

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «СПИРАМИЦИН-ВЕРО» И РАСТВОРА «АНОЛИТ»
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ

Л.К. РАННЕВА, К.А. ХАДАРЦЕВА

*Тульский государственный университет, медицинский институт,
ул. Болдина, д. 128, г. Тула, Россия, 300028*

Аннотация. В сообщении приведены результаты клинико-лабораторного обследования 120 женщин, проживающих в городе Тула, которые были осмотрены гинекологом с проведением микроскопического исследования, ПЦР-исследования и бактериологического посева из влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам и контрольным осмотром через месяц. Из общей массы обследованных было выбрано: 60 женщин, которым назначен препарат «Спирамицин-веро» и 60 пациенток, которым назначен «Анолит». Клинически был выставлен диагноз вульвовагинит. Частота выявляемых ранее инфекций передающихся половым путем колебалась от 13 до 75%. Установлена эффективность при вульвовагинитах «Анолита» и системного препарата «Спирамицин-веро». Кроме того, установлена большая эффективность системного препарата в сочетании с интравагинальной формой антибактериальных средств, а также применение раствора в течение 10 дней.

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза, инфекции, вульвовагиниты, условно-патогенная флора, препарат «Спирамицин-веро», «Анолит».

USE OF THE DRUG "SPIRAMYCIN-VERO" AND THE SOLUTION "ANOLYTE"
FOR TREATMENT OF THE VULVOVAGINITIS

L.K. RANNEVA, K.A. KHADARTSEVA

*Tula State University, Medical University
Boldin str., 128, Tula, Russia, 300028*

Abstract. The report presents the results of clinical and laboratory examination of 120 women living in the city of Tula, which were examined by a gynecologist to microscopic examination, PCR analysis and bacteriological sowing of vaginal flora and sensitivity to antibiotics, inspection a month later. The drug "Spiramycin-Vero" was prescribed 60 women, the drug "Anolyte" - also 60 patients. In all patients, clinical diagnosis was vulvovaginitis. The frequency of the previously identified infections, sexually transmitted infections ranged from 13 to 75%. It was defined the efficiency of the drugs "Spiramycin-Vero" and "Anolyte" in vulvovaginal treatment. It was revealed a large efficiency of the drug in combination with intravaginal form of antibacterial agents and the application of the solution for 10 days.

Key words: inflammatory diseases of the pelvic organs, infection, vulvovaginitis, conditionally pathogenic flora, the drug "Spiramycin-Vero", the drug "Anolyte".

Введение. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) – одна из основных медицинских проблем, оказывающих существенные влияния на здоровье женщин детородного возраста. В 20% случаев возбудителей (ВЗОМТ) выявить не удается [7], а в 60% причиной ВЗОМТ являются *инфекции передающиеся половым путем* (ИППП), из них 60-70% развивается за счет сочетанного действия хламидий и гонококка. В России инфекционно-воспалительные заболевания женской половой сферы встречаются у 60-70% гинекологических больных [2], за последние годы во всех странах мира отмечен рост количества воспалительных заболеваний половых органов. Юный возраст начала половой жизни, наличие множества половых партнеров, частые половые контакты и статус незамужней женщины увеличивают вероятность ИППП, следовательно и ВЗОМТ [3], это обуславливает нарушение репродуктивной функции, как у мужчин, так и у женщин. ВЗОМТ являются самой частой причиной негормонального бесплодия, эктопических беременностей, невынашивания беременности, пороков развития плода и др. [4, 8-10].

В структуре ВЗОМТ репродуктивного возраста частота неспецифических вагинитов составляет 50-70%, *бактериального вагиноза* (БВ) – 40-60%, *вульвовагинального кандидоза* (ВВК) – 20-30%. *Вульвовагинит* – это воспаление слизистой оболочки вульвы и влагалища. Их подразделяют на *специфические* с установленным инфекционным агентом (гонококки, трихомонады, хламидии, вирусы, грибы) и *неспецифические*, которые могут быть первичными и вторичными. Возникновение неспецифических вульвовагинитов связывают с нарушением правил гигиены, травматизацией наружных половых органов и влага-

лица, остро возникшими аллергическими состояниями (использованием богатой экстрактивными веществами и пряностями пищи, шоколада и т.д.), обострением уже имеющегося аллергического заболевания (в мазках обнаруживается повышенное количество эозинофилов), хроническими заболеваниями лор-органов, мочевыделительной системы, системными заболеваниями крови и наличием другой хронической экстрагенитальной и гинекологической патологии. В качестве инфекционной причины неспецифического вульвовагинита могут выступать стафилококки, стрептококки, кишечные палочки, энтерококки и другие представители кишечной флоры [5].

