

Оптимизация лечебной тактики и профилактика рецидивов бактериального вагиноза и урогенитальных расстройств у женщин в перименопаузальный период

З.М. Дубоссарская

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Цель исследования: оценка клинической эффективности и профилактики рецидивов бактериального вагиноза (БВ) и урогенитальных расстройств у пациенток в перименопаузальный период с применением препарата Лактагель.

Материалы и методы. Обследовано 50 женщин в возрасте от 49 до 56 лет в перименопаузальный период с клинико-лабораторным подтверждением диагноза БВ, рН-метрией до назначения базовой терапии (метронидазол, клиндамицин) с включением препарата Лактагель и через 7 дней и 3 мес после окончания его применения. При выраженности климактерического синдрома в терапию была включена менопаузальная гормонотерапия, гиполипидемические и гипотензивные средства.

Результаты. Использование базовой терапии с применением Лактагеля способствует восстановлению вагинальной микроэкологии, что сопровождается исчезновением клинических проявлений бактериального вагиноза, нормализацией рН, эффективной профилактике рецидивов, а при комплексном подходе к репродуктивному старению – улучшению качества жизни.

Заключение. Практикующие акушеры-гинекологи, представляя патогенез БВ и сопутствующих нарушений, особенно в ситуации, когда патологическое состояние не имеет полностью патогномоничных клинико-лабораторных подтверждений, должны своевременно обнаружить защелачивание влагалищной среды путем теста на рН. Учитывая высокую эффективность использования Лактагеля в комплексной терапии бактериального вагиноза и профилактике его рецидивов, рекомендовано его применение для восстановления вагинального биотопа.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, период перименопаузального перехода, Лактагель.

Начало эры доказательной медицины ознаменовалось разработкой клинических протоколов и национальных консенсусов для различных нозологических форм гинекологической патологии. В последние годы произошла эволюция факторов риска, определяющих проблемы женского здоровья в периоде перименопаузального перехода, в постменопаузе. Обсуждается термин «гормональный континуум женского здоровья», поэтому появление национального консенсуса по климактерию [7] явится большим подспорьем практическому врачу для улучшения качества жизни стареющих пациенток, их физического благополучия, не позволит угаснуть «мерцающему огню» эстрогеновых влияний, а уточнив стадию репродуктивного старения женщин, минимизировать негативные влияния этого сложного периода. По прогнозам экспертов, в 2030 году каждый восьмой, а к 2050 году уже каждый пятый человек на Земле будет старше 65 лет [8]. По заявлению экспертов ВОЗ, «... здоровое старение должно стать глобальным приоритетом» [5]. Как выразился в публикации 2015 года Холмс Сузман, «человечеству нужно научиться стареть изысканно» [14]. Американский гинеколог

Л. Сперофф назвал период перименопаузы «замечательным сигналом для осуществления первичной профилактики заболеваний старости». Концепция «окна терапевтических возможностей» прочно вошла в практику акушеров-гинекологов. Напомним, что ожидаемое благоприятное лечебное и профилактическое воздействие менопаузальная гормональная терапия (МГТ) оказывает при назначении женщинам не старше 60 лет и при длительности менопаузы не более 10 лет. Безусловно, «золотым стандартом» восполнения дефицита эстрогеновых гормонов признана МГТ [2, 3]. Тем не менее нередки ситуации, когда ее системное назначение по каким-либо причинам невозможно (существуют противопоказания либо пациентка отказывается от гормональной терапии) или время «окна терапевтических возможностей» было упущено. Важно помнить, что даже в странах Евросоюза лишь 25% женщин применяют МГТ. Известно, что нарушение биоценоза влагалища и возникновение бактериального вагиноза (БВ), урогенитальных расстройств, в дальнейшем приводящих к урогенитальной атрофии, вызывают дискомфорт не только в вульвовагинальной области, но и в душе, серьезно влияя на сексуальное здоровье и качество жизни пациентки в целом. Лактобациллы, обеспечивающие нормальный биоценоз влагалища, естественным путем элиминируются из вагинальной ниши, поскольку уменьшается количество гликогена, вырабатываемого эпителиальными клетками слизистой оболочки влагалища под воздействием эстрогена, что способствует развитию вагинальных дисбиозов [15].

