

Рациональная терапия бактериального вагиноза

О.В. Грищенко, В.В. Бобрицкая, О.Л. Черняк, С.В. Коровай, В.Л. Дудко

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Проведен сравнительный анализ эффективности применения влагалищных капсул Вагиклин (клиндамицин 100 мг, клотримазол 100 мг) в группе, состоящей из 30 женщин; последовательного интравагинального использования клиндамицина 100 мг в течение 3 дней, затем клотримазола 100 мг – 10 дней в группе из 30 женщин, а также применения антисептика широкого спектра действия в группе из 20 женщин – для лечения бактериального вагиноза. Применение Вагиклина признано оптимальным по срокам, результатам и комплаенсу терапии.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, Вагиклин.

Дисбиоз влагалища является нарушением баланса нормальной и условно-патогенной микрофлоры, в некоторых случаях с преобладанием патогенных микроорганизмов. Микробный комплекс, заселяющий слизистую оболочку влагалища женщины, представляет собой особую экосистему, выполняющую защитную функцию. В норме биоценоз на 95–98% состоит из лактобактерий, метаболизирующих гликоген вагинального эпителия до молочной кислоты, которая поддерживает кислотность во влагалище на уровне 3,8–4,2 рН. Кроме того, в процессе своего нормального метаболизма лактобактерии способны, кроме молочной кислоты, образовывать перекись водорода, продуцировать лизоцим и вещества с антибиотической активностью: реутерин, плантарицин, лактоцидин, лактолин, что создает неблагоприятные условия для жизнедеятельности кислоточувствительных патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Однако при определенных условиях этот природный баланс нарушается. Как следствие подобных нарушений, снижается кислотность влагалища, в результате чего резко увеличивается число патогенных бактерий, что приводит к появлению необычных выделений со специфическим запахом, иногда сравнимым с «рыбным», зуд, умеренного жжения в половых путях, дискомфорта при сексуальных отношениях. Такая клиническая ситуация носит название бактериального вагиноза или дисбактериоза влагалища и требует определенного лечения.

Бактериальный вагиноз (другие названия: «вагинальный дисбиоз», «дисбактериоз») – это инфекционный невоспалительный синдром, характеризующийся резким снижением или отсутствием лактофлоры и ее заменой полимикробными ассоциациями анаэробов и гарднереллами, концентрация которых достигает 10^9 – 10^{11} КОЕ/мл вагинального отделяемого. Многообразие различных микроорганизмов, участвующих в возникновении бактериального вагиноза, объясняет термин «бактериальный», а в связи с отсутствием в отделяемом влагалища лейкоцитов – клеток, ответственных за развитие воспалительной реакции, термин «вагинит» изменен на термин «вагиноз» (т.е. невоспалительный синдром).

Однако «невоспалительная» картина патологического состояния не уменьшает его клинического значения. Отсутствие терапии данных состояний может привести к восходящей неспецифической инфекции органов малого таза, мочевыделительной системы, а при беременности – к инфицированию плодного яйца на ранних сроках беременности, излитию околоплодных вод на поздних сроках.

Наряду с бактериальной флорой при отсутствии местных факторов защиты, а также при изменении гормональной

составляющей, активизируется микотическая инфекция, поэтому актуальным, зачастую параллельно с лечением бактериального вагиноза, является и назначение противогрибковых препаратов.

Идеальной с точки зрения патогенеза и клиники заболевания является сочетание клиндамицина и клотримазола. Оба лекарственных вещества вошли в руководства по лечению бактериального вагиноза и микозов, Протоколов МЗ по лечению заболеваний, передающихся половым путем (Наказ МОЗ Украины № 582 від 15.12.2003 Протокол «Інфекції, що передаються статевим шляхом»).

Данным требованиям отвечает препарат Вагиклин в форме капсул для влагалищного применения, в составе которого содержатся клиндамицин 100 мг и клотримазол 100 мг. Применяют препарат по 1 капсуле в день интравагинально в течение 7 дней.

Нами было проведено сравнительное исследование эффективности применения препарата Вагиклин, а также последовательного использования клиндамицина 100 мг в форме суппозиторий в течение 3 дней, а затем клотримазола 100 мг в течение 6 дней (по часто применяемой на практике схеме), и антисептика широкого спектра действия (с учетом потенциальной эффективности при лечении условно-патогенной флоры).

