

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

На правах рукописи

УДК: 618+616:579.61+616:612.017.1

МИРСАИДОВА МУНИСА АБДУШУКУРОВА

**ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА, КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ
БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В АССОЦИАЦИИ С
УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

14.00.11 - Кожные и венерические болезни

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Ташкент - 2009

**Работа выполнена в Научно-исследовательском институте
Дерматологии и Венерологии МЗ РУз.**

Научный руководитель: Доктор медицинских наук
ИБРАГИМОВ Шароф Исмаилович

Официальные оппоненты: Доктор медицинских наук, профессор
МАННАНОВ Абдушукур Маликович

Доктор медицинских наук, профессор
ТУЛЯГАНОВ Тоймас Эргашевич

Ведущая организация: Ташкентский институт усовершенствования врачей

Защита состоится «____» _____ 2009 г. в _____ часов
на заседании Специализированного Совета Д.087.01.03 при Ташкентской
Медицинской Академии (100048, г. Ташкент, ул. Пахловон Махмуда,103).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской
Медицинской Академии.

Автореферат разослан «____» _____ 2009 г.

Ученый секретарь

Специализированного Совета,

Доктор медицинских наук, профессор

Г.А.Исмаилова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы. Бактериальный вагиноз – это инфекционный не воспалительный синдром, связанный с дисбиозом влагалищного биотопа, характеризующийся высокой концентрацией облигатно анаэробных микроорганизмов и резким снижением содержания лактобацилл во влагалищном отделяемом или их отсутствием.

В настоящее время доказано, что бактериальный вагиноз является одной из часто встречающихся патологий репродуктивного тракта женщин фертильного возраста (Аковбян В.А., Бакалова Л.А., 1996; Аксенова О.А., 2005; Finegold S.M., 1996; Frega A. et al., 1997; Al – Harthi L. et al., 1999).

Одним из приоритетных направлений в изучении патогенетических механизмов бактериального вагиноза является исследование иммунного статуса (Мусаходжаева Д.А. и др. 1998; Магзумава Н.М. и др., 2002; Billington W.D., 1989; Hashemi F. et al., 1999). Имеются данные, что бактериальный вагиноз сопровождается выраженными нарушениями некоторых звеньев местного иммунитета с уменьшением концентрации IgA и IgG, увеличением содержания IgM (Долгушина В.Ф. и др., 2001; Каттаходжаева М.Х. и др., 2003).

Многими работами (Соловьёва И.В., 1986; Долгушин И.И. и др., 2001; Анкирская А.С., 2005; Hillier S., Holmes K.K., 1990; Smart S. et al., 2004), посвященными изучению микроэкологии влагалища у женщин фертильного возраста показано, что данная система эстрогенозависимая.

Существующие в настоящее время методы терапии больных женщин бактериальным вагинозом не в полной мере удовлетворяют практических врачей. Разнообразное и длительное применение антибиотиков в лечении различной патологии у женщин нарушает естественные защитные барьеры, что является одной из причин возникновения бактериального вагиноза (Дмитриев Г.А., 2003; Липова Е.В., 2004).

Несмотря на стабилизацию эпидемиологической ситуации по инфекций передаваемых половым путем (ИППП) в нашей стране, в структуре заболеваемости на первое место выходят воспалительные процессы мочеполовых органов, обусловленные урогенитальными инфекциями, в том числе и бактериального вагиноза. Такая тенденция должна настораживать и определять исследовательские направления, которые дополняют знания о патогенетических механизмах бактериального вагиноза.

Несмотря на большое количество научных исследований посвященных изучению патогенетических механизмов развития и лечения бактериального вагиноза, клиническая структура и взаимосвязь его с другими урогенитальными инфекциями, с учетом состояния гормонального и иммунного статуса в нашем регионе не изучались. Исследования вышеуказанных параметров позволит глубже понять патогенез и совершенствовать методы лечения бактериального вагиноза.

Степень изученности проблемы. Исследованиями установлено, что в норме влагалище колонизируется различными видами лактобактерий. Лактобактерии продуцируют молочную кислоту, которая поддерживает низкий

pH влагалища и подавляет рост многих микроорганизмов, ассоциированные с бактериальным вагинозом. Кроме того, некоторые лактобактерии «защищают» от развития бактериального вагиноза, продуцируя перекись водорода, токсичную для ряда микроорганизмов, включая ИППП (Акобян В.А., Бакалова Л.А., 1996; Анкирская А.С., 1997, 1999, 2005; Анкирская А.С., Муравьева В.В., 2000; Алекешева Л.Ж., 2002).

Бактериальный вагиноз характеризуется отсутствием или снижением содержания лактобактерий и, следовательно, повышенным pH. Повышенный pH может делать влагалище более подходящей средой для выживания и адгезии инфекций, передающихся половым путем (Анкирская А.С., 1999, 2005; Алекешева Л.Ж., 2002).

Однако остается не ясным, что же приводит к развитию дисбаланса в составе микрофлоры вагинальной экосистемы и развитию бактериального вагиноза? Установлено лишь взаимосвязь между количеством лактобацилл, pH вагинального отделяемого и избыточным размножением бактериальной вагиноз-ассоциированных бактерий. Большинство авторов пытаются связать развитие бактериального вагиноза с гормональным дисбалансом, микробным антагонизмом, нарушением иммунокомпетентности (преимущественно местного звена иммунитета) (Анкирская А.С., Муравьева В.В., 2000; Долгушин И.И. и др., 2001; Анкирская А.С., 2005; Smart S. et al., 2004).

Однако, комплексное изучение клинической структуры, состояния гормонального и иммунного статуса больных бактериальным вагинозом на фоне применения иммунокорректирующих и гормональных препаратов в отечественной и зарубежной дерматовенерологии не проводилось.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Тема диссертационной работы включена в планы НИР «Диагностика, профилактика и лечение ИППП в РУз» НИИ Дерматологии и Венерологии МЗ РУз, № государственной регистрации 01.200009093.

Цель исследования: Изучить структуру и взаимосвязь бактериального вагиноза с другими урогенитальными инфекциями, с учетом состояния гормонального и иммунного статуса и разработать адекватный метод терапии.

Задачи исследования:

1. Исследовать сочетание бактериального вагиноза с различными группами урогенитальных инфекций и изучить особенности клиники и течения бактериального вагиноза у женщин на фоне выявленных этиопатогенетических факторов.

2. Изучить состояние микрофлоры влагалища у больных женщин с бактериальным вагинозом репродуктивного возраста.

3. Исследовать состояние иммунной системы у больных женщин с бактериальным вагинозом репродуктивного возраста.

4. Определить в крови уровень половых гормонов у больных женщин с бактериальным вагинозом.

5. На основании выявленных этиопатогенетических факторов разработать комплексный патогенетически обоснованный метод лечения бактериального вагиноза больных женщин репродуктивного возраста.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Бактериальный вагиноз у женщин в 34,0% случаев протекает без сочетания и в 66,0% – в ассоциации с различными ИППП и наиболее часто ассоциируется такими ИППП, как уреаплазмоз (21,2%) и вирус простого герпеса (34,8%). У половых партнеров обследуемых женщин в 75% случаях обнаружены гарднереллезная инфекция, 21% уреаплазменная, 6% хламидийная и у 25% герпетическая инфекция, в большинстве случаев отмечалась ассоциация ИППП.