Со времени открытия А. Левенгуком мира микробов и установления их широкого распространения в природе, проблема взаимоотношений человека с микроорганизмами не утрачивала своей актуальности. Как известно, микрофлора представляет собой неотъемлемую часть любой среды биосферы. Во всех природных системах микроорганизмы сосуществуют в виде сложных многокомпонентных сообществ – биоценозов, внутри которых формируются характерные взаимоотношения, способствующие сохранению жизнеспособности микробных популяций.

В последние годы все больше внимания уделяется микроэкологии женского урогенитального тракта, содержащего около 10% микрофлоры здоровой женщины. Повышенный интерес к данной микроэкологии в значительной степени объясняется тем, что роль эволюционно сформировавшихся микробных популяций влагалищного биотопа заключается не только в поддержании колонизационной резистентности мочеполовой системы, но и в формировании в целом человеческой популяции.

До 97% от общего количества вагинальной микрофлоры приходится на особую группу лактобактерий, получивших название палочки Doderlein (по имени ученого, впервые описавшего эти микроорганизмы) [6].

Вначале предполагалось, что группу Doderlein составляют исключительно лактобациллы. Однако позже было установлено, что важным компонентом вагинальной индигенной флоры

Урогенитальные симптомы, физиологические и анатомические изменения, связанные с дефицитом эстрогенов (по Шестаковой И.Г., Симоновской Х.Ю., 2015 г.)

| Вульва | Влагалище | Мочевой пузырь и мочеиспускательный канал |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Исчезновение жировой прослойки в больших половых губах – Истончение и уменьшение размеров больших и малых половых губ – Укорочение крайней плоти и чрезмерное обнажение клитора либо атрофия клитора – Повышенная уязвимость для химических и физических воздействий, восприимчивость к инфекциям – Выпадение волос на лобке | <ul style="list-style-type: none"> – Недостаточная увлажненность слизистой оболочки – Снижение кровенаполнения и микроциркуляции – Сглаживание складок слизистой оболочки, потеря эластичности <ul style="list-style-type: none"> – Диспареуния – Зуд, жжение, болезненность – Истончение вагинальных тканей и нарушение характеристик эпителия (склонность к ороговению) – Поражения слизистой оболочки, в том числе петехии, микротрещины, изъязвления и вторичное воспаление – Укорочение, фиброзирование, сглаживание или облитерация свода влагалища и/или сужение входа во влагалище <ul style="list-style-type: none"> – Повышенная восприимчивость к механическим повреждениям – Ухудшение заживления травм (в том числе послеоперационных швов) – Аномальный показатель индекса созревания эпителия влагалища: уменьшение числа поверхностного слоя клеток, увеличение доли парабазальных клеток – Снижение содержания гликогена в эпителиальных клетках влагалища – Изменение микробного пейзажа: вместо лактобацилл преобладают условные патогены <ul style="list-style-type: none"> – Увеличение влагалищного pH выше 5,0 – Патологические выделения (бели) – Инфильтрация подслизистого слоя лимфоцитами и плазматическими клетками | <ul style="list-style-type: none"> – Сокращение емкости мочевого пузыря – Уменьшение максимального давления детрузора мочевого пузыря, увеличение объема остаточной мочи после мочеиспускания, ослабление струи мочи <ul style="list-style-type: none"> – Снижение порога чувствительности мочевого пузыря к наполнению (отсроченный позыв к мочеиспусканию) – Ослабление запирательных возможностей сфинктеров <ul style="list-style-type: none"> – Нарушение перфузии периуретральных венозных сплетений – Истончение эпителия мочевыводящих путей – Дизурия, никтурия и императивные позывы к мочеиспусканию – Недержание мочи – Рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей – Нарушение синтеза коллагена соединительной ткани |

являются также бифидобактерии и пропионовокислые бактерии. Эти три группы сахаролитических анаэробов выполняют ключевую роль в поддержании нормального функционирования микробиосистемы урогенитального тракта женщины.

