

зателей (в том числе оценке «цена–качество») значительно их превосходят. Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой диагностической эффективности Кольпо-тест рН (чувствительность 90% и специфичность 85%) при исследовании влагалищной жидкости в случаях БВ. Имея шаг деления в 0,2–0,3–0,5, они обеспечивают адекватную диагностику как нормального диапазона кислотности влагалищной среды, так и патологических состояний, а также позволяют контролировать восстановление рН ВЖ в процессе лечения.

Полученные нами результаты исследования и публикации зарубежных коллег указывают на высокую диагностическую ценность рН-метрии ВЖ в алгоритме диагностики вагинальных инфекций и позволяют сделать следующие выводы:

- 1) рН-метрия влагалищной жидкости с пошаговым делением 0,2–0,3–0,5 является важным и обязательным экспресс-методом, позволяющим немедленно получить объективную информацию о кислотно-щелочном состоянии влагалища;
- 2) рН-метрия является быстрым и высокоэффективным скрининговым тестом определения кислотообразующего или кислотонейтрализующего состояния влагалищной среды;
- 3) рН-метрия ВЖ является наиболее объективным методом, дополняющим диагностическую информацию об инфекционной патологии влагалища;
- 4) рН-метрия ВЖ дает возможность длительного динамического мониторинга эффективности лечения и контроля качества излеченности заболеваний влагалища.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют, что отечественные пластиковые полоски Кольпо-тест рН (Биосенсор АН, Россия) для оценки кислотности вагинальной жидкости отвечают всем необходимым

условиям для качественной диагностики и должны шире использоваться в гинекологической практике.

#### Литература

1. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. М.: Медицинское информационное агентство, 2012.
2. Молчанов О.Л. Биохимические и биологические свойства влагалищной жидкости у здоровых небеременных женщин в репродуктивном возрасте: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2000.
3. Кира Е.Ф., Душкина Е.А., Бадикова Н.С. Биологическая роль кислотности влагалища. Механизмы стабильности и методы коррекции. *Акуш. и гинекол.* 2013; 3: 102–6.
4. Pereira SD, Martinez OJ, Negreiro F. Observational study of vaginal pH in healthy Portuguese women. *Minerva Ginecol* 2011; 63 (2): 203–12.
5. Gorodeski GI, Hopfer U, Liu CC, Margles E. Estrogen acidifies vaginal pH by up-regulation of proton secretion via the apical membrane of vaginal-ectocervical epithelial cells. *Endocrinology* 2005; 146 (2): 816–24.
6. Gjerdingen D, Fontaine P, Bixby M et al. The impact of regular vaginal pH screening on the diagnosis of bacterial vaginosis in pregnancy. *J Fam Pract* 2000; 49 (1): 39–43.
7. Petersen EE. *Infections in Obstetrics and Gynecology: Textbook and Atlas.* Stuttgart-New York: Thieme, 2006.
8. Mania-Pratanik J, Kerkar SC, Mehta PB et al. Use of vaginal pH in diagnosis of infections and its association with reproductive manifestations. *J Clin Lab Anal* 2008; 22 (5): 375–9.
9. Roy S, Caillouette JT, Roy T, Faden JS. Vaginal pH is similar to follicle-stimulating hormone for menopause diagnosis. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190 (5): 1272–7.
10. Geva A, Bornstein J, Dan M et al. The VI-SENSE – vaginal discharge self-test to facilitate management of vaginal symptoms. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195 (5): 1351–6.
11. Sobel JD, Nyiriesy P, Kessary H, Ferris DG. Use of the VS-sense swab in diagnosing vulvovaginitis. *J Womens Health* 2009; 18 (9): 1467–70.

