

# Опыт применения вагинального геля Гинофит с молочной кислотой в коррекции вагинального дисбиоза в первой половине беременности

**Б.Ф. Мазорчук, А.В. Старовер, Д.Г. Коньков**

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

В статье представлены результаты собственного опыта использования увлажняющего геля для интимной гигиены Гинофит с молочной кислотой в коррекции дисбиоза влагалища в первой половине беременности. Установлено, что представленное средство эффективно нормализует pH вагинального секрета в пределах 3,7–4,0, что приводит к улучшению чувства вагинального комфорта у женщин, а также позволяет профилактировать возможные вагинальные инфекции и их рецидивы во время беременности.

**Ключевые слова:** беременность, дисбиоз влагалища, pH влагалища, гель Гинофит с молочной кислотой.

Вагинальная экосистема – это слаженная работа нормальной микрофлоры влагалища, эпителия, местного иммунитета, поддержания слабокислого pH вагинального секрета под влиянием нормального гормонального фона, что обеспечивает защиту влагалища от внедрения всяческих патогенов.

Вагинальная микрофлора играет важную роль в поддержании гомеостаза женских половых органов. В ее состав входят грамположительные, грамотрицательные аэробные, факультативно-анаэробные и облигатно-анаэробные микроорганизмы. Основными представителями экосистемы влагалища являются лактобактерии (лактобациллы, палочки Дедерлейна) 4 видов: *L. acidophilus*, *L. casei*, *L. fermentum* и *L. celibiosus*, которые определяют степень неспецифической защиты микроэкосистемы влагалища. Для поддержания активной жизнедеятельности лактобактерий необходима кислая среда, анаэробные условия и достаточное содержание в эпителии влагалища гликогена. Именно распад гликогена в многослойном плоском эпителии в процессе метаболизма лактобацилл, конечными продуктами которого являются молочная кислота и перекись водорода, способствует поддержанию соответствующего pH среды влагалища и препятствует размножению патогенных микроорганизмов. У здоровых женщин репродуктивного возраста доминируют именно перекисепродуцирующие лактобактерии, доля которых составляет 95–98% от всей микрофлоры влагалища.

Защитные свойства лактобактерий реализуются путем прямого антибактериального действия перекиси водорода на условно-патогенные микроорганизмы, а также посредством поддержания достаточной концентрации молочной кислоты, определяющей колебания pH в пределах 4,0–4,5, – критических для жизнедеятельности кислотоустойчивых микроорганизмов влагалища. В условиях кислой среды лактобактерии активно конкурируют с другими микроорганизмами за возможность контакта с клетками эпителия влагалища, а также стимулируют местный (локальный) иммунитет (выработка клетками эпителия влагалища и шейки матки комплемента, лизоцима, секреторного IgA) [1, 2, 6, 7].

Сохранение и поддержание нормобиоценоза влагалища во время беременности является важным фактором, способствующим сохранению и нормальному течению беременности. У беременных с нарушением микробиоценоза чаще встречаются такие осложнения, как невынашивание беременности, преждевременное отхождение околоплодных вод, внутриутробное инфицирование плода, антенатальная гибель плода, повышается риск инфекционных послеродовых осложнений, а также патологического течения неонатального периода [5, 6, 8, 9].

Таким образом, очень важно во время беременности, начиная с ее ранних сроков, выявлять малейшие отклонения в нормобиоценозе влагалища, своевременно диагностировать признаки дисбиоза и корригировать их.

Оценка состояния биоценоза должна быть комплексной и проводиться на основании как жалоб пациентки и результатов специального гинекологического исследования, позволяющих установить клинические проявления дисбиоза, так и микроскопического и бактериологического исследований, позволяющих подтвердить воспалительные изменения и идентифицировать возбудителя или их ассоциации, и pH-метрии вагинального секрета.

Современные достижения клинической микробиологии позволили выделить 4 типа микробиоценоза на основе микроскопической картины [5, 7].