Из бифидобактерий наиболее часто в вагинальной экосистеме выявляют виды *B. bifidum*, *B. longum*, *B. infantis*, *B. breve*, *B. adolescentis* [11]. Вагинальные бифидобактерии так же, как и лактобациллы, способны сбраживать гликоген с образованием органических кислот, адгезировать на эпителии, синтезировать антимикробные метаболиты, стимулировать местный иммунитет.

Установлено, что вагинальные бифидобактерии эффективно подавляют рост гарднерелл, стафилококков, эшерихий, клебсилл, грибов и других условно-патогенных микроорганизмов [1].

В вагинальном биоценозе здоровых женщин бифидобактерии содержатся в значительно меньшей концентрации, чем лактобациллы (до 10⁷ КОЕ/мл), однако при определенных обстоятельствах популяционный уровень генитальных бифидобактерий резко возрастает.

Присутствующие в вагинальном биоценозе пропионовокислые бактерии представляют собой грамположительные, аспорогенные, полиморфные мелкие палочки, отгличающиеся строгим анаэробизмом. Они активно сбраживают гликоген с образованием пропионовой и уксусной кислот, подавляющих рост условно-патогенных микроорганизмов. Кроме того, пропионовокислые бактерии обладают антиоксидантными, антимутагенными, антиканцерогенными и иммуностимулирующими свойствами. Большое значение имеет также высокая витаминсинтезирующая способность пропионовокислых бактерий, особенно относительно витамина B₁₂ [6].

Можно констатировать, что в процессе эволюции сложилась уникальная взаимовыгодная форма симбиоза между макроорганизмом человека и селективно отобранными наиболее полезными для него микробными популяциями, заселившими все полости и кожные покровы. Благодаря выработке специфических

адаптационных механизмов, микрофлора человека активно участвует в метаболических, регуляторных и генетических механизмах жизнедеятельности, создает мощную защиту его организма от колонизации экзогенными чужеродными микроорганизмами.

Только за последние несколько лет о БВ стало известно больше, чем за всю предыдущую историю его изучения. На этот раз появились новости, способные спровоцировать весьма интенсивные дискуссии: тень сомнения брошена на действующие терапевтические рекомендации CDC (2015 г.) о неадекватности лечить бессимптомный бактериальный дисбиоз [10].

Авторы научных работ, опубликованных в последнее время, пришли к выводу: БВ – мощный и самостоятельный фактор риска воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ). А это значит, что женщины с нарушенным механизмом микроэкологической саморегуляции биоценоза половых путей имеют больше шансов пострадать от ВЗОМТ. Основываясь на современных данных, врачу предстоит отработать тактику, по-новому осознать границу рациональных и минимально достаточных действий [4, 12].

Дисбиотические процессы во влагалище – неотъемлемая и константная часть патологической картины при ВЗОМТ: тот или иной тип нарушения микробиоценоза выявляют у 95% больных. Считать эту цифру простым совпадением невозможно, налицо убедительное доказательство прямой связи ВЗОМТ с микроэкологической катастрофой во влагалище. Причем новые научные данные позволяют взглянуть на «тесную дружбу» между БВ и ВЗОМТ с совершенно иной точки зрения [4, 7].

В 2014 году коллектив американских исследователей представил научному миру аналитический обзор «Микробиота и воспалительные заболевания органов малого таза» (Microbiota and pelvic inflammatory disease), ставший настоящей революцией в понимании их патогенеза. Работа суммировала долгожданные доказательства микробиологической связи между верхними и нижними половыми путями [15].

Непростой путь к самостоятельной нозологической форме БВ был связан с этиопатогенетическими особенностями этого заболевания: оно, безусловно, имеет инфекционную природу, однако при этом не сопровождается воспалительной реакцией. Очевидно, для вольготной жизни условно-патогенных анаэробов, облигатных и факультативных, слизистая оболочка влагалища продуцирует достаточное питательных субстратов, и бактерии не «покушаются» на живые эпителиоциты влагалищной стенки. Питательные вещества для микроорганизмов слизистая оболочка продуцирует даже с запасом, иначе неоткуда настолько стремительно взяться такому количеству бактерий: более 10^5 КОЕ/мл вагинального отделяемого – один из прямых признаков БВ. Не менее значимый, а скорее всего, даже более важный признак – резкое сокращение или полное отсутствие лактофлоры. К сожалению, оказалось, что нежелание организма реагировать воспалением на «нелегитимное» поведение влагалищной микрофлоры вовсе не означает функциональности и относительной безопасности этого состояния для пациентки. Главный риск БВ кроется именно в его кажущейся безобидности и частой бессимптомности [9].

