

Клинико-лабораторная оценка эффективности Гафлокса в моно- и комбинированной терапии воспалительных заболеваний гениталий, обусловленных микст-инфекцией и условно-патогенной микрофлорой

Ю.П. Вдовиченко, Т.Г. Романенко, С.И. Соболева, Е.В. Форостяная

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что сочетанное использование препарата Гафлокс наряду с угнетением условно-патогенных бактерий воздействует на локальные защитные механизмы влагалища, способствует восстановлению механизмов колонизационной резистентности, что позволяет существенно снизить частоту рецидивирования, нормализует микробиологический статус и микробиоценоз половых путей у пациенток исследуемой группы. Кроме того, применение данного препарата отличается отсутствием аллергических реакций, индивидуальной непереносимости и дисбактериоза кишечника. Это позволяет рекомендовать широкое использование Гафлокса в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: воспалительные заболевания гениталий, микст-инфекция, лечение.

Проблема воспалительных заболеваний гениталий является одной из наиболее актуальных в современной гинекологии и одной из основных причин женского бесплодия [2-5]. Высокий уровень данной патологии обусловлен изменением этиологии с преобладанием микст-форм, дисгормональными и дисиммунными нарушениями, неблагоприятным влиянием экологической ситуации, ростом соматической заболеваемости и рядом других факторов [1, 4].

Несмотря на тот факт, что многие научные коллективы нашей страны и за рубежом занимаются данным научным направлением, эффективность остается недостаточно высокой, что диктует необходимость поиска новых решений, особенно в плане использования рациональной антибиотикотерапии. Исследования последних лет [1-5] свидетельствуют, что в настоящее время общепринятое лечение воспалительных процессов гениталий, вызванных микст-инфекцией, является недостаточно эффективным, что приводит к высокой частоте рецидивирования и образования гнойных tuboovarialных процессов и вынужденному оперативному лечению.

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности выбранной научной задачи.

Целью настоящего научного исследования является снижение частоты рецидивирования и развития осложненных форм воспалительных заболеваний гениталий на основе разработки и внедрения лечебно-профилактической методики с использованием современной антибиотикотерапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 120 пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями женских половых органов микст-этиологии (хламидии, мико- и уреоплазмы, кандиды, гарднереллы в сочетании с условно-патогенными микроорганизмами), которые были разделены на две группы (табл. 1):

- 1-я (основная) группа – 60 женщин, которые получали предлагаемую нами методику;
- 2-я группа (контрольная) – 60 женщин, которым назначались общепринятые лечебно-профилактические мероприятия.

Кроме того, в каждой группе были выделены две подгруппы с острым и хроническим течением воспалительных заболеваний, включающие по 30 пациенток в каждой.

Анализируя основные варианты воспалительных заболеваний женских половых органов, необходимо отметить преобладание в обеих группах сальпинго-оофорита (1 группа – 43,3% и 2 – 46,7%) и вульвовагинита (36,7 и 33,3%, соответственно) по сравнению с эндоцервицитом (10,0 и 13,3%) и эндометритом (10,0 и 6,7%). Кроме того, у обследованных пациенток отмечен и высокий уровень сопутствующего цистита (1 группа – 23,3% и 2 – 26,7%).

При изучении этиологии инфекционной заболеваемости до лечения во всех группах преобладали микст-формы условно-патогенной микрофлоры в сочетании с кандидами, хламидиями, уреа- и микоплазмами и гарднереллами. Частота анаэробной флоры составила в 1-ой группе – 56,7% и во 2-ой – 53,3%, кандидоза – 16,7 и 20,0%, хламидиоза – 16,7 и 13,3%, уреа-микоплазмоза – 10,0 и 10,0%, соответственно.

Табл. 1

Методика		
Основная группа (n=60)	Группа 1.1 (n=30)	Гафлокс-400, 10-14 дней
	Группа 1.2 (n=30)	Азитромицин, 7-14 дней, затем Гафлокс-400 10-14 дней
Группа сравнения (n=60)	Группа 2.1 (n=30)	Офлоксацин 600мг/сут, 10-14 дней
	Группа 2.2 (n=30)	Азитромицин, 7-14 дней, затем Офлоксацин 600мг/сут, 10-14 дней

ТАРДИФЕРОН – золотой стандарт ВОЗ в лечении железодефицитной анемии

Очень важным является тот аспект, что мы исключали из исследований пациенток с трихомониазом, гонореей и вирусной инфекцией для достоверной оценки эффективности и безопасности терапии Гаффлоком.

