

Серов В.Н., Гомберг М.А., Шаповаленко С.А., Флакс Г.А.

Современные возможности повышения эффективности лечения бактериального вагиноза

ИЦАГиП Росмедтехнологий
ЦТП ФХФ РАН, ММП «Астеримед» Москва

Бактериальный вагиноз это патология экосистемы влагалища, вызванная усиленным ростом преимущественно облигатно-анаэробных бактерий. Повышение количества аэробных и анаэробных бактерий (10^3 - 10^4 в норме) с преобладанием последних объясняет название бактериальный, а отсутствие лейкоцитов – вагиноз. У здоровых женщин аэробная флора превалирует над анаэробной в соотношении 10:1.

Актуальность проблемы вызвана увеличением числа больных БВ, представляющего опасность для здоровья женщины, плода и новорожденного [17].

В США бактериальный вагиноз ежегодно обуславливает 10 млн. обращений женщин к врачу. Частота возникновения БВ по данным различных авторов составляет от 19,2% до 80% в структуре заболеваний органов малого таза [1, 6, 9, 13]. Частота рецидивов БВ колеблется от 15 до 30%, а после повторных курсов лечения у 52% пациентов повторные рецидивы регистрируются в течении года.

Заболевание развивается как при недостаточной гормональной активности, так и при повышенной концентрации половых гормонов, усиленном размножении транзитной микрофлоры, приеме антибактериальных, гормональных препаратов, антисептиков, противозачаточных средств, частых спринцеваний, интим-душа, вагинальных тампонов, при снижении иммунологического и гормонально-статуса пациентов, в результате воздействия эндогенных, экзогенных триггерных факторов заболевания, на фоне метаболических нарушений и снижения активности антиоксидантной системы.

При слушивании и разрушении эпителиальных клеток влагалища освобождающийся гликоген разлагается на декстрозу и мальтозу, формируя питательную среду для бифидобактерий и лактобацилл, составляющих до 98% состава микроценоза влагалища [2].

Лактобациллы обеспечивают основной защитный механизм путем конкуренции с более патогенными микроорганизмами, за счет образования перекиси водорода и ряда ферментов, обладающих противомикробным действием, стимуляцией местной иммунной защиты организма, на фоне активации макрофагов, стимуляции выработки интерферона и секреторных иммуноглобулинов А.

Бактериальный вагиноз это комплекс патологических изменений влагалищной среды, обусловленной анаэробными неспорогенными микроорганизмами, возможно полимикробной этиологии. Данный синдром характеризуется появлением выделений с неприятным запахом при минимальной воспалительной реакции слизистых оболочек. Это заболевание в 50% случаев протекает бессимптомно, поэтому истинную частоту установить не представляется возможным.

На основании определения структуры клеточной стенки, ферментативных свойств, ДНК-гибридизации, результатов электронно-микроскопических исследований было предложено выделить изучаемые бактерии в новый самостоятельный род – гарднереллы (ГВ), концентрация которых возрастает на несколько порядков и достигает астрономических цифр 10^9 – 10^{11} КОЕ/мл. Частота обнаружения ГВ при отсутствии клинических симптомов составляет от 12 до 68%, у здоровых девочек школьного возраста до 32% и у 29% взрослых девственниц, носительство ГВ у здоровых мужчин крайне редко.

Заболевание протекает на фоне резкого снижения титра лактобактерий в микроценозе влагалища вследствие активной пролиферации условно-патогенных микроорганизмов. Определенные виды анаэробных неспорогенных бактерий усиливают патогенность ГВ, вмешиваясь в фагоцитоз, активизируя процессы пролиферации. Массивное обсеменение ГВ слизистых половых путей позволяет рассматривать данный вид в роли комменсалов, которые при определенных условиях приобретают и проявляют патогенные свойства. При БВ в 75% случаев определяется дисбактериоз кишечника, что указывает на наличие единого дисбиотического процесса в организме с доминирующим проявлением в репродуктивной или пищеварительной системе [12].

Своевременно не диагностированный БВ, по данным многочисленных исследований, может привести к ряду осложнений как со стороны органов репродуктивной системы, так и к развитию инфекционных заболеваний малого таза, неврологической патологии, развитию метаболических нарушений, которые рассматриваются как одна из важнейших основ множества патологических состояний, осложняющих течение беременности, родов, послеродового периода, а также оказывающих значимое влияние на соматическое и репродуктивное здоровье женщин в различные периоды жизни, особенно на фоне экстрагенитальной патологии [8]. При метаболических нарушениях имеет место антиоксидантный и окислительный стресс, который сопровождается активацией перекисного окисления липидов, лавинообразным образованием свободных радикалов. Нейтрализация возникающей патологии предусматривает использование современных антиоксидантов, которые являются важнейшими участниками метаболических реакций в организме [16].