Сокращение численности лактобактерий сопровождается не только ощелачиванием влагалищной среды, но и коллапсом местных защитных реакций. В такой ситуации микрофлора половых путей с нижних этажей устремляется вверх к стерильным в норме анатомическим областям: под ударом оказывается шейка матки. Мощный барьер на пути экспансии – полноценная слизистая пробка канала шейки матки, – к сожалению, в реальности часто отсутствует: предшествующий хирургический аборт или роды, не завершённые должным восстановлением анатомии шейки матки, не оставляют организму преимуществ в противoinфекционном противостоянии [13].

Выявлена чрезвычайно любопытная связь между БВ и неопластическими болезнями шейки матки в любом возрасте женщины.

Как бы то ни было, судя по всему, методов, равных рН-метрии по простоте, не существует вовсе – через 2 мин экспозиции тактика ведения пациентки ясна. Особую проблему составляют частые рецидивы БВ, усугубляющие течение урогенитального синдрома периода менопаузы. В наиболее авторитетном документе, относящемся к обсуждаемому вопросу, – «Рекомендациях по ведению пациенток с постменопаузальной урогенитальной атрофией», составленных экспертами Международного общества по менопаузе, признано, что симптомы эстрогенной недостаточности, урогенитальной атрофии и условно-физиологического старения на самом деле общие (табл. 1).

Цель исследования: оценка клинической эффективности и профилактики рецидивов БВ и урогенитальных расстройств у пациенток в перименопаузальный период с применением препарата Лактагель.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для выполнения исследования была разработана «тематическая карта наблюдения», в которой были приведены критерии включения в исследование, общие сведения о пациентке, жалобы и клинические симптомы, данные анамнеза, критерии диагностики БВ, схема лечения и показатели его клинической и микробиологической эффективности.

Критериями включения пациенток в исследование явились исходное клиничко-лабораторное подтверждение диагноза БВ, длительность менопаузы от 1 до 5 лет, информированное согласие на участие в исследовании, соблюдение назначений врача.

Критериями исключения были повышенная чувствительность или индивидуальная непереносимость компонента препарата, сопутствующие инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), урогенитальный кандидоз, наличие психических заболеваний, отсутствие готовности к сотрудничеству со стороны пациентки.

Обследовано 50 женщин в возрасте от 49 до 56 лет в перименопаузальный период, которые наблюдались в кабинете патологического климакса КУ «ДОПЦС» «ДОС» – клинической базы кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», у которых основные жалобы были на зуд, сухость во влагалище, диспареунию, периодически возникающие патологические выделения из половых путей с симптомами БВ. В анамнезе пациентки отмечали частые рецидивы БВ, гарднереллезной (39,8%), микотической инфекции (41,5%), в репродуктивном возрасте перенесли несколько эпизодов (в 36,8% случаев) сексуально-трансмиссивных инфекций: хламидиоз, трихомоноз.

Тематические пациентки были распределены на 2 группы: 1-ю группу (n=30) составили женщины, которые на фоне базовой терапии применяли Лактагель 3 мес; 2-ю группу (n=20) составили пациентки с базовой, традиционной терапией БВ (метронидазол, клиндамицин) без применения Лактагеля.

Диагностику БВ проводили на основании микроскопии влагалищных мазков, окрашенных по Граму. Микроскопическую картину вагинального отделяемого оценивали по содержанию эпителиальных клеток, соответствующих поверхностному, промежуточному и более глубоким слоям слизистой оболочки влагалища, наличию «ключевых» клеток, выраженности лейкоцитарной реакции, уровню общей микробной обсемененности (массивная, большая, умеренная, низкая), а также по видовому составу микрофлоры (дифференциация микроорганизмов по их морфологическим и тинкториальным свойствам, определение соотношения бактериальных морфотипов).