Схемы использования препаратов по предлагаемой нами методике заключались в применении в основной группе при остром течении (подгруппа 1.1) хламидийной, мико- и уреоплазменной, а также микст-инфекции Гаффлокса по 400 мг 1 раз в сутки на протяжении 10-14 дней. При хроническом течении (подгруппа 1.2) дополнительно к Гаффлоксу использовали и азитромицин в общепринятой дозировке. По сравнению с этим, в контрольной группе в подгруппе 2.1 использовали офлоксацин по 300 мг 2 раза в сутки на протяжении 10-14 дней, а в подгруппе 2.2 – дополнительно к этому также азитромицин в общетерапевтической дозировке. Количество курсов определяли индивидуально в зависимости от результатов клинико-лабораторных исследований.

При лечении урогенитальных инфекций обязательно привлекали к обследованию и лечению половых партнеров с обязательным соблюдением правил сексуального поведения на протяжении всего периода контрольных обследований. При этом использовали бактериоскопический метод (забор выделений из цервикального канала шейки матки, влагалища, уретры) и прямой иммунофлюоресцентный метод.

Эффективность предлагаемой методики оценивали через 15, 30 и 90 дней по следующим критериям:

- динамика клинических симптомов (болезненность, гипертермия, дисбиоз влагалища и кишечника);
- частота рецидивирования;
- микробиологические критерии (динамика бактериоскопических исследований);
- динамика показателей иммуноферментного анализа и динамика состояния микробиоценоза влагалища);
- эхографические критерии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке эффективности разработанной методики мы проводили динамическое изучение наиболее информативных клинических параметров в динамике лечения через 15, 30 и 90 дней.

Частота курсов лечения при остром течении воспалительных заболеваний гениталий (табл. 2) составила в подгруппе 1.1. – $1,6 \pm 0,1$, в подгруппе 2.1. – $2,1 \pm 0,2$ на одну женщину. При хроническом течении процесса соответственно в подгруппе 1.2. – $2,1 \pm 0,2$ и в 2.2. – $2,8 \pm 0,3$, т.е. количество курсов было достоверно ниже при использовании Гаффлокса. Мы считаем этот факт достаточно важным как с медицинской, так и с экономической точки зрения.

Уровень болевого синдрома (график 1) до начала лечения составил в 1-ой группе сравнения 96,7% и во 2-ой – 98,3%. Данные сравнительного анализа частоты болевого синдрома свидетельствуют, что уже через 15 дней частота изучаемого параметра в 1-ой группе была ниже на 23,3%, а во 2-ой группе – только на 13,3%. Через 30 дней от начала различных методов лечения частота болевого синдрома уменьшилась в 1-ой группе на 40,0%, а во 2-ой – только на 20,0%. На заключительном этапе – спустя 90 дней – эта разница также была ощутимой: 63,3 и 46,7%.

Анализируя основные изменения показателя «гипертермия или субфебрилитет» (график 2), можно констатировать, что частота его до начала лечения составила в 1-

