

Новый терапевтический подход в лечении бактериального вагиноза

Ю.Б. Гуржий, к.м.н.

Адрес для переписки: Юлия Борисовна Гуржий, isaeva@yandex.ru

Для цитирования: Гуржий Ю.Б. Новый терапевтический подход в лечении бактериального вагиноза // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16. № 7. С. 10–12.

DOI 10.33978/2307-3586-2020-16-7-10-12

Представлены результаты сравнения эффективности секнидазола (препарат Секнидокс) и метронидазола в лечении бактериального вагиноза. Обследованы и пролечены 85 женщин с бактериальным вагинозом, вызванным различными возбудителями, в том числе *Trichomonas vaginalis*. На фоне применения секнидазола быстрее наступало клиническое улучшение, и в отличие от метронидазола он не угнетал нормальную микрофлору влагалища и не вызывал побочных эффектов.

Ключевые слова: вульвовагинальные инфекции, бактериальный вагиноз, секнидазол

Актуальность проблемы

К числу самых распространенных акушерско-гинекологических заболеваний относятся вульвовагинальные инфекции, среди которых 30–50% приходится на долю бактериального вагиноза [1–3]. Согласно современным представлениям, бактериальный вагиноз – это невоспалительное заболевание влагалища, связанное с изменением его микрофлоры.

Сегодня нормальную микрофлору рассматривают как совокупность микробиоценозов, занимающих многочисленные экологические ниши на коже и слизистых оболочках. Микроорганизмы, составляющие нормальную микрофлору, находятся в разнообразных взаи-

моотношениях (нейтрализма, конкуренции, мутуализма, комменсализма, синергизма, паразитизма, синтрофии и др.). Изменение численности того или иного вида микроорганизмов в соответствующем биотопе или появление несвойственных данному месту обитания бактерий служит сигналом для адаптивных или необратимых изменений в соответствующем звене микробиологической системы. Для нормальной микрофлоры половых путей у женщин типично многообразие видового состава, в течение всей жизни представленного строгими и факультативными анаэробными и значительно в меньшей степени аэробными и микроаэрофильными микроорганизмами [4].

Триггером развития бактериального вагиноза могут стать как внешние, так и внутренние факторы [5]. К внутренним (эндогенным) факторам относятся гормональный дисбаланс с преобладанием прогестерона, атрофия слизистой оболочки влагалища, кишечный дисбиоз, иммунные нарушения в организме, экстрагенитальная патология, способствующая развитию перечисленных выше состояний, воспалительные заболевания гениталий, сопровождающиеся попаданием во влагалище большого количества чужеродных микроорганизмов. Среди внешних (экзогенных) факторов выделяют длительное лечение антибиотиками, лекарственную иммуносупрессию (прием цитостатиков, глюкокортикостероидов), лучевую терапию опухолей, инородные предметы во влагалище (гигиенические тампоны, пессарий, противозачаточные диафрагма, кольцо), применение спермицидов, частое спринцевание, несоблюдение правил личной гигиены, нарушение механических факторов защиты (несостоятельность мышц тазового дна) [6–8]. Несмотря на то что бактериальный вагиноз не считается инфекцией, переда-



ваемой половым путем, зачастую его возникновение связано с половым актом (без барьерных методов контрацепции), особенно при смене партнера.

При наличии каких-либо триггерных факторов увеличивается количество условно патогенной микрофлоры влагалища, уменьшается количество лактобацилл, кислотность среды влагалища смещается в сторону ощелачивания. Микрофлора, приходящая на смену лактобактериям, может быть самой разнообразной и чаще всего представлена ассоциацией условно патогенных бактерий. Среди них встречаются бактероиды, пептококки, пептострептококки, мегасферы, лептотрихи, атопобиум, гарднереллы и микоплазмы. Именно отсутствие какого-либо одного возбудителя (гарднерелл, микоплазм, стафилококков и др.) и отличает бактериальный вагиноз от вагинита. Интенсивный рост факультативной флоры и образование патологических биопленок сопровождаются влагалищными выделениями с характерным неприятным запахом. Это связано с тем, что в процессе жизнедеятельности условно патогенных микроорганизмов происходит выделение аминов (путресцина, кадаверина, триметиламина и др.) [8, 9].