Супероксиддисмутаза и каталаза, являясь первым барьером на пути свободных радикалов, представляют мощную антиокислительную систему, которая теоретически исключает возможность течения свободно-радикальных реакций [15].

Неспорообразующие анаэробные микроорганизмы продуцируют гиалуронидазу, гепариназу, фибринолизин, коллагеназу, повышают частоту эндоцервицитов, осложнений беременности и родов в 2,6–3,8 раза, риск развития гнойно-вос-

палительных осложнений после оперативных вмешательств и инвазивных диагностических процедур на органах малого таза в 3,2–4,4 раза. Микробные фосфолипазы, запуская механизм синтеза тканевых простагландинов, инициируют родовую деятельность, разрыв плодных оболочек [4, 14].

В профилактике и лечении инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза важное значение имеет нормальное функционирование желез цервикального канала, которые наряду с яичниками обеспечивают сохранение факторов местного иммунитета и, как следствие, нормального биоценоза влагалища [10, 11].

При инфекциях передаваемых половым путем патогенные микроорганизмы вызывают гибель лактобацилл за счет продукции эндотоксинов, что вызывает присоединение условно-патогенной флоры и изменение рН среды в сторону щелочной реакции.

Создается ситуация при которой происходит снижение количества лактобацилл (H_2O_2 продуцирующих), увеличение концентрации условнопатогенной флоры (до 1000 раз), сдвиг влагалищной рН в щелочную стадию (увеличение рН более чем 4,5). Нарушение микробиоценоза влагалища на фоне увеличения щелочной реакции, характеризуется выделением аминов (фенилэтиламина, путресцина, кадаверина и т.д.) в результате метаболизма гарднерелл и др. анаэробных неспорогенных бактерий. Нелетучие соли патологических аминов при дальнейшем увеличении щелочной реакции переходят в летучие соединения, имеющие резкий рыбный запах.

Препаратами выбора для лечения БВ на данном этапе являются метронидазол, орнидазол, клиндамицин, канамицин, мономицин, гентамицин, однако применение большинства из этих препаратов не ведет к положительной динамике в состоянии пациенток и антиоксидантной системе. Терапия дисбиоза женских половых органов разнообразна и противоречива, основными задачами являются устранения патологических микроорганизмов, восстановление нормальной микрофлоры влагалища, задержка роста условно-патогенных микроорганизмов, не свойственных этому биоценозу [3]. Своевременная диагностика и лечение БВ сможет повысить качество жизни женщин различных возрастных групп, предотвратить развитие тяжелых, рецидивирующих форм заболевания и связанных с ним осложнений, возникновение неопластических процессов на шейке матки, которые обусловлены действием продуктов метаболизма облигатных анаэробов (нитрозамины), являющихся кофакторами канцерогенеза.

Цель исследования: оценка эффективности монотерапии препаратом Генферон пациенток с бактериальным вагинозом.

Для реализации намеченной цели поставлены следующие задачи.

- 1). Изучить эффективности применения препарата Генферон в суппозиториях.
- 2). Определить срок лабораторного и клинического эффекта при назначении курса лечения.
- 3). Оценить эффективность воздействия Генферона на анаэробный компонент микрофлоры влагалища.
- 4). Выяснить безопасность при применении препарата Генферон.

Генферон разработан компанией БИОКАД (Россия) и выпускается в виде суппозиториев для вагинального или рек-

тального введения в дозировках 250000, 500000 и 1000000 МЕ интерферона-альфа. Препарат содержит интерферон-альфа (ИФН α), таурин и анестезин (бензокаин).

ИФН α повышает экспрессию молекул главного комплекса гистосовместимости I класса, фагоцитарную активность макрофагов, цитотоксичность сенсibilизированных лимфоцитов, активность НК-клеток, стимулирует продукцию антител, регулирует баланс других медиаторов межклеточных взаимоотношений. Недостаточный синтез эндогенного ИФН α является важным механизмом возникновения острых и развития обострений хронических инфекционно-воспалительных заболеваний различной этиологии [5].