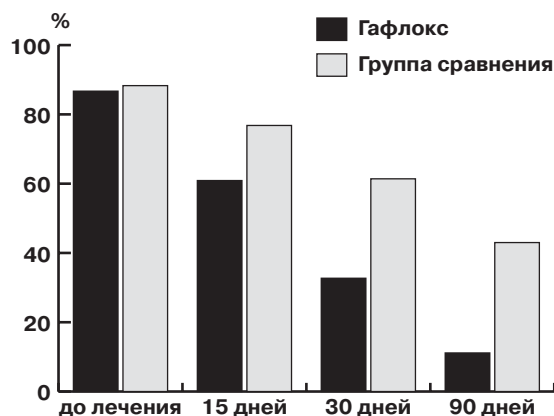


График 1. Гипертермия и субфебрилитет

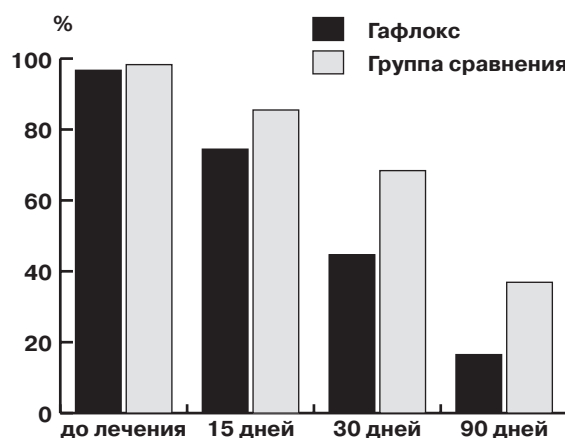


График 2. Болевой синдром

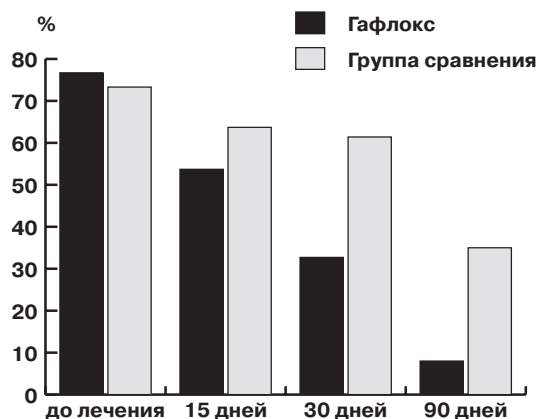


График 3. Нарушение микробиоценоза

Табл. 2

Оценка частоты курсов лечения	Группа 1.1	Группа 1.2	Группа 2.1	Группа 2.2
		$1,6 \pm 0,1$	$2,1 \pm 0,2$	$2,1 \pm 0,2$

ЙОДОМАРИН – эффективное средство для профилактики йоддефицитных заболеваний

ой группе 86,7% и во 2-ой группе – 88,3%. После 15 дней лечения снижение данного показателя составило, соответственно, 30,0 и только 13,3%. К следующему исследуемому сроку, через 30 дней – 46,7 и 20,0%. К 90 суткам эти различия составили соответственно 66,7 и только 30,0%.

Частота нарушений микробиоценоза влагалища (график 3) до начала лечения составила в 1-ой группе 76,7% и во 2-ой группе – 73,3%. Через 15 дней следует указать на снижение частоты изучаемого параметра на 30,0 и 13,3%. Через 30 дней от начала различных методов лечения частота дисбиоза влагалища уменьшилась уже на 50,0 и только 20,0%. К заключительному сроку – 90 сутки – изучаемый параметр снизился на 70,0 и только на 30,0%, соответственно.

Частота рецидивирования (график 4) после 15 дней лечения составила 6,7% в 1-ой группе и 26,7% – во 2-ой. Через 30 дней эти различия носили более выраженный характер: 10,0 и 36,7%. К 90 суткам различия между группами были более заметными: 1-ая группа – 16,7% и 2-ая – 50,0%.

Отдельным моментом мы изучали частоту различных побочных эффектов. Так, через 15 дней суммарный уровень (диспептические расстройства, кожные незначительные аллергические проявления) имели место в 1-ой группе в 13,3% и во 2-ой – в 6,7%. Спустя 30 дней эти различия составили 10,0 и 3,3%, что сохранилось и через 90 дней.

Результаты микроскопического исследования до лечения свидетельствуют об отсутствии достоверных различий между группами по всем изучаемым параметрам. Через 15 дней лечения в 1-ой группе (использование Гафлокса) по сравнению с пациентками, получавшими офлоксацин, отмечено достоверное снижение клеток эпителия (до $5,1 \pm 0,3$; $p < 0,05$) и лейкоцитов (до $4,2 \pm 0,2$; $p < 0,05$), а также существенное уменьшение смешанной флоры (до 33,0%), ключевых клеток (до 30,0%), их лизиса (до 43,3%); хламидии (с 36,7 до 13,3%) и микоплазмы (с 26,7 до 6,7%) (график 5); *Mobiluncus* (до 20,0%) и *Bacteroides* (до 16,7%). Полученные данные свидетельствуют об эффективности предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий. Через 30 и 90 дней вышеописанные особенности полностью сохранились у пациенток основной группы, получавших Гафлокс.

Результаты проведенных бактериологических исследований до лечения свидетельствуют об отсутствии достоверных различий между группами по всем основным параметрам. Различия между этими группами после 15 дней лечения носили достоверный характер по сравнению с пациентками, получавшими офлоксацин, особенно со стороны таких параметров, как увеличение числа *Lactobacillus spp.* (до $6,1 \pm 0,2$ КОЕ/мл; $p < 0,05$); *Bifidobacterium spp.* (до $4,1 \pm 0,4$ КОЕ/мл; $p < 0,05$) при одновременном снижении количества *Enterococcus spp.* (до $3,9 \pm 0,3$ КОЕ/мл; $p < 0,05$); *S. aureus* (до $4,0 \pm 0,4$ КОЕ/мл; $p < 0,05$); *Bacteroides spp.* (до $1,6 \pm 0,1$ КОЕ/мл; $p < 0,05$); *Peptococcus spp.* (до $1,7 \pm 0,1$ КОЕ/мл; $p < 0,05$) и *Peptostreptococcus spp.* (до $1,5 \pm 0,1$ КОЕ/мл; $p < 0,05$). Аналогичная закономерность сохранилась как через 30 дней, так и спустя 90 дней от начала проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

Следовательно, результаты проведенных клинико-микробиологических исследований наглядно подтверждают эффективность предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий с использованием препарата Гафлокс.