## Оценка эффективности лечения вагинитов неспецифической ЭТИОЛОГИИ

Т.Ю.Пестрикова, Ю.В.Воронова

ГБОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Минздрава России, Хабаровск

#### Резюме

Целью исследования – оценка эффективности лечения неспецифического вагинита и уточнение наличия резистентности микроорганизмов к терапии локальным комбинированным препаратом Терзжинан, используемым в практике врачей на протяжении 15 лет. Под наблюдением находились 50 пациенток, которые получали лечение Терзжинаном в 1999 г. (ретроспективный анализ), и 50 пациенток, лечение которым проводилось в 2013 г. (проспективное исследование).

Использование Терзжинана в лечении неспецифического вагинита демонстрирует хороший клинический эффект и переносимость препарата, что позволяет рекомендовать его для купирования симптомов заболевания.

Не было отмечено формирования устойчивости микроорганизмов к компонентам препарата. Терзжинан остается востребованным и высокоэффективным средством для лечения неспецифического вагинита, что подтверждается результатами нашего исследования.

**Ключевые слова:** неспецифический вагинит, проспективное исследование, ретроспективный анализ, препарат Терзжинан.

#### Non-specific vaginitis treatment and its efficacy evaluation

T.Yu.Pestrikova, Yu.V.Voronova

#### Summary

Aim of this study was to evaluate the effectiveness of treatment of non-specific vaginitis and clarifying the availability of microbial resistance to therapy of the local Terzhinan combination drug used in practice to over 15 years. The study involved 50 patients who received Treatment based on Terzhinan in 1999 (retrospective analysis), and 50 patients' treatment which was carried out in 2013 (prospective study). Terzhinan use in the treatment of nonspecific vaginitis shows good clinical effect and tolerability that allows recommend it for the relief of symptoms.

There was no formation of resistance to the components of the drug. Terzhinan remains popular and highly effective means of for the treatment of nonspecific vaginitis, which is confirmed by the results our study.

**Key words:** non-specific vaginitis, a prospective study retrospective analysis, the drug Terzhinan.

#### Сведения об авторах

Пестрикова Татьяна Юрьевна – д-р мед. наук, проф. зав. каф. акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ДВГМУ

Воронова Юлия Владимировна – аспирант каф. акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ДВГМУ. E-mail: yulyapankova@rambler.ru

**Н**ормальная бактериальная флора препятствует проникновению патогенных микроорганизмов в эпителий влагалища. Любая инвазия в здоровый эпителий практически всегда сопровождается изменением состава микрофлоры. Воспалительные заболевания влагалища сопровождаются подобными изменениями микробного пейзажа [1].

В структуре гинекологической патологии воспалительные заболевания влагалища и шейки матки неизменно занимают лидирующую позицию и встречаются более чем у 30–70% гинекологических больных [2, 3].

Неспецифический вагинит (НВ) – это инфекционно-воспалительное заболевание слизистой оболочки влагалища, вызванное условно-патогенными микроорганизмами различных групп, такими как стафилококки, стрептококки, энтеробактерии, кишечная палочка и другими, а также их ассоциациями [4].

Вагиниты относятся к заболеваниям, которые сами по себе не представляют прямой угрозы здоровью женщины, но в нижних отделах полового тракта накапливаются и постоянно сохраняются условно-патогенные микроорганизмы в чрезвычайно высоких концентрациях, которые являются основными возбудителями гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза [5–7].

Как правило, для данной патологии характерны обильные выделения, зуд, жжение, дизурические явления. При микроскопии вагинального отделяемого определяются обильная грамвариабельная флора и выраженный лейкоцитоз [4].

Терапия НВ включает локальное воздействие противомикробными или антисептическими препаратами на инфекционный агент, или системную антибактериальную терапию. В эпоху агрессивного использования антимикробной терапии часто вырабатывается устойчивость микроорганизма к определенному антибиотику [6, 8].

Профилактика НВ главным образом сводится к тщательному соблюдению гигиены половых органов, половой жизни, своевременному лечению генитальных и общих заболеваний, исключению провоцирующих факторов, полноценному отдыху. Изменение характера выделений и менструального цикла должно стать поводом для немедленного обращения к гинекологу. При хроническом течении вагинита необходима санация перед планируемой беременностью, инвазивными вмешательствами, что положительно влияет на течение послеоперационного периода, снижает риск возникновения осложнений в родах и после родовом периоде [6].