Поскольку признаков воспаления при бактериальном вагинозе не наблюдается, то его ведущие клинические симптомы зависят от характера течения (острого или хронического). Острый бактериальный вагиноз проявляется:

- выделениями из влагалища (в среднем не более 20 мл за сутки) серовато-белого цвета, однородной консистенции, с неприятным «рыбным» запахом;
- болезненностью во время полового акта;
- дискомфортом, зудом и жжением в половых органах (могут быть выражены слабо либо отсутствовать);
- резью, болезненностью при мочеиспускании, болью внизу живота в надлобковой области (редко).

Хроническим бактериальный вагиноз считается при непрерывном течении заболевания на протяжении более двух месяцев, несмотря на проводимое лечение. Как правило, он сочетается с нарушением гормонального фона и атрофией слизистой оболочки влагалища.

Материалом для оценки состояния флоры влагалища служит мазок из заднего свода и шейки матки. По современным представлениям, в состав микробиоценоза влагалища могут входить более 400 различных видов и групп микроорганизмов, которые можно сгруппировать по признаку генетического родства. Для выявления этих групп были разработаны реагенты [6–8]. Поскольку диапазон микрофлоры влагалища у здоровых пациенток достаточно широк и микроорганизмы находятся в определенных соотношениях, то основным методом диагностики бактериального вагиноза в настоящее время является метод полимеразной цепной реакции в реальном вре-

мени. Наиболее достоверный вид такой диагностики – тест-системы «Фемофлор» («Фемофлор 16», Фемофлор Скрин»). С их помощью можно анализировать не только видовой, но и количественный состав флоры влагалища, включая анаэробный спектр, в том числе определение *Atopobium vaginae*, высокочувствительного маркера бактериального вагиноза.

Целесообразность лечения бактериального вагиноза очевидна, поскольку в противном случае может наблюдаться ряд неблагоприятных последствий:

- воспалительные заболевания органов половой системы (вульвовагинит, эндометрит, сальпингоофорит);
- циститы, уретриты как у женщины, так и у полового партнера;
- снижение резистентности к инфекциям, передаваемым половым путем, в том числе вирусу иммунодефицита человека, гонорее, трихомониазу;
- невынашивание беременности, преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек и т.д.;
- образование бактериальных пленок, устойчивых к стандартной терапии.

Цель исследования

Сравнить эффективность метронидазола и секнидазола в лечении бактериального вагиноза.

Материал и методы

Под нашим наблюдением в течение шести месяцев находились 85 пациенток репродуктивного возраста, страдающие бактериальным вагинозом. Группу сравнения составили 40 пациенток, которые принимали метронидазол по 500 мг внутрь два раза в день в течение семи дней. В основную группу вошли 45 женщин, которым был назначен препарат Секнидокс (секнидазол) 2 г перорально.

Секнидазол – производное нитроимидазола, оказывает бактерицидное (против грамположительных и грамотрицательных анаэробных бактерий) и амебицидное (внутри- и внекишечное) действие. Он

Результаты проведенного исследования показали, что Секнидокс отвечает всем требованиям, предъявляемым к препаратам для лечения бактериального вагиноза. Даже после однократного приема он продемонстрировал эффективность в отношении микроорганизмов, ответственных за возникновение бактериального вагиноза, что позволяет пересмотреть терапевтический подход к лечению этого заболевания

особенно активен в отношении *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica* и *Giardia lamblia*. Проникая внутрь клетки микроорганизма, секнидазол активируется в результате восстановления 5-нитрогруппы, благодаря чему взаимодействует с клеточной ДНК. Происходит нарушение ее спиральной структуры и разрушение нитей, ингибирование нуклеотидного синтеза и гибель клетки. Как показало рандомизированное двойное слепое исследование, однократный прием 2 г секнидазола внутрь так же эффективен, как и семидневный курс метронидазола по 500 мг два раза в день [10]. Есть данные об эффективности применения 1 г секнидазола однократно.