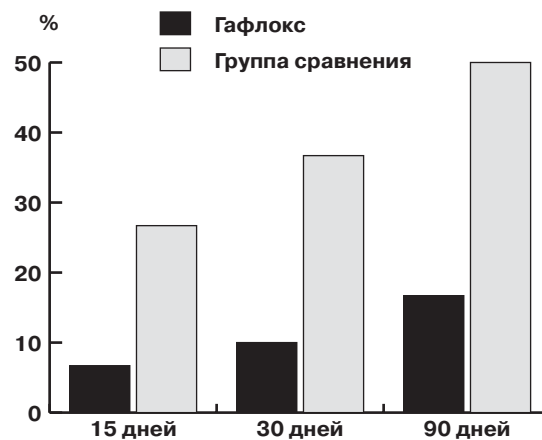


График 4. Частота рецидивирования

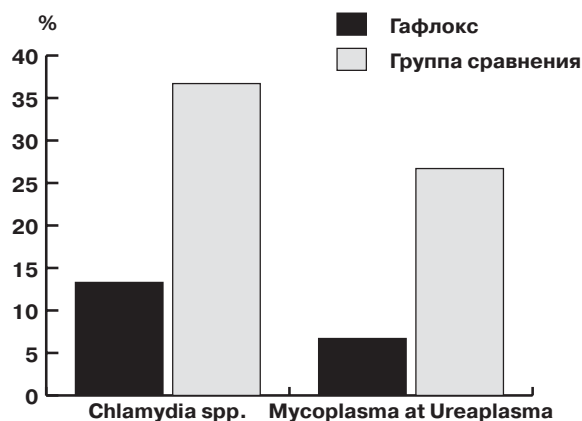


График 5. Микробиологическое исследование

При анализе основных параметров системного и местного иммунитета мы отдали предпочтение динамическому изучению наиболее информативных параметров. Так, оценивая содержание IgM во влагалищном отделяемом в процессе лечения, можно констатировать достоверное уменьшение этого показателя после 15 дней лечения в основной группе цикла (до $0,4 \pm 0,01$ г/л; $p < 0,05$), что сохранилось после 30 и 90 дней. По сравнению с этим, содержание IgA достоверно повышалось только после 30 дней предлагаемой терапии с использованием Гафлокса (до $0,3 \pm 0,01$ г/л; $p < 0,05$).

Содержание сывороточного интерферона достоверно не отличалось до лечения ($27,5 \pm 1,1$ г/л; $p > 0,05$), а после 15 дней лечения отмечено достоверное снижение этого показателя только в основной группе (до $19,3 \pm 1,1$ г/л; $p < 0,05$). Изменения показателя фагоцитоза носили достоверный характер только через 30 дней от начала лечения Гафлоксом (до $40,1 \pm 2,8$; $p < 0,05$).

На заключительном этапе мы изучали содержание лизоцима и β-лизинов во влагалищном отделяемом в динамике проводимой терапии. Так, содержание лизоцима в основной группе относительно групп сравнения носило достоверный характер уже после 15 дней лечения Гафлоксом (до лечения $0,52 \pm 0,02$ усл. ед. и через 15 дней – $0,72 \pm 0,02$ усл. ед.; $p < 0,05$), что сохранилось и через 30 и

90 дней (до $0,77 \pm 0,05$ усл. ед.; $p < 0,05$). Аналогичная закономерность была отмечена при оценке уровня β -лизинов.

При оценке основных эхографических результатов проведенных исследований отмечено исчезновение в основной группе признаков воспаления (отечность маточных труб, уменьшение размеров яичников, отсутствие выпота в дугласовом пространстве и др.).

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование препарата Гафлоркс наряду с угнетением условно-патогенных бактерий, хламидий, мико- и уреоплазм, кандид и гарднерелл воздействует на локальные защитные механизмы влагалища, способствует восстановлению механизмов колонизационной резистентности, что позволяет существенно снизить частоту рецидивирования, нормализует микробиологический статус и микробиоценоз половых путей у пациенток с хроническими воспалительными процессами женских половых органов, обусловленными микст-инфекцией. Кроме того, применение вышеописанного препарата отличается отсутствием аллергических реакций, индивидуальной непереносимости и дисбактериоза кишечника. Это позволяет рекомендовать Гафлоркс для широкого использования в практическом здравоохранении.

