

Р. Г. САРКИСЯН, А. Э. ХОНДҚАРЯН, С. А. АНТОНОВА, Н. А. МАРШЛЯН

ПРИМЕНЕНИЕ КЛИОНА-Д В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Демонстрируется новый метод лечения вульвовагинитов препаратом клион-Д. Показаны эффективность и безопасность указанного препарата. Предложены рациональные сроки лечения.

В гинекологической практике наиболее распространенной патологией являются вульвовагиниты, которые составляют значительный процент как в детской гинекологии, так и среди взрослого контингента женщин (60—70%). В отличие от кольпитов и вульвитов взрослых у девочек 90% составляют бактериальные вульвовагиниты, в остальных случаях наблюдаются микотические, трихомонадные и вирусные вульвовагиниты [2].

Вследствие ряда анатомических особенностей слизистой влагалища у детей и влияния экзо- и эндогенных факторов проблема лечения вульвовагинитов у девочек особенно затруднена и вместе с тем весьма актуальна, ибо хронические рецидивирующие вульвовагиниты нередко грозят в будущем более серьезными нарушениями. В результате повсеместного бесконтрольного применения антибиотиков участились случаи кандидоза (при беременности—25%, а в детской гинекологии—32%), а также аллергических реакций, что создает необходимость максимального ограничения применения антибиотиков и поиска средств, нормализующих естественную микрофлору влагалища.

Известно, что применяемые до сих пор методы медикаментозного лечения воспалительного процесса нижнего отдела гениталий не всегда дают желаемый эффект. Упорное течение трихомонадного процесса и связанные с этим трудности лечения привели к тому, что в настоящее время насчитывается свыше 100 лекарственных препаратов для его лечения.

В этом плане большой интерес представляет препарат клион-Д (Венгрия, «Гедеон Рихтер») — влагалищные таблетки, содержащие 0,5 г метронидазола и 0,15 г нитрата миконазола. Препарат оказывает также фунгицидное действие на различные виды дрожжевых грибов, бластоцисты и лучистые грибки, обладает бактерицидным действием против грамположительных возбудителей. По данным литературы [1, 3], миконазол был применен с 70—90% эффектом при грибковых и бактериальных влагалищных инфекциях.

Под нашим наблюдением находилось 118 больных, из них 45—беременные и 73—девочки и девушки в возрасте 5—18 лет, страдающие вульвовагинитом. Клион-Д применялся у беременных в возрасте 23—35 лет с угрозой преждевременного прерывания беременности, которым проводилась сохраняющая беременность терапия. У 17 женщин имело место родовое излитие околоплодных вод. Срок беременности колебался в пределах 30—36 недель. Все обследованные входили в груп-

пу риска по инфицированности (IV степень чистоты влагалищной флоры).

Терапия клионом-Д у беременных проводилась по 1 таблетке во влагалище в течение 8—10 дней. С целью же санации беременных с родовым излитием околоплодных вод клион-Д назначался по 1 таблетке через день или по 1/2 таблетки ежедневно, в среднем 5—6 таблеток. В детской гинекологии препарат назначался по 1/2 таблетки в день в течение 5—6 дней.

Бактериологические исследования проводились двукратно: до лечения клионом-Д и после его завершения. Материал из влагалища забирался стерильным тампоном и засеивался на желточно-солевой агар для выделения патогенного стафилококка, на среду Эндо для выделения грамотрицательной микрофлоры и на кровяной агар для определения общей микробной обсемененности влагалища. После суточной инкубации в термостате при температуре 37° выделенная микрофлора идентифицировалась общепринятыми методами. Первый этап исследования был направлен на выявление общей обсемененности влагалища до начала лечения патогенной и условно-патогенной микрофлорой.

