

კ. ხარაბაძე; დ. კობეშავიძე
ბაქტერიული ვაგინოზის მკურნალობის ოპტიმიზაციის შესახებ
თსსუ მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტი,
შ.პ.ს. "იმედის კლინიკა", თბილისი, საქართველო

K. KHARABADZE; D. KOBESHAVIDZE
OPTIMIZATION OF TREATMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS

Department of Obstetrics and Gynecology TSMU,
Ltd „Imedi Clinic”, Tbilisi, Georgia

SUMMARY

Comparative analysis of 3 therapeutical schemes was made. 44 patients of the I group received simultaneously antibiotic and probiotic during 7 days, 42 patients of II group 7 days received antibiotic and next 1 week-probiotic. 40 patients of III group were using only antibiotic, during 7 days.

Both combinative schemes were characterized by the identical results. Monotherapy by antibiotic showed the less effectiveness and predisposition for recidives.

ბაქტერიული ვაგინოზი (ბვ) წარმოადგენს ქალის სასქესო ტრაქტის ფართოდ გავრცელებულ პათოლოგიას. მას განსაზღვრავენ, როგორც ინფექციურ არაანთებით სინდრომს, რომელსაც თან ახლავს ფაკულტატურ-ანაერობული, პირობით-პათოგენური მიკროორგანიზმების ძალზედ მაღალი კონცენტრაცია საშოში, რძემჟავა ბაქტერიების (ლაქტობაქტერიების) რაოდენობის მკვეთრი შემცირების, თუ სრული გაქრობის ფონზე [7]. მისი სიხშირე დიდწილად დამოკიდებულია გამოკვლეული ქალების კონტინგენტზე, კერძოდ იგი გვხვება 24-37%-ში, ვენერიული დაავადებების მქონე ქალებში; 61-87%-ში პათოლოგიური გამონადენის მქონე პაციენტებში. ითვლება, რომ თითქმის ყველა ქალს ერთხელ მაინც ცხოვრებაში აღენიშნებოდა ბვ [4].

ბვ ასოცირებულია მრავალ სამეანო-გინეკოლოგიურ გართულებასთან. კერძოდ მას უკავშირდება ინფექციური გართულებები ჰისტერექტომიის და აბორტის შემდგომ [5], სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესები, ნაადრევი მშობიარობა, ლოგინობის ხანის ტოქსიკურ-სეპტიური პროცესები, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მანიფესტაცია, პაპილომა ვირუსით ინდუცირებული საშვილოსნოს ყელის ნეოპლასტიური პროცესები [1,2,8]. ბვ-ს რეციდივები იწვევს ქალის ცხოვრების ხარისხის მკვეთრ დაქვეითებას და სპეციფიური ფსიქოსომატური გართულებების ჩამოყალიბებას.

ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე, განსაკუთრებული ყურადღება ენიჭება ბვ-ს მკურნალობის საკითხებს. დღესდღეობით მიღებულია ბვ-ს თერაპიის ორ ეტაპიანი სქემა: I ეტაპი გულისხმობს ანტიბიოტიკის გამოყენებას პირობით-პათოგენური მიკროფლორის ჭარბი კოლონიზაციის დათრგუნვის მიზნით; II ეტაპზე კი ინიშნება პრობიოტიკები, საშოს ნორმობიოცენოზის აღდგენის მიზნით [4].

უკანასკნელ პერიოდში აღინიშნება პირობით-პათოგენური მიკროფლორის ანტიბაქტერიალური რეზისტენტობის მომატების ტენდენცია. დადგენილ იქნა ხსენებული ბაქტერიების (*Gardnerella vaginalis*, *Prevotella bivia*) რეზისტენტობის ფორმირება ბვ-ის სამკურნალო I რიგის ანტიბიოტიკების მიმართ (მეტრონიდაზოლი, კლინდამიცინი) დაახლოებით 80% შემთხვევებში [3]. ამას გარდა, ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით, ნორმალური მიკროფლორის დეფიციტი იწვევს ანტიმიკრობული თერაპიის დაბალ ეფექტურობას [6]. ყოველივე ზემოთქმულმა დღის წესრიგში დააყენა ლაქტობაცილების (როგორც საშოს ნორმალური მიკროფლორის

წარმომადგენლების) ზეგავლენის შესწავლა ანტიბიოტიკორეზისტენტობაზე. ჩატარებულმა კვლევებმა გამოავლინა ანტიბიოტიკოთერაპიის პოტენციურების ფენომენი, გამოწვეული ლაქტობაცილების შემცველი პრობიოტიკული შტამის მიერ.

