

# Опыт применения вагинальных суппозиторий Гексикон D лечения бактериального вагиноза

Нурмуханова Т.А.

ГККП «Областной кожно-венерологический диспансер»

*Науқас әйелдерді Гексикон қынапты суппозиторийлермен емдегенде бактериялды вагиноздан емделіп шығу екі ретті қолданудан кейін болғандықтан, бұндай патологиясы бар науқастарға Гексиконды күніне 2 реттен 1 суппозиторийден қолданған жөн деп анықталды.*

Как известно, бактериальный вагиноз – это инфекционный невоспалительный синдром, характеризующийся резким снижением или отсутствием лактофлоры и ее заменой на полимикробные ассоциации строгих анаэробов и гарднереллы, концентрация которых в вагинальном отделяемом достигает  $10^7$ - $10^9$  КОЕ/мл (1). В течение последнего десятилетия отмечается увеличение частоты встречаемости БВ в структуре воспалительных заболеваний половых органов у женщин репродуктивного возраста. Наиболее часто БВ возникает у пациенток, перенесших ранее воспалительные заболевания половых органов, длительно (более 5 лет) использующих внутриматочные контрацептивы, а также на фоне нарушений менструального цикла по типу олигоменореи и аменореи, изменения состояния местного иммунитета и при различных стрессовых ситуациях. Выявлена высокая частота рецидивов заболевания при наличии фоновых процессов шейки матки, таких как, эктопия, реже – лейкоплакия, эндоцервицит или при генитальном эндометриозе. В литературе в последнее время все чаще встречаются сообщения о наличии эпидемиологической связи БВ с неопластическими процессами шейки матки. Доказано, что нитрозамины, являющиеся продуктами метаболизма облигатных анаэробов, являются кофакторами канцерогенеза и могут быть одной из причин развития рака шейки матки (2).

Известно, что пациентки с БВ составляют группу риска по возникновению осложнений беременности и родов, а также после хирургических вмешательств на органах малого таза. Ряд авторов показывает, что БВ может приводить к развитию хориоамнионита, послеродового эндометрита, преждевременных родов, возникновению гнойно-септических осложнений у матери и ребенка в послеродовом периоде (2). Успех лечения пациенток с БВ зависит от своевременной и правильной постановки диагноза на основании анамнеза, клинических данных и результатов лабораторных методов исследования.

Целью лечения являются элиминация условно-патогенных микроорганизмов, не характерных для влажной экосистемы, и восстановление нормальной микрофлоры. Учитывая то, что с высокой эффективностью, преоральные средства (метронидазол, клиндамицин), обладают большим числом нежелательных побочных реакций, многие клиницисты отдают предпочтение в лечении БВ местному интравагинальному пути введения лекарственных средств. При локальной аппликации препарат вносится непосредственно в нишу, колонизованную возбудителями заболевания, чем достигается высокая эффективность использования малых доз антимикробного препарата с одной стороны, а с другой – исключается системное воздействие его на здоровые ткани и снижается возможность развития побочных реакций (4).

Одним из интравагинальных препаратов является Гексикон фармацевтической компании «Нижфарм». Это антисептик широкого спектра действия, в каждом суппозитории которого а качестве активного вещества содержится 16 мг хлоргексидина биглюканата. Хлоргексидин является одним из наиболее активных местных антисептических средств и эффективен в отношении грамположительных и грамотрицательных

*At treatment by Hexicon vaginal suppositories. The drug has good tolerance for patients and the convalescence from bacterial vaginitis was achieved at double application of the drug, in this connection the application of Hexicon in the dosage on 1 suppositor/suppository 2 times day is valid to patients with the present pathology.*

бактерий, грибковой флоры, возбудителей ИППП. Водорастворимая основа препарата (полиэтиленоксида 1500 и 400) потенцирует действие хлоргексидина, так обладает высокой осмотической активностью, что способствует адсорбции экссудата, а также обеспечивает быстрое проникновение лекарственных веществ в ткани в очаге воспаления. В соответствии с инструкцией по медицинскому применению, Гексикон рекомендуется назначать 3-4 раза в сутки. На наш взгляд, при лечении БВ, исходя из состава данного препарата, возможно его 2-кратное применение.

## Цель исследования

- изучить эффективность двух и трехкратного применения суппозиторий Гексикон при лечении бактериального вагиноза.

Методология - проспективное исследование.

## Материал и методы исследования

Обследовано 75 женщин от 18 до 47 лет. У всех пациенток на основании типичных клинических проявлений и лабораторных исследований диагностирован бактериальный вагиноз. В зависимости от схемы лечения БВ женщины были разделены на 2 группы. Первую группу составили 40 пациенток, которые использовали Гексикон интравагинально 2 раза в день 7 дней. Во вторую группу вошли 35 пациенток, также получившие суппозитории Гексикона в течение 7 дней интравагинально, но 3 раза в день. Результаты проведенной терапии оценивали на основании клинической картины заболевания, а также по данным микробиологического исследования.

