

Вульвовагинальные инфекции и женское здоровье

В.Н. Прилепская, д.м.н., проф., П.Р. Абакарова, к.м.н.,
Д.Д. Мухамбеталиева

Адрес для переписки: Патимат Рапиевна Абакарова, p_abakarova@oparina4.ru

Для цитирования: Прилепская В.Н., Абакарова П.Р., Мухамбеталиева Д.Д. Вульвовагинальные инфекции и женское здоровье // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16. № 7. С. ??-**.

DOI 10.33978/2307-3586-2020-16-7-&&-^^

В статье рассматриваются вопросы диагностики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний нижних отделов половых путей. Отмечается, что в последнее время чаще встречаются смешанные инфекции, поэтому в их терапии следует использовать комбинированные препараты, активные в отношении широкого спектра патогенных микроорганизмов.

Ключевые слова: инфекционно-воспалительные заболевания, вульвовагинальные инфекции, смешанные инфекции

Введение

Инфекционно-воспалительные заболевания нижних отделов половых путей занимают ведущее место в структуре гинекологической патологии, выявляются у женщин различного возраста и служат одной из наиболее распространенных причин обращения к акушеру-гинекологу. Согласно статистическим данным, по частоте встречаемости они уступают только нарушениям менструального цикла, которые нередко являются их последствиями [1, 2].

Воспалительные заболевания малого таза

Среди медицинских проблем, существенно влияющих на репродуктивное здоровье женщин, следует выделить воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ). Они занимают первое место в структуре гинекологической

патологии и выявляются у 60–65% амбулаторных и до 30% стационарных больных. Пик заболеваемости приходится на возраст 25–35 лет [3]. Как правило, ВЗОМТ развиваются вследствие восходящей инфекции из нижних отделов половых путей, к основным возбудителям которой, по данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время относятся:

- ассоциации анаэробно-аэробных микроорганизмов (смешанные инфекции) – 25–60%;
- гонококк – 25–50%;
- хламидии – 15–20%;
- уреоплазмы и микоплазмы – 10–15%;
- вирусная инфекция – 10–15%.

У каждой четвертой женщины острой формой ВЗОМТ отмечаются такие осложнения, как эндометрит, сальпингоофорит, гидросальпинкс, пиосальпинкс, тубоовариальные абсцессы, спаечный процесс в малом

тазу и брюшной полости. Результатом воспалительного поражения маточных труб становится их частичная или полная непроходимость, что в свою очередь ведет к бесплодию и/или внематочной беременности. Риск бесплодия при одном эпизоде воспаления составляет 15–20%, увеличиваясь после третьего эпизода до 40%, а частота эктопической беременности возрастает в 6–10 раз [3]. Клинические проявления хронических воспалительных процессов разнообразны. Это может быть болевой синдром, который, как правило, сопровождается изменениями в нервно-психическом состоянии (плохим сном, раздражительностью, снижением трудоспособности, быстрой утомляемостью). Сексуальная дисфункция (аноргазмия, вагинизм, диспареуния) встречается у 50–70% женщин с ВЗОМТ. У 45–55% больных хронический очаг воспаления приводит к нарушению менструального цикла (мено-, метроррагии, гипоменструальному синдрому, дисменорее и др.) [3]. В последнее время часто острое начало воспалительных заболеваний и яркая клиническая симптоматика сменяются субклиническим течением с постепенным переходом в хроническую форму, что значительно осложняет клиническую диагностику [4]. Доказана роль инфекционной патологии репродуктивного тракта женщины в генезе большого спектра аку-



шерских осложнений, среди которых наиболее значимы невынашивание беременности, преждевременное излитие околоплодных вод, внутриутробное и интранатальное инфицирование плода и новорожденного, мертворождение, хориоамнионит в родах, послеродовые гнойно-септические осложнения и др. [5–8]. Вызывая локальный и системный воспалительный ответ, инфекционные агенты могут стать причиной прерывания беременности на любом сроке, формирования плацентарной недостаточности, восходящего инфицирования, патологии плода и новорожденного [9]. Большинство случаев (около 30%) прерывания беременности на ранних сроках связано с хроническим эндометритом, обусловленным восходящей инфекцией [3].

Вульвовагинальные инфекции

Вульвовагиниты – инфекционно-воспалительные заболевания гениталий, вызываемые условно патогенными и патогенными микроорганизмами. Ими страдают 70% всех гинекологических больных и 50–60% беременных [10]. Очевидна роль этих заболеваний в формировании многочисленных нарушений репродуктивной функции женщин. В настоящее время вульвовагинальные инфекции характеризуются следующими особенностями:

- высокая роль условно патогенных возбудителей, которые при определенных условиях становятся патогенными;
- рост заболеваемости и устойчивость к большинству антибиотиков;
- изменение иммунологической реактивности организма, снижение его резистентности;
- распространенность самолечения (бич современной медицины), что способствует развитию устойчивости к лечебному воздействию.

