

УДК 618 (082)

ББК 57.1я43

З-41

**Редакційна колегія:**

**Головний редактор – академік НАМН України В.М. Запорожан**

**Відповідальний науковий редактор – член-кор. НАМН України В.В. Камінський**

**Виконавчий редактор – доц. О.М. Борис**

**Відповідальний секретар – І.В. Малишева**

**Редакційна колегія:**

*Проф. С.Р. Галіч*

*Проф. В.Г. Дубініна*

*Проф. З.М. Дубосарська*

*Проф. І.А. Жабченко*

*член-кор. НАМН України В.І. Медвідь*

*Проф. Т.Г. Романенко*

*Проф. О.В. Ромащенко*

Статті, опубліковані у Збірнику наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України, вважати фаховими в галузі медичних наук у кожному випадку окремо – за поданням спеціалізованої вченої ради.

*Постанова Президії ВАК України від 12.06.02 №2-05/6*

*Свідоцтво про державну реєстрацію*

*Серія КВ № 3140 від 25.03.1998*

Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2012. – 464 с.

ISBN 978-966-8977-32-9.

Для сприяння науковому і практичному розв'язанню сучасних проблем охорони здоров'я жінки-матері й дитини, підвищення рівня кваліфікації акушерів-гінекологів.

**УДК 618 (082)**

**ББК 57.1я43**

12. *McKinnie V, Swift SE, Wang W, Woodman P, O'Boyle A, et al.* The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Aug; 193(2):512-7;discussion 517-8.
13. *Moalli P, Jones S, Meyn L, Zyczynski H.* Risk factors associated with pelvic floor disorders in women undergoing surgical repair. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 869-74.
14. *Moalli P, Shand S, Zyczynski H, Gordy S, Meyn A.* Remodeling of vaginal connective tissue in patients with prolapse. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 953-63.
15. *Rortveit G; Brown J, Thom D, et al.* Symptomatic pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a population-based, racially diverse cohort. *Obstet Gynecol.* 2007 Jun; 109(6):1396- 403.
16. *Swift S, Tate S, Nicholas J.* Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women: what is pelvic organ prolapse? *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 372-77.
17. *Woodman P, Swift S, O'Boyle A, Valley M, Bland D, Kahn M, Schaffer J.* Prevalence of severe pelvic organ prolapse in relation to job description and socioeconomic status: a multicenter cross-sectional study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006 Jun;17(4):340-5.

## КОМПЛЕКСНОЕ МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

*ГРИЩЕНКО О.В., БОБРИЦКАЯ В.В., ЧЕРНЯК О.Л.,*

*ГРИЩЕНКО Н.Г., СТУПАК И.И.*

г. Харьков

Термин бактериальный вагиноз соответствует инфекционному невоспалительному синдрому полимикробной этиологии, обусловленному дисбиозом вагинального биотопа, который характеризуется:

- 1) резким увеличением количества облигатно- и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов;
- 2) снижением количества или полным отсутствием лактобактерий, преимущественно перекись-продуцирующих;
- 3) повышением уровня вагинального рН.

Возникает комплекс патологических изменений влагалищной среды, обусловленный активным ростом анаэробных неспорогенных микроорганизмов, возможно, полимикробной этиологии. Бактериальный вагиноз – это особое распределение микробной экосистемы, чем настоящая тканевая инфекция. При данном заболевании влагалищные выделения включают смешанную флору, состоящую из пептококков, пептострептококков, бактероидов, мобилюнкуса, микоплазм, гарднерелл и небольшого количества вагинального эпителия. Массивное разрастание смешанной флоры связано с потерей «нормальных» лактобактерий, доминирующих в вагинальной экосистеме. Во всяком случае, ни один из известных видов бактерий не ответственен за возникновение бактериального вагиноза.

При бактериальном вагинозе происходит увеличение концентрации аэробных и анаэробных микроорганизмов на несколько порядков. Так, концентрация микроаэрофильных бактерий (*Gardnerella vaginalis*) повышается в 100 раз, а анаэробных микроорганизмов (*Bacteroides* spp., *Peptococcus* spp.) – в 1000 раз и более. Также увеличивается количество не продуцирующих перекиси анаэробных лактобактерий. Это способствует возникновению определенных симптомов заболевания. На этом фоне происходит снижение концентрации факультативных лактобацилл. Это приводит к уменьшению количества молочной кислоты, снижению кислот-

