

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2012 • Том 6 • № 3

**Тромбоцитарные параметры
при нормально протекающей
беременности и гестозе**

Иллюстрация: Иллюстрация, созданная с помощью программы Fractal Design Studio 6.09.54.95. Все права защищены. Эта иллюстрация является собственностью автора. Для цитирования: Журнал акушерства и женских болезней. 2012. № 3. С. 1-2. URL: <http://www.abg.ru>. This article has been downloaded from <http://www.abg.ru> on 12/12/2012 12:09:54 PM. All rights reserved. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Макаров И.О., Боровкова Е.И.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития России, Москва

Резюме: в статье представлены результаты сравнительного исследования, посвященного изучению клинической и лабораторной эффективности местной терапии бактериального вагиноза у беременных с ожирением.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, ожирение, второй триместр беременности, условно-патогенная флора.

Проблема поиска оптимальных методов терапии заболеваний, вызванных бактериальной флорой, для акушерства является чрезвычайно актуальной, что связано с высоким уровнем инфекционной заболеваемости беременных, зачастую приводящей к развитию осложнений гестационного процесса и родов. Немаловажное значение имеет и экономическая составляющая лечебного процесса, определяющая поиск препаратов, применение которых позволило бы добиться желаемого лечебного эффекта при минимальных затратах, побочных эффектах и полипрагмазии.

В последние годы изменилась структура инфекционной заболеваемости, резко возросла роль условно-патогенных микроорганизмов, возбудителей заболеваний, передаваемых половым путем и вирусных инфекций. Наиболее часто у беременных встречаются смешанные инфекции в виде микробных ассоциаций вышеперечисленных возбудителей. Развитие бактериального вагиноза (БВ) зависит от ряда факторов, среди которых наиболее значимыми являются снижение местного иммунитета, дисбактериоз кишечника, неупорядоченная половая активность, беременность и ожирение. Объединенные исследования показали, что ожирение на 42% увеличивает риск развития БВ и инфекций мочевыводящих путей во время беременности, что позволяет относить пациенток с нарушением жирового обмена в группу высокого риска [5]. Неуклонный рост распространенности ожирения, достигший, по ряду данных, 28-30%

среди женщин репродуктивного возраста, определяет актуальность и значимость проведения настоящего исследования.

Бактериальный вагиноз не сопровождается явлениями воспаления и лейкоцитарной реакции и развивается на фоне значительного подавления флоры Додерлейн и факторов местного иммунитета. Для БВ характерны общая массивная микробная обсемененность. Поскольку заболевание не вызывается единственным микробным фактором, а имеет полимикробную природу, при проведении корригирующей терапии возникает необходимость в применении препаратов, обладающих комплексным лечебным действием и не оказывающих выраженного влияния на активность нормальной микрофлоры и факторов местного иммунитета.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения различной местной терапии бактериального вагиноза у беременных с ожирением во II триместре.

Материалы и методы исследования

Было проведено проспективное когортное рандомизированное исследование, охватившее 60 человек. Пациентки были разделены на 3 группы по 20 человек. Беременные 1-й группы в качестве местной терапии получали препарат Тержинан по 1 влагалитной таблетке в день в течение 10 дней, пациентки 2-й группы получали терапию препаратом Клиндамицин – суппозитории по 1 свече во влагалитце в течение 10 дней, пациенткам 3-й группы назначали препарат, содержащий хлоргексидина биглюконат 0,016 г (Гексикон) по 1 свече во влагалитце в течение 10 дней. На фоне проводимого лечения беременные не получали других антибактериальных средств. Клиническая эффективность терапии оценивали на 14-е сутки после ее окончания.

Критериями отбора были: срок беременности от 12 до 28 недель, ожирение 1-2-й степени (ИМТ \geq 30), диагностированный бактериальный вагиноз, отсутс-

твие ИППП и значимых сопутствующих экстрагенитальных заболеваний.

Для постановки диагноза БВ нами использовался комплекс, предложенный R. Amsel:

1. Клиническая картина (наличие гомогенного сероватого отделяемого);
2. Величина pH влагалищного отделяемого $\geq 4,5$;
3. Положительный аминный тест;
4. Выявление «ключевых» клеток (более 20%) при микроскопическом исследовании неокрашенного влажного препарата влагалищного отделяемого.