При изучении микрофлоры влагалища беременных была выявлена следующая картина: у 4 (8,8%) женщин выделен золотистый стафилококк, у 15 (33,3%)—эпидермальный стафилококк, у 4 (8,8%)—дрожжеподобные грибки *Candida*, у одной (2,2%) был выделен протей *Proteus vulgaris*, у остальных беременных выделялась грамотрицательная микрофлора в ассоциации с палочкой Додерлайна. При этом была установлена массивность обсеменения микрофлорой влагалища (слизистый рост). Санация влагалища препаратом клион-Д привела к значительному подавлению роста влагалищной микрофлоры. Так, у 11 (24, 4%) беременных полностью отсутствовал рост (золотистый стафилококк не выделялся), высеиваемость эпидермального стафилококка была отмечена у 6 (13, 3%), грибов *Candida*—у 2 (4, 4%). При этом имела место очень скудная высеиваемость микрофлоры на всех изучаемых средах. Учитывая, что в некоторых случаях под воздействием препарата создавалась стерильная среда, что могло привести к нарушению нормального биоценоза, вводилась ацидофильная культура в виде влагалищных шариков или тампонов. В процессе лечения клионом-Д у беременных происходило очищение влагалищной флоры с IV до I—II степени. Послеродовый период у родильниц, прошедших санацию клионом-Д, протекал без осложнений.

Высеиваемость золотистого стафилококка до лечения у девочек обнаружена у 12 (16, 5%), эпидермального стафилококка—у 15 (20, 5%), грибов *Candida*—у 2 (2, 7%). В остальных случаях выделялась грамотрицательная микрофлора в ассоциации с грамположительными палочками, коккобактериями. Отмечалась массивная обсемененность микрофлорой. Лечение клионом-Д привело к снижению высеиваемости патогенной микрофлоры (золотистого стафилококка) в 3 раза (5, 4%), эпидермального стафилококка в 1,5 раза (12, 3%). Высеиваемость грибов *Candida* осталась неизменной. В 17,8% случаев отмечалось отсутствие роста микрофлоры, и в 13,7% случаев он был предельно скудным.

Этим больным также во влагалище вводилась ацидофильная культура. Эффективность лечения девочек после первого курса составила 93%. В случае возобновления клинических проявлений после месячного перерыва проводился второй курс лечения.

Клинические наблюдения, проведенные как у беременных, так и у девочек показали, что уже после 3-й процедуры у подавляющего большинства больных (85%) отмечается исчезновение клинических проявлений заболевания.

Таким образом, в результате проведенных клинико-лабораторных исследований установлена высокая эффективность и безопасность препарата клиона-Д как при лечении вульвовагинитов у девочек, так и при профилактике послеродовых септических заболеваний у родильниц. Необходимо отметить эффективность его воздействия на патогенную и условно-патогенную микрофлору влагалища. Учитывая высокую терапевтическую эффективность лечения клионом-Д и резкую подавляющую способность препарата воздействовать на влагалищную микрофлору, целесообразно укоротить курс лечения до 6 дней. Для восстановления нормального биоценоза рекомендуется санация влагалища ацидофильной культурой.

Кафедра акушерства и гинекологии
Ереванского медицинского института

Поступила 20 /X 1986 г.

Ռ. Գ. ՍԱՐԳՍՅԱՆ, Ա. Է. ԽՈՆԴԱՐՅԱՆ, Ս. Ա. ԱՆՏՈՆՈՎԱ, Ն. Ա. ՄԱՐԱՇԱՆ

ԿԼԻՈՆ-Դ-Ի ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ՄԱՆԿԱՐԱՐՁԱ-ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՊՐԱԿՏԻԿԱՑՈՒՄ

Հղիության վաղաժամ ընդհատման վտանգին ենթակա կանանց և վուլվոագինիտներով տառապող աղջիկների բուժման և հեշտոցի ապաքինման նպատակով կիրառվել է հունգարական կլիոն-Դ դեղամիջոցը:

