

Через 3 месяца терапии у 60 % пациенток отмечены значительно лучшие показатели репродуктивного здоровья.

Выявлено, что улучшение состояния репродуктивного здоровья женщин на фоне терапии Тайм-Фактором наблюдается после 3 месяцев приема, поэтому продолжительность лечения должна составлять не менее 3 месяцев, а в некоторых случаях до 6, в зависимости от выраженности гормональных нарушений.

Заключение

Женщины, перенесшие хирургическое исследование по поводу АЯ требуют реабилитационной терапии для восстановления репродуктивной функции. Предлагаемый биоактивный комплекс «Тайм-Фактор» обладает хорошей переносимостью, отсутствием побочных явлений и способствует восстановлению репродуктивной функции у женщин, перенесших хирургическую агрессию на яичниках.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский В. Е., Духин А. О. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний. – М.: Изд-во РУДН, 2004.
2. Национальное руководство «Гинекология», 2007.
3. Вербенко А. А. Апоплексия яичника. – М.: Медицина, 1970.
4. Кулаков В. И., Аскольская С. И. Лечение доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников. В кн.: Новые технологии в гинекологии. – М.: Пантори, 2003.
5. Кулаков В. И., Гаспаров А. С., Косаченко А. Г. и др. Современная концепция оказания помощи больным с острыми гинекологическими заболеваниями // Акушерство и гинекология. – 2006.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КЛИНДАЦИНА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Л. В. Ткаченко, Я. В. Складановская

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ВолгГМУ

Распространенность бактериального вагиноза у женщин, обратившихся в клиники, составляет, по данным различных авторов, от 33 до 64 %.

Бактериальный вагиноз признается фактором риска, а иногда и одной из причин возникновения патологии женской репродуктивной системы, осложнений течения беременности, родов и послеродового периода. Исследования многих авторов показали, что бактериальный вагиноз может привести к развитию патологических маточных кровотечений, росту осложнений после операций на органах малого таза и кесарева сечения, преждевременному разрыву плодных оболочек, аномалии родовой деятельности, хориоамниониту, послеродовому эндометриту, снижению веса и пневмонии у новорожденного. Перечисленные обстоятельства диктуют необходимость разработки новых способов лечения бактериального вагиноза. Лекарственным средством, сочетающим этиологическое, патогенетическое, симптоматическое действия, является клиндацин (ОАС «Химфармкомбинат АКРИХИН»). Удачная ком-

бинация составных частей препарата и лекарственная форма в виде 2%-го влагалищного крема с аппликаторами обеспечивает широкий спектр действия при его местном применении.

Цель работы

Определить эффективность применения препарата «Клиндацин» перед родами у 26 беременных с бактериальным вагинозом.

Методика исследования

Критерии отбора пациенток для исследования

В клиническую группу включены беременные:

1) беременные в сроке беременности от 37 до 40 недель;

2) с установленным на основании лабораторного и клинического обследований диагнозом бактериальный вагиноз;

3) изъявившие желание после получения информации о проводимом обследовании, лекарственном действии препарата, способах его использования и возможных побочных эффектах пройти курс лечения клиндацином с последующим контролем за эффективностью;

4) не имеющие гиперчувствительности и аллергии к составным частям препарата.

Из исследования исключались:

- пациентки с гиперчувствительностью и аллергией к антибиотикам группы линкозамидов;
- беременные в любом состоянии, которое может повлиять на оценку исследования;
- беременные, которые не в состоянии сотрудничать с врачами или прервавшие исследование в процессе терапии без причины.

Стандарт обследования

Все беременные для установления диагноза проходили следующее комплексное обследование:

- бактериоскопические посевы на бактериальную флору и инфекции передающиеся половым путем;
- молекулярно-биологическое-ПЦР на хламидии, ВПГ и цитомегаловирус.

Диагноз бактериальный вагиноз устанавливался при наличии у беременной следующих признаков:

- обильные пенистые выделения с неприятным запахом;
- наличие ключевых клеток;
- наличие в микробиологическом исследовании эпидермального и золотистого стафилококка;
- при микроскопии мазков наличие *Gardnerella vaginalis*; *Mycoplasma hominis*;
- отсутствие или значительное снижение лактобактерий.

Контрольное исследование проводилось до лечения и на 4 день после лечения.

Субъективное состояние оценивалось детальным сбором анамнеза и целенаправленным опросом всех пациенток до и после лечения. Клинические проявления до и после лечения оценивались в следующем объеме:

- количество, цвет, консистенция и запах выделений;
 - состояние слизистой преддверия и стенок влагалища;
 - размеры и состояние паховых лимфатических узлов;
 - наличие контактного кровотечения.
- Беременные были извещены об обязательной явке к лечащему врачу в случае появления первых признаков аллергической реакции или иных побочных реакций.

Клиническая группа:

Обследовано и проведено лечение 26 беременных с доношенным сроком беременности, которые были распределены на две группы.

