

Бактеріальний вагіноз як фактор високого ризику порушення репродуктивного здоров'я у молодому віці

І.А. Тучкіна, Г.М. Тисячка

Харківський національний медичний університет

У роботі були вивчені показники клінічного, лабораторного та ультразвукового обстеження 84 пацієток молодого репродуктивного віку і дівчат-підлітків із запальними захворюваннями жіночої статеві системи та бактеріальним вагінозом (у 38,9% та у 28,1% відповідно). Установлено, що найчастіше у обстежених хворих гинекологічні захворювання перебігали на тлі екстрагенітальної патології, гормонального дисбалансу і імунологічних порушень. Місцеве лікування бактеріального вагінозу препаратом Гравагін було високоефективним щодо умовно-патогенної анаеробної мікрофлори не тільки у жінок репродуктивного віку, а й у підлітків.

Ключові слова: бактеріальний вагіноз, Гравагін, дівчата-підлітки

Запорукою покращання демографічної ситуації в Україні є оптимальна реалізація репродуктивного потенціалу у майбутніх матерів – сучасних дівчат-підлітків і жінок молодого репродуктивного віку. Частота гинекологічної патології в підлітковому і молодому репродуктивному віці в нашій країні не має тенденції до зниження. Це стосується насамперед запальних захворювань, частота яких у східних регіонах України збільшується [1, 2]. Передумовами до цього є збільшення міграції населення, підвищення сексуальної активності, особливо у підлітків (ранній статевий дебют, проміскуїтет), проведення синдромальної, а не етіотропної терапії, самолікування, а останнє, в свою чергу, призводить до стертої або безсимптомної клінічної картини, стійкості до антибактеріальних засобів, схильності до рецидивів. Додатковим фактором є здебільшого асоціації від 3 і більше збудників мікроорганізмів, які ускладнюють перебіг запального процесу, позбавляють його нозологічної специфічності та не дають можливості етіотропного лікування в повному обсязі. При цьому зростає кількість запущених, часто рецидивних форм запальних захворювань статевих органів, що згубно позначається на перспективах позитивних результатів лікування і, головне, на подальшій перспективі майбутнього материнства у таких пацієток [3, 4].

Крім того, на тлі погіршення екології, урбанізації суспільства, збільшення числа імунodefіцитних станів, значного поширення захворювань, що передаються статевим шляхом, і частого неконтрольного застосування антибіотиків, спостерігається збільшення частоти вагінальних інфекцій, спричинених умовно-патогенними мікроорганізмами, основне місце серед яких посідає бактеріальний вагіноз [5], що є інфекційним синдромом, пов'язаним з дисбіозом вагінального біотопу, який характеризується надмірно високою концентрацією облігатно і факультативно-анаеробних умовно-патогенних мікроорганізмів і різким зниженням або відсутністю молочнокислих бактерій у виділеннях з піхви [6, 7]. Бактеріальний вагіноз в даний час є одним з найпоширеніших захворювань серед вульвовагінальних інфекцій, частота якого складає 30–50% і вище, за даними різних авторів [5–7]. За ви-

значенням багатьох фахівців, бактеріальний вагіноз – це дисбіоз біотопу піхви, спричинений посиленням зростанням переважно облігатно-анаеробних бактерій і різким зниженням концентрації лактобактерій. Бактеріальний вагіноз є полімікробним вагінальним синдромом, що характеризується появою рясних виділень зі статевих шляхів, в яких не виявляються відомі патогенні збудники – *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Candida albicans* і відсутні ознаки запальних змін піхви. У даний час основну роль у виникненні бактеріального вагінозу відіграє порушення мікроценозу піхви. З сучасних позицій мікроорганізми, складові нормальної мікрофлори, знаходяться між собою в різноманітних взаєминах (нейтралізму, конкуренції, мутуалізму, коменсалізму, синергізму, паразитизму, синтрофії та ін.). Зміна чисельності того чи іншого виду мікроорганізмів у відповідному біотопі або поява невластивих даному місцю знаходження бактерій слугуватиме сигналом для адаптивних або незворотних змін у відповідній ланці мікроекологічної системи [6, 8].