Учитывали совокупность признаков, позволяющих определить состояние микроценоза влагалища как нозологическую форму БВ: массивное или большое общее содержание микрофлоры, наличие «ключевых» эпителиальных клеток, преобладание среди микрофлоры морфотипов *Gardnerella vaginalis* и строго анаэробных бактерий (*Bacteroides-Prevotella*, *Mobiluncus spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Leptotrixia*) при отсутствии или очень низком титре морфотипов *Lactobacillus spp.*

Схема лечения БВ включала назначение метронидазола (внутри 250 мг 2 раза в сутки) в течение 5 дней и введение во влагалище крема с клиндамицином (100 мг 1 раз в сутки) в первые 3 дня приема метронидазола. Противогрибковые средства и пробиотики в процессе и после лечения не применяли. Безопасность препаратов оценивали на основе регистрации побочных реакций.

После базовой терапии применяли Лактагель в 1-й группе вагинально 7 дней подряд ежедневно по 1 тьюбику, а затем 1 тьюбик в неделю на протяжении 3 мес. При необходимости пациенткам с патологическим течением климактерия применяли комплексное лечение согласно Национальному консенсусу по менопаузе (МГТ или фитоэстрогены), антигипертензивную терапию, гиполипидемические средства.

Обследование пациенток проводили до лечения, после проведения курса терапии и через 3 мес после окончания применения Лактагеля.

Результаты были обработаны с помощью методов вариационной статистики, сопоставляя значения критерия вероятности со стандартными значениями критерия Стьюдента. В качестве уровня значимости выбрано значение $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

БВ впервые был диагностирован у 35 (70%) пациенток, причем рецидивирующая форма заболевания с чередованием обострений и клинических ремиссий имела место у 15 (30%). На момент обследования сексуально активными были 20 (40%) женщин, половые контакты в прошлом имели 25 (50%) и не имели опыта половых контактов 5 (10%) пациенток. Регулярно менструации в анамнезе были у 42 (84%) женщин, нарушение ритма менструаций было отмечено у 8 (16%). Из перенесенных гинекологиче-

ческих заболеваний: хронический сальпингит, оофорит были отмечены у 16 (32%) пациенток, лейомиома матки – у 6 (12%), бесплодие – у 2 (4%), гистероэктомия в анамнезе – у 1 (2%). Вместе с тем, у 6 (12%) была выявлена цервикальная эктопия, у 7 (14%) – цервицит, у 12 (24%) – рубцовая деформация шейки матки.

Клиническая картина БВ характеризовалась гиперемией вульвы у 18 (36%) пациенток и ее отечностью у 5 (10%), гиперемией слизистой оболочки влагалища у 26 (52%), обильными желтовато-белыми выделениями из половых путей, в том числе с резким запахом, – у 40 (80%) и пенистого характера – у 9 (18%). Выделения из влагалища чаще были обильными у 35 (70%) женщин, ухудшая качество их жизни и нарушая психоэмоциональную характеристику пациенток. При микроскопии мазков, окрашенных по Граму, «ключевые» клетки как патогномичный признак БВ был выявлен у 92% женщин. В случаях отсутствия «ключевых» клеток в мазках имели место характерные изменения качественного состава микрофлоры: отсутствие морфотипа лактобацилл, замена их на ассоциации *Gardnerella vaginalis* и строго анаэробных бактерий. У 46% больных в мазках, окрашенных по Граму, отмечалась нехарактерная для классического БВ выраженная лейкоцитарная реакция; рН-метрия влагалищного содержимого подтверждала диагноз БВ. Отсутствие в данном исследовании других методов диагностики оппортунистических инфекций ограничило наши возможности в определении всего объема значений влагалищных инфекций в современных условиях. Мы могли констатировать, что более чем в 50% случаев инфекции влагалища имеют смешанный характер. Поэтому микроскопия влагалищного мазка не может быть единственным методом для выявления всего спектра этиологических факторов. Нельзя исключить и роли грибов и вирусов, вызывающих сцепленные с БВ вагиниты и/или цервициты, а также не диагностированные ИППП. У пациенток с наличием в анамнезе хламидиоза и трихомониаза была сделана экспертная оценка этих инфекций методом иммуноферментного анализа, не подтвердившая их наличие на этапе выполнения данного исследования.