I группа – 19 беременных больных бактериальным вагинозом в виде моноинфекции. Пациенток данной группы беспокоили обильные (9) или умеренные (10) выделения из влагалища с неприятным запахом. Количество лейкоцитов в мазках из цервикального канала составило 30–40 (9), сплошь на все поле зрения (8). «Ключевые» клетки были выявлены у всех беременных данной группы.

II группа – 7 беременных больных бактериальным вагинозом в сочетании с другими инфекциями.

При микробиологическом исследовании отделяемого из влагалища во II группе выявились: эпидермальный стафилококк (2); *E. Coli* (4); *Entekococcus faecalis* (1).

При микроскопировании мазков у всех выявлены «ключевые» клетки; *Gardnerella vaginalis* (2), грибы рода *Candida* (4); *Mycoplasma hominis* (4). Всех беременных данной группы беспокоили обильные или умеренные выделения из влагалища с неприятным запахом. Четыре беременные предъявили жалобы на чувство жжения во влагалище. Количество лейкоцитов в мазках из цервикального канала у 6 из 7 беременных данной группы были сплошь на все поле зрения. «Ключевые» клетки были выявлены у всех пациенток данной группы.

У 12 беременных была выявлена сопутствующая патология: 2 – эрозия шейки матки; привычное невынашивание беременности (1); первичное бесплодие (1); угроза прерывания беременности (5); хроническая гипоксия плода на фоне фетоплацентарной недостаточности (4); тенденция к перенашиванию беременности (1).

У двух беременных был отягощен аллергический анамнез на лекарственные препараты не входящие в состав клиндацина.

Лечение. Рекомендуемая разовая доза клиндацина (5 г крема, что соответствует 100 мг клиндацина) помещалась в тубус для разового применения и вводилась во влагалище перед сном. Процедура проводилась ежедневно в течение 3 дней. Во всех случаях клиндацин применялся нами в виде монотерапии; независимо от сопутствующих инфекций передающихся половым путем.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ клинических данных 26 беременных свидетельствует о высокой эффективности препарата «Клиндацин» при лечении бактериаль-

ного вагиноза в III триместре беременности (табл. 1)

Таблица 1

Клинические результаты лечения бактериального вагиноза у беременных I группы

Клинические симптомы	Число выявлений	
	до лечения	после лечения
Обильные выделения характерные для бактериального вагиноза	9	отсутствуют
Умеренные выделения характерные для бактериального вагиноза	10	отсутствуют
Количество лейкоцитов в мазках из цервикального канала – 30–40	9	N
Сплошь	8	N
«Ключевые» клетки	19	отсутствуют

В ходе проведенного лечения субъективно беременные отмечали уменьшение патологических выделений из влагалища. В I группе больные после лечения отмечали улучшение самочувствия, характерные для бактериального вагиноза выделения отсутствовали при осмотре, 6 беременных отмечали изменение характера выделений уже после первой процедуры.

Во II группе беременные отмечали улучшение самочувствия, исчезновение чувства жжения во влагалище. Так же исчезли характерные для бактериального вагиноза обильные патологические выделения и неприятный запах.

Все беременные родоразрешились самостоятельно, в срок. Ключевых клеток не было обнаружено ни у одной беременной из этих групп (табл. 2).

ЛИТЕРАТУРА

1. Кира Е. Ф. Бактериальный вагиноз. – СПб., 2001. – 364 с.
2. Коршунов В. М., Володин Н. Н., Ефимов Б. А. и др. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах: Учеб. пособие. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 80 с.
3. Тютюник В. Л. Патогенез, диагностика и методы лечения бактериального вагиноза // Фарматека. – 2005. – № 2 (98). – С. 20–24.
4. Centers for Disease Control: Sexually transmitted diseases // MMWR. – 1998. – Vol. 28 (4). – P. 61–63.

Таблица 2

Микроскопическая характеристика микроценоза влагалища до и после лечения

Микроорганизмы	Число выявлений	
	до	после
«Ключевые» клетки	7	нет
<i>Gardnerella vaginalis</i>	2	1
<i>Mycoplasma hominis</i>	4	1
Грибы рода <i>Candida</i>	4	1

Аномалии родовой деятельности у беременных обследованной группы не было. Течение послеродового периода осложнилось гематометрой у 1 беременной, и 1 беременной было проведено профилактическое лечение п/родового эндометрита. В обследованной группе все новорожденные оценены по шкале Апгар от 7 до 8 баллов, внутриутробное инфицирование не диагностировано ни у одного из новорожденных.

Преимущества препарата:

- возможное применение в подготовительном к родам периоде;
- отсутствие противопоказаний использования при беременности;
- хорошая переносимость препарата;
- удобная форма и способ применения;
- быстрое достижение клинического эффекта;
- высокая антимикробная активность при местном применении.

Заключение

Таким образом, клинические исследования клиндамина показали, что данный препарат является эффективным для лечения бактериального вагиноза и подготовки беременной к родам.