2. При бактериальном вагинозе наблюдаются изменения в количественном и качественном составе микрофлоры влагалища, выражающиеся появлением патогенных микроорганизмов (пептококков, золотистого стафилококка, гемолитического и зеленящего стрептококка). Наиболее выраженные изменения отмечались у больных с бактериальным вагинозом в сочетании с ИППП.

3. Для бактериального вагиноза характерны определенные нарушения в иммунной системе, выражающиеся в угнетении клеточного и активации гуморального звеньев. Степень выраженности этих изменений наиболее выражены у женщин бактериальным вагинозом в сочетании с инфекциями передающимися половым путем и давностью заболевания свыше 5 лет.

4. Бактериальный вагиноз развивается на фоне снижения содержания прогестерона и эстрадиола в организме, что обосновывает о необходимости включения в программу обследования женщин бактериальным вагинозом оценку уровня данных половых гормонов.

5. Разработан и внедрен в дерматовенерологическую практику метод лечения больных женщин бактериальным вагинозом, включающий в комплекс традиционной терапии иммунокорригирующего препарата «Полиоксидоний» и гормонального препарата «Регулон», который оказывает положительный терапевтический эффект и способствует оптимизации нарушений в иммунном и гормональном статусе, а также в количественном и качественном составе микрофлоры влагалища.

Научная новизна. Впервые исследовано сочетание бактериального вагиноза с различными группами урогенитальных инфекций и выявлена наиболее частая ассоциация бактериального вагиноза с урогенитальным уреаплазмозом (21,2%) и вирусом простого герпеса (34,8%).

Впервые изучены особенности клиники и течения бактериального вагиноза у женщин на фоне выявленных этиопатогенетических факторов.

Впервые проведено комплексное исследование иммунного и гормонального статуса у больных женщин бактериальным вагинозом и выявлено, что развитие бактериального вагиноза происходит на фоне нарушений в работе иммунной системы, выражающееся дефицитом клеточного и активацией гуморального звена иммунитета и гормональных изменений в организме. Наиболее выраженные сдвиги в данных системах выявлены у женщин бактериальным вагинозом в ассоциации с ИППП.

На основании выявленных нарушений иммунного и гормонального статуса разработан метод лечения больных женщин бактериальным вагинозом, включающий применение в комплекс традиционной терапии иммунокорректирующего препарата «Полиоксидоний» и гормонального препарата «Регулон».

Научная и практическая значимость результатов исследования. Разработан и внедрен в практику здравоохранения новый патогенетически обоснованный метод лечения больных женщин бактериальным вагинозом с учетом выявленных этиопатогенетических факторов, нарушений микрофлоры влагалища, иммунного и гормонального статуса, заключающийся во включении в комплексную терапию бактериального вагиноза у женщин иммуномодулирующего препарата «Полиоксидоний» и гормонального препарата «Регулон».

Реализация полученных результатов. Разработанный метод лечения женщин бактериальным вагинозом используется в отделе малой урологии клиники НИИДиВ МЗ РУз, в педагогической деятельности кафедр кожных и венерических болезней Ташкентского института усовершенствования врачей и акушерства и гинекологии Ташкентской Медицинской Академии, в КВД №7 г. Ташкента, в Республиканской кожно-венерологической клинике г.Ташкента.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на заседании Ученого Совета НИИ ДиВ МЗ РУз (2006, 2007), научно-практическом обществе дерматовенерологов г.Ташкента и Ташкентской области (март, 2008), на V-съезде дерматовенерологов Узбекистана (май, 2008)

Работа апробирована на объединенной научной конференции отделов и лабораторий НИИ ДиВ МЗ РУз (апрель, 2008), межкафедральном заседании ТМА (ноябрь, 2008), научном семинаре ТашПМИ (декабрь, 2008).

Опубликованность результатов. По материалам диссертационной работы опубликовано 11 печатных научных работ, из них 5 журнальных статей, 4 тезисов, учебное пособие и информационное письмо.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 150 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы материалов и методов исследования, 5 глав, содержащих результаты собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и литературного указателя, включающего 216 источников, из которых 107 иностранные. Работа включает 18 таблицы и иллюстрирована 11 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 100 больных женщин бактериальным вагинозом (БВ) в возрасте от 20 до 47 лет. Из них городских жителей было 32 (32,0%) и сельских – 68 (68,0%), замужние 87%, не замужем 13%.

Давность заболевания составила от 4 дней до 10 лет, в том числе до 1 года – у 32 (32,0%), от 1 до 5 лет – у 46 (46,0%) и свыше 5 лет – у 22 (22,0%)

больных. Среди наблюдаемых нами больных у 34 (34,0%) БВ протекал без сочетания и у 66 (66,0%) – в ассоциации с различными инфекциями, передающиеся половым путем (ИППП). У половых партнеров обследуемых женщин в 75% выявлены гарднереллы, 21% уреоплазменная, 6% хламидийная и 25% герпетическая инфекция, отмечалось сочетание данных инфекций.

Среди 66 больных женщин, у которых было выявлено сочетание БВ с ИППП у 14 (21,2%) обнаружена уреоплазменная, у 7 (10,6%) – хламидийная, у 23 (34,8%) – вирус простого герпеса и у 7 (10,6%) больных БВ ассоциировался сочетанной уреоплазменно-хламидийной инфекцией. Следует отметить, что у 27 (40,9%) больных отмечалось сочетание БВ более двух ИППП, в частности хламидиозом, уреоплазмозом, цитомегаловирусной и герпетической инфекцией.

Исследования показали, что 9,0% больных причиной болезни в основном связывали с проведенным абортom, 6,0% – бесконтрольным применением антибиотиков, 3,0% – применением гормонов, 16,0% – применением внутриматочных спиралей (ВМС), 3,0% – беспорядочными половыми связями, 2,0% – простудой и 1,0% – перенесенной операцией кистэктомии. Остальные 60,0% больных не смогли указать причину развития данного заболевания.

Изучении анамнестических данных исследуемых больных показало, что 23,0% больных страдали патологией печени и желчного пузыря, 14,0% – имели заболевания щитовидной железы, в основном диффузный зоб, 10,0% – болезни почек, 9,0% – железодефицитную анемию, 6,0% женщин перенесли операцию по поводу кисты яичника, 2,0% – страдали гипоплазией матки, 1,0% женщин болели ревматизмом и микроаденомой гипофиза, бесплодием страдали 36% больных. У 45,0% больных заболевание протекало без сопутствующих патологий.

Перед началом лечения было проведено тщательное клинико-лабораторное обследование больных, включающие микроскопическое исследование отделяемого влагалища, проведение теста Amsel (определение рН отделяемого, постановка аминного теста с 10% КОН, выявление ключевых клеток), осмотр влагалища в зеркалах и консультация гинеколога.

