



УДК: 618.15-009.611-022.7-085.32

## ВЛИЯНИЕ ПРЕБИОТИКА В СОЧЕТАНИИ СО СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИЕЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

**О.А. ОСАЦКАЯ**  
**Н.В. ЯГОВКИНА**  
**С.А. ДВОРЯНСКИЙ**  
**Е.В. КОЛЕВАТЫХ**  
**Е.В. РОССИХИНА**

*Кировская  
государственная  
медицинская  
академия*

*e-mail: dvorsa@mail.ru*

Целью исследования явилась оценка качества жизни пациенток репродуктивного возраста до и после применения различных методов терапии бактериального вагиноза (БВ). При оценке качества жизни пациенток с БВ наиболее высокими оказались шкалы, характеризующие ролевое функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состояниями, физическое функционирование.

Терапия бактериального вагиноза метронидазолом в сочетании с пребиотиком Лактофильтрум® имела высокую клиническую эффективность. Это проявлялось снижением рецидивов заболевания, что в свою очередь повышало качество жизни пациенток.

Ключевые слова: качество жизни, бактериальный вагиноз, пребиотик.

На сегодняшний день одним из самых распространенных нарушений репродуктивной сферы является бактериальный вагиноз (БВ) – неспецифическое невоспалительное заболевание, имеющее характерную микроскопическую картину и характеризующееся снижением или отсутствием лактобактерий и повышенным ростом анаэробной флоры [1, 7]. В общей популяции частота БВ колеблется в широких пределах – от 5 до 65% в зависимости от обследуемого контингента [1, 4].

Отличительной характеристикой БВ являются характерные жалобы, а именно сливкообразные, густые выделения или бели из половых путей с неприятным запахом, зуд, реже жжение, проявления диспареунии [3, 12]. Женщины испытывают дискомфорт, снижается качество жизни. По мнению профессора W.I. Van der Meijden (1987), влагалищные выделения могут рассматриваться как постоянно теряемая жидкость, отличающаяся от крови, мочи или слюны [13]. Следовательно, такие пациентки требуют повышенного медицинского внимания.

Отмечено, что выделения, характеризующие БВ, встречаются примерно у 10 млн женщин в развитых странах. В Европе и США в клинике венерических болезней БВ диагностирован у 33-64%, в общей гинекологической практике – 15-23% [10]. По данным отечественных авторов, распространенность БВ варьирует в различных возрастных и социальных группах: в структуре воспалительных заболеваний половых органов – от 12 до 42% [6]. Важнейшая задача терапии при БВ состоит в том, чтобы облегчить состояние больной, уменьшить симптомы заболевания и ликвидировать очаг хронической инфекции в организме, улучшить качество жизни женщин [5]. Специфические антибактериальные препараты не должны влиять на естественную флору влагалища и не должны маскировать другие инфекции, такие как гонорея, трихомоноз и др. [8, 11]. Следовательно, безопасное и эффективное его лечение имеет большое медицинское и социальное значение.

Качество жизни понимается как удовлетворенность индивида в физическом, социальном, психологическом и духовном плане, то есть условное благополучие во всех сферах жизнедеятельности, оцениваемое индивидом по совокупности своих субъективных переживаний, а следовательно, не всегда отражающее его состояние по объективным критериям (наличию патологических симптомов, уровень дохода, профессиональным достижениям и др.), но в определенной мере зависящее от них [2, 9].

Всемирная Организация Здравоохранения определяет основополагающие критерии качества жизни:

- 1) физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- 2) психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, концентрация, самооценка, внешний вид, переживания);



- 3) уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения);
- 4) общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);
- 5) окружающая среда (быт, благополучие, безопасность, доступность и качество медицинской и социальной помощи, обеспеченность, экология, возможность обучения, доступность информации);
- 6) духовность (религия, личные убеждения) [3].

Целью исследования явилась оценка качества жизни пациенток репродуктивного возраста до и после применения различных методов терапии бактериального вагиноза.