В качестве критериев эффективности терапии использовались:

1. Процент излечиваемости пациенток;
2. Частота рецидивов;
3. Время клинического улучшения.

Материал из влагалища и из шейки матки брали до проведения мануального исследования, после введения зеркал. Микробиологическое исследование проводилось двукратно: в момент поступления и спустя 2 недели после прекращения антибактериальной терапии.

Микробиологическое исследование включало в себя исследование влагалищного микробиоценоза. Материал брали из заднего свода влагалища. Полученный материал помещали в пробирки с транспортной средой и поглотителем кислорода фирмы bioMerieux (Франция), которые в течение 1,5-2 ч доставляли в лабораторию ГУ МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, где производился посев материала на питательные среды. Материал тщательно суспензировали в пробирках с предварительно редуцированным бульоном Шедлера в соотношении 1:10 (10-1) и проводили ряд последовательных серийных разведений до 10⁻¹² в той же среде с последующим высевом секторами на общие и селективные дифференциально-диагностические питательные среды: мясопептонный агар с добавлением 5% эритроцитов барана для подсчета общего количества аэробных бактерий; агар Шедлера для определения грамотрицательных анаэробных микроорганизмов; «шоколадный» агар для выделения гемофильных бактерий; сыроваточный агар с линкомицином – для нейссерий; ЭДДС (энтерококковая дифференциально-диагностическая среда) – для энтерококков; молочно-желточный солевой агар (МЖСА) – для стафилококков, микрококков и бацилл; среду Эндо – для энтеробактерий; среду Сабуро с полимиксином – для грибов рода *Candida*; кровяной агар с теллуридом калия – для коринебактерий; среду МРС – для лактобацилл; среду Блаурокка – для бифидобактерий; ЦПХ-агар – для псевдомонад.

Посевы инкубировали в термостате при температуре 37°C в течение 24-96 ч в аэробных или анаэробных условиях в зависимости от исследуемой группы микроорганизмов. Анаэробноз создавали в анаэробных условиях с помощью газогенерирующих пакетов (Oxoid Limited, Великобритания) емкостью 3,5 л.

Идентификацию аэробных и анаэробных микроорганизмов осуществляют на основании изучения их морфологических и биохимических характеристик.

С помощью стереоскопического микроскопа подсчитывали число различных видов колоний в каждом секторе и рассчитывали количество Ig КОЕ/мл.

Статистическую обработку полученных данных производили по общепринятому методу вариационной статистики с использованием программы Statistica 6 (StatSoft, Inc., США).

Результаты исследования

Основную группу составили 60 женщин с ожирением 1-2-й степени (ИМТ ≥ 30), средний возраст которых составил 25 ± 3 года с подтвержденным диагнозом бактериального вагиноза.

20 пациенток из 1-й группы в качестве терапии бактериального вагиноза получали комплексный препарат Тержинан. Лечебный эффект препарата и его широконаправленный спектр действия обусловлен его составом. Препарат содержит тернидазол 200 мг (производное имидазола), который по своим свойствам близок к метранидазолу, является более активным представителем нитроимидазолов, чувствительность микроорганизмов к нему достигает 97%. Неомицина сульфат 100 мг (аминогликозид широкого спектра действия) – действует на грамположительные и грамотрицательные бактерии, является оптимальным антибиотиком для местного введения, так как не обладает резорбтивным эффектом и высокоактивен. Нистатин 100 000 ед. (полиеновый противогрибковый антибиотик) подавляет рост грибов рода *Candida*. Преднизолон 3 мг (глюкокортикоид) обладает противовоспалительным, десенсибилизирующим действием, купирует гиперемию, зуд, боль и не всасывается в местный кровоток.

Сочетание тернидазола и нистатина в данной ситуации очень выгодно, так как: во-первых, на фоне применения препаратов нитроимидазолов в 60% активируется кандидозная инфекция, во-вторых, преобладание в структуре инфекционных заболеваний бактериально-грибковых ассоциаций в настоящее время превышает 50%. Высокая эффективность Тержинана обусловлена также входящим в его состав преднизолоном, который, не всасываясь в местный кровоток, нормализует микроциркуляцию в слизистых, способствуя притоку компонентов противовоспалительной защиты, и оказывает регулирующее действие на факторы местного иммунитета и цитокины. Кроме всего перечисленного, происходит разжижение секрета и оптимизируется доставка антибактериальных препаратов к очагу воспаления.