Таким образом, анализ клинического материала показал, что среди больных бактериальным вагинозом преобладали женщины в возрасте 21-40 лет (91,0%) и сельские жители (68,0%). БВ без сочетания с ИППП отмечался у 34,0% и в ассоциации с ИППП – у 66,0% больных. БВ наиболее часто ассоциировался такими ИППП, как уреоплазмоз (21,2%) и вирус простого герпеса (34,8%).

Для выявления хламидий материал из влагалища исследовали под иммерсионной системой микроскопа и если обнаруживались включения хламидий в эпителиальные клетки, результат считали положительным. Бактериальная диагностика уреоплазмоза проводилась по общепринятому способу на питательной среде ЭД-1, предложенной Эшбаевым И.У. и Давуровым А.М. (2000). Определение относительного количества Т- и В-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-супрессоров проводили методом непрямого

розеткообразования с использованием иммунореагента – эритроциты человека 0 (I) группы Rh⁻ и нагруженные через 3% раствором хлорного хрома на моноклональные антитела специфичности СД3 – для рецепторов Т-лимфоцитов, СД4 – для Т-хелперов, СД8 – для Т-супрессоров и СД19 – для В-лимфоцитов (Залялиева М.В., 2004). Количество циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови определяли методом М. Digeon (1977), сывороточных иммуноглобулинов классов А,М, G – по методу Mancini G. et al. (1965). Количественное определение концентрации прогестерона и эстрадиола в сыворотке крови проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа. Для этого использовали набор тест-систем для определения прогестерона – «Стероид ИФА-прогестерон-01» и эстрадиола – «Стероид ИФА-эстрадиол».

Результаты исследования и их обсуждение

Известно, что для установления диагноза БВ необходимо провести исследования в тесте Amsel, в котором рН отделяемого не должен быть ниже 4,5, а аминный тест с 10% КОН и ключевые клетки должны быть положительными (Плюто А.М., 1997; Назарова Е.К., 1997; Кубанова А.А. и др., 1996).

Исследования в тесте Amsel показали, что обследованной группы больных рН отделяемого влагалища равнялся в пределах от 4,5 до 7,2, аминный тест с 10% КОН и ключевые клетки у всех обследованных больных были положительными.

У всех обследованных больных наблюдались выделения различного характера, а 80,0% – отмечали боли внизу живота, 50,0% – зуд и жжение во влагалище, 73,0% – нарушение менструального цикла. Среди них 85,0% больных женщин жаловались на обильные и 15,0% – на умеренные выделения желтоватого или белого цвета с запахом. При осмотре в зеркалах у 59,0% больных выявлена гиперемия влагалища и 19,0% – наличие эрозий шейки матки. У остальных больных состояние слизистой оболочки влагалища были без особенностей.

При микроскопическом исследовании отделяемого влагалища у больных данной патологией в 49,0% случаях выявлялись умеренный или значительный лейкоцитоз и наличие различной микрофлоры.

При изучении особенности клинического течения БВ в сочетании с отдельно взятыми видами ИППП, в частности уреаплазмоза, хламидиоза или вируса простого герпеса мы особых различий в клиническом течении у больных данной патологией не выявили. Поэтому в дальнейших исследованиях всех больных БВ в сочетании с ИППП не зависимо от вида инфекций мы объединяли в одну общую группу.

Совместный осмотр с гинекологом показал, что у 17,0% обследованных больных как сопутствующее заболевание диагностирован эндометрит, у 42,0% – оофорит и сальпингоофорит. Данные заболевания в основном встречаются у женщин БВ в сочетании с ИППП. Это вероятно связано с тем, что при сочетании бактериального вагиноза с ИППП наблюдается более выраженные

нарушения в иммунном и гормональном статусе и создаются условия для развития сопутствующих гинекологических заболеваний.

Вышеизложенное свидетельствует, что клинической особенностью БВ является субклиническое течение, сопровождающееся постоянными обильными или умеренными выделениями, наличием положительного теста Amsel.

К одним из предрасполагающих факторов, ведущих к развитию БВ можно отнести нарушение количественного и качественного состава микрофлоры влагалища.

В связи с этим для постановки диагноза и изучения течения болезни представлял интерес изучить состояние микрофлоры влагалища у обследованных больных женщин БВ.

Полученные данные показали, что нормальная микрофлора влагалища у здоровых женщин репродуктивного возраста включает спектр микроаэрофилов, факультативных и облигатных анаэробов. У обследованных лиц чаще всего из анаэробов выделялись лактобактерии (в 100% случаев), бифидобактерии (в 73,7% случаев). Бактериоиды выделялись в 57,9 % случаев. Полученные нами данные, по оценке состояния микрофлоры влагалища у здоровых лиц, в целом согласуются с результатами других исследователей (Соловьёва И.В., 1986; Хужаева Ш.А. и др., 2006).

Исследования показали, что у больных женщин БВ содержание лактобактерий снижалось в 2,5 раза и бифидобактерий в 1,8 раза, а количество бактериоидов и эпидермального стафилококка повышалась в 1,5 и 1,6 раз по сравнению с данными здоровых женщин. Следует отметить, что у больных содержание гарднерелл 3,7 раза превышало показатели контрольной группы, кроме того, они выделялись у всех больных женщин.

У больных в различном количестве выделялись и другие патогенные микроорганизмы, такие как пептококки ($2,13 \pm 0,33$ lg КОЕ/мл), золотистый стафилококк ($1,30 \pm 0,32$ lg КОЕ/мл), эшерихии ($1,15 \pm 0,27$ lg КОЕ/мл), гемолитические ($2,87 \pm 0,45$ lg КОЕ/мл) и зеленящие ($2,21 \pm 0,34$ lg КОЕ/мл) стрептококки, а в 45,6% случаях обнаруживаются грибы рода Кандида.

Анализ состояния микрофлоры влагалища у женщин БВ без ассоциации и в сочетании с ИППП показали, что у больных с БВ без сочетания с ИППП до начала лечения во влагалище отмечается снижение количества лактобактерий в 2,4 раза, бифидобактерий в 1,8 раза и повышение содержания бактериоидов в 1,5 раз, эпидермальных стафилококков – в 1,6 раз и гарднерелл – в 3,6 раза по сравнению с показателями здоровых лиц.

У данной группы больных изменяется и частота выделений исследуемых микроорганизмов. Если у здоровых лиц в 100% случаев выделялись лактобактерии, в 73,7% – бифидобактерии, в 57,9% – бактериоиды, в 84,2% – эпидермальные стафилококки и в 36,8% – гарднереллы, то у больных выявление лактобактерий снизилось до 52% и бифидобактерий – до 48%. Наряду с этим наблюдалось повышение случаев выделений бактериоидов – в 64%, эпидермальных стафилококков и гарднерелл – в 100% больных.