ности влагалищного содержимого и росту анаэробов. В сложной цепи патогенеза воспалительных заболеваний женских половых органов существенная роль отводится иммунным реакциям организма. Бактериальный вагиноз – это мультифакторный синдром. Основная роль в возникновении бактериального вагиноза отводится нарушениям микробиоценоза влагалища, происходящим в результате воздействия как экзогенных, так и эндогенных факторов заболевания [1]. Главными причинами развития патологического процесса во влагалище следует считать эндокринные расстройства, изменения состояния местного иммунитета (снижение иммуноглобина А, циркулирующих иммунных комплексов, комплемента, повышение иммуноглобулина G), бессистемную антибактериальную терапию, перенесенные или сопутствующие воспалительные заболевания женских половых органов, постоянное воздействие малых доз ионизирующего излучения, частые спринцевания, применение контрацептивов (оральных, внутриматочных, спермицидов), хирургические и диагностические вмешательства [1,2]. Поскольку у 50–55% женщин, страдающих бактериальным вагинозом, выявляется дисбактериоз кишечника, можно говорить о едином дисбиотическом процессе в организме с доминирующим проявлением либо в генитальной, либо в пищеварительной системах. На сегодняшний день установлено, что бактериальный вагиноз является не только причиной неприятных выделений, но и фактором риска, а иногда одной из причин возникновения тяжелой патологии женских половых органов и осложнений беременности и родов. Исследования многих авторов показали, что бактериальный вагиноз может привести: в гинекологической практике – к эндометриту, сальпингоофориту; воспалительным осложнениям после операций и инвазивных процедур, а также кольпитам и неопластическим процессам шейки матки; бесплодию; увеличению риска заражения венерическими заболеваниями (низкий редоксипотенциал тканей и высокий уровень рН), а в акушерской практике – к хориоамниониту, послеродовому эндометриту, преждевременным родам, рождению детей с низкой массой тела.

В настоящее время дискуссионным остается вопрос о передаче бактериального вагиноза половым путем. Известно, что заболевание преимущественно выявляется у женщин, ведущих активную половую жизнь, часто меняющих половых партнеров. Однако в ряде исследований описаны результаты наблюдений супружеских пар и подростков, поддерживающих регулярные половые отношения, в которых статистическая достоверность передачи бактериального вагиноза половым путем не обнаружена. Кроме того, попытка лечения половых партнеров не приводит к снижению числа рецидивов заболевания у женщин, страдающих данной патологией [2]. Диагностика бактериального вагиноза основывается на данных клинического обследования и специальных лабораторных методов исследования.

Основными клиническими проявлениями бактериального вагиноза являются гомогенные выделения из влагалища, пенистые, слегка тягучие, белого или серого цвета с неприятным запахом. Длительность существования этих симптомов может исчисляться годами. При длительно текущем процессе выделения приобретают желтовато-зеленоватую окраску, становятся более густыми, нередко напоминают творожистую массу, равномерно распределяются по стенкам влагалища без выраженных признаков воспаления.

Хронизация патологического состояния, фонового для развития прочей патологии, определяет актуальность поиска новых путей лечения данного состояния, поиск новых вариантов терапии [3].

**Целью исследования** явилось изучение клинической эффективности комплексного препарата местного действия вагиклин в лечении бактериальных вагинозов.

### **Материалы и методы исследования**

Проведено обследование 70 пациенток с клиническими проявлениями бактериального вагиноза. Преобладали жалобы на выделения из половых путей с неприятным запахом. Клинически вагинит проявлялся отсутствием гиперемии слизистых, в 16% наблюдений сопровождался цервицитом. Основная группа составила 50 пациенток, получавших терапию клиндамицином; 20 человек – группа сравнения.

Возрастной период наблюдаемых женщин 22-38 лет. Хронический аднексит в анамнезе у 39 (55,7%) пациенток. Более 1 партнера имели 43 (61,4%) пациентки, причем на защищенный половой акт с использованием презерватива ссылались всего 19 (27,1%) пациенток. Рецидив вагиноза отмечали 29 (41,4%) женщин.

Видовой спектр возбудителей, выделенных в результате инфектологического исследования у женщин обследованной группы, представлен в таблице 1.

Таблица 1

### Видовой спектр возбудителей, выделенных у обследованных пациенток

Возбудитель	Абсолютное число обследуемых (n=70)	% в группе обследуемых (n=70)
St.haemolyticus	47	67,1
Enterococcus	53	75,7
Str.fecalis	43	61,4
E.coli	36	51,4
Str.viridans	16	23,5
Proteus vulgaris	4	5,7
Bacteroides	57	81,4
Clostridium	5	7,1
Candida albicans	37	52,8
Candida nonalbicans	12	17,1
Mycoplasma	12	17,1
Trichomonas vaginalis	20	28,5
Gardnerella vaginalis	46	65,7

Пациентки основной группы получали суппозитории вагиклин (100мг клиндамицина, 100мг клотримазола в одном суппозитории) – по 1 суппозиторию в день 7 дней; пациентки группы сравнения получали последовательно свечи с содержанием клиндамицина 100 мг в течение 6 дней, а затем влагалищные таблетки клотримазол 100 мг в течение 6 дней (рекомендованная дозировка соответствующих препаратов).