**Материалы и методы исследования.** В группу пациенток с диагнозом БВ вошли 90 женщин в возрасте  $27,98 \pm 7,5$  лет (от 18 до 45), наблюдавшихся в ЦПС КОГ-БУЗ «Кировский областной перинатальный центр».

Средний возраст пациенток составил  $28,7 \pm 7,5$  (от 19 до 43 лет) лет в 1-й группе (n=45) и  $24,3 \pm 7,4$  (от 18 до 45 лет) года во 2-й группе (n=45).

Включение пациентов в группы основывалось на принципе рандомизации путем использования таблицы случайных чисел. Каждому пациенту при его соответствии критериям включения и исключения присваивался порядковый номер (группа 1 – от 1 до 45, группа 2 – от 1 до 45), и вскрывался конверт с соответствующим номером. Внутри конверта находилась информация с номером блистера исследуемого препарата, который будет назначен пациенту.

Все женщины строго соответствовали критериям включения/исключения разработанного протокола.

Критериями включения явились: женщины в возрасте от 18 до 45 лет с установленным диагнозом бактериального вагиноза; наличие подписанного и датированного добровольного информированного согласия пациентки.

Критериями исключения были: беременность и кормление грудью; другие сопутствующие инфекции; гиперчувствительность к препарату Лактофильтрум®; гиперчувствительность к препарату Метронидазол; одновременное применение любых интравагинальных средств; одновременный прием антибактериальных препаратов, сорбентов, пре- и пробиотиков и менее чем за 2 недели до включения пациентки в исследование; тяжелая сопутствующая соматическая патология; печеночная или почечная недостаточность; острая психотическая продуктивная симптоматика (психоз, галлюцинация, бред); участие в другом клиническом исследовании в последние 30 дней.

Пациентка оценивала дискомфорт в повседневной жизни. Учитывались жалобы: зуд и жжение во влагалище, зуд и жжение в области наружных половых органов, выделения из половых путей, расстройства мочеиспускания, болезненный половой акт. Самооценку проводили по 10-балльной шкале, которая являлась составной частью сравнительного рандомизированного клинического исследования (СРКИ) и входила в протокол исследования, где отсутствие жалоб оценивались в «0» баллов, а максимально выраженные жалобы – «10».

Актуальность задачи оценки качества жизни привела к разработке и широкому использованию таких опросников. Основным методом оценки качества жизни является применение стандартизированных опросников.

Опросник SF-36 оценивает общее состояние здоровья. Состоит из 36 вопросов, позволяющих охарактеризовать 8 показателей: физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование (РФ), обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли (Б), общее состояние здоровье (ОЗ), жизнеспособность (ЖА), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭ), Психологическое здоровье (ПЗ).

Сроки обследования: при включении в исследование, через 14 дней от начала терапии и через 1 месяц после него. Были использованы следующие методы: анамнестический, наружный осмотр, бактериоскопия вагинального мазка, окрашенного по Грамму, вагиноскопия, рН-метрия влагалищных выделений, посев содержимого вла-



галища с идентификацией микроорганизмов для исключения неспецифического вульвовагинита и вагинального кандидоза.

При осмотре у всех пациенток были выявлены типичные симптомы бактериального вагиноза: выделения сливкообразные, гомогенные, рН-метрия вагинального отделяемого  $>4,5$ , положительный аминный тест, выявление «ключевых клеток» при микроскопии.

Две пациентки из 1-й группы покинули исследование без объяснения причин, поэтому дальнейшая статистическая обработка результатов проводилась уже по 43 пациенткам.

Пациентки 1-й группы получали Лактофильтрум® по 2 таблетки 3 раза в день ежедневно в течение 14 дней + метронидазол по 0,5 г 2 раза в день в течение 7 дней, пациентки 2-й группы получали только стандартную терапию метронидазолом по 0,5 г 2 раза в день в течение 7 дней. Терапия считалась эффективной при полном исчезновении всех субъективных и объективных клинических признаков заболевания. Во всех других случаях терапия расценивалась как неэффективная.