Цель исследования: оптимизация терапии бактериального вагиноза в сочетании с профилактикой и лечением сопутствующих инфекций генитального тракта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Методом рандомизации сформированы группы из пациенток с диагностированным бактериальным вагинозом – 30 пациенток получали капсулы Вагиклин в течение 7 дней – по 1 капсуле в день интравагинально (1-я группа), 30 пациенток получали в начале терапии клиндамицин 100 мг интравагинально 3 дня, а затем клотримазол 100 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней (в соответствии с инструкцией по применению препаратов) (2-я группа), а также группа из 20 женщин, получавших антисептик широкого спектра действия по 1 суппозиторию в день в течение 10 дней (3-я группа).

Диагностика бактериального вагиноза основывалась на данных клинического обследования и специальных лабораторных методов исследования в соответствии с требованиями протоколов МЗ Украины № 582.

Критерии диагностики бактериального вагиноза

Критерии Амсела (необходимо наличие трех симптомов из нижеперечисленных четырех):

1. Жидкие гомогенные кремовидные выделения (иногда пенистые).
2. Повышение рН влагалищных выделений $> 4,5$.
3. Положительный аминный тест (наличие «рыбного запаха» после добавления капли 10% раствора КОН).
4. Наличие «ключевых клеток» при прямой микроскопии мазка.

У всех пациенток групп наблюдения были установлены данные признаки. При кольпоскопическом исследовании отмечено отсутствие на слизистой оболочке влагалища выра-

женных признаков воспаления. У 15% пациенток 1-й группы, у 12% пациенток 2-й группы и 8% пациенток 3-й группы наблюдения бактериальный вагиноз носил рецидивирующий характер. Из них у 10% 1-й группы, 10% – 2-й группы и 4% – 3-й группы соответственно для лечения ранее использовали препараты метронидазола и препараты, содержащие лактобациллы.

Возраст наблюдаемых женщин 20–39 лет. В исследование не включали пациенток с предполагаемыми эндокринопатиями, поскольку дисбиоз влагалища, в том числе микозы, могут поддерживаться за счет гормонального дисбаланса, хотя основное лечение в данных случаях также направлено на инфектологическую составляющую процесса. У всех пациенток исследуемых групп в результате бактериологического исследования были в равном процентном соотношении выделены условно-патогенные микроорганизмы: *S.haemolyticus* 10³–10⁴, *E.faecalis* 10³, *E.coli* 10³–10⁵, *S.viridans* 10³, *Enterococcus* 10³–10⁵, *Bacteroides* 10²–10⁴. *Gardnerella vaginalis* 10³–10⁵ выделена у 18 (60%) пациенток 1-й группы, у 19 (63,3%) пациенток 2-й группы, у 10 (50%) пациенток 3-й группы. *Candida albicans* 10³–10⁵ у 22 (73,3%) пациенток 1-й группы, у 24 (80%) пациенток 2-й группы, у 16 (80%) пациенток 3-й группы. *Candida nonalbicans* 10²–10³ у 5 (16,6%) пациенток 1-й группы, у 4 (13,3%) 2-й и у 3 (15%) 3-й группы.

Оценку клинической эффективности проводили на 5-е сутки (на фоне терапии) и на 12-е сутки (от начала терапии, после окончания всех курсов лечения бактериального вагиноза в группах). Выполняли контрольное бактериологическое исследование, клинический осмотр, бактериоскопию влагалищных выделений, определение pH влагалища. Кроме того, проводили учет субъективной оценки переносимости лечения пациентками всех групп. Пациенток просили оценить переносимость терапии, отсутствие дискомфорта в процессе лечения по 10-балльной шкале: отлично – 9–10 баллов, хорошо – 7–8 баллов, удовлетворительно – 5–6 баллов, плохо – 3–4 балла, наличие побочных эффектов, из-за которых прекращено лечение 1–2 балла. Оценку излеченности патологического процесса проводили в соответствии с рекомендациями протоколов МЗ Украины (Приказ № 582).

Критерии излеченности бактериального вагиноза

1. Отсутствие жалоб.
2. Отсутствие клинических проявлений вагиноза в течение года.
3. Лабораторное подтверждение отсутствия вагиноза.
4. Дальнейшее наблюдение проводят только за женщинами с персистирующими симптомами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенного лечения пациенток 1-й группы, получавших Вагиклин, демонстрировали полную регрессию симптомов по окончании курса терапии, а также нормализацию pH влагалищного отделяемого. В процессе терапии уже к 3-м суткам отмечалось уменьшение патологических выделений из половых путей, отсутствие зуда, специфического запаха. К 5-м суткам клинические явления вагиноза практически были ликвидированы. Во 2-й и 3-й группе клинические проявления бактериального вагиноза уменьшались, однако клиническое выздоровление можно было отметить к 9–10-м суткам терапии, причем не у абсолютного числа пациенток.

