

- Нарушения цитокинового профиля проявляются в повышении значений провоспалительных цитокинов и туморнекротического фактора и снижении показателей противовоспалительных цитокинов и интерферонов нового статуса.
- Учитывая то, что применение локального иммуномодулирующего препарата Полиоксидоний в виде суппозитория в каждой третьей пациентки привело к регрессированию неопластического процесса без проведения деструктивного лечения, в 85% случаев – к нормализации местного иммунитета, снижению рецидивирования и ускорению эпителизации после деструкции, элиминации ВПЧ, для лечения цервикальных неоплазий, ассоциированных с ПВИ, целесообразно включение данного препарата в комплексную терапию CIN 1-й степени перед проведением деструктивных методов лечения.

- Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки: в помощь практическому врачу. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008; с. 192.
- Centers for Disease Control and Prevention, Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010; p. 22.
- Stern PL. Immune control of human papilloma virus (HPV) associated anogenital disease and potential for vaccination. *J Clin Virology* 2005; 32S1: 72–81.
- Desruisseau AJ et al. Epidemiology of HPV in HIV-positive and HIV-negative fertile women in Cameroon, West Africa. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2009; 8105–96.
- Абрамовских О.С., Долгушина В.Ф., Зотова М.А. Функциональная активность нейтрофилов и уровень цитокинов цервикальной слизи при ВПЧ-ассоциированной патологии шейки матки. *Иммунология*. 2011; 32 (2): 143–6.
- Ворошилина Е.С., Тумбинская Л.В., Донников А.Е. Биоценоз влагалища с точки зрения количественной ПЦР: что есть норма? *Акуш. и гинекол.* 2011; 1: 57–65.
- Григорьева И.Н. Применение противовирусных и иммуномодулирующих лекарств у больных с преинвазивным раком шейки матки. *Материалы XI Российского онкологического конгресса*. М., 2007.
- Каратюк Т.И. Клинико-диагностические особенности цервикальных интраэпителиальных неоплазий, ассоциированных с папилломавирусной инфекцией. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Омск, 2011; с. 24.
- Абрамовских О.С., Долгушина В.Ф., Зотова М.А. Функциональная активность нейтрофилов и уровень цитокинов цервикальной слизи при ВПЧ-ассоциированной патологии шейки матки. *Иммунология*. 2011; 32 (2): 143–6.
- Киселев В.И., Аполихина И.А., Муйжнек Е.Л., Денисова Е.Д. Патогенетические подходы к лечению ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки. М.: МЕДпресс-информ, 2008; с. 87–93.

Литература

- Кондриков Н.И. Патология шейки матки: морфология, физиология, диагностика, основы терапии. М.: *Практ. медицина*, 2008.
- Минкина Г.Н. Мониторинг цервикальных интраэпителиальных неоплазий. Патология шейки матки и генитальные инфекции. М.: МЕДпресс-информ, 2008; с. 8–15.
- Прилепская В.Н. Патология шейки матки и генитальные инфекции. М.: МЕДпресс-информ, 2008; с. 385.
- Сухих Г.Т., Прилепская В.Н. Профилактика рака шейки матки. Руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ, 2012; с. 192.
- Долгушина В.Ф., Телешева Л.Ф., Ахматова А.Н. и др. Клинико-иммунологическое обоснование иммунотропной терапии хронического цервицита, ассоциированного с папилломавирусной инфекцией. *Уральский мед. журн.* 2009; 3 (57): 58–62.

Генитальные инфекции и локальные препараты комплексного действия (опыт применения)

Е.А.Межевитинова, П.Р.Абакарова, Т.В.Бровкина, Ш.М.Погосян, Ю.С.Хлебкова

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Минздрава России, Москва

Резюме

Инфекции нижнего отдела половых путей – одна из наиболее частых причин обращения к гинекологу (бактериальный вагиноз – 30–35%, вульвовагинальный кандидоз – 20–25%, смешанные инфекции – 15–20%, трихомониаз – 10%, другие инфекции – 10%). Вульвовагиниты имеют тенденцию к неуклонному росту, частому рецидивированию, трудно поддаются лечению. В ведении больных с вульвовагинитами разной этиологии огромное значение имеет выбор метода терапии. Согласно требованиям Международного экспертного совета Центров по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) при выборе препарата для лечения рекомендовано учитывать необходимость его воздействия на микробные ассоциации, отдавая предпочтение средствам, обеспечивающим элиминацию широкого спектра возможных возбудителей и обладающим одновременно трихомонацидным, бактериоцидным, противогрибковым и противовоспалительным действием. Одним из препаратов, отвечающих таким требованиям, является комбинированный препарат локального действия Нео-Пенотран Форте Л.

