

# Современный подход в лечении бактериального вагиноза у беременных

**В.А. Товстановская, А.Б. Прилуцкая, А.И. Прилуцкий, Л.М. Михеева, Г.Б. Славута**

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев

На основании проведенного исследования мы определили высокую терапевтическую эффективность местного применения препарата Милагин при бактериальном вагинозе у беременных, его хорошую переносимость, что обеспечивает профилактику инфекционных осложнений как у матери, так и у новорожденного, и позволяет рекомендовать данный препарат для широкого применения в акушерских стационарах для предродовой санации влагалища у беременных.

**Ключевые слова:** бактериальный вагиноз, лечение, беременность, Милагин.

Проблема вагинальных инфекций на современном этапе привлекает внимание исследователей и врачей различных специальностей. В 1984 году Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) бактериальный вагиноз (БВ) был выделен в самостоятельную клиническую нозологию [4].

БВ – клиническое состояние, при котором нормальная вагинальная микрофлора, состоящая из лактобацилл, замещается анаэробными бактериями, такими, как *Bacteroides*, *Mobiluncus*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* и анаэробные кокки, то есть возникает вагинальный дисбактериоз. Частота распространенности БВ колеблется, за данными разных авторов, от 30% до 95% [1, 2, 4].

Осложнения, связанные с бактериальным вагинозом, при беременности и родах проявляются в повышении частоты преждевременных родов, преждевременном разрыве плодных оболочек, привычном невынашивании беременности, амнионите, эндометрите, внутриутробном инфицировании плода, а также влиянием на формирование микробиоценоза новорожденного [1, 2, 4].

Пусковым механизмом вышеописанных осложнений у беременных при БВ является выделение анаэробными бактериями фермента фосфолипазы А<sub>2</sub>, которая способствует выделению арахидоновой кислоты и выработке простагландинов [5].

Нельзя забывать также о пациентах с различной соматической патологией печени, почек, пищеварительного тракта, которые, по данным литературы, составляют более 50% населения и для которых достаточно сложно подобрать приемлемое по длительности и переносимости пероральное лечение [6]. Таким образом, у беременных при лечении БВ перспективным является вагинальный прием препаратов.

Следует учитывать также тератогенное действие препаратов метронидазола, в связи с чем средством выбора при беременности является клиндамицин, который высокоактивен в отношении анаэробных бактерий. [7]

**Цель работы:** изучение эффективности лечения БВ у беременных препаратом Милагин (производитель «Сперко Украина») для местного лечения, не обладающим системным действием на организм больной.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения цели нашего исследования были обследованы 45 беременных с БВ. Возраст больных колебался от 18 до 42 лет.

Все пациенты были комплексно обследованы с использованием клиничко-лабораторных, микробиологических, молекулярно-генетических, цитологических, иммунологических методов исследований.

Для оценки местного иммунитета изучали уровень секреторного иммуноглобулина А (sIg А) в слизи канала шейки матки [3]. Дополнительно для определения особенностей местного иммунитета у пациентов обследованы 15 здоровых беременных.

Материалом для исследований были выделения из половых путей. Для оценки эффективности лечения БВ у беременных результаты повторного клиничко-лабораторного, микробиологического, иммунологического контроля сравнивали с показателями до начала лечения.

Лечение БВ у беременных проводили препаратом Милагин «Сперко Украина», содержащего в составе 1 вагинального суппозитория 100 мг клиндамицина фосфата. Препарат вводили во влагалище 1 раз в сутки на ночь в течение 3 дней.

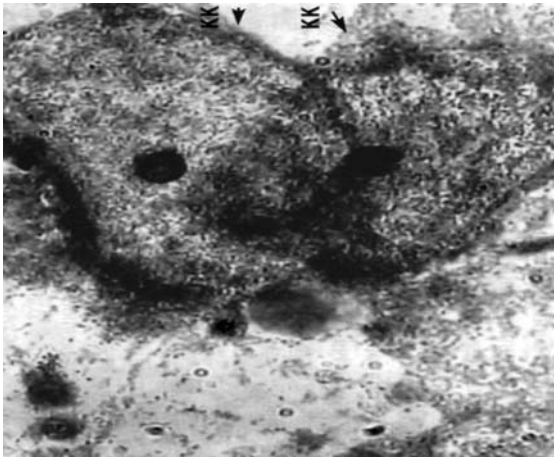
Фармакологические свойства клиндамицина фосфата связаны с подавлением синтеза белка в микробной клетке путем связывания с 50S субъединицами рибосом. При местном интравагинальном применении препарат проявляет бактерицидное действие. Клиндамицин активен по отношению ко многим грамположительным и грамотрицательным анаэробам, грамположительным аэробам. Высокоактивен в отношении микроорганизмов, вызывающих БВ: *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* spp., *Mycoplasma* spp., *Ureaplasma* spp., *Chlamydia trachomatis*, *Peptostreptococcus* spp., *Bacteroides* spp., *Haemophilus* spp., *Corynebacterium* spp.