На основании изложенного цель нашего исследования – оценка эффективности лечения НВ и уточнение наличия

**Таблица 1. Характеристика экстрагенитальной патологии у женщин групп обследования**

Заболевания	1-я группа (n=50)		2-я группа (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
Анемии	4	8,00±3,83	1	2,00
Заболевания желудочно-кишечного тракта	13	26,00±6,20	10	20,00±5,66
• хронический гастрит	8	16,00±5,18	7	14,00±4,91
• язвенная болезнь желудка	–	–	1	2,00
• хронический панкреатит	–	–	1	2,00
• желчнокаменная болезнь	2	4,00	–	–
• дискинезия желчевыводящих путей	3	6,00	1	2,00
Заболевания мочевыделительной системы	7	14,00±4,91	10	20,00±5,66
• хронический пиелонефрит	3	6,00	2	4,00
• мочекаменная болезнь	–	–	1	2,00
• хронический цистит	4	8,00±3,83	7	14,00±4,91
Заболевания органов дыхания	2	4,00	4	8,00±3,83
• хронический бронхит	–	–	1	2,00
• пневмония	2	4,00	3	6,00
Вирусный гепатит	4	8,00±3,83	5	10,00±4,24
• А	3	6,00	5	10,00±4,24
• С	1	2,00	–	–
Заболевания сердечно-сосудистой системы	3	6,00	2	4,00
• артериальная гипертония	–	–	1	2,00
• вегетососудистая дистония	3	6,00	1	2,00
Воспалительные заболевания ЛОР-органов	11	22,00±5,86	10	20,00±5,66
• острые респираторные вирусные инфекции 4 раза в год и более	7	14,00±4,91	5	10,00±4,24
• хронический тонзиллит	2	4,00	3	6,00
• хронический гайморит	–	–	2	4,00
• ангина	2	4,00	–	–
Заболевания нервной системы	2	4,00	–	–
• остеохондроз	2	4,00	–	–
Заболевания органов чувств	4	8,00±3,83	3	6,00
• миопия	4	8,00±3,83	3	6,00
Соматической патологии выявлено не было (включая пациенток с острыми респираторными вирусными инфекциями менее 4 раз в год)	11	22,00±5,86	8	16,00±5,18

резистентности микроорганизмов к терапии локальным комбинированным препаратом Тержинан, используемым в практике на протяжении 15 лет.

### Материалы и методы

Для осуществления поставленной цели исследования нами были проанализированы амбулаторные карты 50 женщин в возрасте от 18 до 42 лет (1-я группа), которым мы ранее (1999 г.) проводили лечение НВ препаратом Тержинан (ретроспективный анализ). Кроме этого, мы провели оценку эффективности препарата Тержинан у 50 пациенток в возрасте от 20 до 40 лет (2-я группа), которые обратились к врачу-гинекологу (2013 г.) и которым был верифицирован диагноз НВ (проспективное исследование).

Мы не получили достоверной разницы в характеристике социальных факторов, менструальной функции, течения и исходов беременности между группами. Пациентки 1 и 2-й группы были сопоставимы по наличию у них экстрагенитальной (табл. 1) и гинекологической (табл. 2) патологии.

Пациенткам обеих групп было проведено общеклиническое обследование, которое включало изучение анамнестических данных, общий и гинекологический осмотр, бактериоскопическое исследование отделяемого из цервикального канала и влагалища, обследование на инфекции, передаваемые половым путем, и бактериологическое исследование.

У всех пациенток 1 и 2-й группы был верифицирован диагноз НВ, назначена терапия комбинированным антибактериальным препаратом Тержинан (по 1 вагинальной таблетке, предварительно смоченной водой, на ночь в течение 10 дней).

