

РОЛЬ ДИСБИОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ФОРМ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

А. Санникова,

Н. Щукина, доктор медицинских наук, профессор,

С. Лукашенко, кандидат физико-математических наук,
МОНИАГ, Москва

E-mail: nurabeat@rambler.ru

Проанализированы результаты лечения 79 пациенток с основным диагнозом бактериального вагиноза (БВ). В связи с дисбактериозом кишечника, выявленным у 54 (68,4%) пациенток с БВ, потребовалось дополнение стандартного лечения коррекцией дисбиотических нарушений. Благодаря этому снижение частоты рецидивирования БВ достигло 33,3%.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, рецидив, дисбактериоз кишечника.

Результаты исследований российских и зарубежных авторов свидетельствуют об ухудшении репродуктивного здоровья женщин. Среди вагинальных инфекций одно из ведущих мест занимает бактериальный вагиноз (БВ) [4, 7]. В исследованиях в области акушерства и гинекологии, проведенных как в России, так и за рубежом, выявлена высокая частота БВ у женщин репродуктивного возраста – до 86,6% [1, 3, 9]. На фоне БВ увеличивается риск заражения инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), наблюдается манифестация латентной инфекции вирусной этиологии [5]. Данные многочисленных исследований свидетельствуют о развитии воспалительных заболеваний внутренних половых органов и увеличении риска послеоперационных осложнений у женщин с БВ [2, 8, 10]. Несмотря на наличие разных схем лечения БВ, его рецидивы отмечаются у 50–70% больных [6]. Многие авторы отмечают связь экосистемы кишечника и полового тракта, однако пока исследование биоценоза не входит в общепринятую схему обследования пациенток с БВ [10, 11]. В связи с этим представляются актуальными изучение причин БВ и профилактика его рецидивов.

Нашей целью было снизить частоту рецидивов БВ путем выявления и лечения дисбиотических нарушений у таких пациенток.

В исследование, проведенное на базе поликлиники № 51 Центрального административного округа (ЦАО) Москвы, было включено 79 больных, у которых основным диагнозом был БВ (впервые выявленный или рецидивирующий). Диагноз ставили, исходя из стандартных критериев – наличие 3 признаков из нижеперечисленных: патологический характер выделений, свойственных БВ (сероватые, с «рыбным запахом»); положительный аминный тест; наличие «ключевых клеток»; кислотность >4,5 (в норме 3,8–4,5) при отсутствии воспалительной реакции в анализах отделяемого влагалища и шейки матки.

В 1-ю группу вошла 61 пациентка с впервые выявленным БВ, во 2-ю – 18 с рецидивирующим БВ. Возраст пациенток 1-й группы в среднем (медиана) составил 20 лет (квартили – 18 и 36 лет), минимальный и максимальный возраст – 15 и 56 лет. Возраст пациенток 2-й группы в среднем (медиана) – 32 года (квартили 19 и 40 лет), минимальный и максимальный – 18 лет и 53 года. Средняя продолжительность заболевания во 2-й группе (медиана) – 24 мес (квартили – 15 и 42 мес).

Обследование предусматривало сбор анамнеза, общий и гинекологический осмотр, стандартные исследования вагинальной флоры (бактериологические и бактериоскопические), цитологическое исследование, диагностику с применением полимеразной цепной реакции – ПЦР, культуральное исследование на дисбактериоз кишечника.

Всю информацию о пациентках вносили в базу данных персонального компьютера IBM PC, статистический анализ осуществляли с помощью пакета стандартных и специальных программ.

Нарушения менструальной функции выявлены у 12 (19,7%) больных 1-й группы и у 5 (27,8%) – 2-й, причем если в 1-й группе нарушения проявлялись в основном гипер- и альгоменореей (11,5 и 14,8% соответственно), то во 2-й группе чаще наблюдался нерегулярный менструальный цикл (дисменорея) – 16,7%, относящийся к числу факторов, предрасполагающих к развитию БВ [11].

Оценивая клиническое течение БВ в современных условиях, необходимо отметить, что у 43 (70,5%) пациенток с впервые выявленным БВ и у 9 (50,0%) с рецидивирующим он протекал бессимптомно. У пациенток как с впервые выявленным, так и с рецидивирующим БВ преобладали «кишечные» жалобы. Если «гинекологические» жалобы предъявляли только 18 (29,5%) пациенток 1-й группы и 9 (50,0%) – 2-й, то «кишечные» – 22 (36,0%) пациентки 1-й группы (на запоры жаловались 14,7% больных, на диарею периодического характера – 19,7%, на неустойчивый стул – чередование диареи с запором – 18,0%) и 12 (66,7%) – 2-й группы (запор – 50,0%, диарея – 5,6%, неустойчивый стул – 11,1%). При этом нарушения функции кишечника наблюдались в 1,9 раза чаще у пациенток с рецидивирующим БВ.