ყოველივე ეს ქმნის ბვ-ის თერაპიის ეფექტურობის ზრდის პერსპექტივას ანტიბიოტიკისა და პრობიოტიკის ერთდროული გამოყენების გზით. უნდა გადაიხედოს ბვ-ს მკურნალობის თანამედროვე, 2 ეტაპიანი სქემა (ჯერ ანტიბიოტიკი, შემდეგ პრობიოტიკი).

ამგვარად, ბვ-ს მკურნალობისას ანტიბიოტიკის და პრობიოტიკის ერთდროული დანიშვნით მიღწეულ იქნება: პრობიოტიკული შტამის მეშვეობით ანტიბიოტიკის მოქმედების პოტენცირება; მკურნალობის კურსის ხანგრძლივობის შემცირება; პაციენტების უფრო მეტი ინიციატივა და ჩართულობა მკურნალობის პროცესში.

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ბვ-ის მკურნალობის მოდიფიცირებული სქემის (ანტიბიოტიკის და პრობიოტიკის ერთდროული დანიშვნა) ეფექტურობის შედარება არსებულ ორეტაპიან წესთან და მხოლოდ ანტიბიოტიკით მონოთერაპიასთან.

პაციენტების კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმებს მიეკუთვნებოდა: ასაკი 18-დან 45 წლამდე; ბვ-ის ლაბორატორიულად და კლინიკურად დადგენილი დიაგნოზი; Amsel-ის კრიტერიუმით 4 ნიშნიდან როგორც მინიმუმ 3-ის არსებობა; რაიმე ვულვო-ვაგინალური ინფექციის (ბაქტერიული, სოკოვანი, ვირუსული) არარსებობა და შესაბამისი ანტიფუნგალური, ანტიტრიქომონადული პრეპარატების და ანტიბიოტიკების არმიღება უკანასკნელი 1 თვის განმავლობაში; ინფორმირებული თანხმობა.

დაკომპლექტდა 3 ჯგუფი: I ჯგუფი (n=44) იღებდა კლინდამიცინს (1 საშოს სანთელი ძილის წინ, 7 დღის განმავლობაში) და იმავდროულად ფლორაჯინს (1 საშოს სანთელი დილა-სადამოს, 7 დღის განმავლობაში). II ჯგუფის პაციენტები (n=42) I ეტაპზე იღებდნენ კლინდამიცინს (1 საშოს სანთელი ძილის წინ, 7 დღის განმავლობაში), ხოლო შემდგომ, II ეტაპზე ფლორაჯინს (1 საშოს სანთელი დილა-სადამოს, 7 დღის განმავლობაში). III ჯგუფის პაციენტები (n=40) იტარებდნენ მკურნალობას მხოლოდ კლინდამიცინით (1 საშოს სანთელი ძილის წინ, 7 დღის განმავლობაში).

სხვადასხვა ჯგუფში ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობის შედარებითი ანალიზი გულისხმობს შემდეგი კლინიკურ-ლაბორატორიული მონაცემების დინამიკის შესწავლას: ა) წვა და ქავილი ვულვის არეში; ჭარბი, მონაცრისფრო ფერის გამონადენი საშოდან; ბ) საშოს ექსუდატის pH-მეტრი; გ) ამინოტესტი, 10% KOH-ის დამატებით; დ) U, V, C ნაცხის მიკროსკოპიული გამოკვლევა (მათ შორის “საკვანძო უჯრედები”); ე) ბაქტერიოლოგიური კვლევა პრიორიტეტულად პირობით-პათოგენური მიკროფლორისა და ლაქტობაქტერიების კონცენტრაციის გამოსავლენად. შედარებითი ანალიზი მოიცავს აგრეთვე რეციდივებისადმი მიდრეკილების დადგენას.

აღნიშნული კლინიკურ-ლაბორატორიული მონაცემების დინამიკა ფასდებოდა მკურნალობის დამწყებიდან 2 კვირის შუალედში. ამასთან ერთად ხდებოდა სამივე ჯგუფში „ეფექტურად ნამკურნალევი“ პაციენტების განმეორებითი ტესტირება 3 თვის შემდგომ, შესაძლო რეციდივების გამოვლენის მიზნით.

ჯგუფებს შორის სხვადასხვა პარამეტრის მიხედვით სხვაობის სტატისტიკური დამაჯერებლობა ფასდებოდა სტიუდენტის კრიტერიუმის მიხედვით.

ჩატარებული მკურნალობის ფონზე კლინიკური ჩივილების (წვა და ქავილი ვულვის არეში) კუპირება მოხერხდა I ჯგუფში - 32 (72,7%) შემთხვევაში, II ჯგუფში

– 30 (71,4%) შემთხვევაში, III ჯგუფში – 20 (50,0%) შემთხვევაში. (I-II ჯგ., $p>0,05$; I-III ჯგ., $p<0,05$; II-III ჯგ., $p<0,05$).