Пациенткам второй группы был назначен Клиндамицин в суппозиториях (100 мг) в течение 6 дней. Клиндамицин представляет собой полусинтетическое производное линкомицина, препарат обладает широким спектром активности, включая целый ряд грампозитивных и грамотрицательных анаэробных бактерий. Среди Г+ анаэробов наибольшей чувствительностью к

Микроорганизмы	1-я группа (n=20)	2-я группа (n=20)	3-я группа (n=20)
<i>Corynebacterium spp.</i>	4,9±0,8	5,5±0,5	5,1±0,3
<i>E. coli</i>	4,7±0,3	4,9±0,4	4,3±0,2
<i>Streptococcus spp.</i>	4,5±0,7	4,4±0,7	4,9±0,6
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	5,4±0,9	5,2±1,5	5,1±1,2
<i>Staphylococcus spp.</i>	3,9±0,3	3,4±0,7	3,7±0,1
<i>Pseudomonas spp.</i>	6,1±0,3	5,8±0,1	5,7±0,1
<i>Bacillus spp.</i>	5,2±0,25	5,7±0,4	5,3±0,2
<i>Candida</i>	4,9±0,2	5,1±0,4	5,0±0,2

Таблица 1. Интенсивность колонизации микроорганизмами до начала лечения.

препарату обладают *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Clostridium* и др. Среди Г- анаэробов препарат эффективен в отношении *Bacteroides*, *Fusobacterium* и др.

Пациентки 3-й группы в течение 10 дней получали терапию препаратом, содержащим хлоргексидина биглюконат 0,016 г. Препарат является антисептиком, активен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий.

Микробиологическое исследование показало, что микрофлора влагалища у беременных отобранных групп не имеет достоверных отличий и представлена как типичными бактериями зубионтами, так и условно-патогенными микроорганизмами. Во влагалищном микробиоценозе выявлено обсеменение коринебактериями (до 5,5 lg КОЕ/мл), бациллами (до 6 lg КОЕ/мл), превотеллами и актиномицетами (до 7,5 lg КОЕ/мл), энтерококками (до 6 lg КОЕ/мл), пропионибактериями (до 3,3 lg КОЕ/мл), грибов рода *Candida* (до 5,1 Lg КОЕ/мл) на фоне практического отсутствия лакто- и бифидобактерий.

Интенсивность колонизации влагалищного биотопа, выявленная до начала терапии, представлена в таблице 1.

Анализ результатов, представленных в таблице 1, показал, что для пациенток с БВ характерна выраженная интенсивность колонизации микроорганизмами. На фоне

проведенной терапии, у пациенток всех групп показаний для прекращения применения препарата не возникло.

После окончания терапии, через 14 дней, проводилось контрольное исследование с целью установления излеченности и отсутствия рецидива заболевания (см. табл. 2, рис. 1). По данным микробиологического исследования, во влагалищном биотопе у пациенток всех групп отмечается значительное снижение интенсивности колонизации условно-патогенными микроорганизмами и появление представителей нормального биоценоза (см. рис. 1).

Критериями эффективности лечения БВ является исчезновение негативных субъективных проявлений клинических симптомов заболевания и нормализации лабораторных показателей. На фоне проводимого лечения все применяемые препараты оказались эффективными, клиническое улучшение при их

Группа	% излечиваемости	% рецидивов	Время наступления клинического улучшения
1-я	95	5	на 2-й день
2-я	93	10	на 2-й день
3-я	90	15	на 3-й день

Таблица 2. Результаты сравнительного исследования эффективности применяемых препаратов.