Генерализации воспалительных процессов гениталий способствуют внутриматочные вмешательства (гистероскопия, зондирование матки); аборты и диагностические выскабливания эндометрия; послеродовой период; применение *внутриматочных контрацептивных средств* (ВМК). Риск возникновения инфекций при пользовании ВМК особенно велик в первые месяцы их применения, у первобеременных женщин и при частой смене половых партнеров. Частота ВЗОМТ у женщин с ВМК в несколько раз выше, чем без них. При этих факторах риска нарушаются механизмы биологической защиты половой системы женщины. В процессе филогенеза и онтогенеза сформировались физиологические барьеры, обеспечивающие устойчивость половых органов женщин к возможным воздействиям различных патогенных факторов, в том числе инфекционных агентов, как экзогенных, так и эндогенных. К таким защитным механизмам, прежде всего, следует отнести анатомо-физиологические особенности женских половых органов, в частности четкое разграничение нижнего и верхнего отделов [1]. Необоснованное назначение антибиотиков при ВЗОМТ ведет к возрастанию роли грибов в развитии гнойного процесса. Кроме того, грибы рода *Candida* играют особую роль в развитии микст-инфекций, благодаря их структурным особенностям, способствующим образованию биопленок, в состав которых входят разные виды микроорганизмов (бактерии, простейшие, грибы). Полимикробные процессы характеризуются тем, что этиологическим фактором является не один какой-либо отдельно взятый микроб, а их ассоциация с присущими только ей биологическими свойствами. Инфекционный процесс обретает затяжное течение и склонность к рецидивированию.

Наибольший пик заболеваемости ВЗОМТ наблюдается у лиц в возрасте от 15 до 24 лет, после 30 лет их частота значительно уменьшается, что обусловлено изменением полового поведения, и появлением защитных антител в цервикальном канале. Хронические ВЗОМТ характеризуются малосимптомным и бессимптомным течением, изменением этиологической структуры в сторону доминирования вирусной и условно-патогенной флоры, и часто становятся причиной нарушения репродуктивной функции, неудач программ вспомогательных репродуктивных технологий, репродуктивных потерь. ВЗОМТ – это заболевания женщин ведущих активную половую жизнь. ВЗОМТ ведут к снижению эндокринной функции яичников вследствие длительного течения и частых рецидивов воспалительных процессов. Так, гипофункция яичников наблюдается практически у 90% больных хроническими ВЗОМТ, что обусловлено развитием дистрофических процессов в придатках матки, возникающих вследствие дефицита кровоснабжения и развития спаечных изменений. Гипофункция яичников приводит к дисгормональным нарушениям, изменению менструального цикла, ановуляции, и, соответственно, бесплодию [6].

Цель исследования – оценить безопасность и эффективность раствора «Анолит» и системного препарата «Спирамицин-веро» в сочетании с интравагинальной формой антибактериальных средств при воспалительных заболеваниях женских половых органов в условиях женской консультации..

Материалы и методы исследования. Из массы женщин, обращающихся на прием к гинекологу в женскую консультацию города Тулы, отобраны 120 человек в возрасте от 19 до 45 лет, осмотрены гинекологом. Им проведено: микроскопическое, бактериологическое и ПЦР-исследования цервикального и влагалищного содержимого для выявления инфекций. По результатам обследования им назначался препарат «Спирамицин-веро», в виде монотерапии и в сочетании с интравагинальными препаратами, а также раствор «Анолит» в течение 5,7 и 10 дней в виде монотерапии.