ჭარბი, მონაცრისფრო ფერის გამონადენი საშოდან შეუწყდა I ჯგუფის 29 (65,9%) პაციენტს, II ჯგუფის 28 (66,7%) ქალს და III ჯგუფის 18 (45,0%) ქალს. (I-II ჯგ., $p>0,05$; I-III ჯგ., $p=0,05$; II-III ჯგ., $p<0,05$).

საშოს შიგთავსის $pH<4,5$ მიღწეულ იქნა I ჯგუფის 37 (84,1%) შემთხვევაში, II ჯგუფის 37 (88,1%) პაციენტში და III ჯგუფის 30 (75,0%) შემთხვევაში (I-II ჯგ., $p>0,05$; I-III ჯგ., $p>0,05$; II-III ჯგ., $p>0,05$).

ამინოტესტი გახდა უარყოფითი I ჯგუფის 38 (86,4%) ქალში, II ჯგუფის 39 (92,9%) პაციენტში და III ჯგუფის 32 (80,0%) პაციენტში. (I-II ჯგ., $p>0,05$; I-III ჯგ., $p>0,05$; II-III ჯგ., $p>0,05$).

საშოს ნაცხის მიკროსკოპული კვლევით “საკვანძო უჯრედების” გაქრობა I ჯგუფში დაფიქსირდა 40 (90,9%) შემთხვევაში, II ჯგუფში – 38 (90,5%) შემთხვევაში და III ჯგუფში – 21 (52,5%) პაციენტში. (I-II ჯგ., $p>0,05$; I-III ჯგ., $p<0,05$; II-III ჯგ., $p<0,05$).

ბაქტერიოლოგიური კვლევით ლაქტობაქტერიების უპირობო დომინირება (*Lactobacillus spp.* შეადგენს საერთო ბაქტერიული მასის $\geq 80\%$) გამოვლინდა I ჯგუფის 41 (93,2%) პაციენტში, II ჯგუფის 39 (92,9%) პაციენტში და III ჯგუფის 31 (77,5%) შემთხვევაში. (I-II ჯგ., $p>0,05$; I-III ჯგ., $p<0,05$; II-III ჯგ., $p<0,05$).

“ეფექტურად ნამკურნალევი” პაციენტების 3 თვის შემდგომ ჩატარებული განმეორებითი ტესტირებით აღმოჩნდა, რომ კლინიკური ნიშნების მიხედვით რეციდივი აღინიშნა I ჯგუფის 1 (3,3%) შემთხვევაში 30 განკურნებულიდან, II ჯგუფის 2 (6,9%) შემთხვევაში 29 განკურნებულიდან და III ჯგუფის 7 (36,8%) შემთხვევაში 19 განკურნებულიდან. (I-II ჯგ., $p>0,05$; I-III ჯგ., $p<0,05$; II-III ჯგ., $p<0,05$).

სხვადასხვა ლაბორატორიული მონაცემის მიხედვით რეციდივი აღინიშნა I ჯგუფის 2 (5,1%) შემთხვევაში 39 განკურნებულიდან, II ჯგუფის 2 (5,3%) შემთხვევაში 38 განკურნებულიდან და III ჯგუფის 10 (34,5%) შემთხვევაში 29 განკურნებულიდან. (I-II ჯგ., $p>0,05$; I-III ჯგ., $p<0,05$; II-III ჯგ., $p<0,05$).

კვლევის პროცესში ჩატარებულმა შედარებითმა ანალიზმა აჩვენა I და II ჯგუფებს შორის სრული თავსებადობა ყველა შესწავლილი კომპონენტების მიხედვით (კლინიკური ნიშნები; ლაბორატორიული მონაცემები; რეციდივების სიხშირე). ეს კიდევ ერთხელ მეტყველებს ბგ-ის არსებული სქემის, ახლად მოწოდებული სქემით ჩანაცვლების რაციონალურობის სასარგებლოდ, უკანასკნელისთვის დამახასიათებელი რიგი უპირატესობების გამო.

მხოლოდ კლინდამიცინით ჩატარებულმა მონოთერაპიამ აჩვენა მისი ნაკლები ეფექტურობა კომპლექსური მკურნალობის სქემებთან შედარებით და რეციდივებისადმი მეტი მიდრეკილება. სახელდობრ, სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა პოლითერაპიულ სისტემებთან შედარებით გამოვლინდა კლინიკური ნიშნების კუპირების, “საკვანძო უჯრედების” ალაგების, ლაქტობაქტერიების ზრდის და რეციდივების სიხშირის კუთხით.