У обследуемых больных кроме изменений содержания микрофлоры, которые выявлялись у здоровых женщин, были выделены другие патологические микроорганизмы, такие как пептококки и зеленящие стрептококки – в 40%, золотистый стафилококк и эшерехии – в 24% и гемолитический стрептококк – в 60% случаев. У больных данной группы в 48% случаях выявлялись грибы рода Кандида.

Аналогическая картина наблюдалась у больных женщин БВ в сочетании с ИППП.

Полученные данные показывают, что у больных БВ наблюдается нарушение микроэкологии влагалища, выражающиеся снижением в количественном отношении непатогенных микроорганизмов (лактобактерий, бифидобактерий) и появлением условно-патогенной микрофлоры. Это указывает на то, что у женщин фертильного возраста для предотвращения различных патологических состояний в органах гениталий необходимо исследовать состояние микрофлоры.

К такому мнению придерживаются и ряд других исследователей (Валышев А.В. и др., 2001; Муравьева В.В., Анкирская А.С., 1996).

Исследование иммунного статуса показало, что в у больных БВ до начала лечения наблюдается достоверное снижение относительного количества CD3-клеток, CD4-клеток, уровня IgA и повышение содержания CD8-клеток, CD19-клеток, содержания IgG ($p < 0,001$), а количество IgM было склонно к повышению. Наряду с этим отмечалось снижение ИРИ на 43,3% и более 2-х кратное увеличение уровня ЦИК по сравнению с группой контроля.

Изучение показателей иммунитета у больных БВ при сочетании с ИППП и без них показало, что в обеих обследованных группах отмечается достоверное снижение процентного содержания CD3-клеток ($p < 0,001$). Однако данное снижение в двух группах было неодинаково. Если у больных первой группы снижение уровня CD3-клеток составило 12%, то во второй группе этот показатель был равен 18,4%.

У больных БВ в ассоциации с ИППП отмечается более выраженные изменения относительного содержания CD4-клеток, которое снизилось на 27,5%, когда как данный показатель у больных БВ без сочетания с ИППП уменьшился на 20,7% по сравнению с контролем. В обеих обследованных группах отмечается статистически достоверное увеличение относительного количества CD8-клеток ($p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно). Показатель ИРИ в обеих группах больных был снижен, и более выраженное снижение наблюдалось у больных БВ в ассоциации с ИППП.

При исследовании состояния гуморального звена иммунитета выявлено, что у обследованных групп отмечается достоверное повышение количества CD19-клеток, уровня IgG и снижение концентрации IgA ($p < 0,001$), а содержание IgM оставалось в пределах нормы. Наряду с этим в сыворотке крови отмечается более двукратное увеличение содержания ЦИК.

Исследование состояния системы иммунитета больных БВ в зависимости от давности заболевания выявило, что во всех обследованных группах отмечалось достоверное снижение относительного количества CD3-клеток

($p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно). Степень снижения была более выражена у больных с давностью заболевания свыше 5 лет (на 21,1%).

С увеличением давности заболевания наблюдается более выраженное уменьшение количества CD4-клеток и повышение уровня CD8-клеток по сравнению с группой контроля. Это показывает, что изменения содержания CD4- и CD8-клеток оказывались в прямой зависимости от длительности существования патологического процесса. Показатель ИРИ во всех обследованных группах был статистически достоверно снижен. Это свидетельствует, что с увеличением длительности существования патологического процесса происходит активация CD8-клеток. Повышение функциональной активности CD8-клеток, в свою очередь, может вызвать ослабление защитных сил организма и служить толчком к развитию заболевания.

Оценка состояния гуморального звена иммунитета показало, что не зависимо от давности заболевания отмечается достоверное увеличение содержания CD19-клеток ($p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно), IgG ($p < 0,001$) и ЦИК ($p < 0,001$). Содержание IgA в сыворотке крови больных с длительностью болезни от 1 до 5 лет было достоверно снижено ($p < 0,001$), а уровень IgM не изменялся ($p > 0,05$).

Таким образом, в целом у женщин БВ наблюдается нарушение в системе иммунитета, которая выражается снижением активности клеточного, усилением гуморального звена иммунной системы. Выявленные нарушения в иммунной системе были более выражены у лиц БВ в ассоциации с ИППП и давностью заболевания свыше 5 лет. Это, вероятно, связано с тем, что присоединение БВ инфекций, передаваемых половым путем, усугубляют течение патологического процесса и способствует развитию более глубоких нарушений в иммунной системе.

Полученные нами данные, по оценке иммунной системы у больных БВ, в целом согласуются с результатами ряда других исследователей (Каттаходжаева М.Х. и др., 2003).

В развитии различных заболеваний гениталий у женщин определенную роль играет характер гормональных нарушений. Однако гормональный статус у больных БВ не изучалось. В этой связи представлял интерес исследование состояния половых гормонов в сыворотке крови у женщин БВ.

Оценку гормонального статуса проводили изучением содержания половых гормонов прогестерона и эстрадиола. Исходя из того, что секреция половых гормонов зависит от циклических изменений в яичниках, мы обследуемых женщин контрольной группы и больных БВ разделили по фазам менструального цикла.

Исследования показали, что среди больных БВ у 73,9% женщин наблюдалось нарушения выработки прогестерона и у 81,2% – эстрадиола. У остальных больных гормональный статус был в пределах нормы.

Анализ содержания изученных гормонов свидетельствует, что у женщин фолликулярной фазой цикла в сыворотке крови отмечается достоверное

снижение уровня эстрадиола ($p < 0,001$). Содержание прогестерона оставалось на уровне контрольных значений ($p > 0,05$).

У женщин лютеиновой фазой менструального цикла наблюдается снижение выработки, как прогестерона, так и эстрадиола и они достоверно отличаются от показателей женщин группы контроля ($p < 0,001$).

Исследование содержания половых гормонов у женщин БВ в зависимости от наличия ИППП и без них показали, что в сыворотке крови больных с БВ без сочетания ИППП при поступлении выявляется снижение уровня прогестерона в 1,3 раз в фолликулярной фазе ($p > 0,05$) и в 5,5 раз в лютеиновой фазе ($p < 0,001$) менструального цикла. Уровень эстрадиола в обеих фазах цикла у больных данной группы был снижен более 3 раза, чем у здоровых женщин ($p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно).

У больных БВ в сочетании с ИППП в фолликулярной фазе менструального цикла в сыворотке крови до лечения содержание прогестерона не изменяется, а уровень его в лютеиновой фазе цикла был снижен более 5 раз ($p < 0,001$). Концентрация эстрадиола у больных данной группы в обеих фазах менструального цикла была снижена в 2,7 и 4,5 раз соответственно, чем контрольная группа.

Исследование гормонального статуса больных БВ в зависимости от давности заболевания показало, что во всех обследованных группах в сыворотке крови в лютеиновой фазе наблюдается достоверное уменьшение количества прогестерона ($p < 0,05$ и $p < 0,001$ соответственно) и эстрадиола ($p < 0,001$). В фолликулярной фазе с давностью болезни до 1 года и от 1 до 5 лет отмечается тенденция к снижению и с давностью болезни свыше 5 лет к повышению содержания прогестерона ($p > 0,05$). Уровень эстрадиола у больных с давностью болезни до 1 года был склонен к снижению ($p > 0,05$), а в остальных группах достоверно снижен ($p < 0,01$) по сравнению с данными контрольной группы.

