

## Оценка эффективности локального введения "Клиндацина" (клиндамицин, ОАО "Акрихин") у больных с бактериальным вагинозом и неспецифическим кольпитом

О.И. Линева, М.Е. Шляпников

Самарский государственный медицинский университет,  
Институт последипломного образования, кафедра акушерства и гинекологии

### Актуальность

Проблема воспалительных заболеваний репродуктивной системы у женщин остается актуальной на современном этапе развития акушерства и гинекологии. Наряду с инфекционными заболеваниями, передающимися половым путем, неспецифические кольпиты и бактериальный вагиноз занимают ведущее место в структуре гинекологической патологии на амбулаторном этапе оказания акушерско-гинекологической помощи. Актуальность рассматриваемой патологии придает и тот факт, что состояние дисбиотического нижних отделов половой сферы женщин является пусковым моментом для восходящей инфекции с развитием серьезной акушерской (невынашивание беременности, внутриутробное инфицирование плода, пуэрперальные воспалительные осложнения) и гинекологической патологии (хронические воспалительные заболевания придатков матки, в т.ч. и деструктивные формы, очаговые гиперпластические процессы эндометрия, многие факторы бесплодия). Кроме того, учитывая то, что и бактериальный вагиноз, и неспецифический кольпит косвенно влияют на формирование синдрома потери плода, бесплодия, инвалидизации после радикальных операций по поводу воспалительных заболеваний, становится очевиден и медико-социальный аспект рассматриваемой проблемы.

Исследования многих авторов свидетельствуют о широком распространении бактериального вагиноза - до 30% женщин репродуктивного возраста (Кира Е.Ф., 1998) в условиях отсутствия тенденции к снижению частоты настоящего заболевания (Акопян Т.Э., 1996, Назарова Е.К., 1997). А.С. Анкирская (1995) сообщает о росте частоты бактериального вагиноза до 37% у беременных в группе высокого риска по развитию воспалительных осложнений. Высокая частота сочетанной патологии (заболевания желудочно-кишеч-

ного тракта и, главное, дисбактериоз кишечника), позволили Е.Ф. Кира (1995), М.А. Царьковой (1998), И.А. Кондулуковой (2000) думать о едином дисбиотическом процессе, который характеризуется высокой степенью однородности биотопов кишечника и влагалища при бактериальном вагинозе.

Немногочисленны, но очень актуальны и достоверны, исследования ряда авторов, установивших увеличение вероятности заражения венерическими заболеваниями и ЗППП при бактериальном вагинозе. Особого внимания заслуживают публикации об эпидемической связи бактериального вагиноза и неспецифического кольпита с неопластическими процессами шейки матки, обусловленных бактериями рода *Mobiluncus* и нитрозаминами (продуктами метаболизма облигатных анаэробов) - коферментами канцерогенеза.

Несмотря на многочисленные публикации, касающиеся вопроса дифференцированной терапии воспалительных заболеваний нижнего отдела женской половой сферы, рекомендуемые формуляры лечения бактериального вагиноза и неспецифического кольпита нельзя считать до конца разработанными. Эффективность рекомендуемых схем лечения не превышает 80%, а частота рецидивов, особенно в группе женщин с бактериальным вагинозом, колеблется от 13% до 56% случаев. Немаловажным следует признать и факт стоимости "набора медикаментов" для проведения курса специфического лечения.

Таким образом, высокая частота бактериального вагиноза и неспецифического кольпита в сочетании с возможностью оптимизации существующих схем их лечения и послужили основанием для проведения настоящего исследования.

**Цель исследования** - максимально оптимизировать лечение пациенток с бактериальным вагинозом и неспецифическим кольпитом.

Для реализации поставленной цели перед исследованием выделены следующие задачи:

1. Оценить эффективность локального применения "Клиндацина" в качестве препарата для монотерапии на 1 этапе лечения бактериального вагиноза и неспецифического кольпита, т.е. введение во влагалище Клиндацина трехкратно с интервалом 24 часа (схема №1).

2. Оценить эффективность сочетанных схем лечения бактериального вагиноза и неспецифического кольпита на 1 этапе:

- схема №2 - "Клиндацин" (3 дня) + метронидазол 0,25 x 3 раза в день 5 дней перорально.

- схема №3 - "Клиндацин" (3 дня) + метронидазол 0,5 x 2 раза во влагалище в течение 5 дней.

- схема №4 - санация 3% перекисью водорода с экспозицией 3 минуты ежедневно (3 дня) + "Клиндацин" (3 дня).

3. На основании полученных результатов дать рекомендации по оптимизации лечения бактериального вагиноза и неспецифического кольпита препаратом "Клиндацин".

## Материалы и методы исследования

Общее количество женщин исследуемой группы (60 пациенток) распределено следующим образом:

	Бактериальный вагиноз, кол-во пациентов	Неспецифический кольпит, кол-во пациентов
Схема №1	10	5
Схема №2	10	5
Схема №3	10	5
Схема №4	10	5

**Основные критерии включения в исследование:**

- наличие бактериального вагиноза
- наличие неспецифического кольпита
- добровольное информированное письменное согласие пациентки.