У здорових жінок репродуктивного віку піхвові виділення містять 105–107 мікроорганізмів в 1 мл. Основне місце у вагінальному біотопі посідають H_2O_2 -продукувальні факультативні лактобацили, які складають близько 90–95% всіх мікроорганізмів. На частку інших видів мікроорганізмів, що знаходяться в нижьких концентраціях, припадає менше 5–10% загальної вагінальної флори: дифтероїди, стрептококи, стафілококи, кишкова паличка, гарднерела, облігатні анаероби. Низка авторів відзначають, що *G. vaginalis* виділяється з піхви у 5–60% здорових жінок, *Mobiluncus spp.* – у 5% здорових жінок, а співвідношення анаеробів і аеробів складає, принаймні, 10:1 [8].

На тлі переважаючої кислотоутворюючої мікрофлори створюється оптимально кисле середовище цервіко-вагінальної ніші, що й зумовлює рівновагу між різними формами бактерій, колонізує жіночі статеві шляхи. Можна зробити висновок, що концентрація таких кислотопродукувальних мікроорганізмів, як лактобактерії та біфідобактерії, які і формують в піхві жінки природний бар'єр бактеріального захисту (колонізаційна резистентність), має найбільш важливе значення для нормального функціонування цервіко-вагінальної ніші [6].

На відміну від пацієток з нормальною флорою хворі з бактеріальним вагінозом мають не факультативні, а анаеробні лактобацили. Крім того, здорові жінки колонізовані H_2O_2 -продукувальними лактобацилами, тоді як лактобацили у хворих з бактеріальним вагінозом володіють недостатньою здатністю продукувати H_2O_2 , яка пригнічує ріст патогенних мікроорганізмів. Концентрація різних факультативних (*G. vaginalis*) і анаеробних (*Bacteroides Peptococcus*) бактерій при бактеріальному вагінозі вище, ніж у здорових жінок. Загальна концентрація бактерій в піхві зростає до 10^{11} в 1 мл. Великі концентрації цих мікроорганізмів призводять до змін у стані піхви.

Мета дослідження: удосконалення діагностичних та лікувально-профілактичних підходів при наданні спеціалізованої гінекологічної допомоги хворим підліткового та молодого репродуктивного віку з урахуванням характеру біотопу піхви.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводили на кафедрі акушерства, гінекології та дитячої гінекології Харківського національного медичного університету. Під спостереженням знаходилися 86 пацієнток зі скаргами на виділення зі статевих шляхів у поєднанні з почуттям дискомфорту, появою неприємного запаху, наявністю болю в області зовнішніх статевих органів і животі. Серед пацієнток були 54 жінки молодого репродуктивного віку – 19–30 років (1-а група) і 32 дівчини-підлітки 16–18 років (2-а група). Хворі обстежувалися і лікувалися амбулаторно або в умовах стаціонару на клінічних базах кафедри: у пологовому будинку № 1 м. Харкова (1-а група) і в Обласній дитячій клінічній лікарні № 1, де розгорнуті 10 гінекологічних ліжок та є амбулаторний прийом для дітей і підлітків (2-а група). У контрольну групу увійшли 26 здорових пацієнток такого самого віку.