При создании базы для оценки и анализа полученных данных использовались методы описательной статистики. В связи с тем, что все данные имели нормальное распределение, для сравнения двух независимых несвязанных выборок использовался *t*-критерий Стьюдента. Для проверки теории нормальности распределения использовался критерий  $\chi^2$  Колмогорова-Смирнова. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ . Для обработки данных был использован пакет статистических программ Statistic 6,0 компании Install Shield Software Corporation (США).

**Результаты и обсуждение.** Больные в 2 исследуемых группах достоверно не различались по возрасту, фенотипическим признакам, особенностям менструального цикла, генеративной функции, методам контрацепции, анамнезу. Критериями включения пациенток в рандомизированное исследование были обильные пенистые гомогенные выделения с неприятным запахом, что составило 100% обследованных больных. Остальные симптомы были не характерны.

Данные первичного обследования пациенток с диагнозом БВ показали, что при сравнении показателей результатов гинекологического обследования, микроскопии и микробиологического обследования, а также самооценки пациенткой дискомфорта в повседневной жизни в начале исследования (до лечения) статистически достоверных отличий между группами не было выявлено. Результаты самооценки пациенткой дискомфорта в повседневной жизни: в 1-й группе  $9,27 \pm 5,24$  баллов, во второй группе  $9,62 \pm 5,17$  баллов. Различия носили недостоверный характер. Однако, при проведении контрольного исследования содержимого влагалища через 2 недели выявлено, что у двух пациенток из 2-й группы терапия бактериального вагиноза была неэффективной. Это потребовало дополнительного лечения, назначался препарат содержащий метронидазол и миконазола нитрат, что повлекло за собой дополнительные расходы. У остальных были отмечены клинические и лабораторные признаки эффективности терапии. Результаты самооценки пациентками дискомфорта в повседневной жизни: в 1-й группе эта величина составила  $2,98 \pm 2,06$  баллов, во второй группе  $3,67 \pm 2,2$  баллов соответственно ( $p > 0,05$ ).

Рецидив заболевания через месяц наблюдался у одной пациентки из 2-й группы, что установлено по результатам микроскопического исследования и клинических проявлений, а именно сливкообразные, густые выделения из половых путей с неприятным запахом. Это также потребовало дополнительного лечения и снизило качество жизни женщины.

Качество жизни женщин значительно улучшилось после лечения в обеих группах. Для оценки КЖ использована русскоязычная версия опросника SF-36. Анкеты, содержащие текст опросника, заполняли сами пациентки под наблюдением исследователя.

Анализ полученных в ходе анкетирования цифр производился с помощью специальной компьютерной программы в формате Excel.

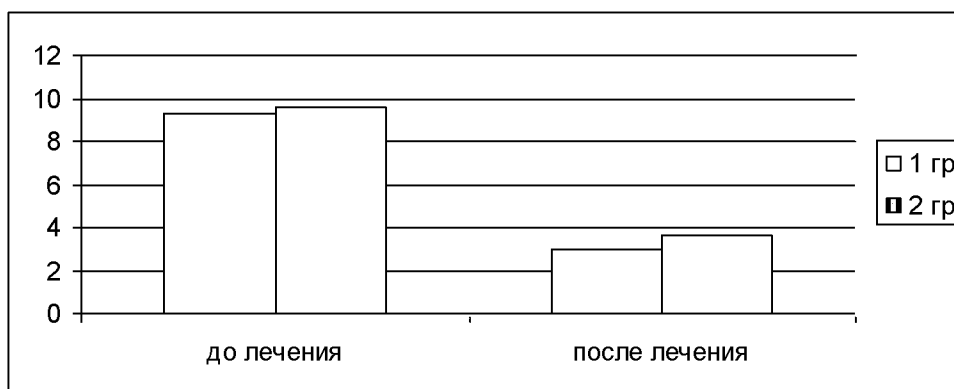


Рис. 1. Оценка качества жизни женщин репродуктивного возраста с бактериальным вагинозом до и после терапии

Примечание: 1 группа – пациентки, получавшие лечение метронидазолом в сочетании с Лактофильтрум®;  
2 группа – пациентки, получавшие лечение метронидазолом.

