Прященко М.О., Паращук В.Ю., Луцький А.С.

Сучасні підходи до лікування бактеріального вагінозу.

Харківський національний медичний університет

Кафедра акушерства та гінекології №2

Науковий керівник к. мед. н . Гайворонська С.І.

Дисбактеріоз піхви представляє собою порушення будови біоплівки слизової, а загальний імунітет патологічної біоплівки часто практично зводить нанівець можливість корекції бактеріального вагінозу (БВ) за допомогою пробіотиків. Біоплівка підвищує ступінь адгезії бактерій до поверхні епітелію, що дозволяє їм досягати більш високих концентрацій і перешкоджати проникненню лікарських препаратів до бактерій, що знаходяться в плівці в неактивному стані [1, 2]. Крім того, створюються умови для масивного розмноження анаеробів в піхві.

Терапевтичний вплив на біоплівки повинний бути спрямований на механізми первинної адгезії бактерій до поверхні, блокування синтезу або руйнування полімерного матриксу, на порушення міжклітинного обміну інформацією і також поєднуватися з власне бактерицидними агентами.

Метою роботи було порівняння результатів лікування БВ при використанні стандартної терапії антианаеробними препаратами і схеми з включенням живої форми пробіотика та препаратом аскорбінової кислоти.

Матеріали та методи. Було обстежено 30 жінок з бактеріальним вагінозом. Для постановки діагнозу «бактеріальний вагіноз» керувалися наявністю критеріїв Аmsel. Методом полімеразної ланцюгової реакції зі зворотньою транскриптазою були виявлені біоплівочні асоціації.

В основній групі (15 жінок) проведено курс лікування БВ: метронідазолом і кліндаміцином протягом 6 днів з паралельним застосуванням вагінально аскорбінової кислоти протягом 10 днів. Після антибіотикотерапіі був призначений мультипробіотик у вигляді піхвових зрошень. У групі порівняння (15 жінок) лікування БВ проведено у відповідності з галузевим клінічним протоколом.

Результати дослідження та їх обговорення .У пацієнток з БВ біоплівки були виявлені в 93 % (n = 14) випадків в основній групі і у 86% (n = 13) пацієнток контрольної групи. Найбільш поширеними мікроорганізмами, що входять до складу біоплівок при БВ, були G. Vaginalis (від 60 до 90 % маси біоплівки ). Співвідношення анаеробів до аеробів в основній групі становило 156:1, в контрольній 150:1. Вміст лізоциму в секретах репродуктивного тракту жінок з БВ до початку лікування становив 38,34±7,87 мк/л (цервікальний секрет ) при нормі 30,54±6,32 мкг/л, р < 0,05 і 38,98±7,2 мкг/л (вагінальний слиз) при фізіологічних показниках 28,85±6,94 мкг/л, р < 0,05. Після курсу лікування пацієнток з БВ, що брали участь у дослідженні, клінічне одужання за критеріями Аmsel настало у 14 (93 %) основної групи і у 10 (66 %) жінок групи порівняння. Наявність біоплівок у хворих основної групи зменшилася до 20 % випадків (n = 3) і співвідношення анаеробів до аеробів змінилася до 5:1. У контрольній групі наявність біоплівкових асоціацій було виявлено у 53 % випадків (n = 8), відповідність анаеробів до аеробів склала 40:1.Вміст лізоциму в цервікальному і вагінальному секреті основної групи відповідав рівням фізіологічної норми. У хворих контрольної групи вміст лізоциму в секреті піхвового біотопу залишався підвищеним: 36,87±4,7 мкг/л в цервікальному слизу при нормі 30,54±6,32 мкг/л, р < 0,05 і 34,12±5,6 мкг/л при нормі 28,85±6,94 мкг/л, р < 0,05 в піхвовому секреті.

Висновки. Елімінації біоплівкових асоціацій сприяє включення в схему лікування бактеріальних вагінозів препаратів, які сприяють зниженню рН і відновленню фізіологічної мікрофлори.

ЛІТЕРАТУРА

1. Інфекції, що передаються статевим шляхом / Клінічний протокол, затверджений Наказом МОЗ України №582 від 15.12.2003 .
2. Татарчук Т.Ф. Современный подход к терапии неспецифических вагинитов / Т.Ф.Татарчук// Фармакотерапія. – 2015. –№ 2(22). – С.85-88.