Комплексне клініко-лабораторне обстеження включало аналіз скарг та клінічного перебігу захворювання з урахуванням хронізації процесу і преморбідного фону, вивчення раннього анамнезу з оцінюванням інфекційного індексу, перебігу вагітності та пологів у матерів, ступеня фізичного і статевого розвитку, характеру менструальної і генеративної функції, гінекологічного статусу, функціонального стану яєчників. Проводили ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза, внутрішніх органів у масштабі реального часу за допомогою конвексного і вагінального датчиків на апараті Sonolier-420 «Simppens» за загальноприйнятими методиками, що доповнювалось кольоровим доплерівським картуванням. Застосовували загальноприйняті лабораторні методи дослідження (клінічні аналізи крові, сечі, біохімічні дослідження), оцінювалися гормональний профіль організму хворих шляхом визначення в сироватці крові гонадотропних, статевих гормонів, вивчали стан соматичного здоров'я, всі вони були за показаннями консультовані суміжними спеціалістами (хірург, уролог, анестезіолог-реаніматолог, терапевт або педіатр, невропатолог, окуліст, ендокринолог та ін.). Верифікацію діагнозу здійснювали також на підставі мікробіологічного, серологічного, цитологічного вивчення виділень з піхви, сечівника, шийки матки (у тих, хто живе статевим життям). Застосовували імуноферментний аналіз, ДНК-діагностику захворювань, що передаються статевим шляхом. Проводили вагіноскопію, кольпоскопію. Для розширення погляду на патогенетичні аспекти виникнення і формування запальних захворювань статевої системи (ЗЗСС) у підлітків у порівнянні з дорослими пацієнтками, в комплекс обстеження були включені дослідження концентрації простагландинів (ПГФ2α, ПГЕ2) і прозапальних цитокинів (ІЛ-1, ІЛ-6, ФНП). При діагностиці бактеріального вагінозу враховували дані клінічного обстеження і спеціальних лабораторних методів дослідження. Діагноз бактеріального вагінозу встановлювали за загальновідомими критеріями, запропонованими R. Amsel («золотий діагностичний стандарт»): гомогенні виділення з піхви; рН вагінальних виділень більше 4,5; позитивний амінинний тест; наявність «ключових» клітин в мазках вагінальних виділень, пофарбованих за Грамом. При цьому враховували думку деяких авторів, що для діагностики бактеріального вагінозу достатньо 2 найбільш достовірних критеріїв: «ключових» клітин і позитивного амінинного тесту. Отримані дані порівнювали з аналогічними показниками в контрольній групі здорових пацієнток одного віку (10 жінок і 16 підлітків – учнів загальноосвітніх шкіл). Статистичне оброблення матеріалу проводили за допомогою пакета спеціальних комп'ютерних програм «STATGRAFICA», версія 6.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнтки обох груп обстежувалися і лікувалися амбулаторно або були госпіталізовані в ургентному чи плановому порядку. При веденні підлітків дотримувались етапності надання гінекологічної допомоги відповідно до розроблених нами діагностичних алгоритмів, що включають 3 етапи: скринінговий, поглиблений амбулаторний та стаціонарний. Усі схеми алгоритмів обстеження послідовні і дотримуються принципів наступності з урахуванням характеру гінекологічних порушень на кожному етапі [9].

При проведенні скринінг-діагностики насамперед виділялися хворі, що потребують невідкладних заходів – це були пацієнтки зі скаргами на біль унизу живота, сильний свербіж, печіння в області зовнішніх статевих органів, виділення зі статевих шляхів, з різко вираженими клінічними проявами запального процесу, виявленими при оцінюванні гінекологічного статусу. Ці хворі були ургентно обстежені і проліковані в умовах стаціонару.

На I етапі, що виконують дитячі гінекологи, акушери-гінекологи, педіатри, підліткові терапевти, сімейні та шкільні лікарі, проводили профілактичні огляди, які включають ранню діагностику гінекологічної патології та санітарно-освітню роботу з пацієнтками, батьками, педагогами. На II етапі дитячими гінекологами або акушерами-гінекологами зі спеціальною підготовкою на амбулаторному прийомі проводили первинну діагностику та амбулаторне лікування захворювання. На III етапі пацієнткам надавали спеціалізовану стаціонарну гінекологічну допомогу. На IV етапі хворі отримували комплексну реабілітацію в санаторно-курортних і в позакурортних умовах. Усім хворим після детального обстеження проводили комплексну терапію, розроблену з урахуванням гостроти і хронізації процесу.

Запропонований системний підхід до діагностики ЗЗСС у жінок молодого репродуктивного віку і у юних пацієнток в період пубертату був застосований усім хворим в амбулаторних і стаціонарних умовах. У процесі обстеження у 22 жінок 1-ї (40,7%) і у 23 хворих 2-ї (71,8%) груп ($p < 0,05$) виявлено гострий; у 32 1-ї (59,3%) та у 9 (28,2%) хворих 2-ї групи – хронічний патологічний процес статевих органів. Із ЗЗСС частіше діагностовані вульвовагініти, сальпінгоофорити. У результаті проведення поглибленої комплексної діагностики у 21 (38,9%) жінки 1-ї групи і у 9 (28,1%) підлітків 2-ї групи було встановлено діагноз бактеріального вагінозу.