Аминокислота таурин обладает антиоксидантным свойством, значительно увеличивая биологическую активность ИФН α . Таурин непосредственно взаимодействуя с свободными радикалами, предотвращает возникновение оксидантного стресса, потенцируя иммуномодулирующее действие ИФН α и стимулирует регенерацию тканей в очаге воспаления. Потребность плода в таурине значительная, он необходим для адекватного развития ЦНС, эндокринного аппарата поджелудочной железы. Снижая агрегационную активность тромбоцитов, таурин блокирует один из ключевых механизмов развития ОПГ-гестозов.

Местный анестетик бензокаин (анестезин), быстро устраняет зуд, жжение, практически не всасывается при местном применении, абсолютно безвреден.

Материалы и методы исследования

Диагноз выносился при наличии 3 из 4 признаков бактериального вагиноза: более 20% ключевых клеток (зрелые эпителиальные клетки поверхностного слоя влагалищного эпителия по всей поверхности которых плотно и в большом количестве прикреплены грамвариабельные палочки), рН $\geq 4,5$, пенистые, тягучие, гомогенные, белые или серые выделения, которые равномерно распределяются по стенкам влагалища, положительная проба с 10% гидроокисью калия (рекомендации R.AMSEL et al. 1983). Специфичность и чувствительность предложенных тестов составляет от 60 до 80%. Обнаружение при использовании иммерсионного объектива менее 5 лактобактерий в поле зрения.

При традиционном гинекологическом осмотре проводилось выяснение анамнестических данных, кольпоскопическое исследование шейки матки, слизистых влагалища, УЗИ органов малого таза и цервикального канала.

Методы лабораторной диагностики – полимеразная цепная реакция, микроскопическое исследование нативного материала с окрашиванием по Граму, выраженность лейкоцитарной реакции, реакция иммунофлюоресценции (РИФ), ДНК гибридизации.

Газово-жидкостная хроматография для определения летучих жирных кислот, продуктов метаболизма бактерий (сукцината, бутирата, ацетата, пропионата) во влагалищном содержимом.

Посев влагалищного содержимого, с помощью стандартных питательных сред, на неспецифическую флору и ее чувствительность к антибиотикам.

Состояние вагинального микроценоза оценивали интегрально по следующим критериям:

А. Принадлежность эпителиальных клеток к поверхностному, промежуточному, парабазальному слою. Присутствие ключевых клеток.

- Б. Наличие лейкоцитарной реакции.
- В. Состав вагинальной микрофлоры.

Облигатно-анаэробный компонент вагинальной микрофлоры выделяли при микроскопическом исследовании, при культуральном – определяли видовой и количественный состав факультативно-анаэробного компонента и лактофлоры. Пациенткам проводили общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарного индекса интоксикации.

Определение каталазы в крови по каталазному числу (количество миллиграммов H₂O₂, которое разлагается 1 микролитром исследуемой крови). Обследование не проводили во время менструации, не ранее чем через 72 часа после последнего полового сношения, на бумагу для рН-метрии не должна попадать вода или слизь.

Статистический анализ результатов проводился с использованием теста Уилкоксона (показатель W) и парного критерия Стьюдента (показатель t) для оценки значимости отличий количественных показателей. Для сравнения относительных показателей использовали критерий χ^2 .

Критериями включения в исследование были добровольное желание женщины соблюдать предписание врача, что не исключало возможности выхода женщины из исследования на любом этапе, и клиничко-лабораторная верификация диагноза БВ.

Критериями исключения являлись прием антибиотиков или применение средств гигиены с антибактериальными или дезинфицирующими препаратами за 3 месяца до лечения.

Всего было обследовано 167 женщин, которые были разделены на 3 группы, в возрасте от 18 до 53 лет (средний возраст 32,4±1,8 года), из них с диагнозом бактериальный вагиноз было 135 (80,84%) пациенток. Первую группу составили 32 (19,16%) женщины с нормальным биоценозом влагалища, вторую группу – 67 (40,12%) беременных женщин во второй половине беременности с диагнозом БВ, третью группу – 68 (40,72%) женщин перименопаузального периода с экстрагенитальной патологией (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма) и БВ.

Среди обследованных, беременность и роды с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом имели 162 (97,01%) женщин: нарушение сократительной деятельности матки – 58 (34,73%), послеродовый эндометрит – 11 (6,59%), инфекции передаваемые половым путем – 123 (73,65%) (с давностью заболевания от 1 до 4 лет), преждевременные роды – 11 (12,57%), патология шейки матки (цервицит, эктопия, дисплазия) – 91 (54,50%), впервые выявлен бактериальный вагиноз – 109 (59,88%), рецидивирующий характер заболевания – 26 (15,57%), самопроизвольный аборт – 12 (8,19%) пациенток.

