

РАЦІОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ

http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2020.55.58-61



Т.Г. РОМАНЕНКО

д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології № 1 НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ
ORCID: 0000-0003-0157-6223

Г.М. ЖАЛОБА

к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології № 1 НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ
ORCID: 0000-0001-9203-6649

О.М. СУЛІМЕНКО

аспірант кафедри акушерства та гінекології № 1 НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ
ORCID: 0000-0003-1948-8387

Контакти:

Романенко Тамара Григорівна
НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра акушерства та гінекології №1
04112, Київ, Дорогожицька, 9
Тел.: +38 (067) 721 96 19
e-mail: romanenko.tmr@gmail.com

ВСТУП І АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ

Бактеріальний вагіноз (БВ) – це полімікробний клінічний синдром, що виникає в результаті заміщення *Lactobacillus spp.*, здатної продукувати перекис водню в піхві, анаеробними бактеріями, наприклад, мікроаерофільною *Gardnerella vaginalis*, облігатно-анаеробними (*Bacteroides spp.*, *Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Veillonella spp.*, *Megasphaera spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Atopobium vaginae*) та іншими (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) мікроорганізмами [1–4]. У ряді випадків на фоні абсолютного переважання мікроорганізмів, асоційованих із БВ, можуть бути присутні лактобактерії в низькому титрі – переважно анаеробні, нездатні продукувати перекис водню. Ці мікроорганізми (головними серед яких є *Gardnerella vaginalis* і *Atopobium vaginae*) спільно створюють щільну полімікробну біоплівку (biofilm), яка прилипає до епітеліальних клітин піхви; формування біоплівки є важливим для переходу від нормальної мікрофлори піхви до мікрофлори, характерної для БВ. Ця полімікробна біоплівка відсутня в жінок групи контролю, в яких немає БВ [1–5]. Важливість проблеми плівкоутворення обумовлена тим, що мікрофлора біоплівки є більш стійкою до впливу несприятливих чинників різної природи за рахунок формування відразу після адгезії слизово-полімерного шару [6–10].

Нещодавно описаний новий мікроорганізм – *Atopobium vaginae*, який включається в патогенез БВ, і, на думку деяких авторів, є специфічнішим за *G. vaginalis* маркером БВ [10, 11]. Відмічено, що при лікуванні БВ виявлено високу стійкість *A. vaginae* до метронідазолу – традиційного засобу для лікування БВ. Так, після курсу антибактеріальної терапії рецидиви захворювання, викликаного асоціацією *G. vaginalis* і *A. vaginae*, спостерігалися у 83% пацієнток, тоді як при моноінфекції (*G. vaginalis*) – тільки у 38% [18].

При виявленні *A. vaginae* і *G. vaginalis* відзначалася вища частота рецидивів (83%) в порівнянні з пацієнтками, інфікованими тільки *G. vaginalis* (38%, $p < 0,001$) [17–20]. Наявність біоплівки при БВ може мати вирішальне значення в патогенезі цього захворювання.

Стійкість *A. vaginae* і *G. vaginalis* до метронідазолу обумовлена тим, що при застосуванні препарату під час лікування БВ формуються отвори у вагінальних біоплівках з *A. vaginae* і *G. vaginalis*, але ці мікроорганізми не знищуються.

Таким чином, наразі зрозумілі наступні причини рецидивів БВ:

- перша – резистентність *A. vaginae* до метронідазолу;
- друга – стійка асоціація *A. vaginae* і *G. vaginalis* у вигляді біоплівки.

БВ – найчастіша причина патологічних виділень із піхви в жінок дітородного віку. У 50% випадків він може перебігати безсимптомно. БВ не належить до захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), але спостерігається в пацієнток із високою сексуальною активністю [1–5]. Слід зазначити, що за даними U. Laxmi et al., D.B. Nelson et al. [1, 11, 12], жінки з БВ мають підвищений ризик зараження деякими ЗПСШ (наприклад, ВІЛ, гонорея, хламідіоз), частіше страждають від ускладнень після гінекологічних хірургічних втручань, частіше мають ускладнення вагітності і рецидиви БВ. Останніми роками в літературі з'явилися повідомлення про наявність епідеміологічного зв'язку БВ з неопластичними процесами шийки матки. Нітрозаміни, які є продуктами метаболізму облігатних анаеробів, служать коферментами канцерогенезу і можуть бути однією з причин розвитку диспластичних процесів і навіть раку шийки матки.