У 16,6% пациенток 2-й группы, получавших последовательно клиндамицин и клотримазол, на фоне изолированного применения клиндамицина отмечены жалобы на усиление зуда, умеренное жжение, которые в дальнейшем исчезали.

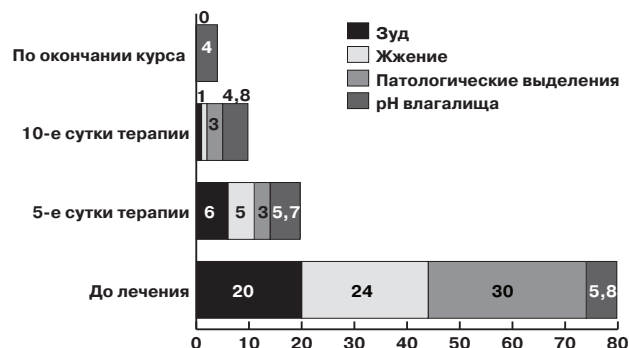


Рис. 1. Клинические проявления бактериального вагиноза у женщин, получавших Вагиклин, в соответствии со сроками терапии (1-я группа)

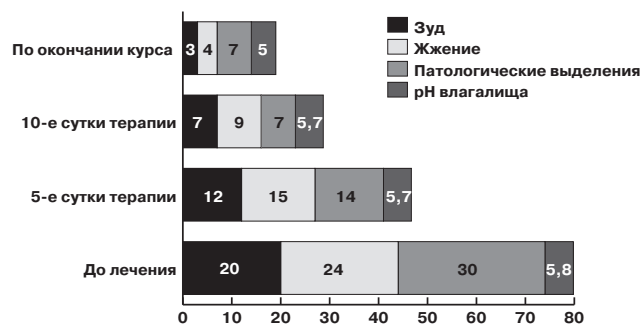


Рис. 2. Клинические проявления бактериального вагиноза у женщин, получавших последовательно клиндамицин и клотримазол (2-я группа)

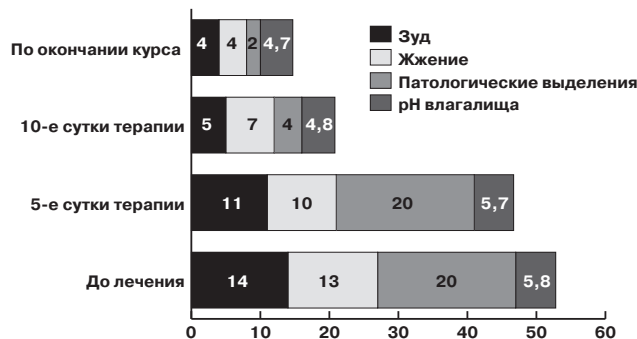


Рис. 3. Клинические проявления бактериального вагиноза у женщин, получавших антисептик широкого спектра действия (3-я группа)

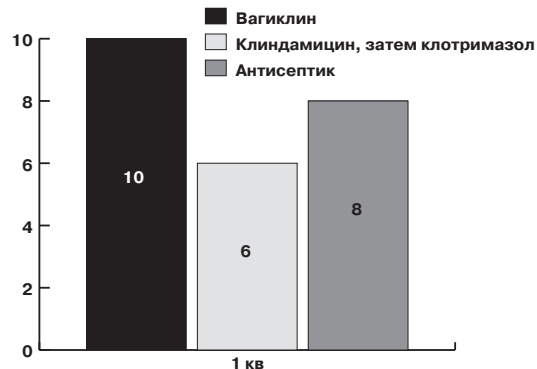


Рис. 4. Оценка комплаенса терапии среди пациенток групп наблюдения (баллы)

ли при последующем применении клотримазола, и были расценены, как усиление проявлений микоза. У 14,8% пациенток 3-й группы также наблюдались жалобы на боль и зуд до 4–5-х суток терапии. В целом, клинический эффект был достигнут также во 2-й и 3-й группах, контрольные бактериологические исследования демонстрировали снижение титров патогенной и условно-патогенной флоры, нормализацию рН влагалища. В 3-й группе, пациентки которой получали антисептик широкого спектра действия, клинические симптомы уменьшились к 5–6-м суткам терапии, результаты бактериологического исследования демонстрировали также снижение титров в динамике, однако в меньшей степени, чем при применении Вагиклина (рис. 1–3).