Застосування такого системного походу до діагностики дозволило встановити, що невідкладної допомоги потребували 20% і 10% хворих 1-ї і 2-ї груп відповідно ($p < 0,05$), які були госпіталізовані в ургентному порядку. На II і III етапах діагностичного алгоритму аналіз клініко-анамнестичних даних показав, що у 48,1% і 84,4% обстежених обох груп відповідно ($p < 0,05$) виявлена екстрагенітальна патологія (ЕП) (у 40% пацієнток 2-ї групи – 2 і більше соматичних захворювання).

При аналізі структури ЕП встановлено такі особливості: у жінок 1-ї групи частіше відзначалася патологія травного тракту, гепатобіліарної, нервової та ендокринної систем. У хворих 2-ї групи частіше спостерігали захворювання сечовидільної (50%), серцево-судинної та нервової систем, травного тракту, опорно-рухового апарату, хронічний тонзиліт, міопію, 53,1% дівчаток-підлітків спостерігалися у педіатра, як такі, що часто хворіють на гострі респіраторні захворювання.

Преморбідний фон у більшості пацієнток обох груп був несприятливим – 58% з них перенесли 3–4 і більше дитячих інфекційних захворювань. Фізичний і статевий розвиток підлітків, як правило, відповідав віковим параметрам. У 29,6% жінок 1-ї групи і у 10% підлітків 2-ї групи виявлено порушення фізичного розвитку (у дорослих частіше відзначалося перевищення, у підлітків – дефіцит маси тіла). У 15 хворих 1-ї та у

9 дівчат 2-ї групи запальний процес статевої системи супроводжувався залідефіцитною анемією 1-го ступеня, у 16% обстежених обох груп в анамнезі були оперативні втручання на органах черевної порожнини. У 1-й групі сексуально активними були 100% обстежених, у 2-й – 53,1%, з них 30% мали 2 і більше партнерів. Засоби контрацепції використовували лише 30% і 15,6% пацієнток обох груп відповідно ($p < 0,05$).

Аналіз генеративної функції свідчить, що з 54 жінок молодого репродуктивного віку, що склали 1-у групу, лише 26 (48,1%) мали вагітність в анамнезі, з них 16 пологів, 10 абортів. Повторно вагітним було 12 (у 2 з яких вагітність закінчилася пологоми, у 2 – мимовільними, у 8 – артифіціальними абортами). Із сексуально активних підлітків 2-ї групи вагітності в анамнезі мали 11 із 17 дівчат (вагітність закінчилася пологоми у 2, штучними абортами – у 9 пацієнток). Слід зазначити, що у половини жінок, які мали хронічний бактеріальний вагіноз, спостерігалось безпліддя до 3–5 років.

Найбільш часто скарги, що пред'являли хворі обох груп, це: біль у животі, в області попереку, погіршення самопочуття, порушення сечовипускання, патологічні виділення зі статевих шляхів, часто з неприємним запахом, порушення менструального циклу. У жінок репродуктивного віку у 80% менструальний цикл не був порушений, однак, за даними аналізу функціонального стану яєчників (кольпоцитогам, гормонограм, динамічного УЗД), превалювали ановуляторні цикли, недостатність лютеїнової фази циклу. У більшості підлітків 2-ї клінічної групи (62,2%) відзначали порушення менструальної функції, найчастіше дисменорею різного ступеня тяжкості, гіпоменструальний синдром, менорагії. Основними скаргами у цих пацієнток були біль внизу живота, виділення зі статевих шляхів, що з'явилися після початку статевого життя або зміни партнера. Аналіз кольпоцитологічного дослідження підтвердив відхилення у функціональному стані яєчників у дорослих жінок і у підлітків з порушеннями менструальної функції на тлі як ЗЗСС, так і бактеріального вагінозу, що мав тривалий, рецидивний перебіг захворювання. Аналіз гормонального профілю підлітків, що знаходяться в пубертаті, показав, що на тлі як запального процесу, так і бактеріального вагінозу, функціонування жіночої статевої системи, що формується, – порушується. У більшості дівчат при патологічних змінах менструальної функції за типом дисменореї, гіпоменструального синдрому відзначено зміни гонадотропних взаємин за рахунок підвищення індексу ЛГ/ФСГ, зниження вмісту Е2 та ПРГ, порушення їх взаємовідношення у 35% обстежених, підвищення рівня ПРЛ – у 16% і кортизолу – у 24% пацієнток.