Точна етіологія БВ досі невідома, але сучасні дані свідчать про те, що діагноз БВ зазвичай встановлюється в клінічних умовах із використанням критеріїв Амсея (табл. 1), оцінки за шкалою Ньюджента, критеріїв Хей-Айсон [5].

Таблиця 1. Клініко-лабораторні критерії БВ

| Критерій | № | Визначення | Ознаки БВ |
|----------------------|-----|--|--|
| Клінічний | I | Вагінальний огляд у дзеркалах, кольпоскопія | Рясні гомогенні, біло-сірі виділення з неприємним запахом |
| | II | Визначення рН піхви індикатором | pH > 4,5 |
| Клініко-лабораторний | III | Тест з КОН – додати кілька крапель 10% КОН до вагінальної проби | Поява специфічного рибного запаху |
| | IV | Мікроскопія мазка як нативного препарату або пофарбованого за Грамом | Виявлення «ключових клітин» – вагінальних епітеліоцитів з адгезованими на них грамваріабельними мікроорганізмами |

Наявність трьох із чотирьох критеріїв є обов'язковою; оскільки три критерії є клінічними, можливо діагностувати БВ без мікроскопії або мікробіологічного дослідження. У порівнянні з пофарбованим за Грамом мазком наявність трьох з чотирьох клінічних критеріїв має чутливість 60–72% у діагностиці БВ [1].

Мікроскопія пофарбованого за Грамом препарату є еталонним методом діагностики БВ [1]. Оцінка за шкалою Ньюджента [1, 13] використовується як золотий стандарт для досліджень і ґрунтується на оцінці вмісту бактеріальних морфотипів у пофарбованому за Грамом піхвовому мазку. Оцінка варіює від 0 до 10: показник менше 4 є нормальним, 4–6 – проміжним, більше 6 свідчить про БВ. Беруть до уваги бактеріальні морфотипи, пов'язані з БВ. Клінічне значення «проміжних типів флори» є не цілком ясним, але існують дані, що вони пов'язані з ускладненнями [14]. Критерії Хей-Айсон [15] також засновані на результатах мазка, пофарбованого за Грамом. Їх легше і швидше використовувати в клінічній практиці, і вони включають бактерії, не пов'язані з БВ.

Експертна рада Європейського керівництва з лікування вагінальних виділень (2018), розробленого Міжнародним союзом проти інфекцій, що передаються статевим шляхом (International Union against Sexually Transmitted Infections, IUSTI) та ВООЗ, рекомендує мікроскопію з використанням критеріїв Хей-Айсон як найкращий сучасний тест для діагностики БВ [1]:

- Ступінь 0: не належить до БВ, при мікроскопії виявляють одні лише епітеліальні клітини, без лактобацил, що вказує на недавню антибіотикотерапію.
- Ступінь 1 (нормальний): переважають морфотипи *Lactobacillus*.
- Ступінь 2 (проміжний): змішана флора з деякою кількістю лактобацил, але також на явні морфотипи *Gardnerella* або *Mobiluncus*.
- Ступінь 3 (БВ): переважно морфотипи *Gardnerella* та/або *Mobiluncus*, ключові клітини; лактобацил мало або вони відсутні.
- Ступінь 4: не належить до БВ, виявляють тільки грампозитивні коки, без лактобацил.

В даний час існують європейські та американські рекомендації з лікування пацієток з БВ, розроблені відповідно IUSTI та Центрами з контролю і профілактики захворювань (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) США. Згідно з ними запропоновані схеми терапії, представлені в таблиці 2 [1, 16].

Експертна рада Європейського керівництва з лікування вагінальних виділень (2018) (IUSTI/ВООЗ) рекомендує 5–7-денний курс місцевого або перорального метронідазолу чи 7-денний курс інтравагінального кліндаміцину як першу лінію терапії неускладненого БВ у жінок залежно від особистого вибору і обставин. Адаптуючи настанови до застосування, необхідно враховувати економічну ефективність рекомендованих схем лікування [1].

В деяких дослідженнях щодо ефективності вагінальних супозиторіїв з кліндаміцином (3-денний курс лікування) і вагінального крему з кліндаміцином (протягом 7 днів лікування) при БВ доведено однакову ефективність та безпечність запропонованих схем [24].