Ключевые слова: вульвовагинит, бактериальный вагиноз, вульвовагинальный кандидоз, неспецифический вагинит, Нео-Пенотран Форте Л.

Genital infections and local medications of complex use (application experiences)

E.A.Mezhevitinova, P.R.Abakarova, T.V.Brovkina, Sh.M.Poghosyan, Yu.S.Khlebkova

Summary

Lower genital tract infections are one of the most frequent reasons for consulting the gynecologist (bacterial vaginosis – 30–35%, vulvovaginitis – 20–25%, mixed infections – 15–20%, trichomoniasis – 10%, other infections – 10%). Vulvovaginitis tends to grow regardless of the circumstances, is frequently recurrent, and difficult to treat. In the management of patients with different etiologies of vulvovaginitis it is crucial to choose the therapy method wisely. According to the requirements of the International Expert Council of the Centers for Disease Control and Prevention USA (CDC) when choosing the appropriate drug for treatment, it is recommended to take into account the need for drug effects on microbial associations, preferring the means of the elimination of a wide spectrum of possible pathogens that has both trichomonocidal, bactericidal, fungicidal and inflammatory effects. One of the preparations that meets such requirements, is a combined preparation of local action Neo-Penotran Forte L.

Key words: vulvovaginitis, bacterial vaginosis, vulvovaginal candidiasis, nonspecific vaginitis, Neo-Penotran Forte L.

Сведения об авторах

Межевитинова Елена Анатольевна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. научно-поликлинического отд-ния ФГБУ НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова. E-mail: e_mezhevitinova@orparina4.ru

Абакарова Патимат Рашиевна – канд. мед. наук, науч. сотр. научно-поликлинического отд-ния ФГБУ НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова. E-mail: p_abakarova@orparina4.ru

Бровкина Татьяна Васильевна – аспирант ФГБУ НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова. E-mail: t_brovkina@orparini4.ru

Погосян Шаке Манвеловна – аспирант ФГБУ НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова. E-mail: sbagpoxos@mail.ru

Хлебкова Юлия Сергеевна – аспирант ФГБУ НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова. E-mail: y_khlebkova@orparina4.ru

Общеизвестно, что самыми распространенными, изучаемыми и все равно вызывающими много вопросов заболеваниями являются генитальные инфекции.

На протяжении последнего десятилетия интерес к проблеме распространенности инфекционных процессов нижнего отдела гениталий не только не снизился, но и значительно возрос ввиду тенденции к неуклонному их росту, частому рецидивированию процесса и трудностей терапии.

Инфекции нижнего отдела половых путей – одна из наиболее частых причин обращения женщин к гинекологу. Так, например, по данным разных авторов, среди всех вульвовагинитов самый большой процент обращения пациенток к врачу занимает бактериальный вагиноз (БВ) – 30–35%, на втором месте вульвовагинальный кандидоз (ВВК) – 20–25%, третье место по праву занимают смешанные инфекции – 15–20%, далее идут трихомониаз – 10% и другие инфекции – 10% [1].

Среди вагинальных инфекций ВВК прочно занимает одно из ведущих мест, и его, несомненно, можно отнести к заболеваниям современной цивилизации, так как ВВК поражает, как правило, женщин репродуктивного возраста, т.е. наиболее трудоспособную часть нашего общества.

Кроме того, следует отметить, что нередко длительное и упорное течение заболевания, порой необоснованное применение разных лекарственных средств, отсутствие желаемого эффекта от проводимой терапии приводят к развитию у пациенток разных психосоматических нарушений, что, безусловно, оказывает неблагоприятное воздействие на состояние организма в целом [2].