Несмотря на молодой возраст обследованных (2-е гинекологическое отделение поликлиники № 51 ЦАО Москвы обслуживает преимущественно студенток высших и средних учебных заведений и сотрудниц прикрепленных предприятий), анализ экстрагенитальной патологии выявил ее высокую частоту, в том числе наличие хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у 22 (36,1%) пациенток 1-й группы и у 5 (27,8%) – 2-й.

Гинекологические заболевания в анамнезе имели 32 (52,5%) пациентки 1-й группы и 13 (72,2%) – 2-й, воспалительные заболевания органов малого таза – соответственно 22 (36,1%) и 9 (50,0%); $p < 0,05$. У обследованных воспалительные заболевания встречались в 4,8 раза чаще остальных гинекологических заболеваний. Гинекологические заболевания воспалительного характера регистрировались в анамнезе в 2,3 раза чаще у больных с выявленным дисбактериозом кишечника (27 – 31,8% – наблюдений), чем у пациенток с БВ без дисбактериоза (5 – 13,5% – наблюдений); $p < 0,05$.

Во время осмотра обильные выделения серого цвета из влагалища обнаружены у 45 (73,8%) пациенток 1-й группы и у 13 (72,2%) – 2-й, выделения имели «рыбный запах»

соответственно у 32 (52,5%) и 12 (66,7%) больных. Аминный тест был положительным у 70% больных 1-й группы и у 72,2% – 2-й.

Сопутствующая гинекологическая патология была выявлена у 28 (45,9%) пациенток 1-й группы и у 5 (27,8%) – 2-й: эрозия шейки матки – соответственно у 21,3 и 22,2% женщин, цервицит и миома матки – соответственно у 11,5 и 6,6% больных 1-й группы.

ИППП, подтвержденные 2 методами (один из них – ПЦР), выявлены у 13 (21,3%) пациенток 1-й группы и у 8 (44,4%) – 2-й (*Chlamidia trachomatis* – у 5,6% пациенток 2-й группы, *Mycoplasma genitalis* – соответственно у 4,9 и 11,1% пациенток 1-й и 2-й групп, *Ureaplasma species* – у 11,5 и 16,7%, *Ureaplasma urealiticum* – у 4,9 и 11,9%).

Данные бактериоскопического анализа отделяемого из влагалища представлены в таблице. В результате бактериоскопического анализа отделяемого влагалища «ключевые клетки» выявлены у 38 (62,3%) пациенток 1-й группы и у 10 (55,6%) – 2-й группы. Преобладала смешанная и кокковая микрофлора с умеренным количеством эпителиальных клеток.

Все пациентки были проконсультированы гастроэнтерологом. Диагноз дисбактериоза кишечника был диагностирован согласно стандартным критериям:

- наличие диареи, запоров и их чередование; эти клинические симптомы выявлены у 32 (53,5%) пациенток 1-й группы и у 12 (67,7%) – 2-й;
- обнаружение культуральных маркеров дисбактериоза кишечника, наиболее значимыми из которых являются снижение количества кишечной палочки, бифидобактерий и лактобактерий.

По нашим данным, количество кишечной палочки (норма – 300–400 млн/г) оказалось сниженным в разной степени у 40 (50,6%) обследованных с БВ: у 27 (44,3%) – 1-й группы и у 13 (72,2%) – 2-й.

Уменьшение количества бифидобактерий (норма $>1 \cdot 10^8$) выявлено у 39 (63,9%) пациенток 1-й группы и у 14 (77,8%) – 2-й. Дефицит лактобактерий (норма $>1 \cdot 10^6$) обнаружен у всех 54 больных с дисбактериозом кишечника: у 40 (65,6%) – 1-й группы и у 14 (77,8%) – 2-й. В результате дисбактериоз кишечника выявлен у 54 (68,4%) пациенток с БВ: у 40 (65,6%) – 1-й группы и у 14 (77,8%) – 2-й, причем более тяжелые нарушения микробиоценоза кишечника обнаружены у пациенток с рецидивирующим БВ (у 64,3% от числа всех выявленных больных).