Методика применения генферона, принимая во внимание наличие изменений при БВ не только слизистой влагалища, но и цервикального канала, включала введение свечей как во влагалище (у пациенток второй группы), так и в цервикальный канал (у пациенток третьей группы) в течение всего курса терапии по 500000 МЕ два раза в сутки (утром и на ночь).

Для коррекции антиоксидантного стресса, предотвращения перекисного окисления липидов и накопления свободных радикалов в организме в течении 30 дней пациентки принимали перфектил по 1 таблетке 1 раз в день после еды. Препарат включает в себя витамины, микроэлементы, минералы,

натуральные растительные экстракты, каротиноиды, которые оказывают положительное влияние на состояние антиоксидантной и иммунной системы, способствуют нейтрализации свободных радикалов, стимулируют процессы эритропоэза и нормализации процессов кровообращения в организме.

Контрольное исследование проводилось через 10, а у женщин с рецидивирующими, хроническими формами заболевания – через 14 дней от момента начала лечения.

Результаты первого исследования проводимого до начала проведения комплексной терапии воспроизводили базовую картину происходящих патологических изменений в экосистеме влагалища, второе исследование способствовало установлению реальной картины клинической эффективности проведенной комплексной терапии и степени восстановления микробиоценоза влагалища пациенток.

Показатели биоценоза влагалища пациенток первой группы характеризовались следующими показателями. Доминирующая флора у 31 (96,88%) пациенток была представлена *Lactobacillus spp.*, численность условнопатогенных микроорганизмов у 32 (100%) не более 10³–10⁴ КОЕ/мл, общая колонизация 10⁵–10⁸ КОЕ/мл, рН <4,5, отрицательные показатели аминного теста с 10% КОН. При микроскопическом исследовании биоценоза влагалища у пациенток первой группы наблюдалось отсутствие грамтрицательной микрофлоры, мицелия, лейкоцитов, спор, наличие единичных чистых эпителиальных клеток. Допплерометрические исследования в первой группе позволили определить наличие поверхностных кистозных образований у 42,5%. Каталазное число соответствовало – 4,07 ±0,15 ед., показатели супероксиддисмутазы (СОД) – 498, ±42,1 ед. (Рис. 1).

Снижение концентрации каталазы указывает на истощение антиоксидантной защиты и может рассматриваться, как нарушение нормального функционирования внутриклеточных систем регулирования метаболизма, ведущим механизмом которого являются процессы перекисного окисления липидов.

Выделения из половых путей отмечали 35 женщин второй и 47 третьей групп, жжение во влагалище – 11 во второй и 28 третьей, неприятный запах из половых органов, усиливающийся при половых контактах – 36 второй и 51 третьей, зуд в области вульвы и влагалища – 6 второй и 23 пациенток третьей групп. (Рис. 2 и 3).