В процессе лечения все пациентки указали на положительную динамику количества выделений из половых путей. Спустя 7 дней после лечения у 82% женщин выделения стали умеренными, у 18% – скудными. После проведения базовой терапии и 7-дневного курса лечения Лактагелем в 1-й группе больных уменьшились субъективные симптомы: исчезли ощущение сухости влагалища и зуд, диспареуния, неприятные ощущения при мочеиспускании. Женщины из группы сравнения отмечали некоторое уменьшение сухости влагалища на фоне отсутствия выделений патологического характера. Данные кольпцитологических исследований свидетельствовали об отсутствии воспалительного процесса в обеих группах.

Динамика лейкоцитарной реакции влагалищного отделяемого после проведения лечения является свидетельством, что уровень лейкоцитов у большинства пациенток был в пределах нормы. Это явилось подтверждением того факта, что в течение 3 мес в биоценозе влагалища продолжается процесс саногенеза.

Оценку микробиологической эффективности лечения проводили параллельно объективному клиническому обследованию на 7-е сутки и через 3 мес после окончания курса лечения



Результаты сравнительного лечения бактериального вагиноза

Лактагелем. Критерием эффективности служила нормализация показателей, характерных для физиологического состояния биоценоза влагалища: умеренное общее количество микрофлоры, исчезновение «ключевых» клеток, отсутствие морфотипов *Gardnerella* и строгих анаэробов и абсолютное доминирование морфотипов *Lactobacillus*. Обращает на себя внимание, что клиническая эффективность лечения была ниже бактериологической эффективности, особенно в контрольной группе, что скорее всего обусловлено не столько сохранением субъективного ощущения влагалищных выделений, сколько эффективностью во времени и отсутствием рецидивов на фоне применения Лактагеля. Для выяснения причин рецидивов необходимо более углубленное микрoэкологическое исследование с включением широкого спектра культуральных бактериологических и молекулярно-биологических методов исследования.

На фоне проводимого лечения отличная и хорошая переносимость лечения, почти полное отсутствие побочных реакций было отмечено у всех пациенток. Возможно, низкая частота побочных реакций (1%) со стороны пищеварительного тракта объясняется сокращением продолжительности лечения, уменьшением в два раза дозы метронидазола (по 250 мг 2 раза внутрь не более 5 дней) за счет его комбинации с клиндамицином для внутривлагалищного введения (с 1-го по 3-й день приема метронидазола), но главное – применением Лактагеля для нормализации микробиоценоза влагалища.

У пациенток на фоне применяемого лечения патологического климакса и БВ была отмечена положительная динамика в степени выраженности климактерического синдрома, которая выражалась в снижении индекса Куппермана, что проявлялось в резком уменьшении приливов, эмоциональной лабильности, нарушений сна, нормализации артериального давления. Особо пациентки отмечали выраженность клинического улучшения на фоне использования Лактагеля и отсутствие рецидивов БВ, что привело к улучшению качества жизни.

Таблица 2

Оценка степени чистоты влагалища (по A.F. Heurlein)

| Микроскопическая картина | I | II | III | IV |
|---------------------------|-----------|----|-----|-----|
| Палочки Додерлейна | +++ | ++ | + | - |
| Comma variable | -- | -- | ++ | ++ |
| Гр(-) кокки и/или палочки | - | - | ++ | ++ |
| Анаэробы, стрептококки, | | | | |
| Колибациллы, трихомонады | - | - | +/- | +++ |
| Лейкоциты | - | + | ++ | +++ |
| Эпителиальные клетки | Единичные | + | + | ++ |

ВЫВОДЫ

Важный практический вывод состоит в том, что даже если при микроскопии мазка влагалищного отделяемого после противомикробной терапии при БВ (равно как при любой вагинальной инфекции) регистрируют доминирование лактофлоры, не уточняя ее видовой состав, то далеко не всегда следует считать пациентку выздоровевшей.