Хроническое/рецидивирующее течение кандидоза наблюдается при наличии факторов риска развития (иммуносупрессивное состояние, некомпенсированный сахарный диабет, прием антибиотиков, прием комбинированных оральных контрацептивов, беременность и т.д.), однако в некоторых случаях рецидивы наблюдаются без очевидных факторов риска, что позволяет говорить о важной роли генетических нарушений, лежащих в основе реализации противокандидозного иммунного ответа [3, 4].

По данным мировой статистики, вульвовагиниты, обусловленные грибковой инфекцией, занимают от 15–20 до 40–45% инфекционных поражений вульвы и влагалища.

ВВК – одна из разновидностей грибковой инфекции, возбудителем которой является *Candida albicans* (80%). Микроорганизмы рода *Candida* входят в состав нормальной микрофлоры влагалища. Заболевание обусловлено не просто наличием грибов, а их размножением в большом количестве, образованием псевдогрибов, что, по мнению многих исследователей, способствует инвазии микроорганизма в глубокие слои слизистой оболочки и образованию микробных биопленок. Чаще всего кандидоз возникает при снижении местного и общего иммунитета. Имеются также исследования, доказывающие, что *C. albicans* является мощным аллергеном и предрасполагает к развитию локальной аллергической реакции [5, 6]. Кандидоз не связан с половым контактом и не относится к венерическим заболеваниям. Но следует отметить, что у половых партнеров женщин, страдающих ВВК, в 4 раза чаще выявляется асимптомное носительство по сравнению с половыми партнерами женщин, которые не страдают ВВК. Однако лечение полового партнера не снижает частоты рецидивов ВВК у женщин [7].

Клинические проявления ВВК: зуд и густые творожистые или пастообразные не очень обильные выделения, без запаха, болезненность при прикосновении к стенкам влагалища, ощущение жжения в области наружных половых органов, болезненность при половом контакте, ограничение половой активности. На основании только жалоб поставить правильный диагноз невозможно – ни один из названных симптомов не является специфичным.

Методы диагностики:

- клинический (анамнестические, данные, оценка жалоб);
- нативный препарат, обнаружение при микроскопии дрожжеподобных грибов и псевдогрибов в выделениях из влагалища, предварительно разведенных 10% раствором гидроксида калия или соевым раствором и окрашенных по Граму;
- культуральный (посев выделений на специальные среды).

В настоящее время данные ряда исследователей свидетельствуют о том, что наиболее частой причиной обращения женщин к гинекологу является БВ.

БВ – это невоспалительное инфекционное заболевание, дисбиоз генитального тракта. Интересно, что до настоящего времени БВ не вошел в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), по всей видимости, в связи с тем, что окончательно не установлены его роль и место в структуре инфекционных заболеваний нижнего отдела гениталий. Возможно, в МКБ-10 его можно отнести к шифру N89.5 «Бели не уточненные как инфекционные» или шифру N76 – «Другие виды воспаления влагалища и вульвы». Тем не менее в настоящее время данной проблеме уделяется большое внимание не только в связи с широким ее распространением, но и возникновением тяжелой патологии женских половых органов и осложнений беременности и родов. БВ – это полимикробный клинический синдром, развивающийся вследствие замещения нормальных *Lactobacillus* spp., вырабатывающих перекись водорода (10^5 КОЕ/мл), большим количеством (10^6–10^8 КОЕ/мл) анаэробных бактерий (*Prevotella* spp., *Mobiluncus* spp., *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma*, *Mycoplasma* и др.), и многочисленными требовательными к условиям их культивирования, а также некультивируемыми бактериями, включая представителей вида *Atopobium*, и сопровождающийся увеличением pH [8–12].

БВ является одной из самых частых причин патологических вагинальных выделений у женщин детородного возраста. Встречается также у женщин в менопаузе и в редких случаях у детей.