#### **Нормоценоз:**

- доминирование лактобацилл;
- отсутствие грамотрицательной микрофлоры, спор, мицелия, псевдогрибов;
- наличие единичных лейкоцитов и «чистых» эпителиальных клеток.

#### **Промежуточный тип микробиоценоза влагалища:**

- умеренное или незначительное количество лактобацилл;
- наличие грамположительных кокков, грамотрицательных палочек;
- обнаружение лейкоцитов, моноцитов, макрофагов, эпителиальных клеток.

#### **Дисбиоз влагалища:**

- незначительное количество или полное отсутствие лактобацилл;
- обильная полиморфная грамотрицательная и грамположительная палочковая и кокковая микрофлора;
- наличие «ключевых» клеток, переменное количество лейкоцитов, отсутствие фагоцитоза, его незавершенность.

#### **Вагинит:**

- полимикробная картина мазка;
- большое количество лейкоцитов, макрофагов, эпителиальных клеток, наличие выраженного фагоцитоза.

Понятие «нормоценоз» предусматривает отсутствие жалоб на патологические бели, pH варьирует в пределах

4,0–4,5. Нормальный биоценоз не требует никакого вмешательства извне, исключением являясь женщины группы риска развития или рецидивов вагинального дисбиоза, которым необходимо проводить мероприятия, способствующие поддержанию нормоценоза – активную профилактику ощелачивания среды влагалища.

Если у женщин отсутствуют жалобы на патологические выделения, но при микроскопии и бактериологическом исследовании концентрация условно-патогенных бактерий превосходит физиологические, говорят о промежуточном типе микробиоценоза («носительство» микроорганизмов). В этом случае показана дотация лактобактерий и закисление среды влагалища; применение антимикробных препаратов и антисептических средств не показано.

Особым состоянием между нормой и воспалением является вагинальный дисбиоз – общий инфекционный невоспалительный синдром, связанный с нарушением влагалищной микрофлоры, который характеризуется чрезмерно высокой концентрацией облигатных и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов и резким снижением количества или отсутствием молочнокислых бактерий, прежде всего перекисьпродуцирующих, в отделяемом влагалища. При этом жалобы со стороны состояния влагалища у женщин могут быть, а могут отсутствовать. Его развитию способствуют дисбактериоз кишечника, острые и хронические инфекционные заболевания половых органов, пищеварительного тракта и мочевыделительной системы, проведение антибактериальной терапии, развитие иммунной дисфункции, стрессы, неполноценное питание, постоянное воздействие малых доз радиации, высокая степень техногенной нагрузки на организм, а также беременность.

Патогенез развития вагинального дисбиоза обусловлен двумя взаимосвязанными и взаимообусловленными факторами – ощелачиванием влагалищного содержимого и снижением концентрации лактобацилл. При этом в экосистеме влагалища утрачивается контроль за поддержанием размножения условно-патогенных микроорганизмов в пределах физиологических концентраций, причем ввиду повышения pH более комфортные условия создаются для размножения анаэробных микроорганизмов.

В общей популяции частота вагинального дисбиоза колеблется в широких пределах – от 5 до 65%, причем у 19,2% женщин репродуктивного возраста, у 86,6% женщин с патологическими белями, у 24% практически здоровых небеременных женщин. В структуре воспалительных заболеваний половых органов бактериальный вагиноз (БВ) диагностируют от 12 до 42%, в группах планирования семьи частота БВ составляет 17–19%, среди лиц, находящихся на лечении в клиниках венерических заболеваний, – 24–37%, у беременных – 15–46%. У женщин, проживающих на территории с повышенным радиационным фоном, БВ встречается в 62% случаев [2, 5, 7].