Результаты исследования свидетельствуют, что у больных БВ отмечается нарушение гормонального статуса, выражающийся пониженным синтезом прогестерона в лютеиновой фазе и эстрогенного гормона эстрадиола в обеих фазах менструального цикла. Наиболее выраженное нарушение гормонального статуса наблюдается у женщин БВ в сочетании с ИППП. Выявленные нарушения оказываются в прямой зависимости от давности существования патологического процесса.

На основании вышеизложенного установлено, что развитие БВ у женщин происходит на фоне гормональных изменений в организме. В этой связи для восстановления гормональных нарушений в комплекс терапии больных БВ целесообразно включить эстрогенные гормоны.

В проведенных исследованиях было выявлено, что у больных БВ наблюдаются определенные изменения в состоянии микрофлоры влагалища, иммунологических, гормональных показателях и это явилось основанием для разработки комплексного метода лечения БВ.

В зависимости проводимого лечения больные были разделены на две группы: в первую группу (традиционная терапия) вошли 43 больных,

составляющие группу сравнения и получавшие антибиотики (после определения чувствительности), витамины, биогенные стимуляторы, а также иммуномодулирующие препараты (пирогенал, иммуномодулин, тималин); во вторую группу (комплексная терапия) вошли 57 больных, составляющие основную группу, которым на фоне традиционной терапии было назначено в качестве иммунокорректора – полиоксидоний и оральный контрацептивный препарат – регулон.

Полиоксидоний назначали по 0,06 г на 0,9% изотоническом растворе внутримышечно 1 раз в день через день в течение 10 дней. На курс лечения применяли 5 инъекций. Регулон назначали по 1 таблетки в день с пятого дня менструального цикла в течение 21 дня. Курс лечения составил 2 месяца.

Критериями эффективности проводимой терапии, являлись прекращение или уменьшение выделений, зуда и болей внизу живота.

У больных БВ без сочетания с ИППП в основной группе прекращение субъективного ощущения в виде зуда и жжения в среднем равнялось $9,5 \pm 0,50$ дня, а в группе больных, получавших традиционную терапию – $11,5 \pm 0,50$ дней. У больных данной группы после традиционной терапии боли внизу живота исчезли в среднем на $10,7 \pm 0,52$ день и выделения прекращались на $16,6 \pm 1,08$ день лечения. А у больных, леченных комплексным методом лечения боли внизу живота исчезли, в среднем через $7,9 \pm 0,52$ дней и выделения прекращались, через $13,1 \pm 0,67$ дней после лечения.

У больных БВ в сочетании с ИППП, получавших традиционное лечение, прекращение выделений происходило в среднем в $19,9 \pm 0,53$ день, исчезновение зуда – в $15,5 \pm 0,26$ день и боли внизу живота – в $13,4 \pm 0,38$ день лечения. Тогда, как в основной группе прекращение выделений происходило в среднем в $17,4 \pm 0,38$ день, исчезновение зуда – в $13,3 \pm 0,38$ день и боли внизу живота – в $10,8 \pm 0,43$ день после лечения.

Полученные данные свидетельствуют, что включение в комплекс терапии больных БВ в качестве иммунокорректора – полиоксидония и орального контрацептивного препарата – регулон способствует более раннему сроку прекращения выделений из влагалища, исчезновению зуда и болей внизу живота, чем традиционный метод лечения. У больных БВ в сочетании с ИППП изученные показатели были менее выражены, чем у больных БВ без сочетания с ИППП.

Ближайшие результаты лечения оценивали по следующим критериям: значительное улучшение – полное исчезновение патологических симптомов, улучшение – уменьшение выделений и снижение лейкоцитоза, исчезновение зуда и боли, без эффекта – отсутствие эффекта.

У больных БВ без сочетания с ИППП в основной группе (18 больных) у 66,7% больных отмечено значительное улучшение и у 33,3% – улучшение состояния. Тогда как, среди больных получавших традиционное лечение (16 больных) значительное улучшение выявлено – у 50,0%, улучшение – у 31,2% и у 18,8% больных проведенное лечение не дало эффекта.

Среди больных БВ в сочетании с ИППП в основной группе (39 больных) значительное улучшение выявлено у 56,4%, улучшение – у 38,5% и без эффекта

было у 5,1% больных. При традиционной терапии (27 больных) с данной патологией у 40,7% больных отмечено значительное улучшение, у 33,4% – улучшение и у 25,9% больных без эффекта.

Таким образом, разработанный нами комплексный метод лечения больных БВ оказывает положительный терапевтический эффект и может быть рекомендован для лечения больных женщин с данной патологией.

Исследование влияния применяемых методов лечения на показатели микрофлоры влагалища показали, что у больных общей группы БВ после традиционной терапии частота выделений сапрофитных микроорганизмов, таких как лактобактерий и бифидобактерий увеличилось с 50% до 83,3% и 66,7% соответственно. Число высеваемости золотистого стафилококка снизилась с 25% до 20,8%, гарднерелл – с 100% до 83,3% и грибов рода Кандида – с 41,7% до 37,5% случаев. Остальные микроорганизмы выделялись в таком же количестве больных, как и до лечения.

После комплексного метода лечения частота выделения лактобактерий повысилась с 51,5% до 100%, бифидобактерий – с 48,5% до 69,7% случаев. Число высеваемости пептококков снизилось с 39,4% до 24,2%, золотистого стафилококка – с 21,2% до 6,1%, гемолитического стрептококка – с 42,4% до 27,3%, эшерихий – с 24,2% до 6,1%, гарднерелл с 100% до 51,5% и грибов рода Кандида с 48,5% до 30,3% случаев.

Исследование влияния традиционной терапии на количественный состав микроорганизмов выявило, что у больных данной группы после окончания лечения отмечалось достоверное повышение содержания лактобактерий ($p < 0,01$), снижение количества эпидермального стафилококка ($p < 0,001$) и гарднерелл ($p < 0,001$). Остальные изученные микроорганизмы после лечения были склонны или к снижению, или к повышению.

На фоне комплексного метода лечения более чем в два раза увеличилось количество лактобактерий и снизилось содержание гемолитического стрептококка, гарднерелл и грибов рода Кандида. Более трехкратное снижение отмечалось при исследовании пептококков и зеленящих стрептококков. Наиболее выражено снижалось количество золотистого стафилококка и эшерихий (более 7 раз).

Изучение влияния используемых методов терапии на показатели микрофлоры влагалища у женщин БВ в зависимости от сочетания или без ассоциации с ИППП показали, что у обеих обследованных групп после традиционной терапии отмечается некоторые положительные сдвиги в частоте выделения и количественном определении микрофлоры влагалища, но они полностью не восстанавливаются. Напротив разработанный нами метод лечения БВ у больных данных групп оказывает выраженный эффект в санации влагалища и он наиболее выражен у женщин БВ без ассоциации с ИППП, где показатели намного ниже и у этих больных в содержимом влагалища после лечения золотистый стафилококк и эшерихии полностью исчезли.