На українському фармацевтичному ринку існує лікарська форма кліндаміцину для вагінального введення Банбакт® – вагінальні супозиторії, які містять 100 мг кліндаміцину фосфату у перерахуванні на кліндаміцин.

Мета дослідження – оцінка ефективності та тривалості терапевтичного ефекту використання кліндаміцину (препарату Банбакт®) для лікування БВ у жінок репродуктивного віку.

Таблиця 2. Рекомендовані схеми лікування БВ

| Європейські рекомендації | Метронідазол 400–500 мг перорально двічі на добу протягом 5–7 днів; або Метронідазол гель 0,75% інтравагінально один раз на добу впродовж 5 днів; або Кліндаміцин крем 2% інтравагінально один раз на добу протягом 7 днів. |
|--|---|
|  <p>IUSTI INTERNATIONAL UNION AGAINST SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS EUROPE</p> | |
| Американські рекомендації | Метронідазол 500 мг перорально двічі на добу протягом 7 днів; або Метронідазол гель 0,75% інтравагінально один раз на добу впродовж 5 днів; або Кліндаміцин крем 2% інтравагінально один раз на добу протягом 7 днів. |
|  <p>CDC CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION</p> | |

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження ввійшли 47 пацієток із БВ віком 20–37 років. Критеріями включення жінок була клінічно-лабораторна верифікація діагнозу БВ, добровільна згода на участь у дослідженні, відсутність прийому інших препаратів до або під час лікування. Для встановлення діагнозу БВ достатньо було 3–4 характерних для БВ критеріїв Амселя [1, 5].

З метою лікування призначали Банбакт® – 100 мг кліндаміцину у формі вагінальних супозиторіїв 1 раз на добу перед сном протягом 6 днів.

Ще одним компонентом комплексної терапії був препарат Серрата® (1 таблетка містить 10 мг серратіопептидази) – протеолітичний ферментний препарат із вираженою фібринолітичною, протизапальною, протинабряковою і протибольовою дією. Доведено, що серратіопептидаза може пригнічувати утворення мікробом біомембрани, в результаті чого знижується резистентність вогнища запалення до антибіотиків [21]. Також доведено, що призначення серратіопептидази в комбінації з антибіотиками покращує їх проникнення у вогнище запалення та підвищує ефективність їхньої дії [22, 23]. З урахуванням зростання частоти рецидивних форм БВ, пов'язаних із розвитком резистентності до загальноживаних препаратів, в тому числі в результаті утворення біоплівки з асоціації збудників БВ, застосування серратіопептидази є доцільним та раціональним. Препарат Серрата® призначали протягом 20 днів по 1 таблетці (10 мг) тричі на добу за 40 хв до прийому їжі з великою кількістю рідини.

Лабораторні методи діагностики включали мікроскопію мазків та ПЛР-діагностику, аміногест, рН виділень, посів секрету піхви на флору до початку лікування, на 14 день і через місяць після завершення терапії.

Під час аналізу ефективності терапії оцінювали загальну клінічну ефективність та стан пацієнтки, а також клініко-лабораторні показники на 14 день і через місяць після закінчення терапії. Критеріями вилікування були відсутність суб'єктивних скарг, нормальні виділення за кількістю, запахом та консистенцією; зниження кількості лейкоцитів у мазках, рН виділень < 4,5, негативний аминотест, відсутність ключових клітин у мазках, зменшення патогенної мікрофлори та збільшення лактофлори.

Якщо при повторному обстеженні виділень із піхви через 14 днів зберігались типові та інші атипіві представники мікрофлори, призначали додатковий курс препарату Гайнекс® Форте (містить метронідазолу 750 мг, міконазолу нітрату 200 мг) інтравагінально по 1 супозиторію на ніч протягом 7 днів. Такий підхід обумовлений рекомендаціями Європейського керівництва з лікування вагінальних виділень (2018) (IUSTI/BOO3), відповідно до якого використання інтравагінального метронідазолу є найкращим сучасним методом лікування персистуючого і рецидивного БВ [1].