В настоящее время диагностика вагинального дисбиоза основывается на 4 критериях:

- обильные белые или серые гомогенные выделения, часто с неприятным запахом, покрывающие всю слизистую оболочку влагалища и шейки матки, легко удаляемые тампоном;
- увеличение pH вагинального отделяемого > 4,5;
- обнаружение в мазках характерных «ключевых» клеток (десквамированный эпителий влагалища, сплошь покрытый бактериями);
- положительный аминный тест – появление или усиление запаха гнилой рыбы в результате выработки облигатными анаэробами диаминов (путресцина, кадаверина, триметиламина) в процессе декарбосили-

рования аминокислот при смешивании в равных пропорциях 10% раствора КОН с влагалищными выделениями.

Наличие 3 из 4 этих критериев является основанием для постановки соответствующего диагноза и проведения мероприятий, направленных на восстановление нормоценоза влагалища, независимо от наличия жалоб и клинических проявлений, учитывая возможность возникновения различных осложнений после гинекологических операций, аборт, беременности и родов, а также снижения эффективности попыток ЭКО и переноса эмбрионов [1–3, 5, 9]. Фактически обнаружение pH более 4,4 служит критерием необходимости проведения реабилитационных мероприятий.

В зависимости от степени выраженности дисбиоза и варианта клинического течения заболевания выделяют цели лечения:

- 1) создание оптимальной физиологической среды во влагалище;
- 2) восстановление нормального или максимально приближенного к норме микробиоценоза влагалища.

Существует ряд плацебо-контролируемых исследований, согласно результатам которых при вагинальном дисбиозе достаточно монотерапии, направленной на закисление среды влагалища [10, 11]. В настоящее время расширились возможности достижения оптимальной физиологической среды во влагалище с помощью геля для интимной гигиены Гинофит с молочной кислотой (производство «Медена АГ», Швейцария), позволяющего проводить закисление влагалищной среды за счет выделения действующего вещества, поскольку при снижении pH влагалища происходит выраженное подавление роста анаэробных бактерий и в то же время восстановление роста собственных лактобактерий (*Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus gasseri*). Как правило, при подтверждении уровня pH влагалища свыше 4,5 достаточно монотерапии этим препаратом.

Гинофит с молочной кислотой представляет собой однородную молочно-белую гелеобразную жидкость без запаха, помещенную в одноразовую микроспринцовку по 5 мл в каждой. В состав геля входят молочная кислота, гликоген, пропиленгликоль, метилгидроксипропилцеллюлоза, лактат натрия, леулиновая кислота, р-анисовая кислота, деминерализованная вода. Молочная кислота и гликоген в норме присутствуют во влагалище, образуясь в результате деятельности нормальной микрофлоры влагалища, создают слабокислую реакцию среды влагалища, тем самым сдерживают рост патогенной микрофлоры. Лактат натрия, р-анисовая и леулиновая кислоты также служат для регуляции pH влагалища. Гидроксипропилметилцеллюлоза применяется в качестве уплотняющего вещества и стабилизатора, а пропиленгликоль удерживает влагу. Препарат выпускается в микроспринцовках по 5 мл в индивидуальных стерильных упаковках по 6 и 12 штук в картонной упаковке. Форма выпуска очень практична, так как позволяет использовать необходимое количество препарата для коррекции (№ 6) и поддержания нормального слабокислого pH влагалища (№ 12).

Препарат противопоказан к использованию при индивидуальной непереносимости компонентов. По данным компании-производителя, увлажняющий вагинальный гель Гинофит с молочной кислотой может быть использован во время беременности в любом сроке. Этот факт является очень важным, поскольку акушер-гинеколог, имея дело с тем или иным состоянием, требующим коррекции во время беременности, всегда действует по принципу «не навреди». Большинство препаратов для вагинального приме-

нения противопоказаны во время беременности, особенно в первой половине, из-за возможного тератогенного влияния или их применение показано, лишь когда польза для женщины выше возможного риска для плода.

**Цель исследования** – изучить эффективность увлажняющего вагинального геля Гинофит с молочной кислотой в нормализации уровня кислотности среды влагалища и создания вагинального комфорта у женщин в первой половине беременности с вагинальным дисбиозом.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В соответствии с поставленными задачами исследования 32 пациенткам с вагинальным дисбиозом (ВД), назначался вагинальный гель Гинофит с молочной кислотой по одному введению на ночь № 6.