ამრიგად, კვლევის შედეგად მიღებულ იქნა შემდეგი დასკვნები:

1. ბაქტერიული ვაგინოზის კომბინირებული მკურნალობის შედეგების შედარებამ ტრადიციულ, ორეტაპიან თერაპიასთან აჩვენა სრული იდენტურობა ყველა შესწავლილი კომპონენტის მხრივ (კლინიკური ნიშნები; ლაბორატორიული მონაცემები; რეციდივებისადმი მიდრეკილება).
2. ბაქტერიული ვაგინოზის მკურნალობის პროცესში ანტიბიოტიკისა და პრობიოტიკის ერთდროულად დანიშვნის უპირატესობებს მიეკუთვნება: თერაპიის კურსის

ხანგრძლივობის 2-ჯერ შემცირება და შესაბამისად პაციენტების უფრო აქტიური ჩართულობა მკურნალობის პროცესში.

3. ბაქტერიული ვაგინოზის მხოლოდ ანტიბიოტიკით ჩატარებული მონოთერაპია ხასიათდება საგრძნობლად დაბალი ეფექტურობით მკურნალობის კომბინირებულ სქემებთან შედარებით და რეციდივებისადმი მიდრეკილებით.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Atashili J., Poole C. et all. Bacterial vaginosis and HIV acquisition: a metanalysis of published studies. AIDS. 2008; 22: 1493-1501.
2. Chohan V.H., Baeten J. et all. A prospective study of risk factors for herpes simplex virus type 2 Acquisition among highrisk HIVI Zero negative Kenyan Women. Sex. Transm. Infect. 2009; 85: 489-492.
3. David A. Eschenbach. Bacterial Vaginosis: Resistance, Recurrence, and/or Reinfection? Clinical Infectious Diseases. 2007; 44(2): 220-221.
4. Federal Clinical recommendations of the ROAG, Diagnosis and treatment of diseases accompanied by pathological secretions from the genital tract of women”, 2019.
5. Larsson P.G., Platz Cristensen J.J. et all. Incidence of pelvic inflammatory disease after first trimester legal abortion in women with bacterial vaginosis after treatment with metronidazole: a double-blind, randomized study. „Am. J. Obstet. Gynecol.” 1992; 166(1 Pt. 1): 100-103.
6. Macklaim J.M., Clemente J.C. et all. Changes in vaginal microbiota following antimicrobial and probiotic therapy. „Microb. Ecol. Health Dis.” 2015; 26: 277-99.
7. The cervix, vagina, vulva, physiology, pathology, colposcopy, aesthetic correction: a guide for practitioners; Edited by S.I. Rogovskaya, E.V. Lipova. Moscow: publishing house of the journal Status Praesens; 2014, 250p.
8. Van de Wijgert J.H., Morrison C.S. et all. Bacterial vaginosis and vaginal yeast, but not vaginal cleansing; increase HIVI acquisition in African women. „J Acquir. Immune. Defc. Syndr.” 2008; 48: 203-209.

კ. ხარაბაძე; დ. კობეშავიძე

ОБ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Департамент акушерства и гинекологии ТГМУ; О.О.О. «Клиника Имеди»; Тбилиси, Грузия

Резюме

Проведён сравнительный анализ 3-х схем лечения в случаях БВ. I группа пациентов (44) применяла одновременно антибиотик и пробиотик в течении 7 дней. II группа 7 дней лечилась антибиотиком, а следующие 7 дней – пробиотиком. Женщины III-й группы принимали только антибиотик - 7 дней. Было показано полная идентичность обеих схем комбинированного лечения. Монотерапия с антибиотиком характеризуется меньшей эффективностью и более частым рецидивированием.

კ. ხარაბაძე; დ. კობეშავიძე

ბაქტერიული ვაგინოზის მკურნალობის ოპტიმიზაციის შესახებ.

თსსუ მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტი,
შ.პ.ს. „იმედის კლინიკა“, თბილისი, საქართველო

რეზიუმე

გაკეთდა ბაქტერიული ვაგინოზის 3 თერაპიული სქემის შედარებითი ანალიზი. I ჯგუფის 44 პაციენტმა 7 დღის განმავლობაში მიიღო ერთდროულად ანტიბიოტიკი და პრობიოტიკი, II ჯგუფი (42 პაციენტი) 7 დღის განმავლობაში იღებდა ანტიბიოტიკს და შემდეგი 7 დღე პრობიოტიკს. III ჯგუფის 40 პაციენტი 7 დღის განმავლობაში იყენებდა მხოლოდ ანტიბიოტიკს. ორივე კომბინაციური სქემა ხასიათდებოდა იდენტური შედეგებით. ანტიბიოტიკით მონოთერაპიამ აჩვენა ნაკლები ეფექტურობა და უფრო ხშირი რეციდივები.