Клініко-лабораторна оцінка ефективності Гафлорксу в моно- та комбінованій терапії запальних захворювань геніталій, зумовлених микст-інфекцією та умовно-патогенною мікрофлорою

Ю.П. Вдовиченко, Т.Г. Романенко, С.І. Соболева, О.В. Форостяна

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что применение препарата Гафлоркс наряду с угнетением условно-патогенных бактерий влияет на локальные защитные механизмы влагалища, способствует восстановлению механизмов колонизационной резистентности, что позволяет существенно снизить частоту рецидивирования, нормализует микробиологический статус и микробиоценоз половых путей у пациенток исследуемой группы. Кроме того, засто-

сування зазначеного препарату відрізняється відсутністю алергічних реакцій, індивідуальної непереносимості й дисбактеріозу кишечника. Це дозволяє рекомендувати широке використання Гафлорксу в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: запальні захворювання геніталій, микст-інфекція, лікування.

Clinical-laboratory estimation of efficiency of Gaflorx in mono- and the combined therapy of inflammatory diseases of the genitals caused by a mixt-infection and conditional-pathogenic microflora

Yu.P. Vdovichenko, T.G. Romanenko, S.I. Soboleva, E.V. Forostjanaja

Results of the lead researches testify, that mixed use of preparation Gaflorx alongside with oppression of conditional-pathogenic bacteria influences local protective mechanisms of a vagina, promotes restoration of mechanisms to resistency that allows to lower essentially frequency rezediving, normalizes the microbiological status and microbiozenoses sexual ways at patients of researched group. Besides application of the above described preparation differs absence of allergic reactions, individual intolerance and a dysbacteriosis of intestines. It allows to recommend Gaflorx wide use in practical public health services.

Keywords: inflammatory diseases of genitals, a mixt-infection, treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочарова Е.Н., Макарова Л.Н., Бакалова Л.А. Современная лабораторная идентификация некоторых возбудителей урогенитального тракта. Вестник дерматологии и венерологии 2001; 6: 12–14.
2. Кира Е.Ф. Инфекции и репродуктивное здоровье. Клинические проявления инфекционных заболеваний влагалища, включая СТЗ. Журнал акушерства и женских болезней 1999; 3: 51–53.
3. Прилепская В.Н. Особенности инфекционных процессов нижнего от-

- дела половых путей. Возможности терапии препаратами для локального применения. Гинекология 2000; 2 (2): 22–27.
4. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. М: ООО «Мед. информ. агентство»; 1997.
5. Чурилов А.В. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки на фоне внутриматочной контрацепции. Вісник асоціації акушерів-гінекологів України 2001; 3: 22–25.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ЖЕНСКИЕ ПОДМЫШКИ СЕКСУАЛЬНО ПРИТЯГИВАЮТ МУЖЧИН

Ученые из пражского Университета Чарльза установили, что запах женского пота отталкивает или привлекает мужчин в зависимости от стадии менструального цикла, на котором находится женщина.

Во время экспериментов были собраны образцы пота из подмышечных впадин около десятка дам, после че-

го 42 мужчинам с помощью парфюмерных "тестеров" предлагалось оценить по десятибалльной шкале силу и сексуальную привлекательность предлагаемого запаха.

Выяснилось, что наибольшее возбуждение мужчины испытывают от запаха пота женщин, которые находились в самой благоприятной для зачатия ста-

дии менструального цикла. Во время этого период запах пота достигает у женщин своей максимальной интенсивности.

В остальные же периоды цикла, когда шансы забеременеть у женщины самые минимальные, в запахе женского пота мужчины не находят ничего привлекательного.

ЙОДОМАРИН – эффективное средство для профилактики йоддефицитных заболеваний

ГАФЛОКС

Гатіфлоксацин

безмежність

МОЖЛИВОСТЕЙ

Переважає по активності фторхінолони попередніх поколінь у відношенні:

- ГРАМ позитивних бактерій
- атипичних мікроорганізмів
- анаеробної флори

Зручний у використанні - прийом один раз на добу

Низька частота розвитку резистентних штамів бактерій

Доведена біоеквівалентність препарату "ГАФЛОКС"



ГАФЛОКС
фторхінолон IV-покоління