**Оптимізація лікувальної тактики та профілактики рецидивів бактеріального вагінозу і урогенітальних розладів у жінок у перименопаузальний період
З.М. Дубоссарська**

Мета дослідження: вивчення клінічної ефективності і профілактики рецидивів бактеріального вагінозу (БВ) і урогенітальних розладів у пацієнок у перименопаузальний період із застосуванням препарату Лактагель.

Матеріали та методи. Обстежено 50 жінок у віці від 49 до 56 років в перименопаузальний період з клініко-лабораторним підтвердженням діагнозу БВ, рН-метрії до призначення базової терапії (метронідазол, кліндаміцин) з включенням препарату Лактагель та через 7 днів і 3 міс після закінчення його застосування. За вираженості клімактеричного синдрому в терапію була включена менопаузальна гормонотерапія, гіполіпідемічні і гіпотензивні засоби.

Результати. Використання базової терапії із застосуванням Лактагелю сприяє відновленню вагінальної мікроекології, що супроводжується зникненням клінічних проявів БВ, нормалізацією рН і сприяє ефективній профілактиці рецидивів, а при комплексному підході до репродуктивного старіння – поліпшенню якості життя.

Заключення. Практикуючі акушери-гінекологи, представляючи патогенез БВ і супутніх порушень, особливо в ситуації, коли патологічний стан не має повністю патогномонічних клініко-лабораторних підтверджень, повинні своєчасно виявити лужність вагінального середовища шляхом тесту на рН. З огляду на високу ефективність використання Лактагелю у комплексній терапії БВ і профілактиці його рецидивів рекомендовано застосування даного препарату для відновлення вагінального біотопу.

Ключові слова: бактеріальний вагіноз, період перименопаузально-го переходу, Лактагель.

Использование терапии с применением Лактагеля (гликоген+молочная кислота) способствует восстановлению вагинальной микроэкологии, что сопровождается нормализацией влагалищной рН-метрии, исчезновением в подавляющем большинстве случаев клинических проявлений БВ, эффективной профилактикой рецидивов, а при комплексном подходе к репродуктивному старению – улучшением качества жизни.

**Optimization of treatment tactics and prevent a recurrence of bacterial vaginosis and urogenital disorders in women in perimenopausal period
Z.M. Dubossarskaya**

The objective: to evaluate the clinical efficacy and prevention of recurrence of bacterial vaginosis and urogenital disorders in patients in the perimenopausal period with Laktagel.

Patients and methods. The study involved 50 women from 49 to 56 years old in the perimenopausal period, with clinical and laboratory evidence of bacterial vaginosis, the pH-meters to the purpose of basic therapy (metronidazole, clindamycin) with the inclusion of the drug Laktogel, 7 days and 3 months after application Laktagel. Menopausal hormone therapy, lipid-lowering and antihypertensive drugs was included in the therapy in women with expressed climacteric syndrome.

Results. Using the basic therapy with Laktagel helps to restore the vaginal microecology, which is accompanied by the disappearance of the clinical manifestations of bacterial vaginosis, normalization of pH, and contributes to the effective prevention of relapses, and a comprehensive approach to reproductive aging – improving the quality of life.

Conclusion. Practitioners obstetricians, representing the pathogenesis of bacterial vaginosis and associated violations, especially in situations where the pathological condition has not completely pathognomonic clinical and laboratory evidence, should timely detect alkalization of vaginal environment by pH test. Given the high efficiency of Laktagel in the treatment of bacterial vaginosis and the prevention of its recurrence, recommended its use for restoring the vaginal biotope.

Key words: bacterial vaginosis, perimenopausal period, Laktagel.

