формирования устойчивости, характерной для других методов лечения, а эффект гипербарической оксигенации приводит к гибели патогенов. Избыточное количество перекиси водорода при наличии пероксидазы и нейтрофилов приводит к образованию хлорноватистой кислоты, являющейся важным фактором защиты [5]. Снижение pH влагалищной жидкости несовместимо с протеканием бактериального вагиноза, также способствует разрыву бактериальных биопленок, и может служить маркером благополучия влагалищного биотопа [6, 7].

**Цель исследования** – оценка клинических проявлений и информативности диагностических критериев рецидивирующего бактериального вагиноза.

**Материал и методы.** Обследовано 42 женщины в возрасте от 22 до 40 лет с клинически подтвержденным диагнозом «Бактериальный вагиноз». Клинический диагноз рецидивирующего бактериального вагиноза

подтверждали наличием не менее 3 из 4 критериев Амсея и наличия эпизода БВ в ближайшие 6 месяцев до лечения.

Критерии включения в исследуемые группы: патологические бели при сумме критериев Амсея не менее 3 из 4; согласие пациентки на половой покой на период лечения; отсутствие беременности; готовность женщины соблюдать предписания и регулярное посещение врача на период исследования; отсутствие сопутствующих ИППП; отсутствие предварительного лечения другими антисептиками или антибактериальными препаратами не менее, чем за 7 дней до проведения исследования.

Пациентки были распределены на 2 группы:

- группа 1 – 18 пациенток, пролеченных согласно двухэтапному методу лечения, включающему прием перорально НИМЗ и местного вагинального применения пробиотика;
- группа 2 – 24 пациентки, пролечены согласно разработанной нами противорецидивной схеме лечения БВ с применением перорально НИМЗ в сочетании гинекологических ванночек с 3% перекисью водорода и восстановлением лактофлоры пробиотиком

**Результаты.** По нашим данным, основными жалобами обследованных женщин были обильные водянистые жидкие выделения без характерного неприятного специфического запаха, сильно выраженным лишь в 11,9% случаев. У пациенток обеих групп было отмечено защелачивание рН влагалищных выделений: В 100% случаев наблюдалось повышение рН влагалищного отделяемого более 4,5 со средним значением  $5,42 \pm 0,3$  единиц без достоверных различий ( $p > 0,05$ ). Спустя 3 месяца после лечения зафиксировано наличие жалоб на обильные жидкие выделения лишь у 16,7% женщин первой группы. При оценке стабильности биотопа и значений рН двухэтапная схема лечения в 44,4% случаев не позволила получить стойкий результат в нормализации кислотно-щелочного баланса вагинальной микросреды, по сравнению со 2 группой, где ощелачивание произошло только у 2 (8,3%) пациенток. Динамика наличия ключевых клеток спустя 3 месяца показала отсутствие элементов биопленки у пациенток 2 группы, и ее восстановление в 16,7% случаев 1 группы, причем в случаях, соответствующих пациенткам с ощелачиванием рН влагалищного содержимого. Побочных эффектов, связанных с использованием 3% перекиси водорода не зафиксировано ни в одном случае.

**Вывод.** Разработанная нами схема комплексной противорецидивной терапии (орнидазол, ванночки гинекологические с 3% перекисью водорода, пробиотик) является более предпочтительной для восстановления протективного потенциала влагалищного биотопа женщин репродуктивного возраста ввиду выраженной направленности противобиопленочного эффекта ее компонентов.

Величина рН как интегральный показатель здоровья влагалищного биотопа женщины отражает типа биоценоза влагалища вне беременности, а также является средством контроля эффективности на этапах лечения, комплаенса и наблюдения после лечения влагалищного дисбиоза.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Gillet, E. et al. Association between bacterial vaginosis and cervical intraepithelial neoplasia: systematic review and meta-analysis / E. Gillet et al. // PloS one. – 2012. – Т. 7. – № 10. – С. e45201.
2. Klomp, J.M. Cytologically diagnosed Gardnerella vaginalis infection and cervical (pre)neoplasia as established in population-based cervical screening / JM. Klomp, ME. Boon, M. Van Haaften [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 2008. – Vol. 199. – P. 480–485.
3. Кононова, И.Н. Интегральная оценка цервико-вагинального микробиома и мукозального иммунитета у пациенток с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями (обзор литературы) / И.Н. Кононова // Вестник уральской медицинской академической науки. – 2015. – № 4. – С. 126-131.
4. Усова, М.А. Клинико-диагностические аспекты дисбиоза влагалища и терапия бактериального вагиноза у женщин в ранние сроки беременности: Автореф. дисс... канд. мед. наук / Усова Мария Александровна – Самара, 2010. – 24 с.
5. Hay, P. Recurrent bacterial vaginosis / Hay P. // Curr.opin.Infect.Dis. – 2009 – V. 22, № 1. – P. 82-86.
6. Ya, W. Efficacy of vaginal probiotic capsules for recurrent bacterial vaginosis: a double-blind, randomized, placebo-controlled study / Ya W., Reifer C., Miller L.E. // Am.J. Obstet.Gynecol. – 2010. – V. 203, № 2. – P. 120.
7. Sam C. H., Lu H. K. The role of hypochlorous acid as one of the reactive oxygen species in periodontal disease // Journal of Dental Sciences. – 2009. – Т. 4. – № 2. – С. 45-54.
8. Маклецова, С. А., Рябинкина, Т. С. Опасная связь // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2013. – № 5. – С. 44-50.
9. Нагорная, В. Ф., и др. pH влагалищного секрета в оценке влагалищной микробиоты во время беременности / В. Ф. Нагорная, Т. Я. Москаленко, А. А. Гриценко // Здоровье женщины. – 2016. – № 6. – С. 90-93.

## ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ У ЖЕНЩИН С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

**Станько Д.Э.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Актуальность проблемы рецидивирующего бактериального вагиноза определяется ростом заболеваемости, тенденцией к рецидивированию и недостаточной эффективностью применяемых традиционных методов лечения, а также кофакторной связью БВ и цервикальных неоплазий [1].

Впервые описано состояние мукозального иммунитета шейки матки в