Первым этапом дизайна исследования была разработка специальной анкеты для выборки, учета и внесения основных данных. В анкете учитывались: возраст (19–45 лет); социальные данные (работающие женщины на предприятие «Октава» и безработные женщины), антропометрические характеристики (рост 160-180 см и вес 50-80 кг), анамнез гинекологических заболеваний, а так же соматическая патология (со стороны ЖКТ – гастрит, гастродуоденит, холецистит; со стороны дыхательных путей – ОРЗ, ОРВИ, бронхиты; со стороны мочевыделительной системы – циститы, пиелонефриты).

Второй этап: выборка женщин с одинаковыми клиническими проявлениями вульвовагинита, которые ранее не лечились и предъявляли характерные жалобы на появление патологических выделений из половых путей, зуд вульвы, жжение при мочеиспускании. При гинекологическом осмотре: гиперемия, отек вульвы, слизистых влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения. При обследовании выявлена хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная и микст-инфекция (энтерококковая и кишечная палочка).

Третий этап: оценка полученного материала и назначение лечения.

Все пациентки обследовались на гинекологическом приеме в ГУЗ ГБ №12 г. Тулы, на каждую женщину заводилась «Карта клинико-лабораторных исследований», в которую вносились данные анамнеза, результаты обследования из истории болезни и амбулаторной карты, сведения о наличии и исходе воспалительных заболеваний органов малого таза, результаты бактериологических, микробиологических, ПЦР-исследований, сведения о тактике ведения и исход лечения.

Критерии включения в группы исследования: женщины с адекватным методом контрацепции, которые предъявляли характерные жалобы на появление патологических выделений из половых путей, зуд, жжение вульвы, одинаковые данные осмотра: гиперемия и отек вульвы, обильные бели, выявление микоплазменной, уреоплазменной, хламидийной и микст-инфекции.

Критерием исключения из исследования: женщины с острыми или хроническими (в стадии обострения) заболеваниями органов малого таза верхних отделов, со специфическими ИППП (гонорея, трихомониаз, и т.д), с предшествующей терапией антимикробными и противогрибковыми препаратами в течение 1 месяца до визита, а также беременные и кормящие женщины.

Изучены результаты лечения 120 женщин разделенных на 2 группы по 60 человек. В каждой из них выделено 3 подгруппы по 20 человек.

В *первой группе* из массы женщин, обратившихся на прием к гинекологу, отобраны 60 человек, с одинаковыми клиническими проявлениями вульвовагинита, в возрасте от 19 до 40 лет. Им проведено: микроскопическое, бактериологическое и ПЦР-исследования цервикального и влагалищного содержимого для выявления инфекций. По результатам обследования назначался «Спирамицин-веро» в виде монотерапии, в сочетании с интравагинальными препаратами «Тержинан» и «Гексикон» и местная терапия без «Спирамицин-веро». Препарат «Спирамицин-веро» назначался согласно предложенной схеме применения фирмы-производителя

I подгруппа (20 человек) – назначен только «Спирамицин-веро» по 3 млн. МЕ 3 раза в день 10 дней.

II подгруппа (20 человек) – назначен «Спирамицин-веро» по 3 млн. МЕ 2 раза в день в сочетании с антибактериальными препаратами «Тержинан» и «Гексикон» в течение 7 дней.

III подгруппа (20 человек) – назначено только местное применение препаратов «Тержинан» и «Гексикон» в течение 10 дней.

Во *второй группе* из массы женщин, обращающихся на прием к гинекологу в женскую консультацию города Тулы, отобраны 60 человек в возрасте от 21 до 45 лет. Им проведено: микроскопическое, бактериологическое и ПЦР-исследования цервикального и влагалищного содержимого для выявления инфекций. После обследования назначался «Анолит» в виде монотерапии местно. Все пациентки были разделены на 3 подгруппы и назначено лечение.

I подгруппу составили 20 человек, терапия которых включала применение «Анолита» местно в течение 5 дней.

II подгруппу составили 20 человек, терапия которых включала применение «Анолита» местно в течение 7 дней.

III подгруппу составили 20 человек, терапия которых включала применение «Анолита» местно в течение 10 дней.