Распространенность заболевания у женщин европеоидной расы составляет 5–45%, африканских и афроамериканских женщин – 45–55%. У азиатских женщин распространенность изучена хуже и приблизительно составляет 20–30%. Частота БВ у беременных женщин достигает 50%. БВ может возникать и исчезать спонтанно и не относиться к инфекциям, передаваемым половым путем [13–17]. Характеризуется наличием жидких выделений из половых путей сероватого цвета с неприятным запахом протухшей рыбы, иногда женщины предъявляют жалобы на зуд и жжение. Отмечаются повышение pH>4,5, положительный аминный тест (усиление запаха гнилой рыбы при смешивании вагинального отделяемого с 10% раствором гидроксида калия), наличие в мазках по Граму «ключевых» клеток, лейкоцитов менее 20 в поле зрения, мало или отсутствие лактобактерий, большое количество *G. vaginalis* – 10^{5-7} КОЕ/мл, *Prevotella*, *Peptostreptococcus* spp., *Fusobacterium* spp., *Mobiluncus* spp., *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* и др., отсутствие патогенной флоры [18].

Наряду с БВ и ВВК особое внимание в последнее время уделяется неспецифическим вульвовагинитам. При этой патологии происходит вытеснение одним условно-патогенным видом микроорганизмов других членов микробного сообщества и сопровождается выраженной местной лейкоцитарной реакцией и другими признаками воспаления (МКБ-10 B95.0–96.0). В качестве инфекционной причины неспецифического вульвовагинита чаще всего выступают представители энтеробактерий (кишечные палочки – МКБ-10 B96.2, клебсиелы – B96.1, протей – B.96.4), бактероиды, стафилококки (B95.6–B95.8), стрептококки (B95.1–B95.4) и т.д. Неспецифический вульвовагинит может быть связан с нарушением правил гигиены, травматизацией наружных половых органов и влагалища, аллергическими состояниями и другой хронической экстрагенитальной и гинекологической патологией. Постоянными признаками неспецифических вульвовагинитов являются гиперемия и отек наружных половых органов, бели (водянисто-желтые или серозно-гнойные). В большинстве случаев неспецифические вульвовагиниты протекают со скудной симптоматикой, не имеют специфических признаков, обостряются на фоне интеркуррентных заболеваний, переохлаждения. В мазках по Граму обнаруживаются лейкоциты более 20 в поле зрения, микрофлора в большом количестве (чаще смешанная), нет патогенных микроорганизмов и грибов. Лечение неспецифических вульвовагинитов проводится амбулаторно [19]. Терапия (как правило, антибиотики пенициллинового ряда) приводит к временному улучшению.

Нео-Пенотран® Форте Л

ЕДИНСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ШИРОКОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ
С АНЕСТЕТИКОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Эпидемиологические исследования последних лет показали, что большинство случаев вульвовагинитов ассоциировано с наличием смешанной бактериальной и грибковой инфекции. Этиологическим фактором полимикробных процессов является не один какой-либо отдельно взятый микроб, а их ассоциация с присущими только ей биологическими свойствами. Микробные ассоциации способствуют лучшей адаптации возбудителя к внутриклеточному паразитированию, усиливают патогенность каждого возбудителя и его устойчивость к действию антибиотиков, что осложняет лечение.

Классический постулат «один микроб – одно заболевание» в современных условиях не находит подтверждения в клинической практике.

По данным систематического обзора исследований 2009 г. у 17,7–20% пациенток назначаемая терапия неэффективна и именно назначение монопрепаратов зачастую является причиной неэффективности лечения. Частота рецидивирования вульвовагинитов и БВ достигает 75% [20, 21]. Причины рецидивирования окончательно не выяснены. В ведении больных с инфекционными процессами гениталий огромное значение приобретает выбор метода терапии. Выбор лекарственного средства индивидуален и должен определяться клиническим течением заболевания, результатами микробиологического и/или культурального исследования, иммунологическими методами исследования (полимеразная цепная реакция – ПЦР, иммуноферментный анализ и др.), особенностями действия препарата, показаниями и противопоказаниями к его применению, возможностью приобретения препарата (в первую очередь финансовой) и т.д.

Существуют два основных пути введения препаратов: системный (когда препараты вводятся перорально, внутримышечно, внутривенно) и локальный (внутривагинальный, ректальный, накожный и т.д.).