К факторам риска вульвовагинальных инфекций относятся:

- раннее начало половой жизни;
- большое число половых партнеров;
- пренебрежение принципами безопасного секса;
- алкоголь, курение, наркомания;
- авитаминозы, недостаток питания;
- экологическая обстановка;
- тяжелые условия жизни и др.

Вульвовагинальные инфекции негативно сказываются на качестве жизни, о чем сообщают 91% пациенток с бактериальным вагинозом, 92% с вульвовагинальным кандидозом и 95,6% пациенток с неспецифическим вагинитом, вызванным аэробной инфекцией [11].

Инфекционные и дисбиотические нарушения половых путей – одна из причин невынашивания беременности и преждевременных родов. Показано, что к преждевременным родам при бактериальном вагинозе и вульвовагинальном кандидозе могут приводить местные проявления восходящей инфекции, связанные с повышением уровня биомедиаторов (цитокинов, лейкотриенов и простагландинов). Увеличение продукции простагландинов запускает процесс родовозбуждения, раскрытия шейки матки и преждевременного излития вод. Известно также, что развитие дисбиоза влагалища у матери – значимый фактор риска гнойно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде [12, 13].

По данным разных авторов, среди всех вульвовагинальных инфекций самой частой причиной обращения пациенток к врачу является бактериальный вагиноз (30–35%), второе место занимает вульвовагинальный кандидоз (20–25%), третье место – смешанные инфекции (15–20%), далее идут трихомониаз (10%) и другие инфекции (10%) [14, 15].

Бактериальный вагиноз

Одной из самых частых причин патологических вагинальных выделений у женщин репродуктивного возраста, а также в менопаузе и реже в детском возрасте, является бактериальный вагиноз [16]. Он не относится к инфекциям, передаваемым половым путем и может возникать и исчезать спонтанно [17, 18]. Под бактериальным вагинозом понимают клинический полимикробный невоспалительный синдром, связанный с нарушением нормальной микрофлоры влагалища. Он характеризуется резким снижением или исчезновением *Lactobacillus* spp., продуцирующих молочную кислоту и перекись водорода, и повышением

концентрации многочисленных видов облигатных и факультативных анаэробных микроорганизмов, например *Bacteroides/Prevotella* spp., *Mobiluncus* spp., *Veillonella* spp., *Gardnerella vaginalis* и др. [19]. Международная классификация болезней 10-го пересмотра не выделяет бактериальный вагиноз как самостоятельное заболевание, и его кодируют как N89 «Другие невоспалительные заболевания влагалища». Клинически бактериальный вагиноз проявляется выделениями из половых путей жидкой консистенции, сероватого цвета, с неприятным запахом протухшей рыбы, иногда сопровождается зудом и жжением.

Для бактериального вагиноза характерны:

- pH > 4,5;
- положительный аминный тест (усиление запаха гнилой рыбы при смешивании вагинального отделяемого с 10%-ным раствором гидроксида калия);
- наличие в мазках по Граму «ключевых» клеток и лейкоцитов менее 20 в поле зрения;
- отсутствие лактобактерий или их малое количество;
- большое количество *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella*, *Peptostreptococcus* spp., *Fusobacterium* spp., *Mobiluncus* spp., *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* и др.;
- отсутствие патогенной флоры [20].

Вульвовагинальный кандидоз

Второе место после бактериального вагиноза по частоте среди вульвовагинальных инфекций занимает вульвовагинальный кандидоз. Хотя бы один эпизод вульвовагинального кандидоза отмечают 70–75% женщин в течение жизни, 40–50% женщин переносят два и более эпизода заболевания [19].

Вульвовагинальный кандидоз – это инфекционное поражение кожи вульвы и слизистой оболочки влагалища, вызванное заражением грибами рода *Candida*. *Candida albicans* – доминирующий возбудитель заболевания (обнаруживается у 90–95% больных). Кроме того, при вульвовагинальном кандидозе, как правило рецидивирующем,

могут обнаруживаться представители *Candida non-albicans* (*Candida glabrata*, *Candida tropicalis*, *Candida krusei*, *Candida parapsilosis* и др.). Микроорганизмы рода *Candida* входят в состав нормальной микрофлоры влагалища. Заболевание обусловлено не просто наличием грибов, а их большим количеством, 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 *Candida albicans* – мощный аллерген, который предрасполагает к развитию локальной аллергической реакции [20–22]. Следует отметить, что вульвовагинальный кандидоз не связан с уменьшением количества лактобактерий, однако дисбиоз влагалища может приводить к рецидиву заболевания. Клинически проявления вульвовагинального кандидоза, вызванного *Candida non-albicans*, выражены в меньшей степени, но способствуют рецидивированию процесса [23–25].

