

Гутикова Л.В.¹, Станько Д.Э.²

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

¹Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

²Учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно», г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В последние годы на фоне широкого распространения хронических инфекционно-воспалительных процессов, роста числа иммунодефицитных состояний, увеличения числа заболеваний, передающихся половым путем, все большее влияние оказывают ассоциации микроорганизмов и активация условно-патогенной микрофлоры [1, 2]. При использовании упрощенных методов диагностики и лечения, при неправильной трактовке патологического состояния, игнорировании социальных и демографических факторов возникают заболевания, требующие их своевременной эффективной терапии. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в диагностике и лечении бактериального вагиноза (БВ), частота данной патологии не имеет отчетливой тенденции к снижению. В общей популяции частота БВ колеблется в широких пределах – от 5 до 65% в зависимости от обследуемого контингента [3]. Встречаемость БВ в развитых и развивающихся странах достоверно не различается, составляя 28 и 23,5%, соответственно [4]. По данным ряда авторов, бактериальный вагиноз после первого эпизода способен проявляться вновь как минимум у 25% женщин, а в течение полугода эти цифры могут достигать 70% [5-7]. При рецидивах, как правило, предлагается увеличивать дозировку либо длительность лечения тем же препаратом. В Европейском руководстве по заболеваниям, передаваемым половым путем, отмечено, что при рецидивирующем течении БВ у пациенток, у которых первый курс не дал эффекта, нередко эффективным бывает второй курс стандартного лечения метронидазолом. По мнению профессора Г. Дондерса, продемонстрировавшего авторитетные клинические исследования, традиционное лечение бактериального вагиноза антибактериальными препаратами и антисептиками успешно в 75-80%, однако в течение 6 месяцев около 40-50% пациенток вновь испытывают симптомы бактериального вагиноза. Профессор Е.Ф. Кира считает, что оптимальным подходом к лечению бактериального вагиноза, позволяющим существенно снизить риск и число рецидивов болезни, является сочетание антибактериальной терапии с применением бактериальных биологических препаратов.

Цель исследования: определение наиболее рациональной тактики лечения бактериального вагиноза у женщин репродуктивного периода.

Материал и методы. Обследованы 74 женщины в возрасте от 22 до 40 лет с клинически подтвержденным диагнозом «Бактериальный вагиноз». Клинический диагноз бактериального вагиноза подтверждали наличием не менее 3 из 4 критериев Амселя. Средний возраст обследованных составил $25 \pm 13,4$ лет. Пациентки были распределены на 3 группы:

- группа 1 – получавшие традиционную монотерапию метронидазолом;
- группа 2 – пролеченные согласно двухэтапному методу лечения, включающему прием метронидазола и местного применения пробиотика [8];
- группа 3 – пролечены согласно противорецидивной схеме лечения БВ [9].

Критерии включения в исследуемые группы: патологические бели при сумме критериев Амселя не менее 3 из 4; согласие 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.

Результаты. Основными жалобами обследованных женщин были обильные выделения с неприятным специфическим запахом, зуд и жжение в области наружных половых органов, дискомфорт в мочеиспускательном канале, чаще всего в слабо выраженной степени (таблица).

Таблица – Выраженность симптомов у обследованных пациенток с бактериальным вагинозом

Симптомы	Интенсивность симптомов / количество пациенток (n/%)			
	0 – отсутствие	1 – слабо выраженный	2 – умеренно выраженный	3 – сильно выраженный
Обильные жидкие выделения	0	0	28/37,8	46/62,2
Зуд	34/45,95	28/37,85	6/8,1	6/8,1
Жжение	54/68,9	13/35,1	6/8,1	4/5,4
Дискомфорт в мочеиспускательном канале	22/29,7	50/67,6	2/2,7	0
Специфический «рыбный» запах	0	22/29,7	48/64,9	4/5,4
Раздражительная слабость аффекта	18/24,3	42/56,8	12/16,2	2/2,7

Как видно из таблицы 1, у большинства обследованных женщин наблюдались обильные жидкие выделения с непостоянным слабо выраженным зудом, ощущением жжения и дискомфортом в области мочеиспускательного канала, сопровождающихся в большинстве случаев специфическим стойким «рыбным» запахом и раздражительной слабостью аффекта разной степени выраженности.

Следует принять во внимание выраженную жизненную неудовлетворенность и эмоциональную лабильность пациенток, страдающих длительными выделениями из половых путей. Важно отметить, что дискомфорт в генитальной области негативно отражается как на работоспособности, так и на психоэмоциональном состоянии женщины.

Динамика наличия выраженных обильных жидких выделений после проведенного лечения в зависимости от выбора терапии представлена на рисунке 1.



Рисунок 1 – Интенсивность выделений у пациентов с бактериальным вагинозом после проведенного лечения в зависимости от выбора терапии в динамике

Как видно из рисунка 1, наиболее ранний рецидив возникает в первые 7 дней после проведенной монотерапии метронидазолом, что указывает на неустойчивость достигнутых результатов монотерапии в лечении бактериального вагиноза.