Вышеизложенные свидетельствуют, что у больных женщин данной группы традиционный метод лечения способствует некоторым положительным сдвигам в состоянии микрофлоры влагалища, однако они полностью не

нормализуются, а разработанный метод лечения способствует нормализации микроэкологии влагалища и приводит выраженным положительным сдвигам для восстановления как количественного, так и качественного состава микрофлоры влагалища.

Исследования показали, что у больных БВ наблюдается иммунодефицитное состояние. В связи с этим нами была изучена динамика изменений иммунологических показателей у больных в процессе лечения.

Исследованиями было выявлено, что у больных общей группы БВ после традиционной и комплексной терапии отмечается достоверное повышение относительного количества CD3-клеток ($p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно), CD4-клеток ($p < 0,001$) и снижение уровня CD8-клеток ($p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно). Однако эффективность лечения в обеих группах была неодинакова. Если в группе больных получавших традиционное лечение содержание CD3-клеток увеличилось на 7,2%, CD4-клеток – на 10,0% и количество CD8-клеток снизилось на 9,5%, то у больных леченных комплексным методом этот показатель был равен к 8,9%, 15,3% и 19,7% соответственно по отношению к показателям при поступлении.

После традиционного лечения ИРИ поднялся с $1,47 \pm 0,05$ до $1,76 \pm 0,05$, а у больных получавших разработанный метод терапии этот показатель увеличился с $1,39 \pm 0,05$ до $1,91 \pm 0,06$ и почти доходил до уровня контроля ($2,05 \pm 0,05$).

В обеих группах после лечения наблюдалось достоверное снижение относительного числа CD19-клеток ($p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно). Эффективность иммунокорректирующего действия на данный показатель иммунитета также была выше у больных получавших комплексное лечение (24,0%), чем у больных леченных традиционным методом (15,5%).

При традиционном методе лечения у больных БВ уровень IgG ($p < 0,01$) достоверно снижался, а содержание IgA и IgM оставалось на уровне данных при поступлении. У больных получавших разработанный нами метод терапии наблюдалось достоверное снижение концентрации IgA ($p < 0,01$) и IgG ($p < 0,001$) по отношению к данным до лечения, а количество IgM оставалось без изменений.

Уровень ЦИК при традиционной терапии снизился на 36,0%, а при комплексном методе лечения на 54,2%. Полученные данные свидетельствуют, что разработанный нами метод лечения больных БВ оказывает более эффективное действие на показатели системы иммунитета.

В дальнейших исследованиях нами было изучено влияние проводимых методов терапии на систему иммунитета больных БВ без сочетания и в ассоциации с ИППП.

Полученные данные свидетельствуют, что у больных БВ без сочетания с ИППП после традиционной терапии отмечается склонность к увеличению относительного количества CD3-клеток и к снижению содержания CD8-клеток ($p > 0,05$), а уровень CD4-клеток был достоверно увеличен ($p < 0,05$) и ИРИ повысился на 21,9%.

При комплексном методе лечения относительное количество CD3-клеток и CD4-клеток достоверно повышается ($p < 0,001$) и доходит до уровня контроля. Содержание CD8-клеток достоверно снижается по сравнению с данными до лечения ($p < 0,01$). ИРИ поднялся с $1,49 \pm 0,09$ до $2,09 \pm 0,10$ и доходил до контрольных значений.

После традиционного метода лечения со стороны гуморального звена иммунитета отмечалась склонность к снижению ($p > 0,05$), а при комплексном методе терапии достоверное снижение относительного количества CD19-клеток ($p < 0,01$) по сравнению с показателями до лечения.

После обеих методов лечения уровень IgA и IgM остается без изменений. Концентрация IgG после традиционной терапии была склонна к снижению, а после разработанного метода лечения достоверно снизилось ($p < 0,001$).

При традиционной терапии концентрация ЦИК в сыворотке крови снизилась на 45,8%, а после комплексного метода лечения – на 69,4% и доходило до значений контрольной группы.

Аналогичная картина наблюдалась и при изучении влияния проводимых методов терапии у больных БВ в ассоциации с ИППП. Однако они были менее выражены, чем у больных БВ без сочетания с ИППП.

Вышеизложенное свидетельствует, что включение в комплексной терапии больных БВ орального контрацептивного препарата регулона и в качестве иммуномодулятора полиоксидония способствует восстановлению выявленных нарушений в иммунной системе.

Исследованиями было показано, что БВ происходит на фоне гормональных нарушений в организме. В связи с этим нами была изучена динамика изменений гормонального статуса у больных БВ в процессе лечения.

Исследования показали, что после окончания традиционным методом лечения в сыворотке крови больных БВ фолликулярной фазой менструального цикла отмечается достоверное снижение ($p < 0,05$), а у больных лютеиновой фазой повышение ($p < 0,01$) содержания прогестерона.

Уровень эстрадиола в сыворотке крови после лечения как у больных фолликулярной ($p < 0,01$), так и лютеиновой фазой ($p < 0,001$) достоверно увеличивается. Несмотря на положительные сдвиги, показатели гормонального статуса не доходят до уровня контроля.

После разработанного метода лечения в сыворотке крови концентрация прогестерона в обеих фазах менструального цикла повышается. А у больных лютеиновой фазой цикла этот показатель доходит до уровня данных контрольной группы.

Содержание эстрадиола у больных данной группы также достоверно повысилось по сравнению с показателями до лечения ($p < 0,001$) и доходил до нормы.

Результаты исследования свидетельствуют, что у больных БВ после традиционного лечения со стороны гормонального статуса отмечаются некоторые положительные сдвиги, но эти данные не доходят до уровня контроля и выявленные нарушения сохраняются. А на фоне разработанного

метода лечения у больных БВ наблюдается восстановление выявленных гормональных нарушений организма.

Исследование влияния применяемых методов лечения на показатели половых гормонов у больных БВ в сочетании с ИППП и без них показало, что у больных БВ без сочетания с ИППП фолликулярной фазой после традиционной терапии содержание прогестерона было склонно к снижению ($p > 0,05$), а у женщин лютеиновой фазой этот показатель был достоверно повышен.

Концентрация эстрадиола в сыворотке крови в обеих обследованных группах после лечения была достоверно увеличена ($p < 0,001$). Однако, несмотря на такое повышение эстрадиола у больных данной группы они оказываются ниже, чем в контрольной группе.

У больных БВ без сочетания с ИППП фолликулярной фазой после комплексного метода лечения содержание прогестерона в сыворотке крови дало тенденцию к повышению ($p > 0,05$), а у больных лютеиновой достоверно повысилось ($p < 0,001$) и доходила до контрольного уровня.

Уровень эстрадиола после данного метода лечения у больных данной группы как у женщин фолликулярной ($p < 0,01$), так и лютеиновой фазой ($p < 0,001$) был достоверно повышен и доходил до контрольных значений.