Различают острый и рецидивирующий, или хронический (не менее четырех обострений в течение 12 месяцев), вульвовагинальный кандидоз. На долю острой формы приходится до 80–90% случаев, рецидивирующей – 10–20% [19].

В международной классификации, предложенной D. Eschenbach и используемой в настоящее время в рекомендациях Центра по контролю и профилактике заболеваний США (2015), выделяют неосложненный или осложненный вульвовагинальный кандидоз в зависимости от клинической картины, результатов микробиологического исследования, реакции на терапию [26].

Среди субъективных признаков вульвовагинального кандидоза можно отметить жалобы на зуд, жжение, аномальные творожистые или водянистые выделения из влагалища, дискомфорт, дизурию, диспареунию. К числу объективных признаков вульвовагинального кандидоза

относят отек, гиперемия слизистой оболочки вульвы и влагалища, беловатый налет на слизистой влагалища, легко снимаемый тампоном. При осложненном вульвовагинальном кандидозе могут появляться трещины слизистых и кожных покровов в области вульвы, задней спайки и перианальной области, а также наблюдаться сухость, атрофия, лихенизация в области поражения [27, 28].

Следует отметить, что ни один из симптомов и признаков, сопровождающих вульвовагинальный кандидоз, не может считаться специфичным. Появление симптомов может быть вызвано ростом количества дрожжеподобных грибов, которые ранее колонизировали влагалище, но клинически не обнаруживались.

При осложненном вульвовагинальном кандидозе в патологический процесс может вовлекаться мочевыделительная система, что ведет к развитию уретрита и цистита [26, 29].

Женщинам без клинических симптомов не следует проводить обследование на *Candida* spp. Во всех ситуациях верификация диагноза должна основываться на сочетании клинической картины и данных лабораторного обследования, проведенного с целью выделения возбудителя инфекционного процесса.

Методы лабораторной диагностики вульвовагинального кандидоза:

- микроскопия нативных препаратов или микроскопия мазков, окрашенных по Граму (обнаружение дрожжевых почкующихся клеток, псевдомицелия);
- культуральное исследование (посев материала на селективную питательную среду Сабуро);
- молекулярно-биологические методы, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *Candida* spp. Определение чувствительности к антимикотикам при неосложненных формах не рекомендовано [19, 26, 30].

Неспецифический вагинит

Изучению микробиоценоза при неспецифическом вагините в последнее время уделяется большое внимание. От неспецифического вагинита

страдает практически каждая пятая женщина (19,2%), которая обращается к гинекологам, а среди пациентов с патологическими белями он выявляется в четыре раза чаще [31]. Неспецифический вагинит – инфекционно-воспалительное нетрансмиссионное заболевание влагалища, обусловленное действием условно патогенных микроорганизмов. При нем происходит замещение анаэробных видов лактобацилл, преобладающих в норме, аэробными бактериями, главным образом *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., бактериями семейства *Enterobacteriaceae* (*Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Citrobacter* spp., *Enterobacter* spp., *Serratia* spp., *Proteus mirabilis*, *Morganella morganii*) [32, 33]. Полагают, что патогенный потенциал этих микроорганизмов может реализоваться при относительно небольшом их количестве – 10^5 КОЕ/мл. При аэробном дисбалансе дефицит лактобактерий может быть умеренным, «ключевые» клетки отсутствовать, но при этом будет наблюдаться достаточно много клеток десквамированного эпителия влагалища и нейтрофилов, повышение pH влагалища и кокковая флора [34–36].

Известно, что в норме условно патогенные микроорганизмы могут находиться в небольшом количестве в организме человека, не вызывая заболевание, и только при определенных условиях становиться истинно патогенными. Воспаление чаще всего вызвано действием патогенных и условно патогенных микроорганизмов, идентификация которых чрезвычайно важна при выборе терапии. Однако в значительной степени развитие инфекционного процесса определяется состоянием мукозального иммунитета и зависит от иммунологической реактивности макроорганизма. В возникновении заболевания микробный фактор играет такую же роль, как и состояние макроорганизма, и те обстоятельства, которые изменяют его иммунобиологические свойства [37].