Проводился сравнительный анализ основных критериев качества жизни между группами.

Таблица 1

**Критерии качества жизни**

Критерии КЖ	Средне значение ± среднее кв.отклонение	
	Группа 1	Группа 2
ФФ (PF)	88,4±10,4	87,3±15,0
РФ (RP)	81,2±24,1	66,1±34,5*
Б (BP)	74,8±23,5	70,4±22,0
ОЗ (GH)	65,5±15,0	63,4±13,7
ЖА (VT)	65,8±18,9	62,0±15,6
СФ (SF)	79,7±18,6	74,7±20,2
РЭ (RE)	78,8±36,6	60,1±38,4*
ПЗ (MH)	68,0±17,4	62,5±17,6*

\* -  $p < 0,05$  – различия достоверны между сравниваемыми группами

Физическое функционирование (ФФ) в 1-й группе (88,4±10,4), во 2-й группе (87,3±15,0).

Показатели физического функционирования в 1-й группе выше, чем во 2-й группе. Различия между группами носили недостоверный характер ( $p > 0,05$ ). Показатели ролевого функционирования (РФ) в 1-й группе (81,2±24,1), а во 2-й группе (66,1±34,5). Значения в 1-й группе выше, чем во 2-й группе, различия между группами достоверные ( $p < 0,05$ ). Интенсивность боли (Б) в 1-й группе (74,8±23,5), во 2-й группе (70,4±22,0). Хотя показатели в 1-й группе выше, чем во 2-й группе, разница между группами недостоверная ( $p > 0,05$ ). Общее состояние здоровья (ОЗ) в 1-й группе (65,5±15,0), во 2-й группе (63,4±13,7), ( $p > 0,05$ ). Показатель в 1-й группе выше, чем во 2-й группе, но разница недостоверная. Жизнеспособность (ЖА) в 1-й группе (65,8±18,9), во 2-й группе (62,0±15,6). Показатели в 1-й группе выше, чем во 2-й группе, но разница между группами недостоверная ( $p > 0,05$ ). Социальное функционирование (СФ) в 1-й группе (79,7±18,6), во 2-й группе (74,7±20,2), ( $p > 0,05$ ). Показатели в 1-й группе выше, чем во 2-й группе, но разница между группами недостоверная. Ролевое функционирование (РЭ) в 1-й группе (78,8±36,6), во 2-й группе (60,1±38,4), ( $p < 0,05$ ). Показатели в 1-й группе выше, чем во 2-й группе, разница между группами достоверная. Психологическое здоровье (ПЗ) в 1-й группе (68,0±17,4), во 2-й группе (62,5±17,6), ( $p < 0,05$ ). Показатели в 1-й группе выше, чем во 2-й группе. Различия между группами носили достоверный характер.



Полученные результаты показывают, что все показатели качества жизни превышают средний уровень, это свидетельствует о том, что пациентки дают довольно высокую оценку своему качеству жизни.

В результате проведенных исследований также установлено, что все критерии качества жизни в 1-й группе выше, чем во 2-й группе. Статистически достоверными оказались различия между показателями ФФ, РФ и ПЗ. Это может свидетельствовать о том, что состояния здоровья вносит ограничения в физическую активность и повседневную деятельность пациенток. А также пациентки из 2-й группы более подвержены депрессивным и тревожным переживаниям, нежели пациентки из 1-й группы.

Таким образом, в процессе проводимого лечения в обеих группах было отмечено, относительно быстрое улучшение общего состояния, уменьшение или исчезновение жалоб на выделения из половых путей, зуд и жжение во влагалище, зуд и жжение в области наружных половых органов, расстройства мочеиспускания, болезненный половой акт.

При оценке качества жизни пациенток с БВ наиболее высокими оказались шкалы ФФ, РФ и СФ.