При гінекологічному обстеженні у пацієнток із ЗЗСС були виявлені запальні зміни зовнішніх статевих органів, піхви, шийки матки, придатків. Однак характер клінічної картини у обстежених молодшої і старшої вікових груп розрізнявся. У хворих підлітків частіше відзначали патологічні виділення зі статевих шляхів у поєднанні з дизуричними розладами (як правило, при гострому процесі). Клінічно у більшості з них діагностовано вульвовагініт. У жінок репродуктивного віку частіше відзначено поєднання запального процесу в піхві з однок-, двобічним ураженням придатків матки.

Виявлені в процесі клінічного обстеження зміни гінекологічного статусу підтверджувалися під час УЗД, доповнювалися при доплерографії і проявлялися порушенням кровотоку в маткових і яєчникових артеріях із змінами доплерографічних параметрів.

При бактеріальному вагінозі клінічні симптоми захворювання проявлялись таким чином: візуальне оцінювання стану зовнішніх статевих органів і вагіноскопія показали наявність виділень сіруватого кольору з неприємним запахом від помірної до великої кількості на тлі відсутності клінічних ознак запального процесу. Бактеріоскопічне дослідження, проведене до початку терапії, виявило переважання гарднерел і

бактероїдів над усією анаеробною флорою – 71,8% і 42,1% відповідно. Дещо рідше зустрічалися дифтероїди і фузобактерії. Так звані ключові клітини (Glue cells) – епітеліальні клітини піхви, щільно вкриті грамваріабельними паличками, було виявлено при бактеріоскопії вагінального вмісту у 21 жінки 1-ї групи і у 9 дівчат 2-ї групи, що, поряд із позитивним амінім тестом і дозволило підтвердити діагноз бактеріального вагінозу. Запах „гнилої риби», що спричинюється алкіліруванням вагінального вмісту, свідчив про наявність летючих амінів, таких, як кадаверин, фенетиламін, тирамін, путресцин, гістамін, ізобутиламін, – продуктів метаболізму суворих анаеробів. Значення рН вагінальних виділень значно перевищувало 4,5, що відповідало лужному середовищу у всіх пацієнток з бактеріальним вагінозом обох груп і було свідком елімінації лактофлори або різким зниженням її вмісту.

Дослідження цитокинового профілю встановили підвищений рівень прозапальних цитокинів як у жінок репродуктивного віку, так і у підлітків за наявності ЗЗСС (у 74% та у 68% обстежених, відповідно за групами – $p > 0,05$). При бактеріальному вагінозі у хворих обох груп, як правило, рівень цитокинів ІЛ-1, ІЛ-6, ФНП знаходився у межах параметрів, що не відрізнялися від контрольної групи. Показники концентрації простагландинів (ПГF2 α , ПGE2) позитивно корелювали із результатами дослідження цитокинового профілю.

Усі хворі із ЗЗСС отримували комплексне лікування, що включало антибактеріальні та нестероїдні протизапальні препарати, розсмоктувальну, антигістамінну, вітамініотерапію, імунокоректори, загальнозміцнювальні засоби. При розробленні схем лікування враховували підлітковий вік пацієнток і характер ЕП.

При виявленні бактеріального вагінозу враховували, що цей патологічний стан є дисбактеріозом піхви, зумовленим умовно-патогенною флорою і потребує лікування, тому що при ослабленні захисних функцій слизової оболонки на його тлі можливий розвиток інших запальних процесів піхви. Метою лікування бактеріального вагінозу у наших хворих було відновлення нормальної мікрофлори піхви, затримання зростання мікроорганізмів, не властивих цьому мікроценозу. Враховуючи загальні особливості збудників даного захворювання, для лікування бактеріального вагінозу ми застосовували лікування, що забезпечує антианаеробну дію. У даний час існує багато схем і різних препаратів, які використовують для лікування дисбіозу піхви. Найбільш популярними лікарськими засобами є препарати з класу 5-нітроїмідазолу (метронідазол, секнідазол, тіоконазол, орнідазол). Метронідазол випускають у різних лікарських формах: таблетки для вживання всередину, вагінальні форми, ін'єкційні форми, мазі та гелі на основі метронідазолу. Традиційно метронідазол рекомендується застосовувати в таблетках для вживання всередину по 250 мг 2 рази на добу протягом 5–7 днів (до 10). Однак досить часто у хворих розвиваються побічні ефекти з боку травного тракту, металевий присмак у роті, висип на шкірі. У той самий час визначено, що на тлі застосування метронідазолу число лактобактерій в піхвовому вмісті збільшується [10]. Виходячи з цього, ми застосовували препарат метронідазолу Гравагін (GRAVAGIN – «СПЕРКО Україна») інтравагінально щоденно по 1 супозиторію (500 мг метронідазолу) на ніч протягом 7–10 днів. Максимальна тривалість курсу лікування препаратом не перевищувала 10 днів у пацієнток 1-ї групи і 7 днів у підлітків 2-ї групи.