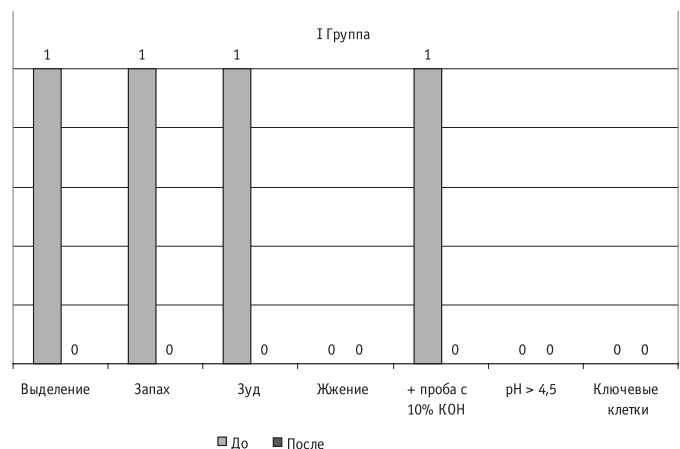


Рисунок 1. Динамика клинических проявлений в первой группе женщин

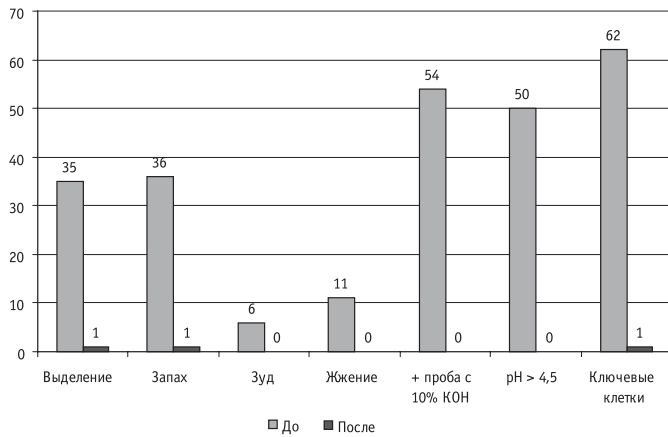


Рисунок 2. Динамика изменений клинических проявлений до и после лечения

pH вагинального отделяемого >4,5, у 50 второй и 61 третьей групп, положительный аминный тест у 54 второй и 63 третьей групп, наличие ключевых клеток 62 второй и 65 третьей групп. При расширенной микроскопии мазков преобладание эпителиальных клеток над лейкоцитами у 129 (95,56%), менее 5 лактобактерий в поле зрения у 127 (94,07%). При расширенной кольпоскопии шейки матки у 119 (88,15%) женщин было выявлено отсутствие выраженной местной воспалительной реакции и неравномерная окраска слизистой шейки матки, лейкоцитарная инфильтрация.

Таблица 1.

Кисты цервикального канала	Поверхностные		Средние		Глубокие	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1 группа	4 (12,50%)	–	–	–	–	–
2 группа	18 (10,9%)	2 (1,2%)	13 (9,4)	4 (2,4%)	13 (9,4%)	8 (4,2%)
3 группа	17 (10,2%)	3 (4,4%)	16 (9,6%)	2 (2,9%)	27 (16,2%)	1 (1,5%)

Таблица 2.

Вид микроорганизмов	До лечения		После лечения		Степень обсемененности			
	Да (+)	Нет (-)	Абс.	%	Абс.	%		
					До лечения	После лечения		
Staphylococcus haemolyticus	+		18	13,33	3	2,22	<10 ³	<10 ³
Staphylococcus saprophyticus	+		17	12,59	4	2,96	<10 ³	<10 ³
Staphylococcus epidermidis	+		21	15,56	2	1,48	<10 ³ –10 ⁵	10 ³ –10 ⁴
Staphylococcus aureus	+		34	25,19	5	3,70	<10 ⁴	<10 ³
Enterococcus faecium	+		69	51,11	7	5,19	<10 ⁴ –10 ⁵	<10 ³ –10 ⁴
Enterococcus faecalis	+		38	23,03	2	1,48	10 ⁴ –10 ⁵	10 ³ –10 ⁴
Enterococcus durus	+		16	11,85	3	2,22	<10 ⁵	<10 ³
Corynebacterium	+		51	37,78	17	12,59	10 ³	<10 ³
Gardnerella vaginalis	+		135	100	0	0	10 ⁸	–
Mobiluncus	+		78	57,78	0	0	<10 ⁴	–
Micohlasma hominis	+		89	65,93	0	0	<10 ⁴	–
E. coli	+		63	46,67	6	4,44	10 ³ –10 ⁴	<10 ³
Klebsiella pneumoniae	+		11	8,15	1	0,74	<10 ³	<10 ³
Лакто- и бифидобактерии	–		135	100	129	95,56	–	10 ⁶ –10 ⁸

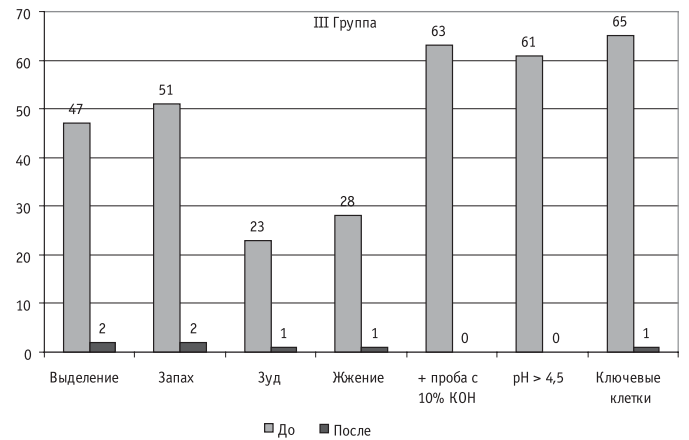
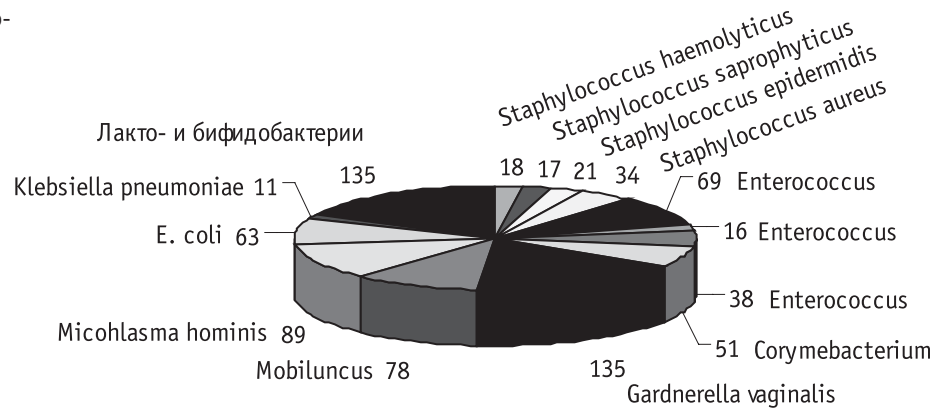