Чрезмерный рост микроорганизмов сопряжен с выработкой ими ферментов совместно с тканевыми протеазами и протеазами аккумулированных лейкоцитов, вызывающих



значительную деструкцию тканей. Особенность течения аэробного или неспецифического вагинита – выраженная воспалительная реакция слизистой оболочки.

К факторам риска возникновения неспецифического вагинита относят:

- нарушение обмена веществ;
- общие инфекционные заболевания;
- алиментарный фактор;
- хронические стрессовые ситуации;
- токсическое воздействие некоторых лекарственных веществ (антибиотиков, цитостатиков, антацидов, глюкокортикостероидов);
- различные экстрагенитальные заболевания;
- осложненное течение беременности и родов (гестоз, швы на шейке матки, перенесенные ВЗОМТ и др.);
- неблагоприятную санитарно-эпидемиологическую обстановку в стационаре;
- особенности сексуальной жизни (большое число половых партнеров, высокую частоту урогенитальных и ректогенитальных половых контактов, половые контакты во время менструации) [38, 39].

Симптомы неспецифического вагинита могут быть различными в зависимости от тяжести воспалительного процесса, к наиболее характерным относятся:

- дискомфорт, зуд и жжение в области половых органов;
- обильные выделения, иногда с неприятным запахом (гнойные, молочные, творожистые, пенистые, в осложненных случаях кровянистые);
- ноющие боли внизу живота и при половом контакте;
- дизурические расстройства, диспареунию.

В ходе визуального обследования можно обнаружить гиперемии и отечность наружных половых органов. При контакте шейка матки легко травмируется и кровоточит. Могут быть мелкие кровоизлияния слизистой оболочки влагалища и шейки матки. При тяжелом течении наблюдаются изъязвления эпителия слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

Различают острую и хроническую

форму течения заболевания. Острая форма отличается ярко выраженными жалобами, а хроническая характеризуется слабо выраженными симптомами.

В большинстве случаев неспецифические вагиниты протекают со скудной симптоматикой, не имеют специфических признаков, обостряются на фоне интеркуррентных заболеваний и переохлаждения.

Диагностика вагинитов обычно не представляет трудности и основывается на данных анамнеза, учете жалоб, результатах клинических и лабораторных исследований. Указания в анамнезе на тяжелые общие заболевания, воспалительные процессы половых органов (аднекситы), нарушения функции яичников и другие патологические состояния, способствующие возникновению заболевания, значительно облегчают диагностику. Большое внимание следует уделять типичным жалобам на зуд в области наружных половых органов, патологические выделения из половых путей (бели) и др. Предположить диагноз неспецифического вагинита можно на основании осмотра в зеркалах, в ходе которого обнаруживается гиперемия, утолщенная, отечная слизистая оболочка влагалища, покрытая серозным или гнойным налетом, легко начинающая кровоточить.

Для диагностики неспецифического вагинита широко применяется микроскопия мазков из влагалища, взятых на стекло и окрашенных по Граму. Положительным считается результат, если в мазках по Граму обнаруживаются лейкоциты (> 20 в поле зрения), микрофлора в большом количестве (чаще смешанная), а патогенные микроорганизмы и грибы отсутствуют. Чтобы уточнить этиологию воспалительного процесса, прибегают к наиболее информативному бактериологическому исследованию выделений, полученных из влагалища. Культуральное исследование позволяет выделить из патологического материала и идентифицировать различные виды возбудителей, выполнить их количественную оценку, определить степень этиологической значимости и чувствительность вы-

деленных микроорганизмов к антибиотикам. Кроме того, применяется исследование профиля микрофлоры урогенитального тракта методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (тест «Фемофлор 16», Россия). К преимуществам этого метода следует отнести возможность количественной оценки лактобактерий и анаэробной флоры, в том числе по отношению к общей бактериальной массе, а также определение широкого спектра анаэробных бактерий [40, 41].

Инфекционно-воспалительные заболевания редко вызываются одним возбудителем. Многие исследователи указывают на полимикробную этиологию вагинитов, причем в 20–30% наблюдений причиной инфекционного процесса становятся два-три микробных агента [42, 43]. Следует напомнить, что смешанные инфекции характеризуются:

- более тяжелым и длительным течением;
- частым рецидивированием процесса;
- восходящим путем инфицирования;
- хронизацией процесса;
- трудностями выбора терапии;
- неэффективным лечением.