Всем пациенткам до начала и после окончания терапии проводилось бактериоскопическое исследование влагалищных выделений, бактериологическое с проведением уреатеста, ПЦР на наличие мико-, уреоплазмоза, аминотест, рН метрия, кольпоскопическое исследование.

### Результаты исследования и их обсуждение

Результаты проведенного лечения пациенток основной группы демонстрировали полную регрессию симптомов по окончании курса терапии вагиклином, а также нормализацию рН влагалищного отделяемого. У 5 (26%) пациенток группы сравнения на фоне изолированного применения клиндамицина отмечены жалобы на усиление зуда, умеренное жжение, что в дальнейшем исчезало при последующем применении клотримазола, и было расценено, как усиление проявлений микоза. В целом, клинический эффект был достигнут в обеих группах, контрольные бактериологические исследования демонстрировали снижение титров патогенной и условно-патогенной флоры, нормализацию рН влагалища, отрицательные результаты исследований на наличие трихомонад и микоплазмы (ПЦР).

Однако 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 12 дней).

Полученные результаты позволяют оценивать комплексное действие клинически исследованного препарата как высокоэффективное.

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

**Выводы**

1. Суппозитории вагиклин являются клинически эффективным препаратом для лечения бактериального вагиноза, и могут быть рекомендованы в том числе для эмпирической терапии инфекций гениталий, до получения результатов бактериологических исследований.
2. Сочетание двух активных компонентов при одновременном применении демонстрирует клиническую эффективность, сравнимую с изолированным назначением подобных препаратов, но с оптимизацией сроков терапии.

**Перспективами дальнейших исследований** является изучение действия препарата вагиклин с целью уменьшения частоты инфекционных осложнений беременности, в том числе преждевременного излития околоплодных вод на фоне вагинита.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Инфекции в акушерстве и гинекологии: Практическое руководство /Под ред. проф. В.К. Чайки. — Донецк: ООО «Альматео», 2006. — 640 с.
2. *Malazy OT, Shariat M, Heshmat R, Majlesi F, et al.* Vulvovaginal candidiasis and its related factors in diabetic women. // Taiwan J Obstet Gynecol. 2007, 46(4):399–404.
3. Компендиум 2011 – лекарственные препараты / Под ред. В.Н.Коваленко, А.П.Викторова, С.В.Сура, И.А.Зупанца – К.: МОРИОН, 2011.

## **ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЕ У ЖЕНЩИН С ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИЕЙ**

*ГРИЩЕНКО О.В., ГРИЩЕНКО Н.Г., БОБРИЦКАЯ В.В., ЖЕЛЕЗНЯКОВ А.Ю.*

г. Харьков

В настоящее время наблюдается неуклонный рост количества новообразований женской половой сферы, в том числе в репродуктивном возрасте. Расширение контингента оперируемых женщин репродуктивного возраста и периода ранней менопаузы диктует необходимость поиска оптимальных методов заместительной терапии в послеоперационном периоде, и также длительной постоянной заместительной терапии последствий хирургической менопаузы (ХМ).

Овариэктомия сопровождается сложными нейроэндокринно-обменными нарушениями, являющимися, по сути, адаптационными реакциями организма на резкое изменение гормонального статуса [1]. Кроме того, неоплазии матки и яичников возникают на фоне исходных дисгормональных состояний, характеризующихся гиперэстрогемией, нарушением соотношения эстрогены/прогестерон, а также нарушениями рецепторных механизмов половых стероидов в органах-мишенях.

Удаление яичников ведет к резкому снижению уровня наиболее биологически активного эстрогена - 17-эстрадиола ( $E_2$ ), уровень которого в первые недели после операции может доходить до следовых значений. В ответ на исчезновение продуцируемых яичниками биологически активных стероидов, повышается уровень гонадотропинов – лютеинизирующего гормона (ЛГ) в 3-4 раза, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в 10-15 раз. Клинический синдром, развивающийся после овариэктомии, характеризуется развитием достаточно тяжелых нейровегетативных, психосоматических и обменно-эндокринных нарушений [2].

Головные боли, головокружение, колебания артериального давления от гипотонии до кратковременных гипертонических кризов, учащенное сердцебиение в покое, общая сла-