Результаты и их обсуждение

Как показал анализ результатов клинико-лабораторных обследо-

ваний, симптомы исчезли у 96% пациенток, получавших метронидазол. Однако 30% пациенток этой группы жаловались на побочные реакции лечения: металлический вкус во рту, диспепсические расстройства, аллергические реакции. Пациентки, принимавшие препарат Секнидокс, отметили исчезновение симптомов в течение первых 48 часов после приема препарата, что в среднем на два дня раньше, чем в группе сравнения. После окончания лечения в основной группе ни у одной пациентки не было обнаружено условно патогенной флоры. Стоит подчеркнуть, что восстановление нормальной микрофлоры после лечения наблюдалось у 80% пациенток основной группы и только 12% пациенток группы сравнения. Переносимость препарата Секнидокс больные оценили как хорошую. Поздние реакции

и осложнения от лечения отсутствовали.

Выводы

Результаты проведенного исследования показали, что Секнидокс отвечает всем требованиям, предъявляемым к препаратам для лечения бактериального вагиноза. Даже после однократного приема он продемонстрировал эффективность в отношении микроорганизмов, ответственных за возникновение бактериального вагиноза, что позволяет пересмотреть терапевтический подход к лечению этого заболевания. Кроме того, Секнидокс малотоксичен и хорошо переносится. ☺

Автор не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах. Конфликт интересов отсутствует.

Литература

1. Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г. Бактериальный вагиноз: некоторые аспекты этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения // Гинекология. 2004. № 2. С. 62–65.
2. Байрамова Г.Р. Бактериальный вагиноз // Гинекология. 2001. Т. 3. № 2. С. 52–54.
3. Краснопольский В.И. Патология влагалища и шейки матки. М., 1997. С. 82–85.
4. Гинекология. Национальное руководство / под ред. И.Б. Манухина, В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Котельникова А.В., Князева Т.П. Современные подходы к верификации диагноза бактериального вагиноза и тактике ведения // РМЖ. Мать и дитя. 2018. № 2(1). С. 48–53.
6. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
7. Петерсен Э.Э. Инфекции в акушерстве и гинекологии: пер. с англ. / под общ. ред. В.Н. Прилепской. М.: МЕДпресс-информ. 2007.
8. Yaghmaei M., Arbabi K., Jahantigh M. et al. Accuracy of Amsel's criteria in the diagnosis of bacterial vaginosis (preliminary report) // IJOGI. 2009. Vol. 12. № 3. P. 17–22.
9. Kenyon C., Colebunders R., Crucitti T. The global epidemiology of bacterial vaginosis: a systematic review // Am. J. Obstet. Gynecol. 2013. Vol. 209. № 6. P. 505–523.
10. Bohbot J.M., Vicaut E., Fagnen D., Brauman M. Treatment of bacterial vaginosis: a multicenter, double-blind, double-dummy, randomised phase III study comparing secnidazole and metronidazole // Infect. Dis. Obstet. Gynecol. 2010. Vol. 2010. ID 705692.

New Therapeutic Approach in the Treatment of Bacterial Vaginosis

Yu.B. Gurgy, PhD

N.A. Semashko Road Clinical Hospital at the Lublino Station of Russian Railways JSC, Moscow

Contact person: Yuliya B. Gurgy, isaevaa@yandex.ru

The results of comparing the effectiveness of secnidazole (Secnidox) and metronidazole in the treatment of bacterial vaginosis are provided. 85 women with bacterial vaginosis caused by various pathogens, including Trichomonas vaginalis, were examined and treated. On the background of secnidazole, clinical improvement was faster, and unlike metronidazole, it did not inhibit the normal vaginal microflora and did not cause side effects.