Аналогичные данные были получены и при изучении влияния проводимых методов терапии на гормональный статус у больных БВ в ассоциации с ИППП. Однако полученные данные были менее выражены, чем у больных БВ без сочетания с ИППП.

Вышеизложенные свидетельствуют, что комплексный метод лечения больных бактериальным вагинозом способствует восстановлению выявленных гормональных нарушений организма. Это обосновывают о необходимости включения в программу обследования женщин БВ оценку уровня гормонов яичников, а в комплекс лечебных мероприятий – средств, корригирующих гормональные нарушения.

Таким образом, разработанный метод лечения больных женщин бактериальным вагинозом, включающий в комплекс традиционной терапии иммунокорригирующего препарата «Полиоксидоний» и орального контрацептивного препарата «Регулон» оказывает положительный терапевтический эффект и способствует восстановлению выявленных нарушений в иммунном и гормональном статусе, а также в количественном и качественном составе микрофлоры влагалища у больных данной патологией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы:

1. Бактериальный вагиноз у женщин в 34,0% случаев протекает без сочетания и в 66,0% – в ассоциации с различными ИППП и наиболее часто ассоциируется такими ИППП, как уреаплазмоз (21,2%) и вирус простого

герпеса (34,8%). У половых партнеров обследуемых женщин в 75% случаях обнаружены гарднереллезная инфекция, 21% уреоплазменная, 6% хламидийная и у 25% герпетическая инфекция, в большинстве случаев отмечалась ассоциация ИППП.

2. При бактериальном вагинозе наблюдается изменения в количественном и качественном составе микрофлоры влагалища, выражающиеся появлением патогенных микроорганизмов (пептококков, золотистого стафилококка, гемолитического и зеленыящего стрептококка). Наиболее выраженные изменения отмечались у больных с бактериальным вагинозом в сочетании с ИППП.

3. Для бактериального вагиноза характерны определенные нарушения в иммунной системе, выражающиеся в угнетении клеточного и активации гуморального звеньев. Степень выраженности этих изменений наиболее выражены у женщин бактериальным вагинозом в сочетании с инфекциями передающиеся половым путем и давностью заболевания свыше 5 лет.

4. Бактериальный вагиноз развивается на фоне снижения содержания прогестерона и эстрадиола в организме, что обосновывает о необходимости включения в программу обследования женщин бактериальным вагинозом оценку уровня данных половых гормонов.

5. Разработан и внедрен в дерматовенерологическую практику метод лечения больных женщин бактериальным вагинозом, включающий в комплекс традиционной терапии иммунокорректирующего препарата «Полиоксидоний» и гормонального препарата «Регулон», который оказывает положительный терапевтический эффект и способствует оптимизации нарушений в иммунном и гормональном статусе, а также в количественном и качественном составе микрофлоры влагалища.

Практические рекомендации:

1. При обследовании и лечении бактериального вагиноза у женщин, необходимо исследовать количественный и качественный состав микрофлоры влагалища и гормональный статус организма.

2. Лечение бактериального вагиноза должно вестись комплексно, направленные на элиминацию возбудителя из организма и воздействия на основные механизмы развития заболевания, то есть на восстановление состояния микрофлоры влагалища, иммунного и гормонального статуса организма.

3. При бактериальном вагинозе для ликвидации выявленных нарушений в иммунном и гормональном статусе в комплекс традиционной терапии следует включить полиоксидоний (по 0,06 г на 0,9% изотоническом растворе внутримышечно 1 раз в день через день в течение 10 дней) и регулон (по 1 таблетки в день с пятого дня менструального цикла в течение 21 дня. Курс лечения 2 месяца).

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

- 1.Ибрагимов Ш.И., Абидов А.М., Мирсаидова М.А. Комбинированное лечение бактериального вагиноза // Инфекция, иммунитет и фармакология. – Ташкент, 2006. –№5. –С. 85-86.
- 2.Ибрагимов Ш.И., Абидов А.М., Мирсаидова М.А. О проблеме бактериального вагиноза // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2007. –№1. –С. 112-116.
- 3.Ибрагимов Ш.И., Мирсаидова М.А. Состояние иммунной системы у женщин бактериальным вагинозом // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2007. –№2. –С. 5-8.
- 4.Ибрагимов Ш.И., Мирсаидова М.А. Ассоциация бактериального вагиноза и инфекций передающихся половым путем у женщин фертильного возраста // III Международная конференция «Первичная и вторичная профилактика социально-значимых заболеваний кожи и ИППП на современном этапе». Сбор. тезисов. –Шымкент, 2006. –С.176.
- 5.Ибрагимов Ш.И., Мирсаидова М.А. Особенности клиники течения бактериального вагиноза // IV Международная конференция «Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики, профилактики социально-значимых дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем». Сбор. тезисов. –Алматы, 2007. –С.154.
- 6.Абидов А.М., Мирсаидова М.А. Показатели иммунной системы у женщин с бактериальным вагинозом в сочетании с урогенитальными инфекциями //Возрастные аспекты дерматокосметологии и дерматовенерологии. Тезисы науч. работ. –Астана, 2007. –С.117-118.
- 7.Абидов А.М., Мирсаидова М.А. Изучение микробиоценоза влагалища у женщин с бактериальным вагинозом // Материалы V съезда дерматовенерологов Республики Узбекистан. – Ташкент, 2008. –С.156-157.
- 8.Ибрагимов Ш.И., Абидов А.М., Мирсаидова М.А. Современные подходы к диагностике и лечению бактериального вагиноза // Учебно методическое пособие. Ташкент, 2007. –24с.
9. Мирсаидова М.А., Каюмова Д.Т. Исследование уровня половых гормонов у женщин с бактериальным вагинозом // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. Ташкент, 2008. -№2.-С.8-9.
10. Мирсаидова М.А. Состояние микрофлоры влагалища у женщин с бактериальным вагинозом // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. Ташкент, 2008.-№2, -С.82-85.
11. Ибрагимов Ш.И., Каюмова Д.Т., Мирсаидова М.А. Эффективность Регулона в комплексном лечении больных бактериальным вагинозом // Информационное письмо. Ташкент, 2008.-4с.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Мирсаидова Муниса Абдушукуровнанинг 14.00.11- тери ва таносил касалликлари ихтисослиги бўйича «Репродуктив ёшдаги аёлларда урогенитал инфекциялар билан бирга учрайдиган бактериал вагинозни патогенези, клиникаси ва даволаш хусусиятлари» мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч сўзлар: Бактериал вагиноз, иммунология, микрофлора, гормонлар, регулон, полиоксидоний.

Тадқиқот объектлари: қон, қин ажратмаси. Умумий назоратлар сони 100 киши.

Тадқиқот усули: Клиник-лаборатор, махсус иммунологик, биокимёвий ва микробиологик.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: Аёлларда бактериал вагиноз субклиник кечиши, доимий кучли ёки ўрта миёрдаги ажратмалар ҳосил бўлиши, мусбат Amsel тести борлиги билан характерланади. Бактериал вагиноз кўпроқ уреоплазмоз (21,2%) ва оддий учуқ вируси (34,8%) каби жинсий йўл билан юқувчи инфекциялар билан бирга учрайди.