Статистичну обробку даних проводили із застосуванням програми Statistica 11.0 (StatSoft Inc., США). Розраховували число пацієнток (P), які мали досліджуваній критерій в межах нормальних значень (B), за формулою: $P (\%) = 100\% \times B / A$, де A – загальна кількість осіб у групі.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Встановлено, що при первинному зверненні значна частина жінок відзначала наявність рясних виділень та/або неприємний запах зі статевих шляхів (95,74%). Крім того, часто зустрічався дискомфорт при статевому акті – у 40 (85,11%) випадках. Під час гінекологічного огляду в усіх пацієнток виявлено рясні однорідні виділення; ознак запалення не зафіксовано; критерії Амсея були позитивними у 46 пацієнток (97,29%).

До початку терапії звертала на себе увагу відсутність у вагінальній мікрофлорі лактобактерій, висока частота *G. vaginalis* (95,74%), *Mobiluncus spp.* (78,72%), *A. vaginae* (87,23%).

Аналіз отриманих результатів представлено в таблиці 3.

Таблиця 3. Результати обстеження пацієнток до і після лікування, абс. ч.* (%), $p < 0,05$

| Мікроорганізм | До лікування | Через 14 днів після лікування | Через місяць після лікування | Нормальне значення титру КУО/мл |
|------------------------------|--------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <i>Gardnerella vaginalis</i> | 2 (4,26) | 47 (100) | 43 (91,49) | 0–10 ² |
| <i>Mobiluncus spp.</i> | 10 (21,28) | 39 (82,98) | 41 (87,23) | 0–10 ² |
| <i>Atopobium vaginae</i> | 8 (17,02) | 45 (95,74) | 40 (85,11) | 0–10 ² |
| <i>Streptococcus spp.</i> | 6 (12,77) | 39 (82,98) | 34 (72,34) | 0–10 ² |
| <i>Staphylococcus spp.</i> | 4 (8,51) | 43 (91,49) | 34 (72,34) | 0–10 ² |
| <i>Lactobacillus spp.</i> | 0 (0) | 47 (100) | 44 (93,62) | 10 ⁷ –10 ⁹ |

* кількість пацієнток, які мали нормальні значення титру виявлених мікроорганізмів

Таблиця 4. Кількість пацієнток із нормальним рівнем рН (3,8–4,5)

| Термін спостереження | Кількість пацієнток, абс. ч. (%) |
|-------------------------------|----------------------------------|
| До лікування | 0 (0) |
| Через 14 днів після лікування | 47 (100) |
| Через місяць після лікування | 45 (95,74) |

Результати рН-метрії продемонстрували підвищення рН піхвової рідини понад 4,5 в усіх обстежених (табл. 4). Безпосередньо після курсу проведеної терапії виявлено позитивну динаміку симптомів: зменшилася кількість вагінальних виділень, пацієнтки не висували скарг на дискомфорт; оцінка за допомогою даних об'єктивного огляду, критеріїв Амсея показала покращення стану. Показники рН-метрії нормалізувались у всіх спостережуваних хворих; ПЛР-аналіз виявив значне зниження титру патогенних мікроорганізмів.

Всі пацієнтки добре переносили лікування, алергічних реакцій не спостерігалось. Позитивний ефект від отриманої терапії зберігався протягом 1 місяця.

В процесі лікування чітко простежувалася тенденція до зменшення кількості *G. vaginalis*, стафілококів, *Mobiluncus spp.*, *A. vaginae*, *Streptococcus spp.* та *Staphylococcus spp.* і поява лактобацил. Таким чином, лактобацили на фоні антибактеріальної терапії не зникають, відбувається заміна патогенних форм на домінуючу в нормі мікрофлору піхви.

Встановлено, що на 14 день після лікування всі пацієнтки відмічали значне покращення загального стану і зменшення виділень із піхви. При контрольному обстеженні на 14 день після терапії встановлено достовірне зниження частоти позитивного амніотесту. Ключові клітини після лікування було виявлено тільки в 1 (2,13%) пацієнтки, тоді як до лікування вони

виявлялись у 46 (97,87%) жінок. У всіх пацієнток на 14 день після терапії достовірно знизився рН виділень.

Таким чином, отримані в результаті дослідження показники свідчать, що клінічна ефективність терапії БВ складала 93,62%, а лабораторна – 90,12%.