Четвертый этап включал контрольный осмотр гинеколога, взятие микроскопических, бактериологических, ПЦР-мазков и оценку влияния «Анолита» и системного препарата «Спирамицин-веро» в виде монотерапии и в сочетании с интравагинальной формой антибактериального препарата.

Результаты и их обсуждение. Обратившиеся с одинаковыми жалобами и клиническими проявлениями вульвовагинита, были анкетированы и обследованы. Из общей массы было выбрано 120 человек. Возраст женщин от 19 до 45 лет. Из них 36 человек (30%) в возрасте 19-25 лет, 24 человека (20%) 25-30 лет, 36 человек (30%) 30-35 лет, 24 человека (20%) 35-40 лет. Таким образом, 60 человек (50%) составили женщины в возрасте от 19 до 30 лет и 60 человек (50%) в возрасте от 31 до 45 лет. В исследовании принимали участие женщины, работающие на предприятие «Октава» – 93 человека (77,5%) и безработные женщины – 27 (22,5%). Антропометрические характеристики: рост 160-180 см и вес 50-80 кг. При сборе анамнеза перенесенных заболеваний, соматическая патология со стороны ЖКТ – гастрит, гастродуоденит, холецистит выявлена у 48 человек (40%); со стороны дыхательных путей – ОРЗ, ОРВИ, бронхиты – у 54 (45%); со стороны мочевыделительной системы – циститы, пиелонефриты – у 18 (15%). Все женщины предъявляли жалобы на зуд, дискомфорт в области половых органов и бели. Клинически у всех был выявлен вульвовагинит. При микроскопическом исследовании у всех больных мазки были 3 степени чистоты. При ПЦР – исследовании выявлено: 30 женщин (25%) с хламидийной инфекцией, 30 (25%) – с микоплазменной инфекцией, 30 женщин (25%) – с уреоплазменной и 30 (25%) – с микст-инфекцией: энтерококковая флора – у 18 человек (15%) и кишечная палочка – у 12 (10%). Женщины были разделены на 2 группы. Первая группа получала препарат «Спирамицин-веро» как в виде монотерапии, так и в сочетании с интравагинальными препаратами «Тержинан» и «Гексикон». Препарат «Спирамицин-веро» назначался согласно предложенной схеме применения фирмы-производителя. Применяя системный препарат «Спирамицин-веро» у первой подгруппы, эффективность его составила 90% (18

человек) на 7 день, у 10% (2 женщины) сохранялись обильные бели. Во второй подгруппе, где применялся «Спирамицин-веро» в сочетании с интравагинальными препаратами «Тержинан» и «Гексикон», эффект был у 95% (19 человек). Исчезли на 5 день гиперемия, отечность вульвы и слизистой влагалища, изменилось количество и качество выделений. Бели стали скудные, слизисто-серозные. В третьей подгруппе, где применялись только интравагинальные препараты, клинический эффект был хуже, чем в первой и второй подгруппе. Эффективным лечение было у 12 человек (60%). Сохранялись гиперемия и обильные выделения у 8 (40%). Через 1 и 3 месяца после лечения: в первой подгруппе рецидивы были у 4 человек (22%), где выявлены гиперемия, отек половых органов и обильные бели, у 2 (10%) обнаружена хламидийная инфекция, у 3 (15%) условно-патогенная микоплазменная микрофлора. Во второй подгруппе рецидив был у 1 человека (5%) и обнаружена уреоплазма. В третьей подгруппе рецидивы были у 6 человек (50%): у 3 (50%) выявлена хламидийная инфекция, у 3 (50%) – микст-инфекция.

Женщины были разделены на 3 подгруппы и назначено лечение с клиническим и бактериологическим контролем на 7 день после лечения, через 1 и 3 месяца лечения. Раствор «Анолит» назначался согласно предложенной схеме применения фирмы-производителя. Применяя раствор «Анолит» у первой подгруппы в течение 7 дней, эффективность его составила 90% (18 человек) на 7 день, у 10% (2) сохранялись обильные бели. Во второй подгруппе, где применялся «Анолит» в течение 10 дней, эффект был у 95% (19 человек). Исчезли гиперемия, отечность вульвы и слизистой влагалища, изменилось количество и качество выделений. Бели стали скудные, слизисто-серозные. В третьей подгруппе, где применялся «Анолит» в течение 5 дней, клинический эффект был хуже, чем в первой и второй подгруппе. Эффективным лечение было у 12 человек (60%). Сохранялись гиперемия и обильные выделения у 8 (40%).