Лечение

В ведении больных с инфекцией, особенно смешанного характера, огромное значение имеет выбор метода терапии, который определяется индивидуально, зависит от клинического течения заболевания, результатов комплексного исследования, особенностей действия препарата (эффективности, диапазона действия и др.). Преимущество имеют комплексные препараты с широким спектром действия (антимикотическим и антибактериальным), которые применяются локально и эффективны в отношении нескольких видов микроорганизмов. Среди преимуществ локальной терапии следует отметить отсутствие системного влияния на организм, минимальный риск побочных реакций, простоту и удобство применения, отсутствие противопоказаний (кроме индивидуальной непереносимости препа-

рата), возможность использования у больных с экстрагенитальной патологией, быстрое попадание в очаг инфекции и быстрое действие.

В настоящее время на российском рынке имеется большой выбор комбинированных препаратов для интравагинального применения, которые активны в отношении широкого спектра патогенов, грибов, простейших и кокковой флоры. Один из таких препаратов Метромикон-Нео® – комбинированный препарат с противопротозойным, противогрибковым и антибактериальным действием, содержащий метронидазол 500 мг и миконазола нитрат 100 мг.

Метронидазол, входящий в состав препарата Метромикон-Нео®, активен в отношении широкого спектра микробных агентов:

- ✓ простейшие *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*;
- ✓ облигатные анаэробные бактерии:
 - грамотрицательные – *Bacteroides* spp. (в том числе *Bacteroides fragilis*, *Bacteroides distasonis*, *Bacteroides ovatus*, *Bacteroides thetaiotaomicron*, *Bacteroides vulgatus*), *Fusobacterium* spp., *Veillonella* spp., *Prevotella* spp. (*Prevotella bivia*, *Prevotella buccae*, *Prevotella disiens*);
 - грамположительные – *Clostridium* spp., *Eubacterium* spp., *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Mobiluncus* spp.;
- ✓ факультативный анаэроб *Gardnerella vaginalis*.

Противогрибковое средство миконазол (производное азола) при интравагинальном применении активно в основном в отношении *Candida albicans*. Фунгицидный и фунгистатический эффект миконазола обусловлен ингибированием биосинтеза эргостерола оболочки и плазматических мембран грибов, изменением липидного состава и проницаемости клеточной стенки, которые вызывают гибель клетки гриба. Отличительное преимущество препарата перед другими вагинальными формами – запатентованная основа суппозиториев Суппоцир АМ®. Полусинтетический глицерид

Суппоцир АМ® обеспечивает быстрое расплавление суппозиториев с образованием объемной пенистой массы, которая равномерно распределяется по слизистой оболочке, проникая в труднодоступные складки влагиалища и обеспечивая высокие биоадгезивные и мукоадгезивные свойства действующих веществ. Метромикон-Нео® осуществляет эффективное лечение инфекционно-воспалительных заболеваний и профилактики рецидивов при следующих показаниях:

- трихомонадный вульвовагинит;
- кандидозный вульвовагинит;
- бактериальный вагиноз;
- вульвовагиниты смешанной этиологии (препарат выбора для проведения эмпирической терапии).

Метромикон-Нео® используется как при острых процессах (по одному суппозиторию утром и на ночь в течение семи дней), так и при хроническом течении (по одному суппозиторию утром и вечером в течение 14 дней). В случае частых рецидивов или отсутствия положительной клинической динамики при лечении другими методами препарат назначают по одному суппозиторию утром и на ночь в течение 14 дней [44].

Результаты многочисленных исследований подтверждают эффективность метронидазола, входящего в состав препарата Метромикон-Нео®, при бактериальных вагинозах и вагинитах смешанной этиологии и позволяют рекомендовать его даже при осложненных формах с формированием биопленки. В клинической практике показано, что применение препарата Метромикон-Нео® практически не приводило к развитию резистентности к терапии и рецидивам заболевания [45].

Было проведено сравнительное открытое рандомизированное исследование с участием женщин со смешанной формой вагинального дисбиоза. Одна группа пациенток (n = 31) получила лечение препаратом Метромикон-Нео® (вагинальные суппозитории два раза в сутки на протяжении семи дней). Вторая группа (n = 30) – интравагинальные аппликации клиндамицином (2%-ный крем один раз

в сутки в течение шести дней). Через два дня после основного лечения всем женщинам назначено средство, содержащее пробиотические штаммы лактобактерий (*Lactobacillus rhamnosus* GR-1 и *Lactobacillus reuteri* RC-14 не менее 1×10^9 КОЕ/г), вагинально по одной капсуле один раз в сутки в течение 15 дней. Была показана сравнимая высокая клиническая (96,8 и 96,6% соответственно по критерию «патологические выделения» на 30-й день после окончания курса лечения, $p > 0,05$) и микробиологическая (90,3 и 82,9% соответственно, $p > 0,05$) эффективность в обеих группах. Однако у 17,2% пациенток применение клиндамицина в дальнейшем потребовало антимикотической терапии в связи с выявленной обсемененностью *Candida* spp. При контроле в те же сроки *Lactobacillus* spp. присутствовали у 90,6 и 86,2% пациенток соответственно ($p < 0,005$). Наилучшая комплаентность по шкале Мориски – Грина отмечалась при использовании препарата Метромикон-Нео® по сравнению с клиндамицином (87,1 против 72,4% соответственно), что говорит о большем удобстве применения вагинальных суппозиториев Метромикон-Нео® без помех для активной жизни [46, 47].