ВИСНОВОК

Як свідчать отримані результати дослідження, кліндамицин (Банбакт®) є ефективним та оптимальним засобом місцевої терапії БВ у жінок репродуктивного віку. Спектр дії даного протимікробного та антисептичного препарату дозволяє протягом короткого терміну елімінувати патогенну мікрофлору; крім того, відсутній системний вплив на організм.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Sherrard, J., Wilson, J., Donders, G., et al. "2018 European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge." *Int J STD AIDS* 29.13 (2018): 1258–72. DOI: 10.1177/0956462418785451
- Kremets, K. "Modern concepts of bacterial vaginosis and some aspects of therapy." *News of medicine and pharmacy* 411 (2012): 11–12.
- Bulavenko, O.V., Halych, S.R., Davydova, Y.V., et al. "Problematic issues of obstetrics, gynecology and reproductive medicine in modern conditions. Review of the XIV Congress of Obstetricians and Gynecologists." *Medical aspects of woman's health. Special issue No. 1* (2016): 16–22.
- Veropotvelyan, N.P., Veropotvelyan, P.N., Puhalskaya, I.N. "Bacterial vaginosis: modern approaches to treatment." *Medical aspects of woman's health* 9–10 (2010): 68–74.
- Australian STI Management Guidelines. Bacterial Vaginosis. Available from: [http://sti.guidelines.org.au/sexually-transmissible-infections/infections-associated-with-sex/bacterial-vaginosis].
- Mayorov, M.V., Zhuchenko, S.I., Chernyak, O.L. "Topical treatment of vaginal infections." *Medical aspects of women's health* 5.110 (2017): 1–7.
- Mayorov, M.V., Zhuchenko, S.I., Chernyak, O.L. "Bacterial vaginosis: practical etiologies, diagnostics and treatment." *Medical aspects of women's health* 2.76 (2014): 55–61.

8. Radzinsky, V.E., Khamoshina, M.B., Shelennina, L.A., et al. "Therapy of vaginal infections: the edge of the problem (international realities and Russian experience)." *Doctor Ru* 7.85 (2013): 13–17.
9. Gillet, E., et al. "Association between bacterial vaginosis and CIN: systematic review and meta-analysis." *PLoS One* 7/10 (2012): e45201.
10. Gombert, M.A. "Bacterial vaginosis and new infections associated with it." *Russian bulletin of obstetricians-gynecologists* 10.2 (2010): 32–4.
11. Laxmi, U., Agrawal, S., Raghunandan, C., et al. "Association of bacterial vaginosis with adverse fetomaternal outcome in women with spontaneous preterm labor: a prospective cohort study." *J Matern Fetal Neonatal Med* 25 (2012): 64–7.
12. Nelson, D.B., Hanlon, A., Hassan S., et al. "Preterm labor and bacterial vaginosis-associated bacteria among urban women." *J Perinat Med* 37 (2009): 130–4.
13. Nugent, R.P., Krohn, M.A., Hillier, S.L. "Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation." *J Clin Microbiol* 29 (1991): 297–301.
14. Gue´dou, F.A., Van Damme, L., Mirembe, F., et al. "Intermediate vaginal flora is associated with HIV prevalence as strongly as bacterial vaginosis in a cross-sectional study of participants screened for a randomised controlled trial." *Sex Transm Infect* 88 (2012): 545–51.
15. Ison, C.A., Hay, P.E. "Validation of a simplified grading of gram stained vaginal smears for use in genitourinary medicine clinics." *Sex Transm Infect* 78 (2002): 413–5.
16. Workowski, K.A., Berman, S.; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). "Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010." *MMWR Recomm Rep* 59.RR-12 (2010): 1–10.
17. Pirootta, M., Fethers, K.A., Bradshaw, C.S. "Bacterial vaginosis – More questions than answers." *Aust Fam Physician* 38 (2009): 394–7.
18. Bradshaw, C.S., Tabrizi, S.N., Fairley, C.K., et al. "The association of Atopobium vaginae and Gardnerella vaginalis with bacterial vaginosis and recurrence after oral metronidazole therapy." *J Infect Dis* 194 (2006): 828–36.
19. Swidsinki, A., Mending, W., Loening-Baucke, V., et al. "An adherent Gardnerella vaginalis biofilm persists on the vaginal epithelium after standard therapy with metronidazole." *Am J Obstet Gynecol* 198 (2008): 1–6.
20. Polatti, F. "Bacterial Vaginosis, Atopobium vaginae and Nifuratel." *Current Clinical Pharmacology* 7 (2012): 36–40.
21. Pirogova, V.I., Veresnyuk, N.S., Shchuruk, N.V. "The efficiency of complex treatment of bacterial vaginosis." In: *Collection of Scientific works of the Association of Obstetricians and Gynecologists of Ukraine*. Kyiv. Polygraph plus (2012): 315–8.
22. Machado, D., Castro, J., Palmeira-de-Oliveira, A., et al. "Bacterial Vaginosis Biofilms: Challenges to Current Therapies and Emerging Solutions." *Front Microbiol* 6 (2016): 1528. DOI: 10.3389/fmicb.2015.01528
23. Schwebke, J.R., Marrazzo, J., Beelen, A.P., Sobel, J.D. "A Phase 3, Multicenter, Randomized, Double-Blind, Vehicle-Controlled Study Evaluating the Safety and Efficacy of Metronidazole Vaginal Gel 1.3% in the Treatment of Bacterial Vaginosis." *Sex Transm Dis* 42 (2015): 376.
24. Sobel, J., Peipert, J.F., McGregor, J.A., et al. "Efficacy of clindamycin vaginal ovule (3-day treatment) vs. clindamycin vaginal cream (7-day treatment) in bacterial vaginosis." *Infect Dis Obstet Gynecol* 9.1 (2001): 9–15. □

РАЦІОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ

Т.Г. Романенко, д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології №1 НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ
 Г.М. Жалоба, к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології №1 НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ
 О.М. Суліменко, аспірант кафедри акушерства та гінекології №1 НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

Мета дослідження – оцінка ефективності та тривалості терапевтичного ефекту використання кліндамицину (Банбакт®) для лікування бактеріального вагінозу в жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 47 пацієнток із бактеріальним вагінозом віком 20–37 років. Наявність вагінального дисбіозу встановлювали на підставі симптомів, зазначених самими жінками, результатів гінекологічного обстеження, що складалося з огляду, вимірювання рН піхви, відповідності критеріям Амселя, дослідження мікробіоценозу піхви методом полімеразної ланцюгової реакції. Для лікування призначали Банбакт® – 100 мг кліндамицину у формі вагінальних супозиторіїв 1 раз на добу перед сном протягом 6 днів. Критеріями вилікування були: відсутність суб'єктивних скарг, нормальні виділення за кількістю, запахом та консистенцією; зниження кількості лейкоцитів у мазках, рН виділень < 4,5, негативний амінотест, відсутність ключових клітин у мазках, зменшення патогенної мікрофлори та збільшення лактофлори.

Результати. На 14 день після лікування всі пацієнтки відмічали значне покращення загального стану і зменшення виділень із піхви. Ключові клітини були виявлені тільки у 1 пацієнтки після лікування, що склало 2,13% випадку. В усіх пацієнток на 14 день після лікування достовірно знизився рН виділень. В процесі лікування чітко простежувалася тенденція до зменшення кількості *G. vaginalis*, стафілококів, *Mobiluncus spp.*, *A. vaginae*, *Streptococcus spp.* та *Staphylococcus spp.* і поява лактобацил. Отримані в результаті дослідження показники демонструють клінічну ефективність терапії бактеріального вагінозу в 93,61% пацієнток, а лабораторну – у 90,12%. Позитивний ефект терапії зберігався протягом 1 місяця.

Висновок. Як свідчать результати дослідження, кліндамицин (Банбакт®) є ефективним та оптимальним засобом місцевої терапії бактеріального вагінозу в жінок репродуктивного віку. Спектр дії протимікробного та антисептичного препарату дозволяє протягом короткого терміну елімінувати патогенну мікрофлору. Системний вплив препарату на організм відсутній.

Ключові слова: бактеріальний вагіноз, протимікробні препарати, кліндамицин.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Т.Г. Романенко, д. мед. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины, г. Киев
 Г.Н. Жалоба, к. мед. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины, г. Киев
 О.Н. Сулименко, аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1 НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины, г. Киев

Цель исследования – оценка эффективности и продолжительности терапевтического эффекта использования кліндамицина (Банбакт®) для лечения бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. В исследование были включены 47 пациенток с бактериальным вагинозом в возрасте 20–37 лет. Наличие вагинального дисбиоза устанавливали на основании симптомов, указанных самими женщинами, результатов гинекологического обследования, состоящего из осмотра, измерения рН влагалища, соответствия критериям Амселя, исследования микробиоценоза влагалища методом полимеразной цепной реакции. Для лечения назначали Банбакт® – кліндамицин 100 мг в форме вагинальных супозиториев 1 раз в сутки перед сном в течение 6 дней.