Согласно требованиям Международного экспертного совета Национального центра по контролю и профилактике заболеваний (США) при выборе препарата для лечения рекомендовано учитывать необходимость его воздействия на микробные ассоциации. Следует отдавать предпочтение тем препаратам, которые обеспечивают элиминацию широкого спектра возможных возбудителей и обладают одновременно трихомонацидным, бактериоцидным, противогрибковым, противовоспалительным действием. Кроме того, лекарственное средство должно обладать минимальным системным действием на организм, быть удобным в применении и не оказывать выраженного повреждающего воздействия на лактобациллярную флору. Преимущества локальной терапии общеизвестны. К ним относятся: отсутствие системного действия на организм, минимальный риск побочных реакций, простота и удобство применения, отсутствие противопоказаний (кроме индивидуальной непереносимости препарата), возможность применения у больных с экстрагенитальной патологией (особенно при локализованных формах инфекционного процесса – острых вульвитах, вагинитах, цервицитах или обострениях хронических процессов влагалища и шейки матки), быстрое попадание в очаг инфекции и быстрое действие препарата. Назначение разных местных антисептических и антибактериальных препаратов при вульвовагинитах занимает первое место и составляет 16% среди всех препаратов, используемых в гинекологической практике. На сегодняшний день в аптечной сети имеется в наличии большое количество местных комбинированных препаратов.

У сотрудников научно-поликлинического отделения ФГБУ «НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова» имеется большой опыт применения комплексного препарата местного действия Нео-Пенотран Форте Л у пациенток с вульвовагинитами разной этиологии. Группа препаратов Нео-Пенотран, разработанная для вагинального применения, имеет хорошую биодоступность, низкую аллергенность и широкий спектр действия. В состав одного из последних представителей этого семейства – препарата Нео-Пенотран Форте Л традиционно входят метронидазол – 750 мг, производное имидазола, действующее на анаэробный компонент микрофлоры влагалища и обладающего антибактериальным,



Уникальная комбинация, обеспечивающая*:

Комплектный курс лечения: за 7 дней

Устранение зуда и жжения за несколько минут**

Удобный режим дозирования 1 раз в день

* По данным государственного реестра лекарственных средств от 2014 года

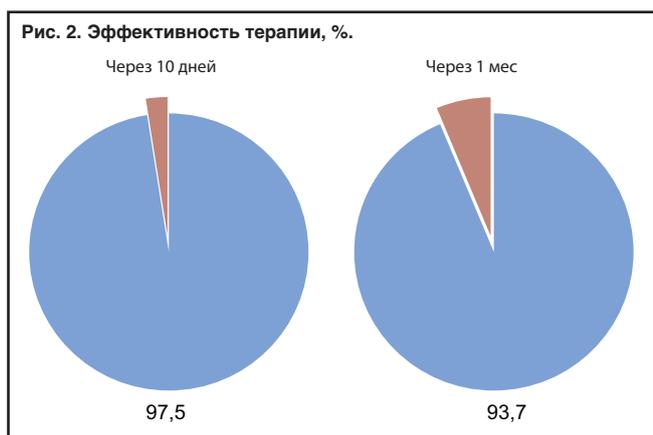
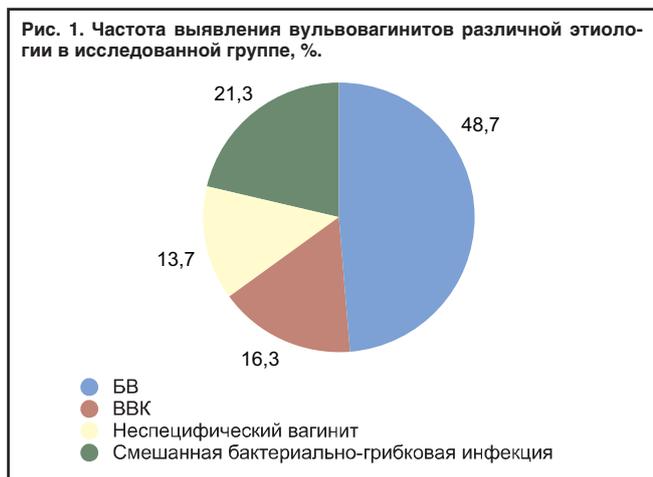
** Инструкция по медицинскому применению препарата



sopharm

Россия, 127006, г. Москва,
ул. Малая Дмитровка, д. 4, этаж 3
Тел.: +7 (495) 937 5608
Факс: +7 (495) 937 5614

Основные жалобы пациенток с вульвовагинитами разной этиологии		
Клинические симптомы	Абс.	%
Обильные влагалищные выделения	69	83,6
Неприятный запах выделений	34	42,5
Жжение	19	23,8
Зуд	26	32,5
Дискомфорт и неприятные ощущения в области вульвы	21	26,3
Диспареуния	12	18,8
Дизурия	6	7,5



противотрихомонадным, противовоспалительным действием, миконазол – 200 мг, противогрибковый антибиотик, оказывающий фунгицидное действие, и анестетик лидокаин – 100 мг для симптоматической терапии, позволяющий быстро снимать местные симптомы жжения, боли, раздражения, которые часто сопровождают острый вульвовагинит любой природы.