Диагноз ВД выставлялся на основании общепринятых критериев (см. выше).

Клинический мониторинг, бактериоскопический анализ микробиотоза гениталий, количественная рН-метрия вагинального секрета проводились до и после медикаментозной коррекции ВД.

Для выявления состояния биоценоза влагалища применяли бактериоскопию вагинального мазка; забор влагалищного отделяемого проводился с боковых стенок на границе средней и верхней трети влагалища. Полученный материал использовали для приготовления четырех мазков на предметных стеклах светового микроскопа. Первое стекло использовали для нативной микроскопии, второе – для окраски 1% метиленовым синим и традиционной световой микроскопии, третье – для окраски по Граму и расширенной микроскопии для определения критериев дисбиоза, четвертый препарат являлся резервным. Критериями оценки эффективности коррекции выбраны следующие показатели: тип и обильность флоры. Дополнительно определяли кислотность (рН) выделений из половых путей, забор которых производили в стерильные одноразовые пробирки типа «Эппендорф» в условиях температурной стандартизации до 20°C на портативном приборе рН-410 «Аквилон, ЗАО (Россия)».

Критерии включения: беременность, показания для коррекции ВД, желание и возможность участвовать в исследовании.

Критерии исключения: кольпит установленной неспецифической и специфической этиологии: гонорейной, хламидийной, грибковой, трихомонадной.

Критериями эффективности, в соответствии с протоколом, были:

- переносимость препарата;
- показатели состояния здоровья до коррекции (удовлетворительное общее состояние, отсутствие острых заболеваний) и после коррекции – отсутствие клинических проявлений ВД.
- результаты бактериоскопического анализа, рН-метрии.

Оценка безопасности – отрицательные явления, их связь с использованием вагинального геля «Гинофит».

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Возраст обследованных пациенток колебался от 21 года до 36 лет. Все они наблюдались на базе гинекологического отделения Винницкого городского клинического родильного дома № 1 с угрозой прерывания беременности в различных сроках гестации – от 5 до 20 нед. Пациентки предъявляли жалобы на периодическую боль внизу живота, пояснице, чувство дискомфорта во влагалище, бели, зуд и жжение в области гениталий, сухость во влагалище.

Анализ анамнеза пациенток позволил выявить ряд особенностей, которые способны оказать влияние на состояние

биоценоза гениталий. Соматический анамнез показал, что у 50% женщин отмечены нарушения и заболевания пищеварительного тракта (синдром недостаточности пищеварения, диспепсия, метеоризм, запоры, гастроэнтерит, колит), у 31,2% встречались заболевания мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит). Одним из наиболее важных факторов, неблагоприятно влияющих на биоценоз гениталий при беременности, явились перенесенные в анамнезе сопутствующие гинекологические заболевания. Обращает на себя внимание высокая частота заболеваний шейки матки – 43,8%, вагинитом – 25%, воспалительными заболеваниями придатков матки – 18,7%. Средний возраст начала половой жизни составил 17,5±0,9 года, при этом раннее начало половой жизни отмечено в 40,6% наблюдений. Искусственных аборт, невынашивания беременности, сексуально-трансмиссивных заболеваний в анамнезе не было отмечено. Количество первобеременных, задействованных в исследовании, – 40,6%, 59,4% – женщины, у которых эта беременность была повторной. Результаты ультразвуковой фетометрии свидетельствовали о нормальном росте и развитии плодов.

При рН-метрии реакция влагалища смещалась в щелочную сторону. Диапазон колебаний рН был от 5,4 до 6,3 и в среднем составил 5,9±0,35. По микроскопической картине состояние влагалища у пациенток с ВД соответствовало II и III степени чистоты с преобладанием обильной кокковой флоры, преимущественно грамотрицательных палочек.

Клиническая эффективность вагинального геля Гинофит зарегистрирована у 84,4% пациенток (табл. 1, рисунок). При этом клиническая эффективность (регрессия жалоб и нормализация объективных данных) в среднем соответствовала 4 дням лечения.