Антибактериальная терапия, являющаяся фактором, предрасполагающим к развитию как дисбактериоза кишечника, так и БВ, проводилась ранее 39 (63,9%) пациенткам 1-й группы и 17 (94,4%) – 2-й. Антибактериальную терапию получали 39 (70,9%) больных дисбактериозом кишечника и только 20 (36,4%) – без него.

Нами проведена терапия по стандартной схеме: метронидазол (таблетки) в дозе 0,25 г 3 раза в сутки и метронидазол (свечи) 0,5 г на ночь в течение 7 дней. Комбинированный пробиотик дополнительно к стандартной терапии назначили 54 пациенткам с дисбактериозом кишечника (по 40–60 капель 3 раза в сутки на 14 дней). В 1-й группе комбинированный пробиотик принимали 40 (65,6%) пациенток, во 2-й – 14 (77,8%). Все пациентки с ИППП получали соответствующую стандартную терапию. Гастроэнтерологом проводилось лечение сопутствующих заболеваний ЖКТ. Результаты лечения оценивали через 1, 6 и 12 мес.

Результаты бактериоскопического анализа отделяемого из влагалища у пациенток с БВ

Данные бактериоскопического анализа	1-я группа	2-я группа	Всего
Лейкоциты (влагалище) (норма – от 15 до 20 в поле зрения)	19 (31,1)	12 (66,7)	31 (39,2)
Лейкоциты (цервикальный канал) (норма <20 в поле зрения)	14 (23,0)	9 (50,0)	23 (29,1)
Эпителиальные клетки:			
умеренно	39 (63,9)	13 (72,2)	52 (65,8)
много	22 (36,1)	5 (27,8)	27 (34,2)
Состав микрофлоры:			
кокковая	18 (29,5)	7 (38,9)	25 (31,6)
смешанная	38 (62,3)	10 (55,6)	48 (60,8)
палочковая	5 (8,2)	1 (5,6)	6 (7,6)
«Ключевые клетки»	38 (62,3)	10 (55,6)	48 (60,8)
Мобилункус	3 (4,9)	1 (5,6)	4 (5,1)
Лептотрикс	1 (1,6)	–	1 (1,3)

Примечание. В скобках – %.

Спустя 1 мес после окончания лечения всем пациенткам повторно произведена бактериоскопия отделяемого влагалища. Результаты анализов у всех соответствовали норме. У всех 54 пациенток с дисбактериозом кишечника получены нормальные результаты анализов кишечной флоры. Однако при дальнейшем наблюдении рецидив БВ выявлен у 22 (27,8%) пациенток, в том числе у 16 (26,2%) 1-й группы и у 6 (33,3%) – 2-й. Все рецидивы возникли в течение 1-го года после окончания лечения.

Важно отметить, что дисбиотические нарушения кишечной микрофлоры имелись у большинства – 16 из 22 (73,0%) – пациенток с рецидивами БВ. В 1-й группе дисбактериоз кишечника имели 11 из 16 пациенток (68,8%) с рецидивом заболевания, во 2-й – 5 из 6 (83,3%).

Таким образом, у 65,8% больных БВ заболевание протекало бессимптомно. Хронические заболевания ЖКТ (у 34,2% больных) и дисбактериоз кишечника (у 68,4%) были факторами риска развития и рецидивирования БВ. Лечение БВ (стандартное и в ряде случаев – с коррекцией дисбиотических нарушений) не может считаться удовлетворительным (заболевание рецидивировало у каждой 4-й пациентки в течение года), что указывает на целесообразность дальнейших исследований. Необходимо более углубленное обследование пациенток с БВ, предусматривающее диагностику хронических заболеваний ЖКТ и дисбактериоза кишечника с коррекцией выявленных нарушений в сотрудничестве с гастроэнтерологом.