Клиндамицина фосфат в организме быстро гидролизуется с образованием клиндамицина, который проявляет антибактериальную активность. При интравагинальном применении в системное кровообращение попадает около 30% (6,5–70%) клиндамицина, но его системная аккумуляция при продолжительном применении не выявлено, период системного полувыведения при вагинальном применении составляет 1,5–2,6 ч [7].

Показаниями для назначения Милагина была чувствительность микрофлоры влагалища к данному препарату.



Рис. 1. Клинические признаки БВ у обследуемых больных (%)



**Рис. 2. Цитограмма у обследуемых больных до лечения**  
На поверхности клеток плоского эпителия расположены скопления мелких палочек – ключевые клетки (КК) (указаны стрелкой). Лактобациллы отсутствуют. Окраска метиленовым синим. Увеличение X 1000

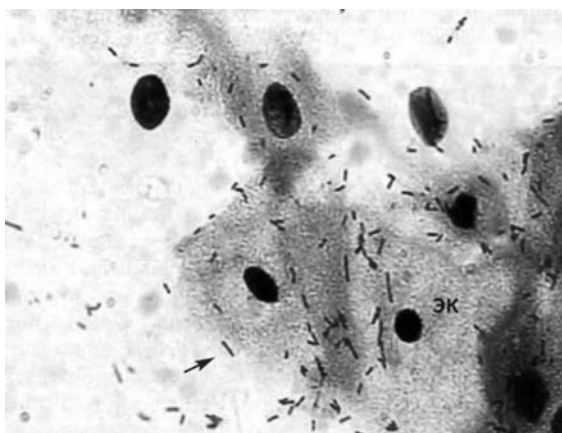
**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

При анализе клинических проявлений БВ у обследуемых больных установлено, что у 37 (82,2%) беременных наблюдались обильные гомогенные сливкообразные выделения серо-белого цвета, с неприятным запахом, адгезированные на слизистой оболочке влагалища, 13 (28,9%) беременных предъявляли жалобы на зуд, жжение в области вульвы и боль во влагалище. Эти симптомы могли иметь разную степень выраженности и продолжительности (рис. 1).

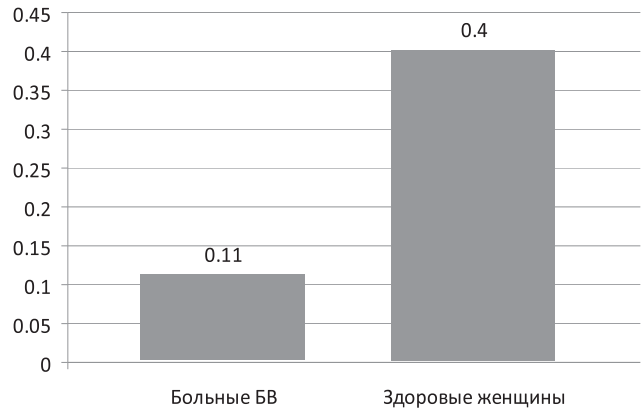
У всех обследуемых больных (100%) был положительный аминотест, и при микроскопии мазков определялись «ключевые клетки» (рис. 2).

При исследовании показателей местного иммунитета отмечено достоверное снижение уровня sIg A в слизи канала шейки матки в сравнении со здоровыми беременными ( $p < 0,05$ ) (рис. 3), что является ключевым моментом в нарушении защитных механизмов слизистой оболочки при БВ.

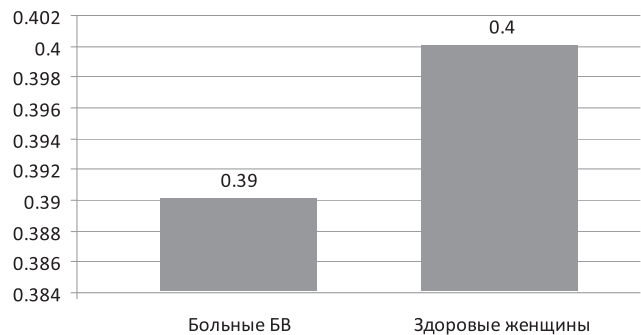
Проводя оценку эффективности лечения препаратом Милагин, мы определили, что уже на 1-е сутки терапии у больных наблюдалось исчезновение жалоб на зуд, жжение в области вульвы, боль во влагалище, уменьшение количества вагинальных выделений. А на 3-и сутки лечения больные не предъявляли жалоб.