Наиболее детально изучено применение препарата у 80 женщин в возрасте от 18 до 45 лет при наличии признаков воспалительного поражения влагалища и вульвы, позволивших поставить диагноз «вульвовагинит» (МКБ-10 N76.0–N76.1) и/или БВ.

Под наблюдение не брали беременных, женщин в периоде лактации, с сопутствующими инфекциями, передаваемыми половым путем, повышенной чувствительностью или индивидуальной непереносимостью препарата Нео-Пенотран Форте Л в анамнезе.

Как уже было отмечено, под наблюдением находились 80 женщин в возрасте от 18 до 42 лет (средний возраст – 26±3,6 года), обратившихся в научно-поликлиническое отделение ФГБУ «НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова» с жалобами на выделения из половых путей, зуд, жжение, дискомфорт и неприятные ощущения в области вульвы, болезненность при половом контакте, учащенное и болезненное мочеис-

пускание. Все женщины подписали информированное согласие на участие в исследовании и подтвердили готовность соблюдать предписание врача.

Для уточнения диагноза всем женщинам проводилось комплексное обследование, которое включало: клинико-анамнестическое обследование, аминотест, Ph-метрию вагинального отделяемого, микроскопическое исследование мазков отделяемого влагалища, бактериологический посев отделяемого из влагалища, количественное определение условно-патогенной, патогенной и нормальной микрофлоры методом ПЦР в реальном времени (Фемофлор 16, ПЦР на патогены – 7 показателей – и количественное определение вируса папилломы человека на 21-й тип).

Наличие симптомов оценивалось по 3-балльной шкале:

- 0 – отсутствие симптомов;
- 1 – легкая степень их выраженности;
- 2 – умеренные проявления;
- 3 – выраженные.

Большинство женщин – 56 (70%) предъявляли жалобы, которые ими оценивались как 2 балла, 16 (20%) – 3 балла, остальные (10%) – 1 балл. Жалобы на обильные влагалищные выделения отмечали 69 (83,6%) женщин, неприятный запах выделений – 34 (42,5%), жжение – 19 (23,8%), зуд вульвы и влагалища – 26 (32,5%), дискомфорт и неприятные ощущения в области вульвы – 21 (26,3%), диспареунию (болезненность при половом контакте) – 12 (18,8%), дизурию (учащенное и болезненное мочеиспускание) – 6 (7,5%) пациенток (см. таблицу).

При гинекологическом осмотре выраженная гиперемия и отек слизистой влагалища и тканей вульвы наблюдались у 23 (28,8%) пациенток.

По результатам клинико-лабораторного обследования у 39 (48,7%) женщин установлен диагноз БВ, у 13 (16,3%) – БВК, у 11 (13,7%) – неспецифический вагинит, у 17 (21,3%) – смешанная бактериально-грибковая инфекция (рис. 1).