Динамика увеличения количества случаев роста $\text{pH} > 4,5$ после применения различных схем терапии бактериального вагиноза представлена на рисунке 2.

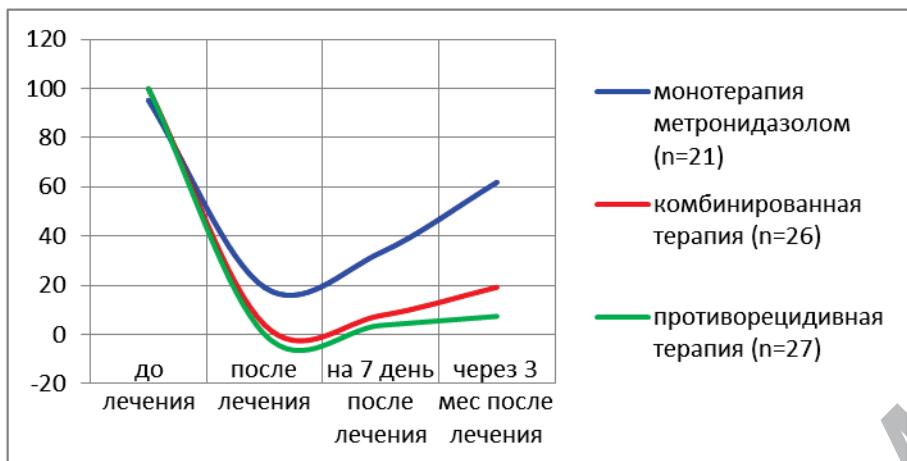


Рисунок 2 – Динамика обнаружения $\text{pH} > 4,5$ после применения различных схем терапии бактериального вагиноза

Проведенное исследование показывает, что наиболее выраженная тенденция к ощелачиванию окружающей среды во влагалище после лечения наблюдается при монотерапии метронидазолом, что связано с выраженным дефицитом лактобациллярной флоры, которая обеспечивает, согласно теории Шредера-Лезера, образование молочной кислоты, снижающей pH до слабокислой реакции. При этом двухэтапная комбинированная терапия через 3 месяца также не позволяет получить стойкого результата в нормализации кислотно-щелочного баланса вагинальной микросреды (рисунок 3).

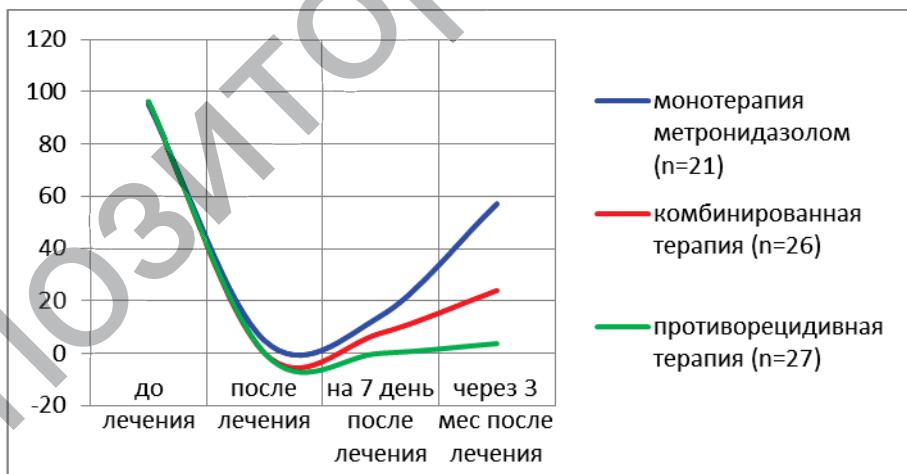


Рисунок 3 – Динамика выявления положительного аминного теста на фоне применения различных схем терапии

Положительный аминный тест, практически не встречающийся у здоровых женщин, свидетельствует о наличии летучих аминов, которые являются продуктами метаболизма строгих анаэробов, и служит скрининговым признаком рецидива БВ (рисунок 4).