Также следует отметить лучшую (по субъективным оценкам пациенток) переносимость одного комбинированного препарата в течение 7 дней, чем последовательного назначения тех же лекарственных средств (и общей продолжительностью 9 дней), а также курса лечения антисептиком в течение 10 дней. По шкале оценки переносимости лечения Вагиклин оценен в 9–10 баллов, курс лечения последовательным назначением клиндамицина и клотримазола 5–6 баллов, антисептика широкого спектра действия от 5 до 8 баллов (рис. 4).

Полученные результаты позволяют оценивать комплексное действие клинически исследованного препара-

та как высокоэффективное. Преимущество комбинированного препарата, содержащего одновременно клиндамицин и клотримазол, позволяет сократить сроки проводимого лечения и повышает комплаентность терапии, т.е. удобство применения и переносимость лечения. Спектр действия препарата охватывает клинические штаммы микроорганизмов, которые вызывают бактериальный вагиноз у гинекологических больных, а также внутриклеточные возбудители, микозы, что позволяет широко использовать Вагиклин в лечении бактериального вагиноза.

ВЫВОДЫ

1. Вагинальные капсулы Вагиклин являются клинически эффективным препаратом для лечения бактериального вагиноза, проявляющим выраженный клинический эффект при оптимальных сроках терапии.

2. Сочетание двух активных компонентов при одновременном применении демонстрирует клиническую эффективность выше, чем при последовательном назначении подобных препаратов, либо при более длительном назначении антисептика широкого спектра действия, что повышает комплаенс терапии при оптимальном качестве результатов и сроках терапии.

Рациональна терапія бактеріального вагінозу О.В. Грищенко, В.В. Бобрицкая, О.Л. Черняк, С.В. Коровай, В.Л. Дудко

Проведений порівняльний аналіз ефективності застосування вагінальних капсул Вагіклін (кліндаміцин 100 мг, клотримазол 100 мг) у групі, що складається із 30 жінок; послідовного інтравагінального використання кліндаміцину 100 мг протягом 3 днів, потім клотримазолу 100 мг – 10 днів у групі з 30 жінок, а також застосування антисептика широкого спектра дії у групі з 20 жінок – для лікування бактеріального вагінозу. Застосування Вагікліну визнане оптимальним за термінами, результатами і комплаенсом терапії.

Ключові слова: бактеріальний вагіноз, Вагіклін.

Rational therapy of the bacterial vaginosis O.V. Grishenko, V.V. Bobritska, O.L. Chernyak, S.V. Korovay, V.L. Dudko

The comparative analysis of efficiency of application of vaginal capsules Vagikline (clindamycin 100 mg, clotrimazole 100 mg) is conducted in a group of 30 women; successive intravaginal setting of clindamycin 100 mg for 3 days, after clotrimazole of 100mg for 10 days in other group of 30 women, and also applications of antiseptic of wide spectrum of action was conducted in a group of 20 women - for treatment of bacterial vaginosis. Application of Vagikline is confessed by optimal on terms, results and compliance of therapy.

Key words: bacterial vaginosis, Vagikline.

Сведения об авторах

Грищенко Ольга Валентиновна – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58; тел.: (057) 711-35-56

Бобрицкая Виктория Владимировна – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58; тел.: (057) 711-35-56

Черняк Ольга Леонидовна – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58; тел.: (057) 711-35-56

Коровай Сергей Викторович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58; тел.: (057) 711-35-56

Дудко Владислав Леонидович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58; тел.: (057) 711-35-56

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сенчук А.Я., Доскоц І.О. Київський медичний університет УАНМ «Ефективність місцевого використання комбінованих препаратів для лікування вульвовагінітів у гінекологічній практиці» // Здоров'я жінчини, № 1 (57). – 2011. – С. 177–180.
2. Інформаційний лист Головного спеціаліста України з акушерства та гінекології «Спосіб лікування неспецифічних вагінітів у жінок у другому-третьому триместрі вагітності».

3. Инфекции в акушерстве и гинекологии: Практическое руководство /Под ред. проф. В.К. Чайки. – Донецк: ООО «Альматео», 2006. – 640 с.
4. Наказ МОЗ України № 582 від 15.12.2003 «Клінічні протокол из на-

дання акушерсько-гінекологічної допомоги».

5. Компендиум 2014 – лекарственные препараты / Под ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова, С.В. Сура, И.А. Зупанца – К.: МОРИОН, 2014.

Статья поступила в редакцию 29.05.2015