Рисунок 3. Изменение клинических проявлений у женщин третьей группы до и после лечения

Исследование вагинального содержимого указывало на массивное общее количество микроорганизмов, доминирование морфотипов облигатных анаэробов, гарднерелл, ключевых клеток, при количестве лейкоцитов не более 10 в поле зрения. Проведенные исследования указывали на наличие промежуточных форм микроценоза влагалища (регистрировалось умеренное количество морфотипа лактобацилл с доминированием морфотипов строгих анаэробов и гарднерелл) у 12 (17,91%) пациенток второй и 14 (20,59%) третьей группы.

Рисунок 4. Частота выделений факультативно-анаэробных микроорганизмов и лактобактерий в вагинальных выделениях до применения комплексной терапии



Однако при УЗИ цервикального канала у 26 (38,81%) пациенток второй и 43 (63,24%) третьей группы, определялось наличие глубоких средних и поверхностных кистозных полостей. Обращало на себя внимание, что у всех женщин с наличием промежуточных форм микроценоза, а именно во второй группе – у 12 (17,91%) и в третьей группе – у 14 (20,59%) определялись глубокие кистозные полости, что указывало на длительный, рецидивирующий характер патологии.

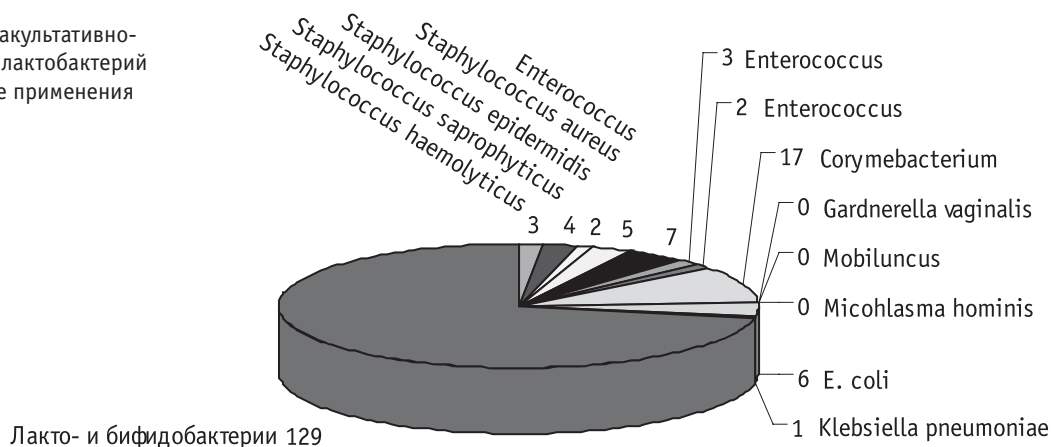
Спектр возбудителей, высеянных при бактериологическом исследовании до лечения, был весьма широк во всех исследуемых группах, а у 128 (94,81%) пациенток второй и третьей групп наблюдалась микстинфекция. Лактобациллы были обнаружены при культуральном исследовании у 32 (100%) женщин первой, отсутствовали у 55 (82,09%) второй и 54 (79,41%) третьей группы.

Во второй группе у 12 (17,91 %) беременных женщин и у 14 (20,59%) третьей группы с хронической рецидивирующей формой БВ, наблюдалось умеренное количество (10^5 – 10^6 КОЕ/мл.) морфотипа лактобацилл, превалирование морфотипа строгих анаэробов и гарднерелл. У всех женщин второй и третьей групп определялся положительный аминотест (при $\text{pH} > 4,5$).