Բուժման արդյունավետությունը պարզելու նպատակով կատարվել է հեշտոցային պարունակության բակտերիոլոգիական հետազոտություն բուժումից առաջ և հետո: Ստացված տվյալների վերլուծության հիման վրա եկել ենք այն եզրակացության, որ կլիոն-Դ դեղամիջոցը կարելի է հաջողությամբ կիրառել ինչպես հղիների հետծննդյան բորբոքային հիվանդությունների կանխարգելման, այնպես էլ մանկական գինեկոլոգիական պրակտիկայում: Այն շատ արդյունավետ է ներգործում հեշտոցի ոչ միայն ախտածին, այլև պայմանական ախտածին միկրոֆլորայի վրա:

Հաշվի առնելով դեղորայքի բարձր արդյունավետությունը, բուժման կուրսը կարելի է կրճատել մինչև 6 օր, իսկ նորմալ բիոցենոզի պահպանման համար հեշտոցի մեջ ներարկել ացիդոֆիլինային կուլտուրա:

R. G. SARKISSIAN, A. E. KHONDKARIAN, S. A. ANTONOVA,
N. A. MARASHAIN

THE APPLICATION OF CLIONE-D IV OBSTETRIC- GYNAECOLOGIC PRACTICE

On the base of the analysis of the results obtained, it is concluded that the new preparation clione-D may be successfully used by pregnant as well as in the infantile gynecology for the treatment of vulvovaginitis.

The effectivity and safety of the preparation is shown and the rational terms of the treatment are proposed.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беднова В. Н. В кн.: Новые возможности лечения гинекологических заболеваний препаратом клион-Д. М., 1984, с. 9
2. Бодяжина В. И., Василевская Л. Н., Побединский Н. М., Стругацкий В. М. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний в женской консультации. М., 1980, с. 28.
3. Тибор Вере В кн.: Новые возможности лечения гинекологических заболеваний препаратом клион-Д. М., 1984, с. 17.

УДК 616.981.49—036.22

Г. Б. ГУКАСЯН, М. А. АЛЕКСАНИЯН, И. А. ТОНОЯН, Т. С. ХАЧАТРЯН,
Е. В. МАНВЕЛЯН, П. С. ДИЛБАРЯН, В. Д. ОГАНЕСЯН, Н. Г. БУДАГЯН

ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ШТАММОВ САЛЬМОНЕЛЛ И ИХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В АРМЯНСКОЙ ССР

Проанализированы данные антибиотикорезистентности штаммов сальмонеллы тифимуриум, выделенных в Армянской ССР. Выявлена тенденция к возрастанию антибиотикорезистентности штаммов в различных климатических зонах республики. Обоснована необходимость постоянного контроля за появлением и распространением антибиотикорезистентных штаммов сальмонелл.

Подъем заболеваемости сальмонеллезами, имеющий место в последние годы [1—6] в большинстве случаев (96%) связан с одним серологическим типом—сальмонелла (С.) тифимуриум.

В настоящее время все чаще обсуждается вопрос о возрастающей роли в этиологии кишечных инфекций возбудителей, отличающихся значительной устойчивостью к действию различных лекарственных средств, и в первую очередь, антибиотиков. Сальмонелла тифимуриум не только легко приобретает устойчивость к одному или нескольким антибиотикам, но, являясь хорошим рецептором R-фактора, может переходить в полирезистентное состояние. Приобретая свойство полирезистентности, такие штаммы дольше сохраняются во внешней среде, не поддаются действию антибиотиков, приобретают устойчивость к большинству применяемых дезинфектантов. При этом, возможно, изменятся и вирулентность возбудителя.

Нами была изучена антибиотикочувствительность около 4 тысяч штаммов С. тифимуриум методом серийного разведения на твердой среде в соответствии с приказом Минздрава СССР «Об унификации определения чувствительности микроорганизмов к химиотерапевтическим препаратам». Исследования проводились с 15 антибиотиками: ампицилин, левомецетин, мономицин, тетрациклин, стрептомицин, пенициллин, полимиксин, цепорин, невиврамон, бенемидин, рондомицин, гентамицин, тетраолеан, канамицин, линкомицин.