Через 1 и 3 месяца после лечения: в первой подгруппе рецидивы были у 2 человек (11%), где выявлены гиперемия, отек половых органов и обильные бели, у 1 (50%) обнаружена грибковая инфекция, у 1 (50%) микст-инфекция. Во второй подгруппе рецидив был у 1 человека (5%) и обнаружена грибковая инфекция. В третьей подгруппе рецидивы были у 4 человек (33,3%): у 3 (75%) выявлена грибковая инфекция, у 1 (25%) микст-инфекция.

Таким образом, можно сделать вывод, что системный препарат «Спирамицин-веро» лучше назначать курсами 7-10 дней в сочетании с интравагинальными препаратами «Тержинан» и «Гексикон» – эффективность лечения 95%, а раствор «Анолит» в течение 10 дней – эффективность лечения 95%.

Заключение. На основании полученных результатов можно сделать вывод, что системный препарат «Спирамицин-веро» лучше применять в сочетании с другими антибактериальными препаратами в интравагинальной форме, а не в виде монотерапии, а «Анолит» курсом в течение 10 дней.

Литература

1. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Перфильева Г.Н. Гнойно-септическая инфекция в акушерско-гинекологической практике. СПб., 2001. 459 с.
2. Аксель Е.М., Давыдов М.И., Ушакова Т.И. Статистика рака легкого, молочных желез и желудка: состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность // Вестник РАН. 2001. №9. С. 61–65.
3. Байрамова Б.Р. Современный взгляд клинициста на проблему генитальных патологий // Материалы Международной научно-практической конференции «Профилактика рака шейки матки: взгляд в будущее». М., 2008. С. 6–7
4. Овсянникова Т.В., Асриян Я.Б. Дисгормональная патология молочных желез. // Практическое руководство по клинической гинекологии: Учебн. пособие / Под ред. чл. корр. РАМН, проф. И.С. Сидоровой, проф. Т.В. Овсянниковой. М.: МЕДпресс_информ, 2006. С. 448
5. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р., Бровкина Т.В., Погосян Ш.М. Лечение вульвовагинитов и вагинозов: клинико-лабораторная эффективность // Гинекология. 2013. №4. Т.15. С. 3–7.
6. Сметник В.П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей // М.: Медицинское информационное агентство, 2001.
7. Шуршалина А.В. Воспалительные заболевания органов малого таза: современная тактика терапии // Гинекология. 2011. №5. Т.13. С. 28–31.
8. Зиллов В.Г., Хадарцев А.А., Еськов В.М., Винокуров Б.Л., Морозов В.Н., Кидалов В.Н., Филатова О.Е., Гонтарев С.Н., Хадарцева К.А., Цогоев А.С., Наумова Э.М., Крюкова С.В., Митрофанов И.В., Валентинов Б.Г., Седова О.А. Восстановительная медицина: Монография / Под ред. А.А. Хадарцева, С.Н. Гонтарева, В.М. Еськова. Тула: Изд-во ТулГУ – Белгород: ЗАО «Белгородская областная типография», 2010. Т. I. 298 с.
9. Еськов В.М., Зиллов В.Г., Фудин Н.А., Хадарцев А.А., Веневцева Ю.Л., Громов М.В., Карташова Н.М., Кидалов В.Н., Филатова О.Е., Цогоев А.С., Борисова О.Н., Купеев В.Г., Мельников А.Х., Наумова Э.М., Бехтерева Т.Л., Валентинов Б.Г., Демущкина И.Г., Смирнова И.Е., Сясин Н.И., Терехов И.В., Хадарцева К.А., Хижняк Л.Н., Юсупов Г.А., Адырхаева Д.А., Бочкарев Б.Ф., Хижняк Е.П. Избранные

технологии диагностики: Монография / Под ред. А.А. Хадарцева, В.Г. Зилова, Н.А. Фудина.– Тула: ООО РИФ «ИНФРА», 2008. 296 с.

