

# Опыт применения свечей клиндацина в лечении беременных с бактериальным вагинозом

К.м.н. Т.В. ШЕМАНАЕВА

## Experience in using clindacin suppositories in the treatment of pregnant women with bacterial vaginosis

T.V. SHEMANAYEVA

Кафедра акушерства и гинекологии факультета последипломного профессионального обучения врачей Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

Изучены эффективность и безопасность применения клиндацина (клиндамицина) в форме вагинальных свечей (ОАО «Акрихин», Россия) при лечении 30 беременных с бактериальным вагинозом (БВ) во II—III триместрах беременности на фоне перорального приема курса эубиотиков. Контрольную группу составили 20 здоровых беременных. Через 1 мес после проведенного лечения отмечено значительное улучшение состояния беременных по клинико-лабораторным показателям: при микроскопическом исследовании содержимого влагалища отмечено преобладание эпителиальных клеток на фоне увеличения палочек Додерлейна до 79%, уменьшение количества лейкоцитов, преимущественно I—II степень чистоты влагалишной флоры. Хорошая переносимость и высокая эффективность лечения вагинальными свечами клиндацина в сочетании с приемом эубиотиков позволяют рекомендовать данную схему в лечении беременных с БВ во II—III триместрах беременности.

*Ключевые слова:* беременность, бактериальный вагиноз, лечение, вагинальные свечи с клиндацином, эубиотики.

Trials were conducted to study the efficacy and safety of vaginal clindacin suppositories (OAO «Akrikhin», Russia) used to treat 30 pregnant women with bacterial vaginosis (BV) in the second and third trimesters of pregnancy during a course of therapy with oral eubiotics. A control group included 20 healthy pregnant women. A month after the treatment performed, there were considerable clinical and laboratory improvements: a microscopic study of the vaginal contents showed a preponderance of epithelial cells with Doderlein bacilli being increased up to 79%, as well as reduced leukocytes, and mainly grade I—II vaginal flora. The good tolerability and high efficiency of therapy with vaginal clindacin suppositories in combination with eubiotics enable this regimen to be recommended for the treatment of pregnant women with BV in the second and third trimesters of pregnancy.

*Key words:* pregnancy, bacterial vaginosis, treatment, vaginal clindacin suppositories, eubiotics.

За последние 10—15 лет во многих странах мира, в том числе и в России, отмечен рост инфекций влагалища, занимающих ведущее место в структуре акушерско-гинекологических заболеваний [2—4]. Нарушение микробиотического состояния влагалища — бактериальный вагиноз (БВ) — имеет широкое распространение у женщин репродуктивного возраста (до 84%), среди беременных его наблюдают в 10—27% [1, 3]. Клиническое значение данной проблемы обусловлено, прежде всего, повышением риска (до 7,1%) преждевременных родов у этих больных, а также возможностью развития хориоамнионита, послеродового эндометрита, воспалительных процессов половых органов, гнойно-септических осложнений у матери и ребенка в послеродовом периоде, рождения детей с низкой массой тела, что влияет на частоту акушерской и неонатальной патологии [3].

По данным некоторых авторов [2], практически у каждой второй пациентки с БВ выявляются дисбиотические нарушения кишечника. Таким образом, можно

предположить наличие у данных больных единого дисбиотического процесса в организме с выраженным проявлением его либо в репродуктивной, либо в пищеварительной системе, особенно во время беременности.

Терапия БВ во время беременности является сложной проблемой из-за возможного неблагоприятного воздействия лекарственных препаратов на плод, особенно в ранние сроки беременности, когда акушеры решают вопросы наиболее эффективной профилактики осложнений во время беременности и родов.

Высокая частота рецидивов бактериального вагиноза, возможные осложнения во время беременности и в послеродовом периоде диктуют необходимость разработки новых подходов к терапии этого заболевания.

Цель исследования — изучение эффективности и безопасности применения вагинальных свечей клиндацина (ОАО «АКРИХИН», Россия) при лечении беременных с БВ.

**Характеристика и состав препарата.** Действующее вещество клиндацина: один суппозиторий содержит актив-

ное вещество — клиндамицина фосфат, составляющее в пересчете на клиндамицин 100 мг.

Являясь бактериостатическим антибиотиком из группы линкозамидов, препарат обладает широким спектром действия; связываясь с 50S-субъединицей рибосомальной мембраны и подавляя синтез белка в микробной клетке, вызывает гибель микроорганизмов.

## Материал и методы

Под наблюдением находились 50 беременных, среди которых 30 — с бактериальным вагинозом (основная группа) и 20 — здоровых беременных (контрольная группа).

Критериями включения в исследование являлись: диагностированный БВ во время беременности, желание и возможность женщин участвовать в исследовании.

Критериями исключения являлись кольпиты установленной специфической этиологии (грибковой, хламидийной, уреаплазменной, трихомонадной и гонорейной) или вызванные «неспецифической» микрофлорой (стафилококком эпидермальным и золотистым, кишечной палочкой, стрептококком и т.д., выявленными в титрах  $10^6$  КОЕ/мл и более).

Лабораторные исследования проводились перед началом исследования (на их основании назначалась терапия), а также через 2 нед от момента начала лечения, что позволяло оценить клиническую эффективность применяемых препаратов, и через 1 месяц после завершения лечения для получения данных о восстановлении микробиоценоза влагалища.

Беременные с БВ (со II триместра беременности) применяли для лечения интравагинально клиндацин: по 1 свече на ночь в течение 6 дней на фоне приема курса терапии эубиотиками (перорально) в течение 3 нед.

