

Современные тенденции в лечении бактериального вагиноза

А.Б. Прилуцкая, В.Н. Куц, Л.А. Ляненко, Н.В. Алексеенко

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

Киевская городская клиническая больница №18

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности препарата Ципролет при бактериальном вагинозе, о его хорошей переносимости, что позволяет использовать данный препарат в монотерапии на первом этапе лечения бактериального вагиноза в гинекологической практике.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, препарат Ципролет.

В современных условиях бактериальный вагиноз (БВ) является одной из наиболее значимых проблем в акушерско-гинекологической практике, обуславливающих развитие осложнений течения беременности, родов, бесплодия, послеоперационного периода после акушерских и гинекологических операций [1–4]. Частота распространенности БВ колеблется, по данным разных авторов, от 30% до 95% [4].

При БВ (дисбиозе влагалища) наблюдается интенсивный рост облигатно-анаэробной флоры, такой, как *Bacteroides*, *Mobiluncus*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* и анаэробные кокки, при резком снижении концентрации лактобактерий [1, 2], что и обуславливает использование при лечении БВ препаратов с антианаэробными свойствами [5].

У большинства больных с БВ диагностируют еще и дисбактериоз кишечника, что позволяет считать БВ одним из вариантов единого дисбиотического процесса с доминирующим проявлением либо в генитальной, либо в пищеварительной системе [6], что и обуславливает поиск новых препаратов с системным действием на организм больной.

Все изложенное выше обусловило цель нашей работы: изучение эффективности лечения БВ препаратом Ципролет® А «Д-р Редди's Лабораторис Лтд», обладающим системным действием на организм больной.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы 45 пациенток с БВ, которые в зависимости от лечения были разделены на две группы: I – 22 женщины, которым на первом этапе назначали внутрь метронидазол по 500 мг 2 раза в день; II – 23 женщины, которым назначали внутрь препарат Ципролет® А по 1 таблетке 2 раза в день. Возраст больных колебался от 18 до 48 лет.

Во II группе для лечения использовали препарат Ципролет® А «Д-р Редди's Лабораторис Лтд», содержащий в составе 1 таблетки цiproфлоксацина гидрохлорид в пересчете на цiproфлоксацин 500 мг и тинидазола 600 мг. Фармакологические свойства препарата Ципролет® А обусловлены фармакологическими свойствами каждого его компонента. Механизм действия цiproфлоксацина обусловлен угнетением бактериального фермента ДНК-гиразы бактерий. Результатом такого угнетения является нарушение объемной структуры ДНК бактерий и делает невозможным дальнейшее деление бактериальных клеток. Цiproфлоксацин активен относительно грамположительных и грамотрицательных бактерий. Спектр действия цiproфлоксацина охватывает следующие микроорганизмы: аэробные грамотрицательные бактерии – *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Salmonella typhi*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Shigella sonnei*, *Shigella boydii*, *Shigella dysenteriae*, *Shigella flexneri*, *Enterobacter cloacae*,

Morganella morganii, *Providencia rettgeri*, *Providencia stuartii*, *Citrobacter diversus*, *Citrobacter freundii*, *Serratia marcescens*, *Campylobacter jejuni*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Bacillus anthracis*, *Moraxella catarrhalis*; аэробные грамположительные бактерии – стафилококки, включая штаммы, продуцирующие пенициллиназу и штаммы, резистентные к метициллину, стрептококки, в том числе *Streptococcus pneumoniae*, *Listeria monocytogenes*, *Corynebacterium spp.*

Тинидазол является производным 5-нитроимидазола с замещенным имидазольным компонентом, способным действовать против анаэробных бактерий и простейших. Механизм действия тинидазола на анаэробные бактерии и простейшие связывают с проникновением препарата в клетки микроорганизмов и с повреждением ДНК или угнетением ее синтеза.

Тинидазол активен как относительно простейших, так и относительно облигатных анаэробных бактерий. Простейшие микроорганизмы, чувствительные к тинидазолу, включают *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica* и *Giardia lamblia*.

Тинидазол является активным относительно *Gardnerella vaginalis* и относительно большинства анаэробных бактерий, включая *Bacteroides fragilis*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Bacteroides spp.*, *Clostridium spp.*, *Eubacterium spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Peptococcus spp.*, *Peptostreptococcus spp.* та *Veillonella spp.*

Длительность первого этапа лечения у пациентов обеих групп составила 7 дней.

На втором этапе в обеих группах проводили восстановление биоценоза влагалища биологическим препаратом вагилак на протяжении 10 дней.

Все пациенты были обследованы с использованием клинико-лабораторных, микробиологических методов.

Материалом для микробиологических исследований были выделения из половых путей. Для оценки эффективности лечения БВ результаты повторного клинико-лабораторного и микробиологического контроля сравнивали с показателями до начала лечения.