Сведения об авторе

Дубоссарская Зинаида Михайловна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО Государственного учреждения «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 49044, г. Днепропетровск, ул. Владимира Вернадского, 9; тел.: (0562) 68-52-62

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дністрянська А.П. Лікування та вторинна профілактика запальних захворювань піхви із застосуванням Лактагелю у жінок з проявами патологічного клімаксу / А.П. Дністрянська // Здоров'я жінки. – 2014. – № 10 (96). – С. 130–132.
2. Дубоссарська Ю.О. Патолофізіологія клімактерію і менопаузи у жінок з порушеннями системи репродукції в анамнезі, стратегія замісної гормональної терапії: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук – К, 2006. – 36 с.
3. Дубоссарская З.М. Репродуктивная эндокринология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты) / З.М. Дубоссарская, Ю.А. Дубоссарская. – Днепропетровск: Лира ЛТД, 2008. – С. 281–289.
4. Духин А.О. Лифт отправляется наверх / А.О. Духин, Е.В. Нурғалиева, И.Д. Ипастова // StatusPraesens. – 2015. – № 6 (29). – С. 78–85.
5. Здоровое старение должно стать глобальным приоритетом. Выпуск новостей // ВОЗ. 06.11.2013. – URL // www.who.int/2014/lancet-serios/ru
6. Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии: Пост-релиз и материалы научной программы II конференции с международным участием. – М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2012. – С. 11–12.
7. Національний консенсус щодо ведення пацієнок у клімактерії // Репродуктивна ендокринологія. – 2016. – № 1 (17). – С. 6–25.
8. Радзинский В.Е. Школа изысканного старения / В.Е. Радзинский, Т.А. Добрецова // StatusPraesens, 2015. – № 2 (25). – С. 51–58.
9. Руднева О.Д. Почему нельзя без влагалищной рН-метрии? / О.Д. Руднева // StatusPraesens. – 2012. – № 5 (11). – С. 30–33.
10. Шестакова И.Г. Урогенитальный эпителий в ожидании эстрогенов / И.Г. Шестакова, Х.Ю. Симоновская // StatusPraesens. – 2015. – № 5. – С. 78–85.
11. Янковский Д.С. Состав и функции микробиоценозов различных биотопов человека / Д.С. Янковский // Здоровье женщины. – 2013. – № 4 (16). – С. 145–158.
12. Allsworth J.E., Peipert I.F., Severity of bacterial vaginosis and the risk of sexually transmitted infection // Amer. J. Obstet. Gynecol., 2011. – Vol. 205, № 2. – P. 111–116 (PMID: 21514555).
13. Nappi R.E., Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, views and Attitudes (viva)- results from an international survey // Climacteric. – 2012. – Vol. 15. – P. 36–44 (PMID: 22168244).
14. Suzman H.D.R. Helping the world to grow old more gracefully // Lancet. – 2015. – Vol. 385 (9967). – P. 481–576.
15. Sharma H., Tal R., Clark N.A., Segars J.H. Microbiota and pelvic inflammatory disease // Semin. Reprod. Med. – 2014. – Vol. 32. – № 1. – P. 48–49 (PMID: 4148456).

Статья поступила в редакцию 20.05.2016

Чисто женская защита



зуд сухость
вагинальные выделения
Дисбактериоз
Gardnerella vaginalis
Неприятный запах
Bacterium vaginale
Вагинальный вагиноз
Клебсиелла
Столбняк
Дисбактериоз
Поддерживает естественный pH
Дискомфорт
Раздражение
во влагалище
щелочной секс



Лактагель® (молочная кислота и гликоген)

Гель вагинальный
для нормализации микрофлоры

- 🌸 **БЫСТРО** устраняет неприятный запах, зуд, дискомфорт
- 🌸 Можно применять **ОДНОВРЕМЕННО** с антибиотиками
- 🌸 Естественное восстановление **СОБСТВЕННОЙ** микрофлоры
- 🌸 **НЕ СОДЕРЖИТ** гормонов, биосистем и консервантов
- 🌸 **УДОБЕН** – в одноразовых микроспринцовках
- 🌸 Разрешен беременным и кормящим

OLFA
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ МАРКЕТИНГ
И ДИСТРИБЬЮЦИЯ
тел. (044) 530-11-38
www.olfa.ua

Не является лекарственным средством. Заключение санитарно-эпидемиологической экспертизы №05.03.02-03 / 55800 от 17.12.2015 г. Перед применением ознакомьтесь с инструкцией и проконсультируйтесь с врачом. Хранить в недоступном для детей месте.

ORION

Производитель: Рольф Куллгрэн АБ, Швеция
Rolf Kullgren AB, Box 123, SE-646 22 Gnesta, Sweden