Литература

1. Анкирская А.С. Бактериальный вагиноз // Акуш. и гин. – 2005; 3: 10–13.
2. Байрамова Г.Р. Клинические особенности и эффективность различных методов терапии бактериального вагиноза: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 186 с.
3. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. – СПб., 2001. – 363 с.
4. Доброхотова Ю.Е., Джобава Э.М. Современные подходы к терапии вагинальных дисбиозов у беременных групп риска // Росс. вестн. акуш. и гин. – 2008; 1: 62–65.
5. Доброхотова Ю.Э., Чернышенко Т.Д., Дорофеева Л.А. Особенности применения генферона при проведении комплексного лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки // Эффект. фармакотерапия. – 2007; 3: 20–24.
6. Картвелишвили К.З. Эффективность применения сорбции в комплексном лечении рецидивирующих форм бактериального вагиноза, вагинального кандидоза и неспецифического вагинита // Вестн. акуш. и гин. – 2000; 1: 100–103.
7. Муслимова С.З. Современные представления о бактериальном вагинозе // Росс. вестн. акуш. и гин. – 2008; 1: 13–17.
8. Хергетт Х.Ф., Летцель Х., Петров Р.О. Комплексная терапия дисбиозов // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1997; 6: 51–55.
9. Cjukic-Ivancevic S., Bujko M. Bacterial vaginosis. Epidemiology and risk factors // Srp. Arh. Celok. Lek. – 2000; 128: 2, 29–33.
10. Eschenbach D. Bacterial vaginosis and anaerobes in obstetric-gynecologic infection // Obstet. Gynecol. Clin. Infect. Dis. – 1993; 16: (4): 282–287.
11. Hallen A., Pahlson C., Forsum U. Bacterial vaginosis in women attending STD clinic: diagnostic criteria and prevalence of Mobiluncus spp. // Gnitourin. Med. – 1987; 63 (6): 386–389.

ROLE OF DYSBIOTIC DISORDERS IN THE PATHOGENESIS OF RECURRENT FORMS OF BACTERIAL VAGINOSIS

A. Sannikova, Professor N. Shchukina, MD; S. Lukashenko, Candidate of Physicomathematical Sciences

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Moscow
 Seventy-nine patients with the principal diagnosis of bacterial vaginosis (BV) were analyzed. The standard treatment had to be supplemented by the correction of dysbiotic disorders due to intestinal dysbacteriosis identified in 54 (68.4%) patients with BV. Owing to this fact, the reduction in the frequency of BV recurrence achieved 33.3%.

Key words: bacterial vaginosis, recurrence, intestinal dysbacteriosis.

Журнал «Фармация» предлагает



руководителям фарминдустрии, сотрудникам аптек, преподавателям и студентам уникальную информацию о проектах фармакопейных статей, научных исследованиях в области контроля качества лекарственных средств. С журналом «Фармация» вы всегда будете в курсе самых новейших достижений фармацевтической науки

Подписаться можно с любого месяца



Подписной индекс по каталогу «Роспечать» – **71477**
 по каталогу «Пресса России» – **44772**
 по каталогу «Почта России» – **73175**

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. Березанцев¹, доктор медицинских наук, **Л. Монасыпова¹**, **А. Спиртус²**, **С. Стражев²**, кандидат медицинских наук,

¹ГНЦ ССП им. В.П. Сербского,

²Онкологический диспансер № 3 Москвы

E-mail: kolibri215@yandex.ru

По результатам катamnестического наблюдения 110 женщин, перенесших радикальные операции по поводу рака молочной железы, сделан вывод: у 68,18% пациенток имеются психические расстройства пограничного уровня, у остальных – донозологические психические нарушения. Отмечены редукция психопатологических проявлений и улучшение субъективных параметров качества жизни пациенток на фоне проведения индивидуально подобранной психотерапии.

Ключевые слова: рак молочной железы, пограничные психические расстройства, качество жизни, защитные личностные механизмы, психотерапия.

Одним из неблагоприятных патогенных факторов, влияющих на индивидуальное психическое здоровье, является наличие тяжелых соматических заболеваний, в том числе злокачественных новообразований, которые существенно изменяют качество жизни (КЖ) и уровень социальной адаптации пациентов. Высокую частоту нарушений психического здоровья у онкологических больных отмечают многие исследователи [13, 14].

В последние 20 лет в мире повышается интерес к психологическим аспектам онкологической заболеваемости, и прежде всего – к предупреждению развития у таких больных психических заболеваний и формированию у них эффективной адаптации. По многочисленным данным, у больных онкологического профиля эффективны психосоциальные вмешательства [17, 20].

Патогенез психических нарушений у онкологических больных сложен, поскольку определяется сочетанным воздействием на нервно-психическую сферу мощных астенизирующих экзогенно-органических и психотравмирующих влияний [13]. Основу психопатологии онкологических больных составляют пограничные психические расстройства [2, 4–6, 11, 12, 14]. В формировании у них невротических расстройств немаловажную роль играют личностные особенности, определяющие ответ индивидуума на стрессовые влияния.

В.Я. Семке [13] предлагает модель психосоматических соотношений, в которой выделяет 3 уровня адаптации: биологический, конституционально-типологический и психологический. На каждом из этих уровней определяются как патогенетические факторы, так и саногенетические, являющиеся ресурсами адаптации. Так, соматогенным фактором на биологическом уровне противостоят «соматиче-