Критериями излечения были: отсутствие субъективных жалоб, нормальные выделения по количеству, запаху и консистенции; снижение количества лейкоцитов в мазках, рН выделений < 4,5, отрицательный аминотест, отсутствие ключевых клеток в мазках, уменьшение патогенной микрофлоры и увеличение лактофлоры.

Результаты. На 14 день после лечения все пациентки отмечали значительное улучшение общего состояния и уменьшение выделений из влагалища. Ключевые клетки были обнаружены только у 1 пациентки после лечения, что составило 2,13% случаев. У всех пациенток на 14 день после лечения достоверно снизился рН выделений. В процессе лечения четко прослеживалась тенденция к уменьшению количества *G. vaginalis*, стафилококков, *Mobiluncus spp.*, *A. vaginae*, *Streptococcus spp.* и появление лактобацилл. Полученные в результате исследования показатели демонстрируют клиническую эффективность терапии бактериального вагиноза у 93,61% пациенток, а лабораторную – у 90,12%. Положительный эффект терапии сохранялся в течение 1 месяца.

Вывод. Как свидетельствуют результаты исследования, кліндамицин (Банбакт®) является эффективным и оптимальным средством местной терапии бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста. Спектр действия противомикробного и антисептического препарата позволяет в краткие сроки элиминировать патогенную микрофлору. Системное воздействие препарата на организм отсутствует.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, противомикробные препараты, кліндамицин.

RATIONAL THERAPY OF BACTERIAL VAGINOSIS

T.G. Romanenko, MD, professor, Obstetrics and Gynecology Department No. 1, P.L. Shupyk NMAPE of the MoH of Ukraine, Kyiv
 G.M. Zhaloba, PhD, associate professor, Obstetrics and Gynecology Department No. 1, P.L. Shupyk NMAPE of the MoH of Ukraine, Kyiv
 O.M. Sulimenko, postgraduate student, Obstetrics and Gynecology Department No. 1, P.L. Shupyk NMAPE of the MoH of Ukraine, Kyiv

Purpose of the study was to evaluate the efficiency and duration of clindamycin (Banбакт®) therapeutic effect in the treatment of bacterial vaginosis in women of reproductive age.

Materials and methods. The study included 47 patients with bacterial vaginosis aged 20–37 years. Vaginal dysbiosis was established on the basis of symptoms indicated by women themselves, results of gynecological examination that was consisting of examination, measurement of vaginal pH based on the Amseles criteria, evaluation of vaginal microbiocenosis by polymerase chain reaction. Treatment was performed with Banбакт® – vaginal suppositories clindamycin 100 mg 1 day before bedtime for 6 days.

Treatment criteria were no subjective complaints, normal discharge in quantity, odor and consistency; decrease of leukocytes number in smears, secretions pH < 4.5, negative amine test, absence of key cells in smears, decrease of pathogenic microflora and increase of lactoflora.

Results. On the 14th day after treatment all patients noted a significant improvement in the general condition and decrease in vaginal discharge. Clue cells were detected in only in 1 patient after treatment, accounting for 2.13% of cases. The pH of discharge in all patients was significantly decreased by the 14th day after treatment. There was a clear tendency to reduce the number of *G. vaginalis*, staphylococci, *Mobiluncus spp.*, *A. vaginae*, *Streptococcus spp.* and appearance of lactobacilli during treatment. Results of the study show clinical effectiveness of bacterial vaginosis therapy in 93.61% of patients, and laboratory one in 90.12%. Positive effect of therapy persisted for 1 month.

Conclusion. Results of the study showed that is clindamycin (Banбакт®) is an effective and optimal agent for local therapy of bacterial vaginosis in women of reproductive age. Action spectrum of the antimicrobial and antiseptic drug allows eliminating pathogenic microflora within a short period. There is no systemic effect this drug on the body.

Keywords: bacterial vaginosis, antimicrobial agents, clindamycin.