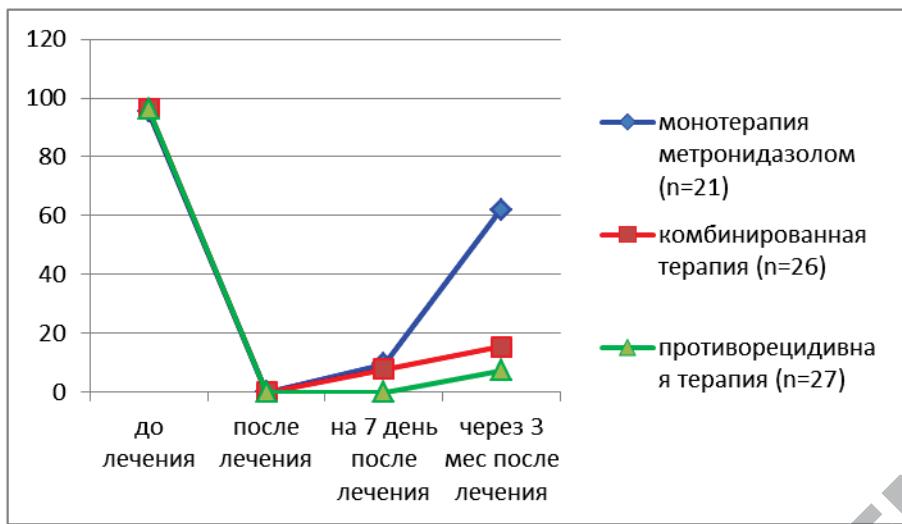


Рисунок 4 – Динамика обнаружения «ключевых» клеток на фоне применения различных схем терапии бактериального вагиноза

Как следует из данных, приведенных на рисунках 2-4, все схемы показали достоверную эффективность проведенной терапии, на фоне применения всех схем лечения происходило смещение pH влагалища в сторону кислой реакции, однако при применении монотерапии метранидозолом защелачивание влагалищного содержимого через 7 дней наблюдалось уже у каждой третьей пациентки, в то время как во 2 и 3 группах – лишь в 7,7 и 3,7%, соответственно (рисунок 2).

Под воздействием всех схем терапии происходило исчезновение «ключевых» клеток в мазках, появление отрицательного аминного теста. Однако спустя 3 месяца у более половины женщин 1 группы и почти четверти пациенток 2 группы зафиксировано возникновение положительного аминного теста, наблюдавшегося всего у 3,7% пациенток 3 группы. Следует отметить, что через 3 месяца лечение, согласно двухэтапному методу и противорецидивной схеме (84,6 и 92,6%, соответственно) оказывало достоверно более выраженный эффект на динамику отсутствия обнаружения «ключевых клеток» вновь по сравнению с монотерапией метронидазолом (рисунок 4).

Выводы:

1. Отличительными чертами клинических проявлений бактериального вагиноза на современном этапе являются молодой возраст пациенток, обильные длительные гомогенные выделения с неприятным запахом и дискомфортом в области половых органов разной степени выраженности, нередко сопровождающиеся различными психоэмоциональными расстройствами, нестойкость достигнутого лечебного эффекта, что требует комплексного подхода в лечении, включающего патогенетически обоснованную противорецидивную терапию.

2. Разработанная нами схема комплексной противорецидивной терапии (орнидазол, 3% перекись водорода, вагинальные таблетки,

содержащие комбинацию L. Acidofilus и 0,03 мг эстриола) является наиболее рациональной для восстановления защитного потенциала вагинального биотопа, снижения частоты рецидивов бактериального вагиноза и улучшения качества жизни женщин репродуктивного возраста.

Литература:

1. Байрамова, Г.Р. Бактериальный вагиноз / Г.Р. Байрамова // Гинекология. – 2001. – № 2-3. – С. 3-5.
2. Дмитриев, Г.А. Бактериальный вагиноз / Г.А. Дмитриев. – БИНОМ, 2008. – 192 с.
3. Аполихина, И.А. Бактериальный вагиноз: что нового? / И.А. Аполихина, С.З. Муслимова // Гинекология. – 2008. – Т. 10. – № 6. – С. 36-37.
4. Маклецова, С.А. Связь бактериального вагиноза и предраковых / раковых заболеваний шейки матки: опасная связь / С. А. Маклецова, Т. С. Рябинкина // Status Praesens. – 2013. – № 5. – С. 44-49.
5. Усова, М.А. Клинико-диагностические аспекты дисбиоза влагалища и терапия бактериального вагиноза у женщин в ранние сроки беременности: Автореф. дис...канд. мед. наук / М.А. Усова. – Самара, 2010. – 24 с.
6. Hay, P. Recurrent bacterial vaginosis / Hay P. // Curr.opin.Infect.Dis. – 2009. – V. 22., № 1. – P. 82-86.
7. 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.
8. Кира, Е.Ф. Бактериальный вагиноз / Е.Ф. Кира. – СПб.: ООО «Нева-Люкс», 2001. – 364 с.
9. Гутикова, Л.В. Современные аспекты эффективного ведения бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста / Гутикова Л.В., Станько Д.Э., Станько Н.В. // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2014. – № 2. – С. 23-33.

Гутикова Л.В., Янушко Т.В.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В современных условиях комплексной механизации и автоматизации производства фигура специалиста становится центральной в организации этих процессов, а к его подготовке теперь жизнь предъявляет более высокие требования. При этом следует отметить, что традиционные для высшей школы методы и формы учебной работы пришли в противоречие с потребностями развития нашего общества, так как они направлены на обеспечение информационно-пояснительного процесса передачи знаний. Поэтому нашей целью является подготовка высокообразованных и конкурентоспособных специалистов на основании формирования у них знаний, умений, навыков, а также активизации интеллектуального, нравственного, творческого и физического развития личности.