Всем женщинам был назначен препарат Нео-Пенотран Форте Л по 1 суппозиторию интравагинально на ночь в течение 7 дней. Эффективность терапии оценивали через 10 дней и 1 мес после ее окончания. Критериями излеченности считали отсутствие жалоб и клинических проявлений воспалительного процесса при объективном осмотре, а также отрицательные результаты контрольных лабораторных исследований. После окончания курса лечения все пациентки отметили значительное улучшение. Положительные результаты терапии препаратом Нео-Пенотран Форте Л выражались в быстром купировании субъективных симптомов и положительной динамике всех лабораторных тестов. На фоне проводимой терапии у подавляющего большинства – 65 (81,3%) пациенток – отмечалось значительное уменьшение клинических симптомов заболевания уже на 2–3-й день лечения, которые окончательно исчезли к 4–7-му дню, что демонстрирует высокую эффективность местной комплексной терапии. Через 10 дней после окончания лечения слабовыраженные клинические проявления в виде умеренных влагалищных выделений, сопровождающихся незначительным дискомфортом в области наружных половых органов, отмечались у 2 (2,5%) пациенток. При гинекологическом осмотре гиперемии и отека слизистой влагалища и тканей вульвы у данных пациенток не выявлено. Однако при микроскопическом исследовании вагинальных мазков и бактериологическом исследовании отделяемого из влагалища у 1 пациентки были выявлены единичные «ключевые» клетки, у 2-й – небольшое количество дрожжевых клеток и единичный рост колоний *C. albicans*. Таким образом, клинико-лабораторная эффективность лечения через 10 дней после окончания лечения составила 97,5% (рис. 2).

Повторное контрольное комплексное обследование пациенток было проведено через 1 мес после окончания лечения. При гинекологическом осмотре у 2 пациенток были выявлены умеренные творожистые выделения, гиперемия слизистой влагалища, которые сопровождалась легким зудом и дискомфортом в области наружных половых органов. При микроскопическом исследовании вагинальных мазков и бактериологическом исследовании отделяемого из влагалища у этих пациенток были обнаружены

почкующиеся дрожжевые клетки в умеренном количестве и рост колоний *C. albicans* 10^2 – 10^5 КОЕ/мл. У 2 женщин имелись обильные выделения с характерным рыбным запахом, положительный аминотест, при этом pH вагинального содержимого составил 5,8 и 7,5 соответственно. При микроскопии и бактериологическом исследовании у этих пациенток обнаружены отсутствие лактобактерий, «ключевые» клетки и значительный рост *G. vaginalis*. У 1 пациентки при отсутствии жалоб и наличии умеренных влагалищных выделений были выявлены дрожжевые клетки, рост единичных колоний *C. albicans* и умеренного количества *G. vaginalis*. Клинико-лабораторная эффективность лечения при оценке через 1 мес после лечения составила 93,7% (см. рис. 2). Побочных эффектов и аллергических реакций при применении суппозиторий Нео-Пенотран Форте Л не наблюдалось ни у одной пациентки.

Таким образом, наш опыт применения препарата позволяет сделать вывод о достаточно высокой клинической эффективности препарата Нео-Пенотран Форте Л в терапии вульвовагинитов разной этиологии – БВ, ВВК, неспецифических и смешанных вульвовагинитов. К преимуществам препарата также относятся хорошая переносимость, отсутствие побочных эффектов и аллергических реакций во время лечения.

