

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНЕГО ЭТАЖА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЕКАСАНА

З.Д.КАРИМОВ, М.Т.ХУСАНХОДЖАЕВА, Ф.М.АЗИМОВА, Б.С.АБДИКУЛОВ

New way of treating for chronic infections of lower genitals in women with the use of decosan

Z.D.KARIMOV, M.T.HUSANHODJAEVA, F.M.AZIMOVA, B.S.ABDIKULOV

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Оценка эффективности собственного метода местного лечения кольпита и бактериального вагиноза демонстрирует лучшую эффективность лечения по сравнению с традиционными способами. В основе этого лежит более эффективная санация нижнего этажа гениталий в результате длительного воздействия декасана на слизистую влагалища и шейки матки, где укрываются большинство возбудителей инфекции, передающейся половым путем. В сравнении с аналогичным методом лечения цитеалом, декасан обладает рядом существенных преимуществ.

Ключевые слова: *гнойно-воспалительные заболевания женских гениталий, антибиотики, антисептики.*

The carried investigations by the efficiency estimations of our own worked-out method for treating colpitis and bacterial vaginosis show the treatment efficiency in compare with the traditional ones. The base of it – more effective sanitation by decasan for a long time to mucoid of vagina and neck of uterus.

Keywords: *pyoinflammatory diseases of women genitals, antibiotics, antiseptics.*

Проблема диагностики и лечения вагинитов и бактериальных вагинозов (БВ) широко обсуждается на страницах фундаментальных и периодических изданий [1,4,5]. Следует отметить два направления исследований — это поиск новых лекарственных препаратов и создание новых схем лечения на базе известных. Первое направление требует серьезной экономической и научно-технической фармацевтической базы, второе направление открывает большее пространство для клинического изучения [2,4].

Повышенное внимание с нашей стороны к местной терапии заболеваний нижнего этажа гениталий обусловлено не только дефицитом высокоэффективных препаратов системного воздействия. В большей степени оно связано с фактором ускользания инфекции в пластах эпителия нижнего этажа гениталий, где трудно обеспечить адекватную концентрацию антибиотиков, включая препараты местного применения [2, 3]. Большая распространенность БВ среди женщин с острым воспалением в малом тазу позволяет рассматривать нижний этаж гениталий главным резервуаром инфекции, а также причиной высокой частоты хронизации процесса в верхних этажах гениталий, тяжелых инфекционных осложнений в гинекологической и акушерской практике. Нами апробирована тактика одновременного (не откладывая на амбулаторный этап) лечения острого неотложного гнойно-воспалительного заболевания в малом тазу и инфекции нижнего этажа гениталий антисептиком декасан. Выбор препарата был обусловлен заявленной высокой эффективностью декасана по отношению к широкому спектру микроорганизмов, включая вирусы и споры грибов.

Цель. Изучение эффективности разработанной нами местной санационной терапии препаратом декасан (ЮРiЯ-ФАРМ) в программе лечения хронической инфекции нижнего этажа гениталий.

Материал и методы

Под наблюдением находились 235 больных с пельвиоперитонитом на почве острого гнойного воспаления придатков матки, сопровождавшегося БВ, которые были разделены на 3 группы: 1-я группа — 88 больных, которым осуществлялось традиционное лечение БВ; 2-я — 127 больных, получавших лечение с предложенным способом, 3-я — 20 практически здоровых женщин.

Помимо клинической картины, диагноз пельвиоперитонита во всех случаях верифицирован получением гнойного экссудата из позадиматочного пространства во время пункции заднего свода влагалища и прямой визуализации органов малого таза при лапароскопии.

Всем больным проводились бактериоскопия по Граму, триада Amsel, ПЦР анализ на содержание хламидийной, герпетической, папилломавирусной, уреаплазменной, гонорейной инфекции и трихомоназ. Диагноз БВ устанавливается при наличии 3 из 4 критериев, предложенных R. Amsel: pH вагинального отделяемого более 4,5; положительный аминный тест; наличие "ключевых" клеток в мазках вагинального отделяемого, окрашенных по Граму. Традиционный метод местного лечения БВ заключался в тщательном лаваже влагалища и наружных половых органов разведенным в физиологическом растворе цитеалом в соотношении 1:10. После промывания влагалища в задний свод устанавливали влагалищную свечу Нео-Пенотран (Шеринг). Длительность лечения в комплексе с этиопатогенетической терапией основного заболевания — 6-7 дней.