Спектр микроорганизмов, выявленных при бактериологическом исследовании, показал, что факультативно-анаэробные бактерии определялись у 50 (74,63%) пациенток второй и 56 (82,35%) третьей, а у женщин с промежуточной формой микроценоза (ПФМ) у 5 (41,67%) второй и 6 (42,86%) третьей группы.

Видовой состав микроорганизмов представлен одиннадцатью, а у пациенток с ПФМ шестью видами семейства Streptococcaceae, Enterobacteriaceae, Micrococcaceae и рода *Corynebacterium*.

Рисунок 5. Частота выделений факультативно-анаэробных микроорганизмов и лактобактерий в вагинальных выделениях после применения комплексной терапии



Весь спектр, выявленных во влагалищном мазке микроорганизмов представлен в таблице 2.

Степень колонизации влагалища микроорганизмами не превышала 10^6 КОЕ/мл, а у 12 (17,91%) женщин второй и 14 (20,59%) пациенток третьей группы с ПФМ степень колонизации влагалища достигала 10^7 КОЕ/мл (*Corynebacterium*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus faecalis*).

Влияние проводимой терапии на восстановление микроэкологии влагалища определяли по данным показателей бактериологического и бактериоскопического исследований. Оценка степени чистоты мазков у пациенток исследуемых групп после лечения показала, что 1 степень чистоты регистрировалась у 49 (73,13%) женщин второй и 37 (54,41%) третьей группы. Вторая степень у 18 (26,87%) второй и 31 (45,59%) третьей группы. Каталазное число у пациенток второй группы не превышало $3,46 \pm 0,23$ ед, СОД – $371 \pm 29,5$ ед. и соответственно $3,09 \pm 0,17$ ед и $352 \pm 23,5$ ед. третьей группы.

На 10-е сутки от момента начала терапии у женщин второй и третьей группы с БВ, а у пациенток с ПФМ на 14 сутки мы не регистрировали выделений у 132 (97,78%), зуда и жжения у 134 (99,26%), характерного рыбного запаха у 133 (99,52%) пациенток исследуемых групп.

На 10–14 сутки от момента лечения наблюдалась элиминация строгих анаэробов и гарднерелл у 131 (97,04%), не определялись ключевые клетки у 135 (100%) пациенток. С первых дней комплексной терапии наблюдалась тенденция роста титра лакто- и бифидобактерий у 129 (95,56%) женщин, до 10^6 – 10^8 КОЕ/мл, и он достигал нормативных значений в исследуемых группах к 10–14 суткам от момента начала терапии.

УЗИ после проведения комплексной терапии указывало на наличие в цервикальном канале у 14 (20,90%) женщин вто-

рой группы кист: у 2 (2,99%) поверхностных, у 4 (5,97%) средних и у 8 (11,94%) глубоких. В третьей группе, только у 6 (8,82%) регистрировались кистозные образования: 3 (4,41%) поверхностного характера, 2 (2,9%) среднего, 1 (1,5%) глубокого. Более высокие показатели реабилитации указывают на эффективность введения свечей Генферон в цервикальный канал у небеременных женщин. Применение свечей Генферон у женщин в период подготовки к предстоящей беременности является значимым фактором, предупреждающим развитие гнойно-воспалительных заболеваний, а также снижающим показатель невынашивания, угрозу прерывания беременности, аномалии родовой деятельности, а также является профилактикой послеродовых осложнений.

После проведенной терапии каталазное число у пациенток второй группы достигло $6,21 \pm 0,32$ ед, СОД – $411 \pm 24,20$ ед. и соответственно $7,15 \pm 0,30$ ед и $436 \pm 21,10$ ед. у третьей группы. Повышение концентрации каталазы и СОД указывает на снижение интенсификации свободно-радикального окисления липидов, стабилизации клеточных мембран, ведущим механизмом которого являются процессы перекисного окисления липидов и внутриклеточных систем регулирования метаболизма.

Нормализация состояния антиоксидантной системы указывает на возможность резервных сил организма коррегировать содержание продуктов ПОЛ и исключать возможность рецидива и формирования хронических рецидивирующих форм заболевания.

На 10–14 день от момента начала комплексной терапии на 58% сократился видовой спектр факультативно-анаэробных бактерий, степень обсеменения ими вагинального отделяемого, что доказывает эффективность использования Генферона в терапии БВ.

Контрольные исследования через 90 дней после окончания комплексной терапии определяли хорошую эффективность проведенного лечения у 63 (94,00%) женщин второй и 66 (97,06%) третьей группы.