**Критерии исключения:**

- выявление инфекции, передающейся половым путем;
- прием антибактериальных препаратов менее чем за 3 месяца до начала настоящего лечения;
- использование в качестве контрацепции спермицидов в виде таблетированных или мазевых форм, орошений влагалища;
- индивидуальная непереносимость препаратов, используемых в исследовании;
- нарушение пациентами режима назначения медикаментозного лечения;
- острые или обострение хронических воспалительных заболеваний во время лечения;

- отказ больной от дальнейшего участия в исследовании.

Критерием эффективности лечения послужило клинико-лабораторное выздоровление и отсутствие рецидива через 1 месяц после проведенного лечения.

Для верификации диагноза и оценки эффективности лечения всем женщинам исследуемой группы были проведены следующие методы обследования:

- клиническое обследование (сбор жалоб, анамнеза, общий осмотр, специальное гинекологическое исследование);

- лабораторное обследование (микроскопия влагалищного мазка, окрашенного по Граму, мазок на степень чистоты, pH-метрия влагалищного секрета, амино-тест, посев отделяемого из влагалища на флору и ее чувствительность к антибиотикам, мазок на хроническую урогенитальную инфекцию методами ПИФ и ПЦР, в зависимости от предполагаемого возбудителя). Диагноз бактериального вагиноза ставили на основании рекомендаций R.Amsel et al. (1983).

## Результаты собственных исследований

Полученные в ходе настоящего исследования результаты представлены в следующих 8 таблицах:

Таблица 1. Эффективность лечения бактериального вагиноза, (схема №1)

Критерии диагноза	Сразу после лечения	Через 2 недели	Через 1 месяц
Жалобы	нет	нет	нет-9, зуд-1
Бели	нет	нет	нет-9, есть-1
pH-метрия	кислая	кислая	кислая
Амино-тест	отриц.	отриц.	отриц.
"Ключевые клетки" в мазке по Граму	нет	нет	нет

У 1 больной исследуемой группы с наличием жалоб и рецидива белей в посеве получен рост Candida.

Таблица 2. Эффективность лечения бактериального вагиноза, (схема №2)

Критерии диагноза	Сразу после лечения	Через 2 недели	Через 1 месяц
Жалобы	нет	нет	нет-8, зуд-2
Бели	нет	нет	нет-8, есть-2
pH-метрия	кислая	кислая	кислая
Амино-тест	отриц	отриц	отриц
"Ключевые клетки" в мазке по Граму	нет	нет	нет

У 2 пациенток исследуемой группы с наличием жалоб и рецидива белей через 1 месяц в посеве - рост *Candida*.

Таблица 3. Эффективность лечения бактериального вагиноза, (схема №3)

Критерии диагноза	Сразу после лечения	Через 2 недели	Через 1 месяц
Жалобы	нет	нет	нет-9, зуд-1
Бели	нет	нет	нет-9, есть -1
РН-метрия	кислая	кислая	кислая
Амино-тест	отриц	отриц	отриц
"Ключевые клетки" в мазке по Граму	нет	нет	нет

У 1 пациентки с наличием жалоб и белей через 1 месяц после терапии в посеве рост *Candida*.

Таблица 4. Эффективность лечения бактериального вагиноза, (схема №4)

Критерии диагноза	Сразу после лечения	Через 2 недели	Через 1 месяц
Жалобы	нет	нет	нет
Бели	нет	нет	нет
РН-метрия	кислая	кислая	кислая
Амино-тест	отриц	отриц	отриц
"Ключевые клетки" в мазке по Граму	нет	нет	нет

Таблица 5. Эффективность лечения неспецифического кольпита, (схема №1)

Критерии диагноза	Сразу после лечения	Через 2 недели	Через 1 месяц
Жалобы	нет	нет	нет
Бели	нет	нет	нет
Степень чистоты влагалища	2 ст.	2 ст.-4 3 ст.-1	2 ст.-3 3 ст.-2
Выделенная флора при посеве	Лактобациллы-4 Роста нет-1	Лактобациллы-4 Роста нет-1	Лактобациллы-3 Киш. палочка-1 Кандиды-1

## Обсуждение полученных результатов

Анализируя результаты лечения бактериального вагиноза у исследуемой группы женщин (таблицы 1-4) следует признать высокую эффективность применения разработанных схем лечения с включением клиндамицина фосфата. Причем максимально хорошие результаты получены при сочетании последнего с предварительной санацией влагалища

Таблица 6. Эффективность лечения неспецифического кольпита, (схема №2)

Критерии диагноза	Сразу после лечения	Через 2 недели	Через 1 месяц
Жалобы	нет	нет	нет
Бели	нет	нет	нет
Степень чистоты влагалища	2 ст.	2 ст.-4 3 ст.-1	2 ст.-3 3 ст.-2
Выделенная флора при посеве	Лактобациллы-3 Роста нет-2	Лактобациллы-3 Роста нет-2	Лактобациллы-3 Киш. палочка-1 Эпидерм. стр.-1 Кандиды-1

Таблица 7. Эффективность лечения неспецифического кольпита, (схема №3)