Литература

1. Reis AJ. Treatment of vaginal infections: Candidiasis, bacterial vaginosis and trichomoniasis. *J Am Pharm Assoc* 1997; NS37: 563–9.
2. Foxman B, Muraglia R, Dietz JP et al. Prevalence of recurrent vulvovaginal candidiasis in 5 European countries and the United States: results from an internet panel survey. *J Lower Genital Tract Dis* 2013; 17 (3): 340–5.
3. Wang L, Tong Z, Wang Z et al. Single-center retrospective study of the incidence of, and risk factors for, non-*C. albicans* invasive candidiasis in hospitalized patients in China. *Med Mycology* 2014; 52 (2): 115–22.
4. Yapar N. Epidemiology and risk factors for invasive candidiasis. *Theor Clin Risk Management* 2014; 10: 95–105.
5. Ozturk S, Caliskaner Z, Karaayvaz M et al. Hypersensitivity to aeroallergens in patients with recurrent vulvovaginitis of undetermined etiology. *J Obstet Gynaecol Res* 2007; 33 (4): 469–500.
6. Weissenbacher TM, Witkin SS, Gingelmaier A et al. Relationship between recurrent vulvovaginal candidosis and immune mediators in vaginal fluid. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 144 (1): 59–63.
7. Ramsay S, Aatill N, Shankland G, Winter A. *Practical management of recurrent vulvovaginal candidiasis*, 2009.
8. Европейское руководство по ведению больных с патологическими выделениями из влагалища совместно с ВОЗ, 2011.
9. Hill GB. The microbiology of bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 450.
10. Ling Z, Kong J, Liu F et al. Molecular analysis of the diversity of vaginal microbiota associated with bacterial vaginosis. *BMC Genomics* 2010; 11: 488.
11. Eschenbach DA, Davick PR, Williams BL et al. Prevalence of hydrogen peroxide-producing *Lactobacillus* species in normal women and women with bacterial vaginosis. *J Clin Microbiol* 1993; 27: 251.
12. Lamont RF, Sobel JD, Akins RA et al. The vaginal microbiome: new information about genital tract flora using molecular based techniques. *BJOG* 2011; 118: 533.
13. Ефимов БА, Тютюнник ВЛ. Бактериальный вагиноз: современный взгляд на проблему. *РМЖ*. 2008; 16 (1): 18.
14. Кира Е.Ф., Гайтукиева РА, Беженарь В.Ф. и др. Многоцентровое контролируемое рандомизированное сравнительное исследование эффективности и безопасности применения препаратов Полижинакс и Тержинан при лечении неспецифического вагинита. *Гинекология*. 2009; 11 (1): 13–7.
15. Садулева Т. Современные взгляды на этиологию, патогенез, диагностику и лечение бактериального вагиноза как заболевания, передаваемого половым путем. *Вісник морської медицини*. 2000; 3 (11).
16. Krauss-Silva L, Moreira MEL et al. A randomised controlled trial of probiotics for the prevention of spontaneous preterm delivery associated with bacterial vaginosis: preliminary results. Published online 2011; doi: 10.1186/1745-6215-12-239. *Trials*. 2011; 12: 239. PMID: PMC3264514.
17. Leppäluoto PA. Bacterial vaginosis: what is physiological in vaginal bacteriology? An update and opinion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2011; 90: 1302–6; doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01279
18. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Этиопатогенез, диагностика и современные направления в лечении бактериального вагиноза. *Рус. мед. журн.* 2002; 10 (18): 795–7.
19. Анкирская А.С. Неспецифические вагиниты. *Медицина для всех*. 2000; 2 (17).
20. Livengood C, Thomason J, Hill G. Bacterial vaginosis. Diagnostic and pathogenetic findings during topical clindamycin therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163 (2): 515–20.
21. Verboon-Macielek MA, Gerards LJ, Stoutenbeek P, van Loon AM. Congenital infection: diagnostic serology of the mother not always definitive. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2001. 145 (4): 153–6.

Новый подход к комплексной терапии патологии эндометрия*

М.А.Царькова, Н.А.Семеновна

ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова
Минздрава России

Резюме

Инфекционная патология женских половых органов является наиболее актуальной проблемой акушерства, гинекологии и перинатологии, так как именно с ней связаны воспалительные заболевания гениталий, привычное невынашивание беременности, бесплодие, хронические тазовые боли, внутриутробная инфекция плода и новорожденного.

В последние годы, наряду с повышением общей частоты сальпингоофоритов и других форм ВЗОМТ, возросло число их «стертых» (латентных) форм, а также велико число патологии эндометрия. В подобных ситуациях, как правило, не возникает необходимости в стационарном лечении, однако латентные формы сальпингоофоритов не менее опасны, чем гнойные процессы, потому что из-за неадекватной терапии эти формы легко переходят в рецидивирующее течение, сопровождающееся нарушениями анатомии в малом тазу и развитием хронической тазовой боли. Несвоевременная диагностика патологии эндометрия приводит к стерилистическим процессам и другим серьезным нарушениям в репродуктивной системе. Поэтому поиск новых методов лечения является чрезвычайно актуальным.

Ключевые слова: хронический эндометрит, внутриматочные синехии, полипы, гиперпластические процессы в эндометрии, гомеостаз эндометрия, спаечная болезнь, иммунокомпетентные клетки, бесплодие, невынашивание.

New approach to the complex therapy of endometrial pathology

M.A.Sarkova, N.A.Sementsova

Summary

Infectious pathology of female genital organs is the most urgent problem of Obstetrics and Gynecology, as it is closely linked to inflammatory diseases of the genitals, habitual miscarriage, infertility, chronic pelvic pain, intrauterine infection of the fetus and newborn.

*Впервые статья опубликована в журнале «Российский вестник акушера-гинеколога» №5, 2014 г.