Критеріями оцінки терапевтичного ефекту були виражене поліпшення: зникнення суб'єктивної симптоматики, виділень з піхви з неприємним запахом, відсутність лабораторних ознак бактеріального вагінозу (добрий позитивний ефект); незначне ослаблення суб'єктивної симптоматики, визначення в мазках при бактеріоскопії окремих представників анаеробної флори, прояви системних або місцевих

побічних реакцій (задовільний ефект); відсутність ефекту від проведеної терапії або погіршення суб'єктивної та об'єктивної симптоматики (незадовільний ефект).

Аналіз ефективності за наведеними вище критеріями показав, що добрий позитивний ефект спостерігався у 85,7% жінок репродуктивного віку та 88,9% підлітків. У 14,3% жінок і 11,1% дівчат ефект був задовільним. Незадовільного ефекту не було в жодному випадку.

При мікроскопії вагінальних мазків пролікованих хворих в процесі спостереження виявлена позитивна динаміка в клітинному складі: до 7–10-го дня від початку лікування у пацієнток обох груп зникли ключові клітини, до кінця першого місяця після закінчення лікування у жодної пацієнтки не визначали базальних клітин, спостерігали поступове зменшення парабазальних і проміжних клітин при значному збільшенні поверхневих клітин. У ході дослідження було встановлено, що серед дорослих жінок і дівчат-підлітків відбувалося поступове збільшення кількості пацієнток, в мазках яких після проведеної терапії при бактеріоскопії виявляли лактобактерії і рН-метрія показала поступове окиснення піхвового середовища, що свідчило про добру регенерацію слизової оболонки піхви.

ВИСНОВКИ

1. Запальні процеси жіночої статеві системи та дисбіоз піхви у пацієнток молодого та підліткового віку мають значні особливості клінічних проявів, різко порушують загальний стан здоров'я та якість життя, часто мають тривалий рецидивний перебіг, перебігають на тлі екстрагенітальної патології та на несприятливому преморбідному тлі.
2. Серед пацієнток молодого репродуктивного і підліткового віку, скаргами на патологічні виділення зі статевих шляхів у 38,9% та у 28,1% відповідно діагностують бактеріальний вагіноз.
3. У значній кількості пацієнток із ЗЗСС та бактеріальним вагінозом порушується не тільки біотоп піхви, виникає відносний гормональний дисбаланс та порушення імунологічної реактивності організму, що підтверджується змінами взаємовідносин між гонадотропінами, статевими гормонами, порушенням цитокінового профілю і продукції простагландинів.
4. При застосуванні місцевого лікування бактеріального вагінозу препаратом Гравагін відзначено його висока ефективність щодо умовно-патогенної анаеробної мікрофлори –

гарднерел, бактероїдів, дифтероїдів і фузобактерій. Під час контрольної бактеріоскопії мазків пролікованих хворих не виявлено цих мікроорганізмів після проведеної терапії, відбувається відновлення мікроценозу піхви, про що свідчить зростання частоти виявлення лактобактерій.

5. Ураховуючи високу ефективність і добру переносимість терапії з використанням препарату Гравагін, її можна рекомендувати для застосування як для жінок репродуктивного віку, так і в практиці гінекології дитячого та підліткового віку з метою лікування бактеріального вагінозу.