В результате лечения увеличилась встречаемость палочковой флоры в 2,3 раза, снизилась в 3 раза встречаемость кокковой флоры, увеличилась в 2,4 раза встречаемость скудных и умеренных выделений и снизилась встречаемость обильной флоры в 6,6 раза (рисунок). У большинства пациенток обнаруживали единичные лейкоциты в поле зрения.

Все пациентки отмечали хорошую переносимость препарата и отсутствие каких-либо побочных реакций. Жалобы после лечения женщины не предъявляли (см. табл. 1).

Физико-химическое исследование вагинального секрета выявило достоверное восстановление кислотности ва-

Таблица 1

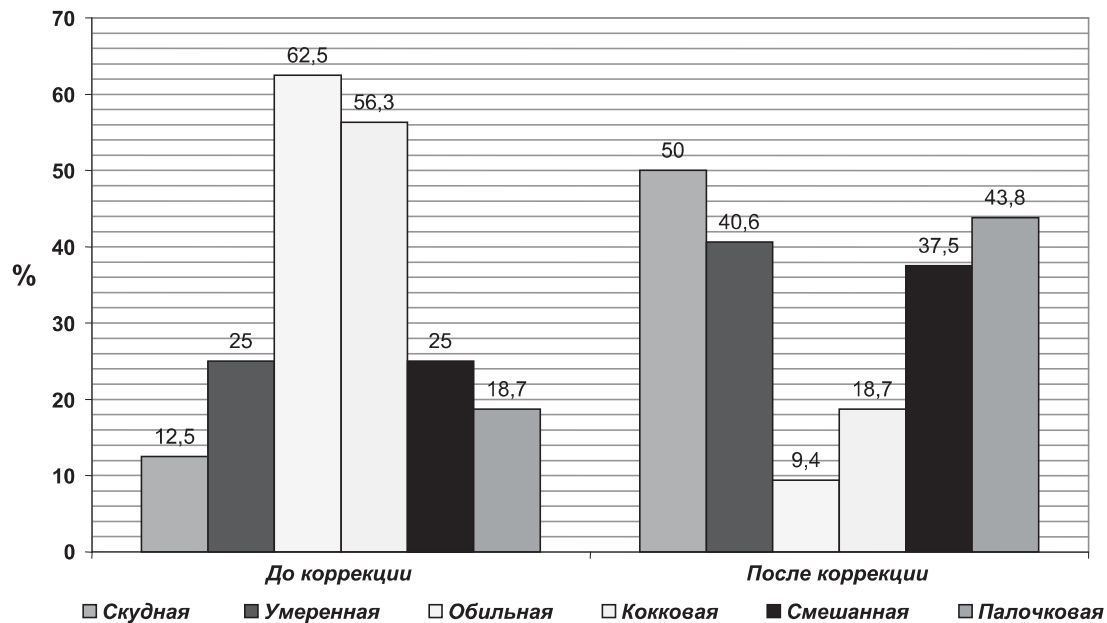
**Динамика клинических симптомов на фоне коррекции гелем Гинофит (n=32)**

Клинические симптомы	До коррекции (%)	После коррекции (%)
Обильные выделения	65,6	9,4
Зуд, сухость в области гениталий	56,3	0
Диспареуния	31,2	0
Вагинальный дискомфорт	96,9	0

Таблица 2

**Результаты исследования кислотности на фоне коррекции Гинофитом (рН: M±m), (n=32)**

Показатель	рН
До коррекции	5,9±0,35
После коррекции	3,8±0,33
Эффект коррекции	-2,1*±0,43
*р	<0,05



**Динамика бактериоскопических исследований на фоне коррекции гелем Гинофит (n=32)**

гинальной среды (сдвиг в кислую сторону на 35,6%) (табл. 2).