Предложенный способ (авторское свидетельство Государственного патентного ведомства РУз: DGU №00936 от 28.04.2005) заключался в следующем: 1) на гинекологическом кресле производится тщательный лаваж влагалища и наружных половых органов 0,02% раствором декасана. Обильное промывание влагалища следует проводить марлевым тампоном с тщательной ревизией всех отделов влагалищ; 2) после заключительного промывания влагалища производит-

ся тотальная (не тугая) тампонада влагалища марлевыми салфетками, смоченными стандартным 0,02% раствором декасана. Как правило, используется 3-4 салфетки «десятки». Этот тампон оставляется во влагалище на 6 часов (не более и не менее указанного срока!); 3) по истечении указанного времени тампон обязательно извлекают, проводят лаваж влагалища стандартным раствором декасана, используя марлевый тампон; 4) после заключительного промывания влагалища в задний свод устанавливают влагалищную свечу Нео-пенотран (Шеринг); 5) по истечении 1 суток проводят очередной лаваж влагалища декасаном с установкой свечи Нео-пенотран; 6) в дальнейшем в течение 4 дней проводят лаваж влагалища 1 раз в сутки, как указано в п.5. Свечи Нео-пенотран устанавливают 2 раза в сутки (через 12 ч) в течение 7 дней.

Во избежание наиболее типичных ошибок при проведении предлагаемого метода лечения следует придерживаться следующих правил: 1) не следует вводить тампон, пропитанный декасаном, без предварительного обнажения стенок влагалища и шейки матки в зеркалах; 2) не следует стремиться к тугому тампонированию влагалища; 3) необходимо строго следить за количеством установленных и извлеченных через 1 сутки марлевых салфеток с декасаном. Поэтому извлечение тампонов следует производить также посредством обнажения всей слизистой влагалища в зеркалах; 4) наличие эрозии шейки матки, полипа цервикального канала не является противопоказанием к предлагаемому способу лечения. В этих случаях необходимо взять мазок – отпечаток с шейки матки для цитологического исследования и приступить к лечению кольпита, БВ. Диатермокоагуляцию шейки матки в связи с вышеуказанными заболеваниями необходимо провести сразу по окончании всего комплекса лечения инфекции влагалища; 5) замена активного лаважа на так называемые влагалищные ванночки резко снижает эффективность терапии.

Результаты и обсуждение

Длительность нахождения тампона с декасаном во влагалище определяли путем эмпирических наблюдений, постепенно удлиняя время экспозиции во избежание нежелательных отрицательных последствий длительного воздействия препарата на слизистую влагалища. В результате наблюдения было установлено, что после указанного времени экспозиции тампона при его извлечении отмечалась умеренная гиперемия слизистой, без каких-либо её повреждений. Дополнительных жалоб, связанных с длительным нахождением тампона с декасаном во влагалище, больные

не предъявляли. Целью длительной тампонады было более продолжительное и глубокое воздействие декасана на слизистую влагалища.

В 1-й основной группе сразу после лечения имелись заметные позитивные сдвиги, однако через 40-46 дней степень чистоты влагалища почти возвращалась к исходным показателям (табл. 1). Выявляемость трихомонад сразу после лечения снижалась более чем в 2 раза, а через 40-46 дней после назначения повторного курса традиционного лечения – более чем в 3 раза. Однако показатель неэффективности лечения оставался ощутимым (6,8%). Выявляемость *Candida* практически не менялась. Во 2-й основной группе показатели I и II степени чистоты влагалища были достоверно выше, чем в 1-й группе, а трихомонады и грибы *Candida* не выявлялись.

Анализ показателей триады Amsel свидетельствует о том, что после кратковременного позитивного результата сразу после лечения через 40-46 дней в 1-й основной группе все показатели практически возвращались к исходным. При этом в разработку были включены только те пациентки, которые лечились совместно с супругами. Во 2-й основной группе сразу после лечения отмечалась аналогичная тенденция. Однако через 40-46 дней после лечения показатели, несмотря на их незначительное повышение, достоверно отличались от таковых в 1-й группе (табл. 2).