Бактериальный вагиноз как фактор высокого риска нарушения репродуктивного здоровья в молодом возрасте

И.А. Тучкина, Г.М. Тысячка

В работе были изучены показатели клинического, лабораторного и ультразвукового обследования 84 пациенток молодого репродуктивного возраста и девочек-подростков с воспалительными заболеваниями половой системы и бактериальным вагинозом (в 38,9% и в 28,1% соответственно). Установлено, что чаще всего у обследованных больных гинекологические заболевания протекали на фоне экстрагенитальной патологии, гормонального дисбаланса и иммунологических нарушений. Местное лечение бактериального вагиноза препаратом Гравагин оказалось высокоэффективным по отношению к условно-патогенной анаэробной микрофлоре не только у женщин репродуктивного возраста, но и у подростков.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, Гравагин, девочки-подростки.

Bacterial vaginosis as a factor of high- risk impaired reproductive health in young people

I.A. Tuchkina, G.M. Tisyachka

84 women of young reproductive age and adolescents with inflammatory diseases of the reproductive system and bacterial vaginosis (38.9% and 28.1%, respectively) were investigated. The parameters of clinicopathologic, laboratory and ultrasound examination in the dynamics of treatment were studied. Found that most patients have extragenital pathology, hormonal imbalance and immunological disorders. The using of treatment of bacterial vaginosis, with including Gravagin drug was highly effective in relation to the conditional - pathogenic anaerobic microflora, not only in women of reproductive age, but also in adolescents.

Key words: bacterial vaginosis, gravagin, teenage girls.

Сведения об авторах

Тучкина Ирина Алексеевна – Харьковський національний медичинський університет, 61022, г. Харків, проспект Леніна, 4; тел.: (057) 340-21-33. E-mail: Kaf.ADGD@gmail.com

Тысячка Галина Михайловна – Харьковський національний медичинський університет, 61022, г. Харків, проспект Леніна, 4. E-mail: Kaf.ADGD@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Тучкина И.А. Организация и рациональное функционирование специализированной акушерско-гинекологической службы для детей и подростков – перспективы сохранения генофонда нации// И.А. Тучкина// «Проблемы экологичной та медичної генетики і клінічної імунології»: Збірник наукових праць. – Київ–Луганськ–Харків, 2005 – Вип.6 (69). – С. 231–236.
2. Тучкина И.А. Комплексная терапия подростков с воспалением женских половых органов с учётом характера экстрагенитальной патологии// И.А. Тучкина, Г.М. Тысячка// «Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского: Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения». – Симферополь. – 2012. – Том 15, № 2, часть I (58). – С. 315–318.
3. Кузнецова И.В. Сочетанная инфекция мочевыводящей и половой систем у девочек //И.В. Кузнецова, Е.В. Гусева// Акушерство и гинекология. – 2008. – № 4. – С. 32–36.
4. Кира Е.Ф. Инфекции и репродуктивное здоровье /Е.Ф. Кира//Сб. материалов рабочих совещаний дерматовенерологов и акушеров-гинекологов, 1999–2000 гг. – С. 22.
5. Росс Д. Воспалительные заболевания органов малого таза //Д. Росс // Здоровье женщины. – 2007. – № 3 (31). – С. 101–102.
6. Байрамова Г.Р. Бактериальный вагиноз// Г.Р. Байрамова// Гинекология. – 2001. – № 2. – С. 52–54.
7. Тучкина И.А. Клинико-лабораторная характеристика воспалительных заболеваний внутренних половых органов у девушек-подростков / И.А. Тучкина, Г.М. Тысячка // Медицина сегодня и завтра. – 2011. – № 3 (52). – С. 113–118
8. Ниялтенко И.Н. Роль анаэробной условно-патогенной флоры в развитии воспалительных заболеваний урогенитального тракта //И.Н. Никитенко //Дерматология та венерология. – 2002. – № 3 (17). – С. 19–23.
9. Тучкина И.А. Современные подходы к диагностике гинекологической патологии детского и подросткового возраста //И.А. Тучкина // Медико-социальные проблемы семьи. – 2003. – Т. 8, № 2. – С. 109–114.
10. Никонюк Т.Р., Бенюк В.О. Бактериальный вагиноз. Современные подходы к диагностике и лечению //Т.Р. Никонюк, В.О. Бенюк // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 1 (205).

Статья поступила в редакцию 30.10.2013