Бактериал вагинозда қин микрофлорасининг сифат ва миқдор таркибида ўзгаришлар кузатилади, бу лактобактериялар ва бифидобактериялар миқдорини камайиши, ҳамда патоген микроорганизмларни пайдо бўлиши ҳолида кўринади.

Бактериал вагинозга иммун тизимининг ҳужайрали занжирни сусайиши ва гуморал занжирни кучайиши каби бузилишлар хосдир.

Бактериал вагиноз организмдаги гормонал ўзгаришлар (прогестерон ва эстрадиол миқдорини камайиши) натижасида ривожланади, бу бактериал вагиноз бўлган аёлларни текширув дастурига ушбу гормонларни миқдорини баҳолашни киритиш зарурлигини кўрсатади

Бактериал вагиноз билан ҳасталанган аёлларни анъанавий даволаш мажмуига полиоксидоний ва регулон қўшиш орқали даволаш усули ишлаб чиқилди ва бу усул даволашда яхши натижалар олишга, иммун ва гормонал тизимдаги, ҳамда қин микрофлорасининг сифат ва миқдор таркибида ўзгаришларни мувофиқлашишига ижобий таъсир этади.

Амалий аҳамияти: Полиоксидоний (0,06 г дан 0,9% изотоник эритмада ҳар куни 1 маҳал, кунаро 10 кун давомида мушак орасига) ва регулон (менструал циклнинг 5 кунидан кунига 1 таблеткадан 21 кун давомида. Умумий даволаш курси 2 ой) воситасини қўллаш даволаш самарасини ошириб, қин микрофлораси таркибидаги, иммун ва гормон ҳолатидаги ўзгаришларни тикланишига олиб келади.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: изланиш натижаларига асосланган ҳолда ўқув қўлланмаси ва информацион хат чиқарилди ва у шаҳар тери-таносил диспансерларида ҳамда, ТошВМО институтининг ўқув жараёнида қўлланиб келинмоқда.

Қўлланиш соҳаси: дерматовенерология.

РЕЗЮМЕ

диссертации Мирсаидовой Мунисы Абдушукуровны на тему: «Особенности патогенеза, клиники и терапии бактериального вагиноза в ассоциации с урогенитальными инфекциями у женщин репродуктивного возраста» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.11 - кожные и венерические болезни.

Ключевые слова: Бактериальный вагиноз, иммунология, микрофлора, гормоны, регулон, полиоксидоний.

Объект исследования: кровь, содержимое влагалища. Всего 100 наблюдений.

Методы исследования: Клинико-лабораторное, специальные иммунологические, биохимические и микробиологические.

Полученные результаты и их новизна. Бактериальный вагиноз у женщин характеризуется субклиническим течением, сопровождающееся постоянными обильными или умеренными выделениями, наличием положительного теста Amsel. Бактериальный вагиноз наиболее часто ассоциируется такими ИППП, как уреаплазмоз (21,2%) и вирус простого герпеса (34,8%).

При бактериальном вагинозе наблюдается изменения в количественном и качественном составе микрофлоры влагалища, выражающиеся снижением содержания лактобактерий и бифидобактерий, а также появлением патогенных микроорганизмов.

Для бактериального вагиноза характерны нарушения в иммунной системе, выражающиеся в угнетении клеточного и активации гуморального звеньев.

Бактериальный вагиноз развивается на фоне гормональных изменений (снижение содержания прогестерона и эстрадиола) в организме, что обосновывает о необходимости включения в программу обследования женщин бактериальным вагинозом оценку их уровня.

Разработан метод лечения больных женщин бактериальным вагинозом, включающий в комплекс традиционной терапии полиоксидония и регулона, который оказывает положительный терапевтический эффект и способствует оптимизации нарушений в иммунном и гормональном статусе, а также в количественном и качественном составе микрофлоры влагалища.

Практическая значимость: Назначение полиоксидония (по 0,06 г на 0,9% изотоническом растворе внутримышечно 1 раз в день через день в течение 10 дней) и регулона (по 1 таблетки в день с пятого дня менструального цикла в течение 21 дня. Курс лечения 2 месяца) повышает эффективность лечения, нормализует выявленные нарушения в составе микрофлоры влагалища, в иммунном и гормональном статусе.

Степени внедрения и экономическая эффективность: по результатам исследования выпущено учебное пособие и информационное письмо, которое используется в кожно-венерологических диспансерах и в учебном процессе кафедры дерматовенерологии Таш ИУВ.

Область применения: дерматовенерология.

THE RESUME

Thesis of Mirsaidova Munisa Abdushukurovna on the scientific degree competition of the candidate medical sciences in speciality 14.00.11 - Dermatological and venerological diseases subject: «Features pathogenesis, clinics and therapies bacterial vaginosis in association with urogenetals infections at women of reproductive age»

Key words: Bacterial vaginosis, immunology, microflora, hormones, regulon, polyoxidoniy.

Subjects of research: blood, contents of a vagina. Only 100 supervision.

Methods of research: Clinical laboratory, special immunological, biochemical and microbiological.

The results obtained and their novelty: Bacterial vaginosis at women it is characterized by the subclinical current, accompanied constant plentiful or moderated allocations, presence of positive test Amsel. Bacterial vaginosis most often associates such the infections transmitted sexual, as a ureaplasmosis (21,2 %) and a virus of a simple herpes (34,8 %).

At bacterial vaginosis it is observed changes in quantitative and qualitative structure of microflora of the vagina, contents expressed by decrease Lactobacter and Bifidobacter, and also occurrence of pathogenic microorganisms.

For bacterial vaginosis infringements in the immune system, expressed in oppression cellular and activation humoral parts are characteristic.

Bacterial vaginosis develops on a background of hormonal changes decrease in the contents of a progesterone and estradiole in an organism that proves about necessity of inclusion for the program of inspection of women bacterial vaginosis an estimation of a level of hormones ovaris.

The method of treatment of sick women bacterial vaginosis is developed, including in a complex of traditional therapy polyoxidoniy and regulon which renders positive therapeutic effect and promotes restoration of infringements in the immune and hormonal status, and also in quantitative and qualitative structure of microflora of a vagina.

Practical value: Assignment polyoxidoniy (on 0,06 г on 0,9 % изотоническом a solution intramuscularly once a day within 10 days) and regulon (on 1 tablets in day since the fifth day menstrual a cycle within 21 days. Course of treatment) raises 2 months efficiency of treatment, normalizes the revealed infringements in structure of microflora of a vagina, in the immune and hormonal status.

Degree of embed and economic efficiency: by results of research 1 manual which is used in dermato-venereologic clinics and in educational process of faculty dermatovenerology the Tashkent institute of improvement of doctors is released.

Field of application: dermatovenerology.

Соискатель:

Автор выражает искреннюю благодарность и признательность за оказанную помощь при выполнении данной работы к.м.н., с.н.с. Абидову Алишеру Матлабходжаевичу.