Профилактика

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, профилактика урогенитальных инфекций подразумевает:

- всестороннее сексуальное просвещение, консультирование в отношении инфекций, передаваемых половым путем, и вируса иммунодефицита человека до и после тестирования на их наличие;
- консультирование в отношении более безопасного секса/снижения риска, пропаганду использования презервативов, которые при условии правильного и систематического применения являются одним из самых эффективных методов защиты от инфекций, передаваемых половым путем, и вируса иммунодефицита человека. Женские презервативы эффективны и безопасны, но не так широко используются в национальных программах, как мужские [48];



- меры, ориентированные на основные и уязвимые группы населения: подростки, работники секс-индустрии, мужчины, имеющие секс с мужчинами, и лица, употребляющие инъекционные наркотики;
- просвещение и консультирование с учетом потребностей подростков.

Заключение

Значительная распространенность инфекционно-воспалительных заболеваний нижнего отдела генитального тракта, которые нередко становятся причиной серьезных нарушений репродуктивной функции и осложнений во время

беременности, родов и послеродового периода, – одна из наиболее актуальных проблем гинекологии. Сейчас чаще всего встречаются смешанные инфекции, которые, с одной стороны, могут протекать тяжело и длительно, часто рецидивируя, а с другой – клинически не проявляться, вплоть до развития осложнений, и вызывать определенные трудности при постановке диагноза и выборе терапии. В настоящее время при лечении вульвовагинальных инфекций смешанной этиологии предпочтение отдается комбинированным препаратам для интравагинального применения, которые активны в отношении широкого

спектра патогенных микроорганизмов. Метромикон-Нео® – один из таких препаратов. Его отличительное преимущество – основа суппозитория Суппоцир АМ®, которая обеспечивает высокие биоадгезивные и мукоадгезивные свойства действующих веществ – компонентов препарата. Метромикон-Нео® оптимален по составу, благодаря чему оказывает противогрибковый, противопротозойный и противомикробный эффект при отсутствии заметных побочных реакций и может быть одним из препаратов выбора для лечения вульвовагинальных инфекций у женщин репродуктивного возраста. ☺