## Результаты исследования

Из 75 женщин жалобы на патологические выделения предъявили 72 пациентки. Зуд был у 14 женщин, дизурия у 9, диспареуния и запах после полового контакта у 8 пациенток. Диагноз бактериального вагиноза был установлен на основании жалоб, данных осмотра, показателей pH влагалищного секрета  $>4,5$ ; наличия в мазке «ключевых клеток», обнаружения *G vaginalis* или *Mobiluncus* в большом количестве, снижению концентрации лактобацилл. У 3-х пациенток в мазках присутствовали грибы рода *Candida*, у 4-х человек было повышено количество лейкоцитов (таблица №1).

Все пациентки, проходившие лечение препаратом Гексикон, отметили хорошую переносимость препарата, быстрое начало купирования симптомов заболевания (к 3-4 дню применения) и удобство применения. После проведенного лечения у женщин обеих групп прекратились выделения, дизурия и диспареуния. У двух пациенток из 75 (2,6%) выявлена индивидуальная непереносимость препарата (появился зуд во влагалище), что явилось показанием к прекращению лечения. По окончании курса терапии в мазках было отмечено отсутствие «ключевых клеток», *G. Vaginalis*, *Mobiluncus spp.*, *Candida spp.*

Положительное влияние препарата на клиническое проявление БВ и микроценоз влагалища представлено в таблице 2.

Отмечено, что Гексикон не препятствует восстановлению

нормальной микрофлоры влагалища, особенно при 2-х кратном его применении.

Таблица 1. Показатели у пациенток с бактериальным вагинозом до лечения

	I группа	II группа	Всего
Количество больных	40	35	75
Жалобы на выделения	38 (95%)	34 (97%)	72 (96%)
Жалобы на зуд	8 (20%)	6 (17%)	14 (18,6%)
Дизурия	4 (10%)	5 (14,2%)	9 (12%)
Диспареуния	5 (12,5%)	3 (8,6%)	8 (10,7%)
pH влагалищного секрета > 4,5	40 (100%)	35 (100%)	75 (100%)
Микроскопия мазка			
Кол-во лейкоцитов до 10-15	38 (95%)	33 (94,3%)	71 (94,7%)
Кол-во лейкоцитов более 15	2 (5%)	2 (5,7%)	4 (5,3%)
Наличие «ключевых клеток»	40 (100%)	35 (100%)	75 (94,7%)
Лактобациллы в N	-	-	-
Лактобациллы снижены	40 (100%)	35 (100%)	75 (94,7%)
G. Vaginalis	24 (60%)	20 (57,1%)	44 (58,7%)
Mobiluncus spp	16 (40%)	15 (14,3%)	31 (41,3%)
Candida spp	2 (5%)	1 (2,8%)	3 (4%)

Таблица 2. Показатели больных с бактериальным вагинозом после лечения

	I группа	II группа
Количество больных	40	33
Жалобы на выделения	-	-
Жалобы на зуд	-	-
Дизурия	-	-
Диспареуния	-	-

pH влагалищного секрета > 4,5	-	-
Микроскопия мазка		
Кол-во лейкоцитов до 10-15	40 (100%)	33 (100%)
Кол-во лейкоцитов более 15	-	-
Наличие «ключевых клеток»	-	-
Лактобациллы в N	29 (72,5%)	18 (54,5)
Лактобациллы снижены	11 (27,5%)	15 (45,4%)
G. Vaginalis	-	-
Mobiluncus spp	-	-
Candida spp	-	-

## Выводы

Вагинальные суппозитории Гексикон являются высокоэффективным в качестве местного лечения бактериального вагиноза.

Препарат Гексикон хорошо переносится больными, удобен в применении, не вызывает аллергических реакций.

Излеченность БВ достигается как при трехкратном, так и при двукратном применении препарата, в связи с чем пациенткам с данной патологией обоснованно назначать Гексикон по 1 суппозиторию 2 раза в день.

По оценкам пациенток наиболее удобным в лечении оказалось двукратное введение суппозиторию Гексикон.

## Список литературы

1. «Бактериальный вагиноз: особенности клинического течения, диагностика и лечение» А.С.Анжирская, В.Н.Прилепская, Г.Р.Байрамова, В.В.Муравьева, «РМЖ», 1998 год, т.6, №5, стр. 65.
2. «Бактериальный вагиноз» Г.Р.Байрамова, «Гинекология», 2001 год, том 3, №2, стр. 52-57.
3. Ю.В.Цвелев, В.И.Кочеровец, Е.Ф.Кира «Анаэробная инфекция в акушерско-гинекологической практике», Питер-пресс, Санкт-Петербург, 1995 год, стр. 320.
4. «Бактериальные вагинозы» проф. Н.Н.Володин, член-корреспондент РАМН проф. Коршунов, «В мире лекарств», 2000 год, №2.