**Рис. 5. Цитограмма у больных БВ на 4-е сутки лечения.**  
Объяснение в тексте. Окраска метиленовым синим. Увеличение X 1000



**Рис. 3. Показатели sIg A в цервикальной слизи больных БВ до лечения (г/л)**



**Рис. 4. Показатели sIg A в цервикальной слизи больных БВ после проведенного лечения препаратом Милагин (г/л)**

В показателях местного иммунитета у обследуемых беременных на 4-е сутки лечения наблюдалось восстановление уровня sIg A ( $p < 0,05$ ) до величины здоровых женщин ( $p > 0,05$ ), что явилось ключевым моментом в усилении защитных механизмов слизистой оболочки при БВ (рис.4).

Уже на 4-е сутки лечения в цитограммах беременных наблюдались клетки плоского эпителия и лактобактерии, что свидетельствовало о нормализации вагинальной флоры (рис. 5).

Полного клинического выздоровления, которое подтверждалось при микроскопии мазков отсутствием «ключевых клеток», удалось достичь у 95,5% (43 беременные). Из этого следует, что клиническая эффективность препарата Милагин составила 95,5%.

Следует также отметить, что побочных реакций при использовании препарата Милагин не наблюдалось.

**ВЫВОДЫ**

Таким образом, на основании проведенного исследования установлена высокая терапевтическая эффективность местного применения препарата Милагин при бактериальном вагинозе у беременных, его хорошая переносимость, что обеспечивает профилактику инфекционных осложнений как у матери, так и у новорожденного, и позволяет рекомендовать данный препарат для широкого применения в акушерских стационарах в предродовой санации влагалища у беременных.





**Сучасний підхід у лікуванні бактеріального вагінозу у вагітних**

**В.О. Товстановська, А.Б. Прилуцька, О.І. Прилуцький, Л.М. Міхеєва, Г.Б. Славута**

На підставі проведеного дослідження ми визначили високу терапевтичну ефективність місцевого застосування препарату Мілагін при бактеріальному вагінозі у вагітних, його хорошу переносимість, що забезпечує профілактику інфекційних ускладнень як у матері, так і у новонародженого, і дозволяє рекомендувати даний препарат для широкого застосування в акушерських стаціонарах для передпологовій санації піхви у вагітних.

**Ключові слова:** бактеріальний вагіноз, лікування, вагітність, Мілагін.

**The modern approach in the treatment of bacterial vaginosis in pregnancy**

**V.A. Tovstanskaya, A.B. Prilutskaya, A.I. Prilutsky, L.M. Mikheev, G.B. Slavuta**

Based on this study, we determined the high therapeutic efficacy of topical drug Milagin in bacterial vaginosis in pregnant women, its good tolerability, which provides for prevention of infectious complications in both the mother and the newborn, and the drug can be recommended for widespread use in obstetric hospitals for prenatal as a vaginal pregnant.

**Keywords:** bacterial vaginosis, treatment, pregnancy, Milagin.

**Сведения об авторах**

**Товстановская Валентина Александровна** – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Т. Шевченко, 13; тел.: (044) 235-31-16

**Прилуцкая Алла Брониславовна** – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Т. Шевченко, 13; тел.: (044) 235-31-16

**Прилуцкий Александр Иванович** – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Т. Шевченко, 13; тел.: (044) 235-31-16

**Михеева Леся Михайловна** – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Т. Шевченко, 13; тел.: (044) 235-31-16

**Славута Галина Богдановна** – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Т. Шевченко, 13; тел.: (044) 235-31-16

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Акопян Т.Э. Бактериальный вагиноз и беременность // Акуш. и гинек. – 1996. – № 6. – С. 3–5.
2. Анкирская А.Е. Бактериальный вагиноз // Акуш. и гинек. – 1995. – № 6. – С. 13–16.
3. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. – О.: Астро Принт, 1999. – 603 с.
4. Кира Е.Ф. Инфекции и репродуктивное здоровье (часть 1–3) // Журнал акушерства и женских болезней. – 1999. – Вып. 2. – С. 71–78; Вып. 3. – С. 60–66; Вып. 4. – С. 50–53.
5. Кулаков В.И., Серов В.Н. Схемы лечения. Акушерство и гинекология. – М., 2007. – С. 393
6. Краснополский В.И. Патология влагалища и шейки матки. – М., 1997. – С. 269.
7. Карабельская И.В., Шевяков М.А., Вальденберг А.В. Современная антибиотикотерапия в госпитальной практике. Рациональный подход, безопасность. Коррекция побочных эффектов // Методические рекомендации, Санкт-Петербург. – 2007. – С. 58.

Статья поступила в редакцию 15.04.2013