Литература

1. Hainer B.L., Gibson M.V. Vaginitis: diagnosis and treatment // Am. Fam. Physician. 2011. Vol. 83. № 7. P. 807–815.
2. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии / под общ. ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова. М.: Литтерра, 2015.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
4. Савченко Т.Н., Хашукова А.З., Ильина И.Ю. и др. Воспалительные заболевания органов малого таза: влияние на репродуктивное состояние женщин, перспективы лечения // Лечащий врач. 2014. № 12. С. 8–11.
5. Нестеров И.М., Айламазян Э.К., Толоян А.А. Оптимизация местной терапии вагинальных инфекций и дисбиозов // Акушерство и гинекология. 2010. № 6. С. 70–75.
6. Кира Е.Ф., Муслимова С.З. Неспецифический вагинит и его влияние на репродуктивное здоровье женщины (обзор литературы) // Проблемы репродукции. 2008. Т. 14. № 5. С. 8–14.
7. Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Каранетян Т.Э. и др. Роль оппортунистических вагинальных инфекций и факторов врожденного иммунитета у беременных в реализации внутриутробной инфекции // Проблемы репродукции. 2013. Т. 19. № 4. С. 95–98.
8. Higgins R.D., Saade G., Polin R.A. et al. Evaluation and management of women and newborns with a maternal diagnosis of chorioamnionitis // Obstet. Gynecol. 2016. Vol. 127. № 3. P. 426–436.
9. Сухих Г.Т., Ванько Л.В. Иммуные факторы в этиологии и патогенезе осложнений беременности // Акушерство и гинекология. 2012. № 1. С. 128–136.
10. Радзинский В.Е., Тигиева А.В. Вульвовагинальные болезни: возможность патогенетической терапии // Эффективная фармакотерапия. 2014. № 45. С. 38–43.
11. Воронова О.А. Внедрение инновационных технологий на этапе реабилитации больных с вагинальной патологией и инфекциями, передаваемыми половым путем // Тезисы II Всероссийского конгресса дерматовенерологов. СПб., 2007.
12. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. С. 21–35.
13. Радзинский В.Е., Кипяткова Н.Г., Мухтарова А.В. Биомониторинг при угрожающем невынашивании и преждевременных родах // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2009. № 6. С. 364–373.
14. Reis A.J. Treatment of vaginal infections: candidiasis, bacterial vaginosis and trichomoniasis // J. Am. Pharm. Assoc. 1997. Vol. 37. № 5. P. 563–569.
15. Прилепская В.Н., Яглов В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
16. Гинекология. Национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова и др. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.
17. Krauss-Silva L., Moreira M.E., Alves M.B. et al. A randomised controlled trial of probiotics for the prevention of spontaneous preterm delivery associated with bacterial vaginosis: preliminary results // Trials. 2011. Vol. 12. ID 239.
18. Leppäluoto P.A. Bacterial vaginosis: what is physiological in vaginal bacteriology? An update and opinion // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2011. Vol. 90. № 12. P. 1302–1306.
19. Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин / под ред. В.Н. Прилепской, Е.Ф. Киры. М., 2019.
20. Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р., Бровкина Т.В. и др. Генитальные инфекции и локальные препараты комплексного действия (опыт применения) // Гинекология. 2014. Т. 16. № 5. С. 43–47.
21. Ozturk S., Caliskaner Z., Karaayvaz M. et al. Hypersensitivity to aeroallergens in patients with recurrent vulvovaginitis of undetermined etiology // J. Obstet. Gynaecol. Res. 2007. Vol. 33. № 4. P. 469–500.
22. Weissenbacher T.M., Witkin S.S., Gingelmaier A. et al. Relationship between recurrent vulvovaginal candidosis and im-