# Сахарный диабет как фактор риска атеросклероза и ИБС

Карнаков А.Ж.

ГККП «Сельская больница» с. Нура Талгарского района

Сахарный диабет ассоциируется с повышенным риском развития атеросклероза и обусловленных им заболеваний. Длительные наблюдения в США показали, что риск смерти от ИБС при сахарном диабете был в 2 раза выше у мужчин и в 4,7 раза выше у женщин, чем у лиц без сахарного диабета. Установлено, что вклад сердечно-сосудистых заболеваний в общую смертность больных диабетом достигает 75 — 80%, причем 1/2 этих смертей приходится на ИБС. В целом, от заболеваний, обусловленных атеросклерозом, умирает больше больных диабетом, чем от всех других причин.

При сахарном диабете ИБС имеет следующие особенности:

- одинаковая частота развития у мужчин и женщин;
- высокая частота безболевых форм ИБС, в том числе, инфаркта миокарда, что связано с диабетической автономной нейропатией, которая уменьшает восприятие боли;
- повышенная частота развития при инфаркте миокарда осложнений, особенно сердечной недостаточности.

У больных сахарном диабетом 1-го типа при хорошем контроле уровня глюкозы в крови содержание липидов в крови долго остается нормальным, т. е. отсутствует дислипидемия. Однако недостаточный контроль гликемии, а также развитие диабетической нефропатии сопровождаются дислипидемией и артериальной гипертензией — факторами риска атеросклероза и ИБС. В этом случае частота сердечно-сосудистых заболеваний у больных диабетом 1-го типа старше 30 лет

достоверно выше, чем у лиц того же возраста без диабета.

В отличие от диабета 1-го типа при диабете 2-го типа контроль уровня глюкозы в крови мало влияет на развитие дислипидемии. Более того, нарушения липидного обмена могут иметь место до клиничко-лабораторных проявлений диабета 2-го типа — уже на стадии так называемого предиабета, например, в составе метаболического синдрома со сниженной чувствительностью к инсулину, артериальной гипертензией и ожирением абдоминального типа. Такая совокупность факторов риска атеросклероза и ИБС может существовать многие годы на этапе перехода нарушений выносливости к углеводам (предиабете) в сам диабет 2-го типа. Это объясняет, почему многие больные ко времени установления диагноза сахарного диабета 2-го типа уже имеют проявления атеросклероза и ИБС.

Таким образом, при диабете 2-го типа нарушения углеводного обмена часто сочетаются с выраженными изменениями липидного обмена. Поэтому Международная федерация диабетологов и Европейское бюро Всемирной организации здравоохранения предложили критерии оценки нарушений липидного обмена именно для больных диабетом 2-го типа.

Данные исследования крови на показатели липидного обмена важны для выбора правильного подхода к питанию больных диабетом 2-го типа. С одной стороны, эти данные позволяют исключить излишние ограничения в диете, с другой стороны, они служат показанием к внесению тех или иных

изменений в питание, а при неэффективности диеты или отказе от ее соблюдения — к подключению лекарственного воздействия на нарушение липидного обмена. Исследование липидного обмена желательно проводить каждые полгода, но не реже 1 раза в год. При лечении лекарствами частота исследований липидного обмена увеличивается до 1 раза в 2 — 3 месяца для контроля эффективности принимаемых лекарств.

Если в местном медицинском учреждении нет возможности лабораторного определения содержания холестерина в ЛПНП и ЛПВП, то для ориентировочной оценки состояния липидного обмена достаточно анализа на холестерин и триглицериды. Отметим еще раз, что при сахарном диабете 2-го типа чаще наблюдается высокое содержание триглицеридов в крови при умеренном повышении уровня холестерина.

С профилактической целью диета при диабете 2-го типа предусматривает определенную противоатеросклеротическую направленность. При сочетании сахарного диабета с атеросклерозом и ИБС необходимо воздействовать на указанные в начале данной главы главные факторы риска атеросклероза и ИБС, которые поддаются изменению и, пре-

жде всего, на выявленную дислипидемию. Разумеется, у отдельных больных следует учитывать и иные, дополнительные, факторы риска. Надо помнить, что структурно (по изменениям в артериях) атеросклероз один, но причины и механизмы его развития многообразны. По словам академика Е. И. Чазова, «атеросклероз — понятие сборное, к которому должно быть очень много подходов».