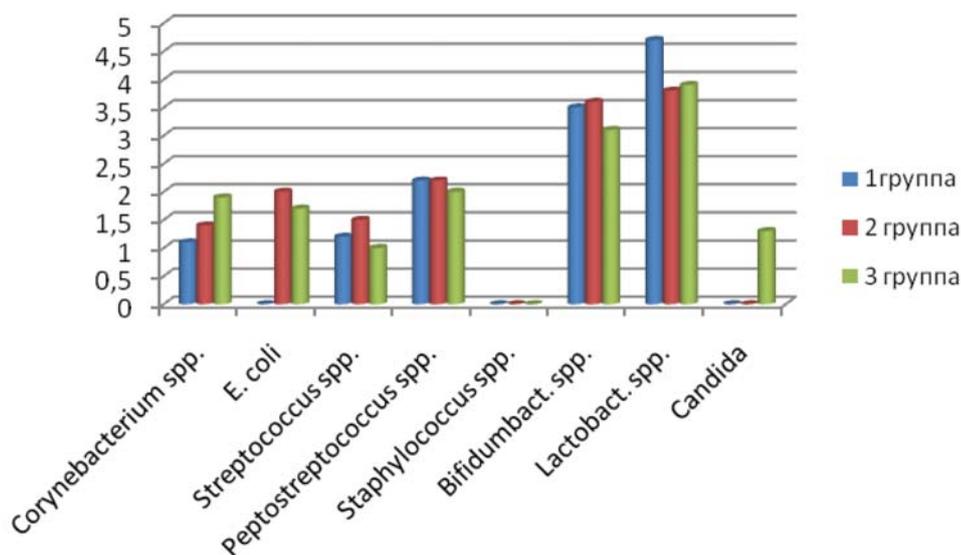


Рисунок 1. Интенсивность колонизации влагалища у пациенток сформированных групп на 14-е сутки после окончания терапии.

использовании отмечалось уже на 2-3-е сутки от начала терапии. Минимальная частота рецидивов бактериального вагиноза отмечена у пациенток, которым был назначен Тержинан.

Обсуждение

По данным литературы, бактериальный вагиноз характеризуется рецидивирующим течением, достигающим в группах риска 20-60%.

Литература:

1. Де Черни А. Акушерство и гинекология. Том II. Гинекология. М.: Медпресс-информ. 2009; 694 с.
2. Brocklehurst P., Hannah M. Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy (Cochrane Review) Update Software. 2001; p. 3.
3. Carey J.C. metronidazole to prevent preterm deliveri in pregnant women with

4. asymptomatic bacterial vaginosis. N. Engl. J. Med. 2000; 342: 534.
5. Friese K., Schafer A. Infektion-skrankheiten in Gynakologe und Geburt-shilfe. Berlin: Springer. 2003.
6. Garbaciak, J.A. Jr., Richter M., Miller S., Barton J.J. Maternal weight and pregnancy complications. Am. J. Obstet. Gynecol. 1985; 152: 238.
7. Hanson J.M. Metronidazole for bacterial

8. vaginosis. A comparison of vaginal gel vs oral therapy. J. Reprod. Med. 2000; 45: 889.
9. Klebanoff M.A. Failure of metronidazole to prevent preterm delivery among pregnant women with asymptomatic vaginalis infections. N. Engl. J. Med. 2001; 345: 487-493.
10. McGregor J.A. Bacterial vaginosis in pregnancy. Obstet. Gynecol. Surv. 2004; 55: 253.
11. Spiegel C.A. Bacterial vaginosis. Clin. Microbiol. Rev. 2000; 4: 485-502.

COMPARATIVE EFFICACY OF BACTERIAL VAGINOSIS LOCAL THERAPY IN PREGNANT WOMEN WITH OBESITY

Makarov I.O., Borovkova E.I.

First MSMU Sechenov I.M. Health And Social Development Ministry Of Russia, Moscow

Abstract: the article presents the results of comparative study of, dedicated to evaluation of clinical and laboratory efficacy of bacterial vaginosis local therapy in pregnant women with obesity.

Key words: bacterial vaginosis, obesity, the second trimester of pregnancy, the opportunistic flora.

ТЕРЖИНАН
10 таблеток для вагинального применения

ТЕРЖИНАН
Tergynan
6 таблеток для вагинального применения

**Быстрый старт
Отличный результат**

Доказано
ВРЕМЕНЕМ

BOUCHARA
RECORDATI