- mune mediators in vaginal fluid // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2009. Vol. 144. № 1. P. 59–63.
23. *Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р.* Вульвовагинальный кандидоз: клиника, диагностика, принципы терапии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
 24. *Workowski K.A., Bolan G.A.* Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015 // MMWR Recomm. Rep. 2015. Vol. 64. № RR-03. P. 1–137.
 25. *Foxman B., Muraglia R., Dietz J.P. et al.* Prevalence of recurrent vulvovaginal candidiasis in 5 European countries and the United States: results from an internet panel survey // J. Low Genit. Tract. Dis. 2013. Vol. 17. № 3. P. 340–345.
 26. 2015 STD treatment guidelines diseases characterized by vaginal discharge // www.cdc.gov/std/tg2015/candidiasis.htm.
 27. *Jung H.S., Ehlers M.M., Lombaard H. et al.* Etiology of bacterial vaginosis and polymicrobial biofilm formation // Crit. Rev. Microbiol. 2017. Vol. 43. № 6. P. 651–667.
 28. *Sobel J.D.* Vaginitis, vulvitis, cervicitis and cutaneous vulval lesions // Infectious diseases. 4th ed. / ed. by J. Cohen, W.G. Powderly, S.M. Opal. Elsevier, 2017. P. 483–491.
 29. *Muzny C.A., Schwabke J.R.* Biofilms: an underappreciated mechanism of treatment failure and recurrence in vaginal infections // Clin. Infect. Dis. 2015. Vol. 61. № 4. P. 601–606.
 30. *Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р.* Современные возможности диагностики и лечения вульвовагинального кандидоза // Медицинский совет. 2019. № 13. С. 42–48.
 31. *Анكيرская А.С.* Неспецифический вагинит // Венеролог. 2005. № 3. С. 57–60.
 32. *Donkers G.G., Vereecken A., Bosmans E. et al.* Definition of a type of abnormal vaginal flora that is distinct from bacterial vaginosis: aerobic vaginitis // BJOG. 2002. Vol. 109. № 1. P. 34–43.
 33. *Перламутров Ю.Н., Чернова Н.И.* Возможности повышения эффективности терапии неспецифического вагинита и цервицита // Лечащий врач. 2014. № 12. С. 79–82.
 34. *Tempera G., Furneri P.M.* Management of aerobic vaginitis // Gynecol. Obstet. Invest. 2010. Vol. 70. № 4. P. 244–249.
 35. *Бурменская О.В.* Молекулярно-генетические маркеры иммунного ответа при воспалительных заболеваниях органов женской репродуктивной системы: автореф. дис. ... д-ра биол. наук. М., 2014.
 36. *Lamont R.F., Taylor-Robinson D.* The role of bacterial vaginosis, aerobic vaginitis, abnormal vaginal flora and the risk of preterm birth // BJOG. 2010. Vol. 117. № 1. P. 119–120.
 37. *Серов В.Н.* Особенности инфекции в акушерстве, гинекологии и перинатологии // Русский медицинский журнал. 2006. Т. 14. № 1. С. 2–6.
 38. *Муслимова С.З.* Дифференциальная диагностика и оптимизация лечения нетрансмиссионных инфекций влагалища и вульвы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008.
 39. *Ширева Ю.В., Сандакова Е.А., Карпунина Т.И.* Неспецифический аэробный вагинит – «новое» или «старое» заболевание? // Медицинский альманах. 2010. № 4. С. 164–168.
 40. *Липова Е.В., Болдырева М.Н., Витвицкая Ю.Г.* Новый высокочувствительный способ диагностики дисбаланса нормо- и условно-патогенной биоты у женщин на ранних стадиях // Consilium Medicum. 2009. Т. 11. № 6. С. 47–51.
 41. *Ворошилина Е.С., Тумбинская Л.В., Донников А.Е. и др.* Биоценоз влагалища с точки зрения количественной полимеразной цепной реакции: что есть норма? // Акушерство и гинекология. 2011. № 1. С. 57–65.
 42. *Анكيرская А.С.* Неспецифические вагиниты. Клиническая микробиология и антимикробная терапия // Клиническая микробиология и антимикробная терапия. 2000. № 2. С. 29–31.
 43. *Рахматулина М.Р., Шаталова А.Ю.* Современные представления о микробиоценозе вагинального биоценоза и его нарушениях у женщин репродуктивного возраста // Вестник дерматологии и венерологии. 2009. № 3. С. 38–42.
 44. Метромикон-Нео. Рег. № РУ ЛП-001676 от 28.04.2012: инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата // www.grls.rosminzdrav.ru.
 45. *Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Котельникова А.В., Князева Т.П.* Современные подходы к верификации диагноза бактериального вагиноза и тактике ведения // РМЖ. Мать и дитя. 2018. Т. 1. № 2. С. 48–53.
 46. *Боровиков И.О., Куценко И.И., Рубинина Э.Р. и др.* Преконцепционная подготовка пациенток со смешанным вагинальным дисбиозом // РМЖ. Мать и дитя. 2019. Т. 2. № 2. С. 113–119.
 47. *Дикке Г.Б.* Бактериальный вагиноз: новые аспекты этиопатогенеза и выбора терапевтических стратегий // РМЖ. Мать и дитя. 2019. Т. 2. № 4. С. 307–313.
 48. *Green K.A., Zarek S.M., Catherino W.H.* Gynecologic health and disease in relation to the microbiome of the female reproductive tract // Fertil. Steril. 2015. Vol. 104. № 6. P. 1351–1357.

Vulvovaginal Infections and Women's Health

V.N. Prilepskaya, MD, PhD, Prof., P.R. Abakarova, PhD, D.D. Mukhambetaliyeva

National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov, Moscow

Contact person: Patimat R. Abakarova, p_abakarova@oparina4.ru

The article deals with the diagnosis and treatment of infectious and inflammatory diseases of the lower genital tract. It is noted that in the recent years, mixed infections are most common, that is why for their therapy combined drugs should use that are active against a wide range of pathogens.

Key words: infectious and inflammatory diseases, vulvovaginal infections, mixed infections

Метронидазол 500 мг + Миконазола нитрат 100 мг

avexima

МЕТРОМИКОН-НЕО

Ценность для женского здоровья



- Два вещества – три действия¹
- Активен в отношении *Gardnerella vaginalis*^{1, 3}
- Способствует разрушению бактериальной биоплёнки^{2, 3}



СУППОЦИР АМ – оптимальная основа суппозитория, которая расплавляется под действием температуры тела и способствует равномерному распределению действующих веществ

ОАО «Авексима», 125284, г. Москва, Ленинградский пр., дом 31 А, стр. 1, тел. +7 (495) 258-45-28

www.avexima.ru

1. Инструкция по медицинскому применению препарата; 2. McMillan A., Dell M., Zellar M.P., Cribby S., Hong E., Fu J., Abbas A., Dang T., Miller W., Reid G. Disruption of urogenital biofilms by lactobacilli. Colloids Surf. B Biointerfaces. 2011; 86:58–64; 3. Пестрикова Т.Ю. «Современные подходы к верификации диагноза бактериального вагиноза и тактике ведения», РМЖ Акушерство и Гинекология 2018, № 2.

ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