Основные принципы лечения сахарного диабета, осложненного атеросклерозом и ИБС:

— Максимально возможное улучшение углеводного обмена по общим принципам лечения сахарного диабета.

— Использование диеты противоатеросклеротической направленности с учетом характера нарушений липидного обмена и других факторов.

— Применение лекарственных препаратов для нормализации липидного обмена и воздействия на другие факторы риска развития атеросклероза и ИБС, а также клинические проявления ИБС.

— Повышение физической активности за счет регулярных дозированных физических нагрузок.

## Профилактика атеросклероза

Карнаков А.Ж.

ГККП «Сельская больница» с. Нура Талгарского района

При профилактике атеросклероза следует помнить, что риск развития заболевания и его осложнений у мужчин значительно повышается начиная с 35 лет. А самый опасный для них в этом аспекте возраст 35—50 лет. С возрастом увеличивается и вероятность развития атеросклероза, и степень поражения артерий.

Конечно, это не значит, что мужчины до 35—40 и женщины до 50—60 могут забыть о профилактике атеросклероза. Ведь эта болезнь развивается очень медленно, постепенно. Бляшки, которые дали о себе знать в 40 лет, возникли десятилетиями раньше. Так что профилактику атеросклероза надо проводить в молодости.

Занимаясь профилактикой атеросклероза, не стоит забывать о сопутствующих заболеваниях, значительно повышающих шанс заработать атеросклероз.

Гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление) — один из основных факторов риска. Ведь сердцу приходится работать с постоянно увеличенной нагрузкой.

При гипертонии ускоряется скорость кровотока, усиливаются завихрения и повышается число разрушаемых тромбоцитов, травмируются стенки кровеносных сосудов. Особенно страдают сердце, мозг, почки. Тем самым повышенное артериальное давление «подстегивает» развитие атеросклероза и приближает его грозные последствия. Причем гипертония способна ухудшать не только течение самого атеросклероза, но и заболеваний, которые он провоцирует.

В свою очередь атеросклероз провоцирует развитие гипертонической болезни. Тесная взаимозависимость атеросклероза и гипертонии доказана и сомнению не подлежит. Особое внимание уделяется влиянию гипертонии на развитие атеросклероза венечных артерий сердца у женщин.

Существенно увеличивают риск заболевания атеросклерозом нарушения углеводного обмена. Сюда относится в первую очередь сахарный диабет, при котором поражаются крупные и мелкие сосуды, в результате чего и развивается атеросклероз.

Сахарный диабет обычно сопровождается повышением уровня холестерина, артериальной гипертонией, нарушением свертывающей функции крови, нарушением функций эндотелия и тромбоцитов. Каждый из этих симптомов является фактором риска развития атеросклероза и ишемической болезни сердца, а в комплексе они представляют много-

кратную опасность.

Кроме сахарного диабета есть и другие, более скрытые формы нарушения углеводного обмена — нарушение усвоения глюкозы тканями и органами. Это часто протекает незаметно, но является очень серьезным фактором риска.

Больным ИБС, а также людям, предрасположенным к развитию атеросклероза, необходимо не только регулярно проверять сахар крови, но и ежегодно проходить специальное (кстати, несложное) исследование — ТТГ (тест толерантности к глюкозе, если выразиться медицинским языком), которое поможет выявить самые первые признаки нарушения углеводного обмена.

Наследственность, пол и возраст изменить невозможно, эти факторы от нас не зависят. Сопутствующие заболевания поддаются профилактике лишь отчасти: конечно, с ними нужно бороться, но вылечить диабет ничуть не легче, чем справиться с атеросклерозом.

И все же есть факторы риска, находящиеся в нашей власти, им следует уделить большое внимание, занимаясь профилактикой атеросклероза. Это образ жизни и вредные привычки, от которых мы вполне можем избавиться.

Существенно увеличивают риск развития атеросклероза нервно-эмоциональное перенапряжение, хронический стресс, неумение учитывать свои собственные особенности характера, неправильно организованное питание, гиподинамия, приводящие к ожирению, неумеренное потребление алкоголя и, конечно, курение.

Все эти факторы имеют особое значение. Во-первых, как мы уже говорили, они полностью поддаются контролю и при этом не требуют обращения к специалистам. То есть это тот случай, когда мы можем сами позаботиться о своем здоровье. Во-вторых, правильно организовав свою жизнь, мы можем не допустить развития заболевания, что, согласитесь, эффективнее лечения.

При этом комплекс профилактики атеросклероза будет совпадать с программой лечения. Иными словами, правильная организация жизни нужна и здоровым людям, которые не хотят знакомиться с атеросклерозом, и тем, кто уже болен, но хочет быстро справиться с недугом. И наконец, самое важное.

Все перечисленные факторы приводят не только к развитию атеросклероза, они существенны для развития всех