Статистическая обработка материала проводилась с вычислением средней арифметической ( $M$ ), средней ошибки средней арифметической ( $m$ ) и достоверной разницы между показателями ( $p$ ) с учетом доверительной вероятности по критерию Стьюдента–Фишера.

### Результаты и обсуждение

Преобладающими жалобами у пациенток обеих групп были обильные выделения из половых путей без запаха, желтоватого цвета: у  $84,00 \pm 5,18\%$  женщин 1-й группы и  $78,00 \pm 5,86\%$  – 2-й. При гинекологическом осмотре наличие обильных выделений было объективно подтверждено у  $62,00 \pm 6,86\%$  женщин 1-й группы и  $70,00 \pm 6,48\%$  – 2-й. Пациентки также предъявляли жалобы на чувство дискомфорта во влагалище ( $30,00 \pm 6,48\%$  женщин 1-й группы и  $14,00 \pm 4,91\%$  – 2-й,  $p < 0,05$ ); диспареунию ( $10,00 \pm 4,24\%$  женщин 1-й группы и  $6,00\%$  – 2-й); дизурические явления ( $6,00\%$  женщин 1-й группы и  $14,00 \pm 4,91\%$  – 2-й); табл. 3.

При бактериоскопическом исследовании наличие лейкоцитов в вагинальной порции было выявлено у всех пациенток обеих групп, но во 2-й группе достоверно чаще определялось повышение лейкоцитов и в цервикальной порции: у  $24,00 \pm 6,04\%$  женщин 1-й группы и  $46,00 \pm 7,05\%$  – 2-й;  $p < 0,05$ .

По данным обследования пациенток на инфекции, передаваемые половым путем (*Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *M. genitalium*, *Cytomegalovirus*, *Herpes simplex*), были получены отрицательные результаты у всех пациенток в обеих группах.

Согласно данным, приведенным в табл. 4, по результатам бактериологического исследования не были выявлены возбудители вагинита у  $44,00 \pm 7,02\%$  женщин 1-й группы и  $40,00 \pm 6,93\%$  – 2-й. *Escherichia coli* (в обильном росте) как возбудитель НВ достоверно чаще встречалась во 2-й группе ( $26,00 \pm 6,20\%$  случаев), чем в 1-й группе ( $4,00\%$  случаев;  $p < 0,01$ ). По частоте обнаружения других микробных агентов в концентрациях, превышающих допустимый порог, достоверной разницы нами получено не было.

После подтверждения диагноза пациентки обеих групп получали локальную терапию комбинированным антибактериальным препаратом Тержинан. Во время проведения лечения им был рекомендован половой покой.



**Быстрый старт**  
**Отличный результат**



000 «Русфик», Москва, Краснопресненская набережная, 12, ЦМТ, офис 747.  
E-mail: info@rusfic.com, тел./факс: + 7 495 258 20 06

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

Таблица 2. Характеристика гинекологической патологии у женщин групп обследования				
Заболевание	1-я группа (n=50)		2-я группа (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
<b>Воспалительные заболевания</b>				
• вагинит	11	22,00±5,86	14	28,00±6,35
• цервицит	7	14,00±4,91	7	14,00±4,91
• кандидозный вагинит	7	14,00±4,91	5	10,00±4,24
• острый послеродовой (постабортный) эндометрит	1	2,00	–	–
• хронический эндометрит	2	4,00	3	6,00
• хронический сальпингоофорит	2	4,00	5	10,00±4,24
<b>Бактериальный вагиноз</b>	4	8,00±3,83	3	6,00
<b>Заболевания шейки матки</b>				
• эктопия шейки матки	23	46,00±7,05	18	36,00±6,79
• эктопия шейки матки в анамнезе (диатермоэлектрокоагуляция)	5	10,00±4,24	8	16,00±5,18
• полип цервикального канала	–	–	1	2,00
<b>Патология эндометрия</b>				
• гиперпластический процесс эндометрия	–	–	3	6,00
• полип	2	4,00	–	–
<b>Опухоли</b>				
• киста яичника	3	6,00	3	6,00
• лейомиома матки	–	–	2	4,00
<b>Эндометриоз</b>	3	6,00	–	–
<b>Синдром поликистозных яичников</b>	1	2,00	1	2,00
<b>Бесплодие</b>	2	4,00	4	8,00±3,83
<b>Заболевания молочных желез</b>				
• мастопатия	9	18,00 ±5,43	13	26,00±6,20
Гинекологической патологии не выявлено	10	20,00±5,66	12	24,00±6,04