После завершения курса антибактериальной терапии, включавшей (помимо местного лечения) известные препараты системного воздействия (цефалоспорины 2-4 поколения, метронидазол, доксициклин, вибромицин, ацикловир, завиракс, циклоферон), больным назначали зубиотики (лактобактерин в виде интравагинальных свечей в течение 7-10 дней, тот же препарат внутрь по 5 доз 3 раза в день в течение 3-4 месяцев, хилак форте по 40 капель 3 раза в день 30-40 дней, сыворотка «Ором» внутрь в течение 6-7 мес.).

При всех прочих равных условиях, включая характер основного заболевания, основным фактором, повлиявшим на существенные различия результатов лечения, очевидно является способ местной санации основного очага инфекции — нижнего этажа гениталий. Роль трансмиссивной урогенитальной инфекции (ТУИ) становится ясной в результате обследования с помощью ПЦР (табл. 3). Следует отметить, что до лечения подавляющее большинство больных обеих групп были инфицированы различными представителями этого класса инфекции: в 1-й группе – 79 (89,8%) из 88, во 2-й – 106 (83,5%) из 127 (табл. 3). После лечения в 1-й группе общая частота высеваемости ТУИ составила 50,0% (у 44 из 88 женщин), во 2-й группе –

Таблица 1. Результаты бактериоскопии вагинального мазка, окрашенного по Граму, до и после лечения, абс. (%)

Степень чистоты влагалища	Контрольная группа, n=20	1-я группа, n=88			2-я группа, n=127		
		до лечения	сразу после лечения	через 40-46 дней	до лечения	сразу после лечения	через 40-46 дней
I	12 (60,0)	—	10 (11,4)*	1 (1,2)*	—	23 (18,1)*	20 (16,0)*
II	8 (40,0)	4 (4,5)*	38 (43,2)	8 (9,0)*	1 (0,8)*	96 (75,5)* [◊]	81 (64,0)* [◊]
III	—	47 (53,4)	40 (45,5)	44 (50,0)	67 (53,0)	8 (6,3) [◊]	20 (16,0) [◊]
IV	—	37 (42,0)	—	35 (40,0)	59 (46,5)	—	6 (5,0) [◊]
Трихомоназ: +	—	28 (20,5)*	8 (9,1)	6 (6,8) [◊]	32 (25,2)	—	—
Грибы <i>Candida</i>	—	6 (6,8)	4 (4,5)	4 (4,5)	7 (5,5)	—	—

Примечание. p<0,05: * — по сравнению с контрольной группой; [◊] — по сравнению с данными до лечения.

Таблица 2. Показатели триады Amsel до и после лечения, абс. (%)

Показатель	Контроль- ная группа, n=20	1-я группа, n=88			2-я группа, n=127		
		до лечения	сразу после лечения	через 40-46 дней	до лечения	сразу после лечения	через 40-46 дней
Ключевые клетки	—	73 (83,0)	24 (27,3) ^o	70 (79,5)	116 (91,3)*	2 (1,6) ^o	18 (14,2) ^o
Аминный тест	—	81 (92,0)	22 (25,0) ^o	64 (73,0)	93 (73,2)*	—	9 (7,0) ^o
pH ≥4,5	—	88 (100)	26 (29,5) ^o	60 (68,1)	127 (100)	15 (11,8) ^o	22 (17,3) ^o

Примечание. p<0,05: * — по сравнению с контрольной группой; ^o — по сравнению с данными до лечения.

Таблица 3. Результаты ПЦР до и после лечения, абс. (%)

Микроорганизм	Контрольная группа, n=20	1-я группа, n=88		2-я группа, n=127	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Уреаплазма	—	16 (18,1)	6 (6,8)	24 (18,9)	1 (0,8)
Папилломавирус	—	11 (12,5)	8 (9,1)	13 (10,2)	2 (1,6)
Герпес	—	29 (33,0)	20 (23,0)	33 (26,0)	4 (3,1)
Хламидии	—	18 (20,5)	9 (10,2)	25 (20,0)	3 (2,4)
Гонорея	—	12 (13,6)	3 (3,4)	19 (15,0)	1 (0,8)
Негативный анализ	—	9 (10,2)	44 (50,0)	21 (16,5)	117 (92,1)
Смешанная инфекция	—	7 (8,0)	2 (2,3)	8 (6,3)	1 (0,8)

7,9% (у 10 из 127 больных).