Таким образом, гель Гинофит способствует комплексному восстановлению биоценоза влагалища, снижая обильность кокковой и смешанной флоры, а также эффективно повышая кислотность, что приводит к быстрому созданию оптимальных условий для восстановления нормальной микрофлоры влагалища, способствует оптимальному увлажнению слизистой оболочки, препятствует вагинальной сухости; восполняет дефицит естественного вагинального секрета, что создает ощущение комфорта. Мы рекомендуем женщинам после курса использования увлажняющего геля Гинофит с молочной кислотой вводить его с профилактической целью 1–2 раза в неделю или по необходимости (вагинальный дискомфорт).

**Выводы**

Адекватная и своевременная коррекция нарушений биоценоза влагалища у женщин во время беременности сама по себе является реальной перспективой улучшения уровня их репродуктивного здоровья. Рациональный подход к оценке состояния влагалищной экосистемы, патогенетически обоснованная коррекция с учетом состояния здоровья, беременности позволяют сохранить и повысить защитные механизмы микробиоценоза влагалища, поддерживать его гомеостаз, в том числе путем применения адекватного и своевременного подкисления его среды.

**Досвід застосування вагінального гелю Гінофіт з молочною кислотою для корекції вагінального дисбіозу у першій половині вагітності**  
**Б.Ф. Мазорчук, А.В. Старовєр, Д.Г. Коньков**

У статті представлено результати власного досвіду використання зволожуючого гелю для інтимної гігієни Гінофіт з молочною кислотою в корекції дисбіозу піхви у першій половині вагітності. Встановлено, що представлений засіб ефективно нормалізує рН вагінального секрету в межах 3,7–4,0, що призводить до почуття вагінального комфорту, а також дозволяє профілакувати можливі вагінальні інфекції та їх рецидиви під час вагітності.

**Ключові слова:** вагітність, дисбіоз піхви, рН піхви, гель Гінофіт з молочною кислотою.

**Experience of application of Gynofit Gel with lactic acid in correction of vaginal dysbiosis in the first half of pregnancy**

**B.F. Mazorchuk, A.V. Starovier, D.G. Konkov**

The article presents the results of own experience Gynofit Gel with lactic acid use in the correction of vaginal dysbiosis in the first half of pregnancy. It is established that presented is effective normalizes of the vaginal pH for range 3,7–4,0, which leads to improved feelings of vaginal comfort, and possible vaginal infections prevention and their recurrence during pregnancy.

**Key words:** pregnancy, vaginal dysbiosis, vaginal pH, Gynofit Gel with lactic acid.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е. и др. Акушерство: Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с.
2. Гинекология. Национальное руководство /Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. – М., 2009.
3. Доброхотова Ю.Э., Джбава Э.М. Современные подходы к терапии вагинальных дисбиозов у беременных групп риска // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2008. – Вып. 8, № 1. – С. 62–65.
4. Запертова Е.А., Радзинский В.Е., Мисник В.В. Генетические и иммунологические аспекты привычного невынашивания беременности // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 6. – С. 24–28.
5. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. – СПб.: ООО «Нева-Люкс», 2001. – 364 с.
6. Князев С.А., Хамошина М.Б. Школа здоровья. Беременность: Руководство для врачей / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 120 с.
7. Радзинский В.Е. Женская консультация: Руководство. 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 472 с.
8. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. Ранние сроки беременности (2-е изд., испр. и доп.). – М.: Status praesens, 2009. – 480 с.
9. Сакварелидзе Н. Беременность и роды при различных биоценозах влагалища: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 26 с.
10. Petersen E.E., Magnani P. Efficacy and safety of Vitamin C vaginal tablets in the treatment of non-specific vaginitis. A randomised, double blind, placebo-controlled study // Eur J Obstet Gyn Reprod Biol. – 2004. – V. 117. – P. 70–75.
11. Polatti F., Rampino M., Magnani P., Mascarucci P. «Gynecological Endocrinology», Vaginal pH-lowering effect of locally applied vitamin C in subjects with high vaginal pH. – April 2006. – V. 22 (4). – P. 230–234.