10. Овчарук Э.А., Хадарцева К.А. Бактериологическая и гистологическая диагностика хронического эндометрита при бесплодии // Вестник новых медицинских технологий. 2010. №3. С. 181–182.

References

1. Abramchenko VV, Kostyuchek DF, Perfil'eva GN. Gnoyno-septicheskaya infektsiya v akushersko-ginekologicheskoy praktike. Sankt-Peterburg: 2001. Russian.
2. Aksel' EM, Davydov MI, Ushakova TI. Statistika raka legkogo, molochnykh zhelez i zheludka: sostoyanie onkologicheskoy pomoshchi, zabolevaemost' i smertnost'. Vestnik RAN. 2001;9:61-5. Russian.
3. Bayramova BR. Sovremennyy vzglyad klinitsista na problemu genital'nykh patologiy. Materialy Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Profilaktika raka sheyki matki: vzglyad v budushchee». Moscow:2008:6-7. Russian.
4. Ovsyannikova TV, Asriyan YB. Disgormonal'naya patologiya molochnykh zhelez. Prakticheskoe rukovodstvo po klinicheskoy ginekologii: Uchebn. posobie pod red. chl. korr. RAMN, prof. I.S. Sidorovoy, prof. TV. Ovsyannikovoy. Moscow: MEDpress_inform, 2006. Russian.
5. Prilepskaya VN, Mezhevitinova EA, Abakarova PR, Brovkina TV, Pogosyan ShM. Lechenie vul'vovaginitov i vaginozov: kliniko-laboratornaya effektivnost'. Ginekologiya. 2013, 4(15):3-7. Russian.
6. Smetnik VP, Tumulovich LG. Neoperativnaya ginekologiya: Rukovodstvo dlya vrachey. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo. 2001. Russian.
7. Shurshalina AV. Vospalitel'nye zabolevaniya organov malogo taza: sovremennaya taktika terapii. Ginekologiya. 2011,5(13):28-31. Russian.
8. Zilov VG, Khadartsev AA, Es'kov VM, Vinokurov BL, Morozov VN, Kidalov VN, Filatova OE, Gontarev SN, Khadartseva KA, Tsogoev AS, Naumova EM, Kryukova SV, Mitrofanov IV, Valentinov BG, Sedova OA. Vosstanovitel'naya meditsina: Monografiya. Pod red. AA. Khadartseva, SN. Gontareva, VM. Es'kova. Tula: Izd-vo TulGU – Belgorod: ZAO «Belgorodskaya oblastnaya tipografiya», 2010,1. Russian.
9. Es'kov VM, Zilov VG, Fudin NA, Khadartsev AA, Venevtseva YuL, Gromov MV, Kartashova NM, Kidalov VN, Filatova OE, Tsogoev AS, Borisova ON, KupeeV VG, Mel'nikov AKh, Naumova EM, Bekhtereva TL, Valentinov BG, Demushkina IG, Smirnova IE, Syasin NI, Terekhov IV, Khadartseva KA, Khizhnyak LN, Yusupov GA, Adyrkhaeva DA, Bochkarev BF, Khizhnyak EP. Izbrannye tekhnologii diagnostiki: Monografiya. Pod red. AA Khadartseva, VG Zilova, NA Fudina. Tula: ООО РИФ «ИНФРА», 2008. Russian.
10. Ovcharuk EA, Khadartseva KA. Bakteriologicheskaya i gistologicheskaya diagnostika khronicheskogo endometrita pri besplodii. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2010;3:181-2. Russian.

Библиографическая ссылка:

Раннева Л.К., Хадарцева К.А. Применение препарата «спирамицин-веро» и раствора «анолит» для лечения вульвовагинитов // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. №1. Публикация 2-10. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016-1/2-10.pdf> (дата обращения: 17.02.2016). DOI: 10.12737/18565.