Критериями эффективности лечения являлись (в соответствии с картой наблюдения) удовлетворительное общее состояние беременных женщин, а также результаты бактериологического и бактериоскопического методов исследования и количественной ПЦР-диагностики.

## Результаты и обсуждение

Беременные основной и контрольной групп были сопоставимы по возрасту. Средний возраст соответственно в основной и контрольной группах составил  $27,3 \pm 0,6$  и  $28,2 \pm 0,7$  года. Возраст начала половой жизни был практически одинаковым и составил  $20,3 \pm 3,7$  и  $21,2 \pm 4,4$  года соответственно.

Достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) в группе беременных с БВ в анамнезе были отмечены различные гинекологические заболевания: хронический аднексит у 12 (40%) пациенток основной группы и у 3 (15%) — контрольной группы; дисфункция яичников у 8 (26,7%) женщин основной группы и у 1 (5%) — контрольной группы, бесплодие у 7 (23,3%) пациенток основной группы (в контрольной данного осложнения не встретилось), а также инфекционно-воспалительные заболевания мочевыделительной системы в анамнезе у 13 (43,3%) больных основной группы и у 2 (10%) — контрольной группы.

До назначения терапии беременные с БВ отмечали жалобы на обильные желтовато-белые выделения из половых путей в 87% случаев, в том числе с неприятным запахом — у 65%, пенистого характера — у 11%.

При анализе результатов лабораторных методов исследования было выявлено, что цитограмма у здоровых беременных женщин содержала единичные лейкоциты в поле зрения, влагалищный эпителий с преобладанием элементов стромы в виде клеток с небольшой зоной протоплазмы, расположенных изолированно или в группах. Отмечена I—II степень чистоты влагалищной флоры. В свою очередь, у беременных с БВ в 62% случаев наблюдалась III степень чистоты влагалищной флоры и у 38% — II степень. В мазке отмечено незначительное количество лейкоцитов и небольшое содержание эпителиальных клеток полигональной формы с точечными пикнотическими гиперхромными ядрами, с преобладанием клеток малого размера. У 70% беременных женщин с БВ выявлено наличие «ключевых» клеток.

При анализе результатов бактериологического исследования был отмечен рост аэробных и анаэробных микроорганизмов у 82% беременных с БВ, при этом общее число бактерий во влагалище высевалось в высоких титрах — до  $10^{10}$  КОЕ/мл, что достоверно выше ( $p < 0,05$ ) по сравнению с данными в контрольной группе ( $10^5$  КОЕ/мл). У остальных 18% беременных с БВ получены отрицательные результаты культурального исследования.

Общее число видов микроорганизмов у беременных с БВ (18 видов) оказалось выше в 2,3 раза по сравнению с таковым в контрольной группе. При этом в основной группе у 91% женщин выявлено различное сочетание микробной флоры на фоне резкого снижения молочнокислых бактерий (до 21%). В то время как в контрольной группе у 100% отмечалось наличие молочнокислых бактерий.

Среди грамотрицательных облигатных анаэробных бактерий у беременных с БВ преобладали бактероиды, кишечная палочка, а также выявлен рост патогенных стафилококков, стрептококков и т.д., находящихся в строгом симбиозе друг с другом.

Учитывая тот факт, что в основе БВ лежит дисбактериоз влагалища, сопровождающийся нарушением качественного и количественного состава нормальной микрофлоры, предложенная нами схема является этиологически и патогенетически обоснованной. Для восстановления нормального микробиоценоза влагалища в схеме лечения БВ использовались эубиотики, обеспечивающие защиту кишечника от болезнетворных микроорганизмов, препятствующие проникновению их в верхние отделы желудочно-кишечного тракта и другие внутренние органы, усиливающие процессы всасывания в стенке кишечника ионов Ca, Fe, витамина D, витаминов группы B, K, укрепляющие иммунитет и уменьшающие побочные явления от приема антибиотиков.

В результате используемой схемы лечения БВ отмечено уменьшение жалоб у беременных на выделения из половых путей (через 2 нед после лечения): у 82,1% они стали умеренными и у 17,9% скудными без неприятного запаха. Через 1 мес после окончания лечения у 92% беременных обнаружены слизистые выделения. Выявлено также улучшение лабораторных показателей. При микроскопическом исследовании содержимого влагалища отмечено преобладание эпителиальных клеток на фоне увеличения палочек Додерлейна до 79%, уменьшения количества лейкоцитов в поле зрения. При этом наблюдалась I—II степень чистоты влагалищной флоры.

При анализе видового состава бактериальной флоры после проведенного курса лечения отмечено снижение в 2

раза роста грамотрицательной микробной флоры и в 3,5 раза ассоциаций различных микроорганизмов, выделенных из цервикального канала.

Хорошая переносимость вагинальных свечей клиндамина и перорального использования эубиотиков, а также

высокая эффективность лечения, подтвержденная клинико-лабораторными показателями, позволяют рекомендовать применение данной схемы в лечении БВ у женщин во II—III триместрах беременности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции). Под ред. В.Н. Прилепской. М: МЕДпресс 1999;250—290.
2. *Кира Е.Ф.* Бактериальный вагиноз: Практическое руководство. Ст-Петербург 2001;364.
3. *Тютюнник В.Л.* Патогенез, диагностика и методы лечения бактериального вагиноза. *Фарматека* 2005;2:98:20—24.
4. *Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р.* Современные представления о бактериальном вагинозе. *Вестн Рос асс акуш-гин* 1996;3:40—42.