Таблица 3. Характеристика жалоб у пациенток групп обследования				
Параметры	1-я группа (n=50)		2-я группа (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
<b>Характеристика белей</b>				
Объем:				
• обильные	42	84,00±5,18	39	78,00±5,86
• умеренные	6	12,00±4,60	6	12,00±4,60
• минимальные	2	4,00	5	10,00±4,24
Консистенция:				
• гомогенные	32	64,00±6,79	40	80,00±5,66
• слизистые	18	36,00±6,79	10	20,00±5,66
Цвет:				
• серый	1	2,00	–	–
• белый	12	24,00±6,04	15	30,00±6,48
• желтый	33	66,00±6,70	27	54,00±7,05
• зеленоватый	4	8,00±3,83	8	16,00±5,18
Субъективные симптомы:				
• неприятный запах	2	4,00	–	–
• зуд, жжение, раздражение	4	8,00±3,83	7	14,00±4,91
• дискомфорт во влагалище	15	30,00±6,48	7*	14,00±4,91*
• диспареуния	5	10,00±4,24	3	6,00
• гиперемия вульвы	–	–	2	4,00
• дизурические расстройства	3	6,00	7	14,00±4,91
*p<0,05.				

Таблица 4. Результаты бактериологического обследования пациенток

Возбудитель	1-я группа (n=50)		2-я группа (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
Патологической флоры не выявлено	18	44,00±7,02	20	40,00±6,93
<i>E. coli</i>	2	4,00	13 *	26,00±6,20*
<i>Streptococcus agalactiae</i>	–	–	2	4,00
<i>S. mitis</i>	2	4,00	–	–
<i>S. pyogenes</i>	1	2,00	–	–
<i>Enterococcus faecium</i>	5	10,00±4,24	3	6,00
<i>Staphylococcus hyicus</i>	–	–	2	4,00
<i>S. saprophyticus</i>	3	6,00	–	–
<i>S. intermedius</i>	3	6,00	2	4,00
<i>S. haemolyticus</i>	2	4,00	3	6,00
<i>S. epidermidis</i>	1	2,00	–	–
<i>Klebsiella oxytoca</i>	7	14,00±4,91	5	10,00±4,24
<i>Proteus mirabilis</i>	2	4,00	–	–

\* $p<0,01$ .

Большинство пациенток обеих групп отмечали отсутствие жалоб уже на 2-е сутки после начала лечения (66,00±6,70% женщин в 1-й группе и 74,00±6,20% – во 2-й).

Данный эффект лечебной терапии был обусловлен, по нашему мнению, наличием в препарате преднизолона, который за счет внутренней регулирующей реакции оказывает противовоспалительное воздействие на мягкие ткани человеческого организма. Достигается сокращение боли, зуда, гиперемии и отечности. Кроме этого, отличительной особенностью фармакологического воздействия препарата Тержинан является способность компонентов средства обеспечивать нормальный уровень кислотно-щелочного баланса.

За время лечения ни у одной пациентки не возникло серьезных побочных реакций на проводимую терапию, что потребовало бы отмены препарата.