Ранее нами была предложена методика длительной тампонады влагалища цитеалом [6]. Однако в практической деятельности мы наблюдали весьма агрессивное воздействие этого препарата на слизистую влагалища. Предложенный новый способ местной терапии декасаном предпочтительнее по нескольким причинам: отсутствие деструктивного воздействия на слизистую влагалища, признаков химического ожога на поверхности слизистой влагалища и шейки матки, меньшее (в 4 раза) время экспозиции тампона во влагалище, полное отсутствие отрицательного резорбтивного воздействия, уменьшение времени лечения, более выраженное бактерицидное воздействие на всех представителях трансмиссивной инфекции.

Заключение

Основным этиологическим фактором развития хронически протекающего БВ является трансмиссивная урогенитальная инфекция. Предложенный метод местного лечения кольпита и бактериального вагиноза позволяет добиться существенно большего показателя излеченности, чем при использовании традиционного способа. Эффективность местной санационной терапии достигается благодаря длительному воздействию декасана на слизистую влагалища и шейки матки, где укрываются большинство возбудителей инфекции, передающейся половым путем. Декасан имеет ряд существующих преимуществ перед аналогичным методом лечения цитеалом.

Литература

1. Анкирская А.С., Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р., Муравьева В.В. Бактериальный вагиноз: особенности клинического течения, диагностика и лечение. *Акуш и гин* 2003;4: 43-49.
2. Вальшев А.В., Елагина Н.Н., Бухарин О.В. Анаэробная микрофлора женского репродуктивного тракта. *Журн эпидемиол* 2001;4: 78-82.
3. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т. Современное лечение кольпитов и бактериальных вагинозов в

гинекологической практике: Метод. рекомендации. Ташкент 2005; 21.

4. Каттаходжаева М.Х. Неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов (патогенез, клиника, методы коррекции) Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. Ташкент 1995; 38.
5. Сабирзянова Л.Г. Профилактика бактериального вагиноза и вагинита с учетом микробиоценоза влагалища. Дис.... канд. мед. наук. Ташкент 2001; 128.
6. Хусанходжаева М.Т., Каримов З.Д., Касымова Д.М., Тухтабаева Б.М. Новый способ лечения вагинита и бактериального вагиноза среди женщин с неотложными воспалительными заболеваниями малого таза. *Вестн врача* 2007; 1: 67-71.

АЁЛЛАР ГЕНИТАЛИЙСИ ПАСТКИ ҚАВАТИНИНГ СУРУНКАЛИ ИНФЕКЦИЯЛАРИНИ ДЕКАСАН ҚЎЛЛАГАН ҲОЛДА ЯНГИ ДАВОЛАШ УСУЛИ

З.Д.Каримов, М.Т.Хусанходжаева,
Ф.М.Азимова, Б.С.Абдикулов

Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази

Кольпит ва бактериял вагинозларни даволашда ушбу мақола муаллифлари томонидан ишлаб чиқилган усулни қўллаш анъанавий ёндашувларга нисбатан самарадорлироқ эканлиги исботланган. Бу усул жинсий йўл билан юқувчи инфекциянинг аксарият қўзғатувчилари ўрнашиб оладиган қин ва бачадон бўйинчасининг шиллиқ қаватига декасаннинг узоқ таъсир қилиши ҳисобига самарали санацияни таъминлайди. Цитеал билан даволашнинг шу каби усулидан фарқли равишда декасанни қўллаш бир мунча салмоқли афзалликларга эканлиги таъкидланган.

Контакт: проф. Каримов Заур Джавдатович,
отделение гинекологии РНЦЭМП.
100115, Ташкент, Фархадская, 2.
Тел.: +99871-2793454(p)
E-mail: karimovzaurdj@mail.ru