Условно-патогенные микроорганизмы определялись в титре не более $<10^3$ – 10^4 КОЕ/мл, лактобактерии в титре 10^6 – 10^8 КОЕ/мл выделялись у всех женщин, значения рН не превышали 4,5, аминотест был отрицательным.

Побочных реакций в виде тошноты, рвоты, явлений непереносимости в исследуемых группах мы не наблюдали.

Таким образом, монотерапия Генфероном пациенток с бактериальным вагинозом различного возраста, включая беременных женщин, обладает высокой эффективностью, хорошей переносимостью и способностью элиминировать гарднереллы, а также большинство облигатных анаэробов. Препарат способствует достижению нормативных значений титра лакто- и бифидобактерий, каталазы и супероксиддисмутазы, длительно сохраняется в тканях, создавая благоприятные условия для лечения хронических и рецидивирующих заболеваний влагалища. Высокая клиническая эффективность и удобная форма применения сочетаются с отсутствием побочных явлений, что позволяет рекомендовать Генферон в виде одного из компонентов преддективной терапии.

Литература

1. Анкирская А.С. Бактериальный вагиноз и состояние микроэкологии влагалища. Ж.– акушерства и женских болезней–СПб–1998–с. 77–79.
2. Афанасьев В.В. Цитофлавин в интенсивной терапии. Пособие для врачей. СПб– 2006–36 с.
3. Башмакова Н.В., Медведев Б.И., и др. Результаты многоцентрового открытого наблюдательного исследования опыта применения препарата «Клиндомицин» в терапии БВ у женщин репродуктивного возраста. Информация для профессионалов здравоохранения. 2007– с. 1–8.
4. Добренская Г.С., Ашрафян А.А., Ивашина С.В. Антиоксидантная система у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки. Журнал АГ-инфо –2007. №1– с. 33–34.
5. Каграмова Ж.А., Сускова В.С., Емец В.И. Состояние иммунной и интерфероновой систем у больных воспалительными заболеваниями придатков матки. Цитокины и воспаление. Т.1. 2002 –№2–с.148–149.
6. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз – СПб– ООО «Нева-Люкс». –2001 –с. 364.
7. Кулаков В.И., Сухих Г.Т., Канн Н.Е. и др. Содержание цитокинов в амниотической жидкости, пуповинной крови и сыворотке крови женщин с внутриутробной инфекцией. Ж. Акушерство и гинекология –2005–№5–с. 5–7.
8. Макацария А.Д., Передеряева Е.Б., Пшеничникова Т.Б. Профилактика осложненного течения беременности у женщин с метаболическим синдромом. Журнал РОАГ. 2007–№3–с. 11–16.
9. Прилепская В.Н., Анкирская А.С., Муравьева В.В., Байрамова Г.Р., Назарова Н.М.. Препарат тиберал в лечении бактериального вагиноза. Журнал Гинекология. –2006 –№4 –с. 44–47.
10. Серов В.Н., Шаповаленко С.А., Флакс Г.А. Современный метод лечения генитальных инфекций. Ж. АГ-инфо. –2006 –№1 –с. 36–39.
11. Серов В.Н., Шаповаленко С.А., Жаров Е.В., Гомберг М.А. Влияние микробиологической санации полости рта на результаты лечения ИВЗ у женщин. –Ж.– АГ-инфо– 2007, №1 – с.29–33.
12. Стрижаков А.Н. и соавт. Эффективность применения препарата нео-пенотран в комплексной терапии вагинальных инфекций.–2004.
13. Тихомиров А.А., Дубнин Д.М. Современные подходы к лечению воспалительных заболеваний женских половых органов. Методические материалы.М.–2003– 24с.
14. Хашукоева А.З., Алешкин В.А., Протопопова Л.О., Воропаева Е.А., Афанасьев С.С., Савченко Т.Н. Особенности биотопов слизистых генитального и пищеварительного трактов при невынашивании беременности в первом триместре. Журнал Российского общества акушеров-гинекологов. 2007– №2–с. 13–15.
15. Фофанова И.Ю. Роль сбалансированного питания в период беременности и лактации. Журнал. Гинекология. –2006 –№4 –с. 4–9.
16. Kalkan S., Aygoren O., Akgun A. Do adenosine receptors play a role in amitriptyline-inducer CV toxicity in rats. Toxicol. Clin. Toxcol. 2004. №42 (8). P. 945–954.
17. Froen J.F., Moyland R.A. et al Maternal health in sudden intrauterine unexplained death. Do urinary tract infections protect the fetus. Obstet. Genecol. –2002 –Vol. 100. №5– P.9–15.