Key words: vulvovaginal infections, bacterial vaginosis, secnidazole

Секнидокс

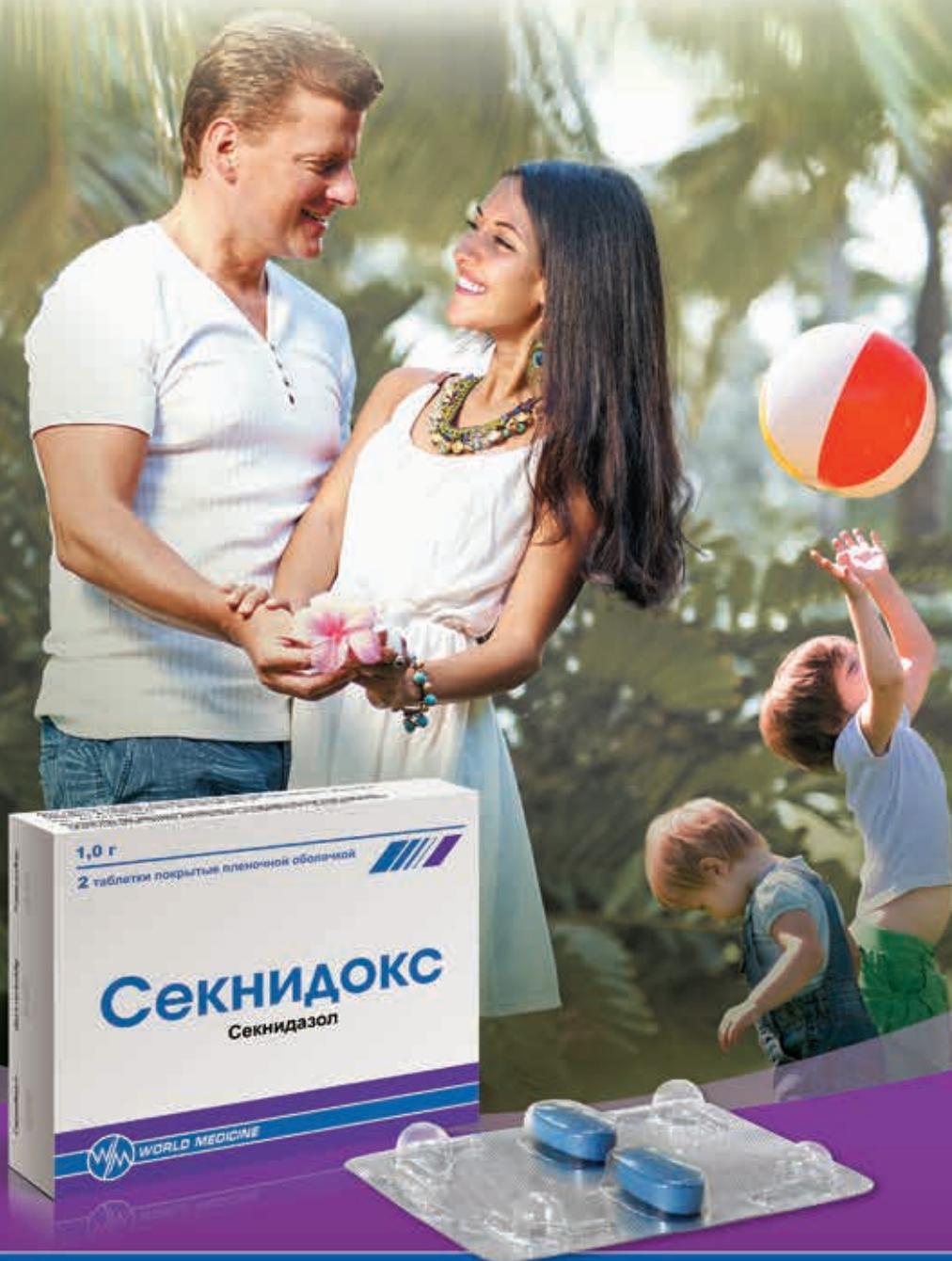
Секнидазол 1,0 г

№ 2 таблетки



ИЗЛЕЧЕНИЕ БЕЗ КОМПРОМИССОВ

Высокоактивный антипротозойный и антибактериальный препарат, безопасный и удобный для пациентов



Реклама



WORLD MEDICINE

Pharmaceutical Company

ЛП-003863