После окончания курса терапии женщинам обеих групп было проведено контрольное обследование, в результате которого было выявлено, что жалобы на наличие патологических выделений из половых путей предъявляли 10,00% пациенток 1-й группы и 4,00% – 2-й. При гинекологическом осмотре это было объективно подтверждено у 6,00% женщин 1-й группы; во 2-й группе пациенток с наличием патологических белей выявлено не было. У 2,00% пациенток 1-й группы сохранялись дискомфорт во влагалище и диспареуния. Наличие жалоб и остаточных проявлений НВ у пациенток 1-й группы было связано с погрешностями в режиме приема препарата.

При бактериоскопическом исследовании лейкорея в вагинальной порции была выявлена у 8,00±3,84% женщин в обеих группах. У 4,00% пациенток 2-й группы наблюдалось повышение количества лейкоцитов в цервикальной порции.

После проведения контрольного бактериологического исследования у 94,00±3,36% пациенток 1-й группы и 98,00±1,98% – 2-й патологического агента выявлено не было.

Отсутствие после лечения микробных агентов, способных вызвать НВ, обусловлено, по нашему мнению, вспомогательным компонентом Тержинана, которым является неомицин – антибиотик последнего поколения, обладающий широким спектром патогенного воздействия на микрофлору. Отмечается деактивация стрептококков и стафилококков, кишечной палочки и шигелл.

В нашем исследовании возникновения такого осложнения, как кандидозный вагинит, после проведения локальной терапии Тержинаном получено не было.

Отсутствие возникновения кандидозного вагинита обусловлено входящими в многокомпонентный препарат

тернидазолом и нистатином. Тернидазол является производной структурой от имидазола, который нарушает внутриклеточные связи в грибковой микрофлоре за счет прекращения процесса выработки эргостерола. Нистатин в комплексном составе свечей Тержинан играет второстепенную роль. Он «согласовывает» действия имидазола в отношении поражения клеточных мембран грибковых клеток, обладает выраженной противотрихомонадной активностью, отрицательно влияет на анаэробные формы патогенной микрофлоры (гарднереллу).

Учитывая неэффективность проводимой терапии у 8,00±3,84% женщин в обеих группах (нарушения в режиме приема препарата), к лечению были добавлены системные антибактериальные препараты.

## Выводы

Таким образом, использование Тержинана в лечении НВ демонстрирует хороший клинический эффект и переносимость препарата, что позволяет рекомендовать его для купирования симптомов заболевания.

Нами не было отмечено формирования устойчивости микроорганизмов к компонентам Тержинана, хотя препарат используется более 15 лет. Тержинан остается востребованным и высокоэффективным средством для лечения НВ, что подтверждается результатами нашего исследования.

## Литература

1. Тихомиров АЛ, Сарсания СИ. Воспалительные заболевания женских половых органов. М: МГМСУ, 2007.
2. Захарова ТГ, Волков ВГ. Коррекция нарушений вагинальной микрофлоры при бактериальных вагинозах и неспецифических вагинитах. *Акуш. и гинекол.* 2010; 5: 102–6.
3. Hainer BL, Gibson MV. *Vaginitis: diagnosis and treatment. Am Fam Physician* 2011; 83 (7): 807–15.
4. Кира Е.Ф. Нетрансмиссивные инфекции – новые болезни цивилизации? *Акуш. и гинекол.* 2008; 5: 61–6.
5. Кира Е.Ф., Муслимова СЗ. Неспецифический вагинит и его влияние на репродуктивное здоровье женщины. *Проблемы репродукции.* 2008; 5: 8–14.
6. Тотоник ВЛ, Михайлова ОИ, Карапетян ТЭ, Меджидова МК. Современные представления и основные принципы лечения неспецифического вагинита. *Рус. мед. журн.* 2012; 1: 24–7.
7. Mashburn J. *Etiology, diagnosis, and management of vaginitis. Midwifery Womens Health* 2006; 51 (6): 423–30.
8. Babar H, Torun M, Fabri O, Kocazeybek B. *Mobiluncus species in gynaecological and obstetric infections: antimicrobial resistance and prevalence in a Turkish population. Int. J Antimicrob Agents* 2005; 25: 268–71.