Терапия бактериального вагиноза метронидазолом в сочетании с пребиотиком Лактофильтрум® имеет более высокую клиническую эффективность. Это проявляется отсутствием рецидива заболевания, что в свою очередь повышает качество жизни пациенток.

Следовательно, использование в комплексной терапии БВ пребиотика Лактофильтрум® оказывает благоприятное влияние на результаты терапии и качество жизни пациенток.

#### Литература

1. Аполихина, И.А. Бактериальный вагиноз: что нового? / И.А. Аполихина, С.З. Муслимова // Гинекология. – 2008. – Т. 10. – № 6. – С. 36-37.
2. Афанасьева, Е.В. Оценка качества жизни связанного со здоровьем / Е.В. Афанасьева // Качественная клиническая практика. – 2010. – № 1. – С. 36-38.
3. Баранов, И.И. Экология влагалища и воспалительные заболевания половых органов / И.И. Баранов // Гинекология. – 2010. – Т. 12, № 3. – С. 4-6.
4. Ефимов, Б.А. Бактериальный вагиноз: современный взгляд на проблему / Б.А. Ефимов, В.П. Тютюнник // РМЖ. – 2008. – Т. 16, №1. – С. 18-23.
5. Кира, Е.Ф. Бактериальный вагиноз / Е.Ф. Кира — СПб. : Нева-Люкс, 2001. — 364 с.
6. Новиков, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новиков, Т.И. Ионова. — СПб., 2002. — С. 15-40.
7. Олина, А.А. Неспецифические инфекционные заболевания влагалища (медико-социальные, этиологические, клинко-диагностические особенности) : дис. д-ра мед. наук / А.А. Олина. — Пермь, 2009. — 344 с.
8. Побединский, Н.М. Клинико-бактериологическое обоснование комплексного лечения бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста / Н.М. Побединский // Акушерство и гинекология — 2006. — № 6. — С. 24-27.
9. Прилепская, В.Н. Современный взгляд на вопросы этиологии, патогенеза и лечения бактериального вагиноза / В.Н. Прилепская, Э.Р. Довлетханова, Г.Р. Байрамова // Гинекология. — 2010. — Т. 12, № 2. — С. 44-48.
10. Держим оборону. Коррекция нарушений биоценоза влагалища / В.Е. Радзинский [и др.] // Status Praesens — 2011. — № 2(5). — С. 70-74.
11. Серова, О.Ф. Бактериальный вагиноз: лечение и профилактика / О.Ф. Серова, Н.В. Зароченцева, Н.С. Меньшикова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2009. — Т. 8, № 1. — С. 84-87.
12. Уварова, Е.В. Применение комбинированной и местной терапии бактериального вагиноза препаратами Трихопол® и Клиндацин® у девочек и девушек / Е.В. Уварова, И.А. Киселева // Акушерство и гинекология. — 2009. — № 5. — С. 58-62.
13. Van Der Meijden Microbial population diversity in the urethras of healthy males and males suffering from nonchlamydial, nongonococcal urethritis // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 1987. — № 24(4). — P. 299-307.



## **INFLUENCE PREBIOTICA IN THE COMBINATION TO STANDARB THERAPY ON QUALITY OF THE LIFE OF WOMEN WITH BACTERIEMIC VAGINOSY**

**O.A. OSATSKAYA  
N.V. YAGOVKINA  
S.A. DVORJANSKY  
E.P. KOLEVATYKH  
E.V. ROSSIKHINA**

*Kirov State Medical  
Academy*

*e-mail:dvorsa@mail.ru*

Research objective was the estimation of quality of a life of patients of reproductive ages before application of various methods of bacterial vaginosis (BV) therapy. At an estimation of quality of a life of patients with BV the highest there were scales the role functioning caused by a physical condition and caused by an emotional condition, physical functioning.

Therapy of bacterial vaginosis by metronidazole in a combination with prebiotic Lactofiltrum® has higher clinical efficiency. It is shown by decline of recurrence of disease, that in turn raised quality of a life of the patients.

Key words: quality of a life, bacterial vaginosis, prebiotics.