Показаниями для назначения метронидазола и препарата Ципролет являлась чувствительность микрофлоры влагалища к данным препаратам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе клинических проявлений БВ у пациентов I и II групп разницы в жалобах не выявлено ($p > 0,05$). У 18 (81,8%) больных I группы и у 19 (82,6%) – II группы наблюдались обильные гомогенные сливкообразные выделения серо-белого цвета, с неприятным запахом, адгезированные на слизистой оболочке влагалища. Шесть пациенток (27,3%) I группы и семь (30,4%) – II группы 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%) I и II групп ($p > 0,05$) был положительный аминотест и при микроскопии

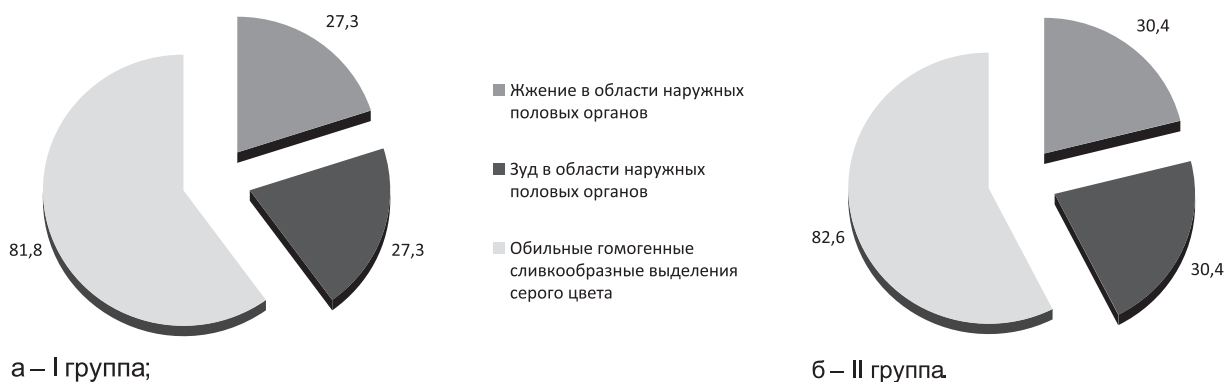


Рис. 1. Клинические признаки БВ у обследуемых больных (%)

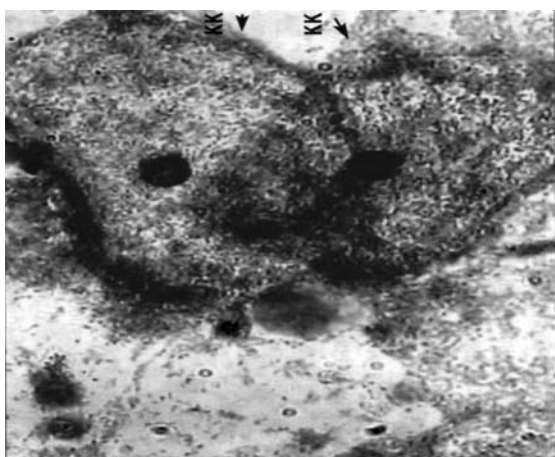


Рис. 2. Цитограмма у обследуемых больных до лечения. На поверхности клеток плоского эпителия расположены скопления мелких палочек – ключевые клетки (КК) (указаны стрелкой). Лактобактерии отсутствуют. Окраска метиленовым синим. Увеличение – $\times 1000$

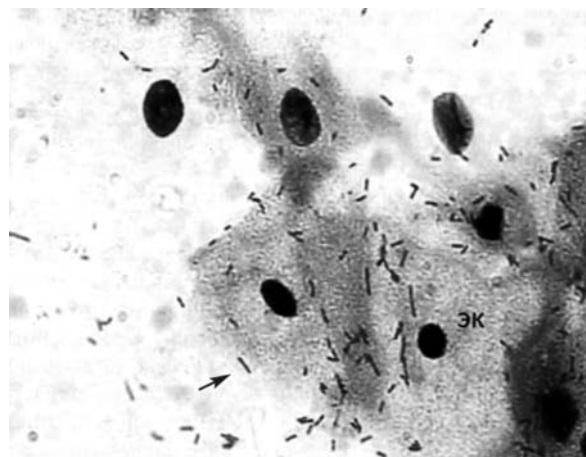


Рис. 3. Цитограмма у больных II группы на 7-е сутки лечения. Объяснение в тексте. Окраска метиленовым синим. Увеличение – $\times 1000$

мазков, окрашенных по Граму, определяли «ключевые клетки» (рис. 2).

Проводя оценку эффективности лечения, мы определили преимущество терапевтического эффекта лечения препаратом Ципролет А (II группа) ($p < 0,05$) над применением метронидазола (I группа), которое характеризовалось уже на 3-и сутки терапии исчезновением жалоб на зуд, жжение в области вульвы, боль во влагалище, уменьшением количества вагинальных выделений.

У пациенток I группы лечение имело затяжной характер, только на 5-е сутки терапии наблюдали исчезновение жалоб на зуд, жжение в области вульвы, боль во влагалище, уменьшение количества вагинальных выделений. Во II группе обследуемых женщин в отличие от I группы на 5-е сутки жалоб не наблюдалось.

Уже на 7-е сутки лечения в цитограммах пациенток II группы наблюдали клетки плоского эпителия и лактобактерии, что свидетельствовало о нормализации вагинальной флоры (рис. 3).

Полного клинического выздоровления, которое подтверждалось при микроскопии мазков отсутствием «ключевых клеток», удалось достичь в I группе у 68,2% (15 женщин), а во II – у 95,7% (22 женщины). Из этого следует, что клиническая эффективность препарата Ципролет А составила 95,7%.

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

ВЫВОДЫ

Таким образом, на основании проведенного исследования установлена высокая терапевтическая эффективность препарата Ципролет А при БВ, его хорошая переносимость, что позволяет использовать данный препарат в монотерапии на первом этапе лечения БВ в гинекологической практике.

ЛИТЕРАТУРА

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. Краснопольский В.И. Патология влагалища и шейки матки. – М., 1997. – С. 269.