Критерии диагноза	Сразу после лечения	Через 2 недели	Через 1 месяц
Жалобы	нет	нет	нет
Бели	нет	нет	нет
Степень чистоты влагалища	2 ст.	2 ст.-3 3 ст.-2	2 ст.-3 3 ст.-2
Выделенная флора при посеве	Лактобациллы-4 Роста нет-1	Лактобациллы-4 Роста нет-1	Лактобациллы-3 Киш. палочка-1 Эпидерм. стр.-1 Кандиды-2

Таблица 8. Эффективность лечения неспецифического кольпита, (схема №4)

Критерии диагноза	Сразу после лечения	Через 2 недели	Через 1 месяц
Жалобы	нет	нет	нет
Бели	нет	нет	нет
Степень чистоты влагалища	2 ст.-4 3 ст.-1	2 ст.-4 3 ст.-1	2 ст.-3 3 ст.-2
Выделенная флора при посеве	Лактобациллы-4 Киш. палочка-1	Лактобациллы-4 Киш. палочка-1 Эпидерм. стр.-1	Лактобациллы-3 Роста нет-1 Киш. палочка -1 Эпидерм. стр.-1 Кандиды-1

3% перекисью водорода. Ни в одном случае не отмечено рецидивов бактериального вагиноза в сроке проведения исследования. Выявленные 4 случая кандидоза влагалища через месяц после окончания терапии следует признать "традиционным" осложнением локального интравагинального введения антибиотиков, особенно прогрессирующем при сочетании

использовании препаратов метронидазолового ряда (таблицы 2,3).

При использовании разработанных схем лечения при неспецифическом кольпите (таблицы 5-8) выявлено, что состояние выраженной клинической ремиссии заболевания (у всех пациенток исследуемой группы) соответствовало показателям лабораторной излеченности у 75% больных. Отмеченные у четверти пациенток лабораторные маркеры (3 ст. чистоты влагалища в сочетании с ростом ассоциированных условно-патогенных микроорганизмов и грибов рода *Candida*) на фоне полного регресса жалоб и белей через 2-4 недели после окончания лечения, на наш взгляд, обусловлены недостаточным сроком проведения терапии. Однако, учитывая высокую "стартовую" эффективность лечения (столбец "сразу после лечения" таблицы 5-8) пролонгирование терапии до 7-10 введений клиндамицина фосфата позволит добиться достаточно выраженной лабора-

торной ремиссии неспецифического кольпита. Кроме того, выявленную десинхронизацию клинической картины и лабораторных показателей мы объясняем включением в основу препарата "Клиндацин" полиэтиленоксидов (ПЭО), оказывающих прекрасное дегидратирующее действие за счет ПЭО с высокой молекулярной массой и выраженной гидрофильностью, позволяющих рассматривать действие основы препарата как один из механизмов противовоспалительного эффекта, обусловленного уменьшением тканевого отека слизистой влагалища при неспецифическом кольпите.

Таким образом, полученные в ходе настоящего исследования результаты позволяют рекомендовать применение "Клиндацина" как в качестве монотерапии, так и в составе разработанных схем для лечения бактериального вагиноза в курсовой дозе не менее 300 мг клиндамицина фосфата и неспецифического кольпита, при условии пролонгации терапии до 7-10 дней.

## Литература

1. Акопян Т.Э. Бактериальный вагиноз и вагинальный кандидоз у беременных (диагностика и лечение) // Автореф. дисс....канд.мед.наук.-М.,1996.-17с.
2. Бондарев Н.Э. Оптимизация диагностики и комплексного лечения смешанных форм сексуально-трансмиссивных заболеваний в гинекологической практике // Автореф.дисс....канд.мед.наук.-СПб.,1996.-12с.
3. Воронова С.И. Бактериальный вагиноз у беременных: клиника, диагностика, лечение // Автореф.дисс....канд.мед.наук.-Волгоград,1998.-19с.
4. Кира Е.Ф. // Акуши гин.-1994.-№2.-С.32-35.
5. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз.-СПб.: "Нева-Люкс",2001.-364с.
6. Кондулукова И.А., Балмасова И.П., Билев А.Е./ Антибактериальная терапия инфекционной патологии репродуктивной системы женщины.- Самара,1999.-С.118-123.
7. Муравьева В.В., Анкирская А.С. // Акуши гин.-1996.-№6.-С.27-30.
8. Сапрыкина О.А. Состояние местного иммунитета и его коррекция у больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки в сочетании с папилломавирусной инфекцией // Авто-реф.дисс....канд.мед.наук.-М.,1994.-22с.
9. Asmel R., Totten P.A., Spiegel C.A. et al. // Amer.J.Med.-1983.-Vol.74,№1.-p.14-22.
10. Blythe J.G. // Amer.J.Obstet.Gynecol.-1978.-Vol.131,№4.-p.438-445.
11. Paavonen J., Kiviat N.B., Wolner-Hanssen P. et al. // Acta.Cytol.-1989.-Vol.33,№6.-p.831-838.
12. Singh V., Gupta M.M., Satyanarayna L. et al. // Sex.Transm.Dis.-1995.-Jan-Feb;22(1).-p.25-30.