

ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ – СОВРЕМЕННЫЙ ТРЕНД В ЛЕЧЕНИИ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ



В.А. ПОТАПОВ

д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

ORCID: 0000-0003-3260-4397

Контакты:

Потапов Валентин Александрович
Днепропетровская медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии
49044, Днепр, Дзержинского, 9
тел.: +38 (066) 360 95 96
e-mail: ppotapov@i.ua

ВВЕДЕНИЕ

Воспалительные заболевания влагалища (вагиниты) продолжают оставаться актуальной проблемой современной гинекологии, поскольку они распространены среди женщин всех возрастов. Так, у молодых женщин основными причинами, способствующими развитию вагинитов, как правило, являются инфекционные заболевания, эндокринная патология, снижение функции яичников, воздействие местных повреждающих факторов. В свою очередь в пожилом и старческом возрасте на развитие неспецифических вагинитов влияет утрата одного из важных факторов защиты слизистой оболочки влагалища, а именно возможности образования молочной кислоты из гликогена [1, 2, 3].

Воспалительные заболевания влагалища ухудшают качество жизни женщин, способствуют развитию воспалительного процесса матки и ее придатков, приводят к инфекционным осложнениям после хирургического вмешательства на органах малого таза, значительно снижают репродуктивный потенциал женщин, а также влияют на возникновение восходящей инфекции мочевыводящих путей, обуславливая развитие циститов и пиелонефритов [4, 5, 6].

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ

Вагиниты различаются по своему происхождению. В частности, в зависимости от причин возникновения их разделяют на неинфекционные и инфекционные.

Неинфекционные вагиниты развиваются при отсутствии инфекционного возбудителя. Их могут вызвать термические, химические, механические и аллергические факторы, например, спринцевание горячими или агрессивными растворами, спермициды, мыло и др. Позднее к воспалительному процессу может присоединиться и бактериальный фактор. К этой группе также относится атрофический вагинит. В то же время удельная доля неинфекционных вагинитов является значительно меньшей по сравнению с инфекционными, в связи с чем последним уделяется особое внимание [7].

В группу **инфекционных вагинитов** входят:

- бактериальные вагинозы;
- неспецифические вагиниты;
- кандидозный вагинит;
- гонорейный вагинит;
- трихомонадный вагинит.

Бактериальный вагиноз (так называемый дисбактериоз влагалища) – вагинит, который наиболее часто встречается в репродуктивном возрасте. Он связан с нарушением количественного соотношения микроорганизмов, определяющихся у здоровых женщин: уменьшается количество лактобацилл, а следовательно, и продуцируемой ими молочной кислоты, что способствует увеличению на этом фоне (рН от 5,5 до 7,5) числа других обитателей влагалища, особенно гарднерелл, микоплазм и анаэробных бактерий. Среди причин этой патологии выделяют нарушение местных защитных реакций и частые половые контакты, которые ведут к сдвигу рН в щелочную среду [7, 8].

Неспецифические вагиниты вызываются условно патогенными микроорганизмами (кишечной палочкой, стрептококками, стафилококками и др.). В отличие от бактериального вагиноза, это заболевание является истинным воспалительным процессом. Возбудители неспецифических вагинитов – широчайший спектр микроорганизмов, в частности стафилококки, кишечная палочка, стрептококки, вирусы, хламидии, уреоплазмы, а также их различные ассоциации [1, 9, 10].

Кандидозный вагинит встречается часто (по некоторым данным, в течение жизни его переносят до 80% женщин), поэтому слово «вагинит» у многих ассоциируется с кандидозом (молочницей). Возбудителем заболевания, как правило, является один из видов дрожжеподобных грибов рода кандид.

Гонорейный и трихомонадный вагинит вызываются соответствующими возбудителями.

В настоящее время для инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых органов характерна смешанная этиология, стертая или бессимптомная клиническая картина, высокая частота микст-инфекций, склонность к рецидивированию. При этом частота рецидивов воспалительных заболеваний влагалища достигает 30–40% [11].

Отдельно следует отметить, что актуальность проблемы воспалительных заболеваний влагалища преимущественно обусловлена отсутствием тенденции к снижению заболеваемости. Ситуация, которую мы наблюдаем сегодня, во многом связана с имевшим место в 1990-е годы «эпидемическим характером распространения» инфекций, передаваемых половым путем, и внедрением новых на тот момент методик микробиологической диагностики, в частности

полимеразной цепной реакции. Результатом оказалось обнаружение пугающего избытия инфектов, вследствие чего врачи без преувеличения «пошли войной» на микробиоценоз влагалища. Терапия, назначаемая с учетом результатов качественной, а не количественной оценки, лечила «не женщину, а анализ». При этом клиницисты того времени не всегда задавались вопросом о последствиях антибактериальной терапии. Поэтому для современного врача с целью формирования клинической точки зрения будет очень ценным принять во внимание период развития представлений о влагалищных инфекциях, пришедшийся на последнее десятилетие XX века [12].

В свою очередь появление рецидивов заболевания как осложнения неправильной терапии приводит к снижению качества жизни пациенток, уменьшает фармакоэкономические показатели (продолговатость и удорожание курса лечения), а также способствует переходу острых форм заболевания в хронические и появлению резистентных к терапии форм [5, 13].

Такое клиническое течение инфекционно-воспалительных заболеваний влагалища во многом обусловлено нарушениями различных этиопатогенетических звеньев. Поэтому в настоящее время актуален поиск комплекса лекарственных средств и методов воздействия на все звенья патогенеза заболевания в целях повышения эффективности терапии и снижения частоты рецидивирования воспалительного процесса.

Вместе с тем чтобы понимать, в каком терапевтическом направлении следует двигаться, необходимо учитывать состояние так называемой «вагинальной экологии», которая неразрывно связана с этиопатогенезом вагинитов различной природы.

Вагинальная экология

В настоящее время установлено, что влагалищный биотоп представляет собой сбалансированную систему, в которой кислая среда влагалищного содержимого контролирует присутствие микробных штаммов, а микрофлора, в свою очередь, обеспечивает кислотность вагинального секрета. Ключевыми элементами данной экосистемы являются вагинальный эпителий и вагинальная флора [4, 14, 15, 16].

Влагалище здоровых женщин содержит около 9 различных видов микроорганизмов (в 2,2 раза меньше, чем при бактериальном вагинозе, и в 3,5 раза меньше, чем при вагинитах). Общее содержание бактерий в здоровой экосистеме влагалища составляет порядка 10^5 – 10^6 КОЕ/мл [12].

В нормальной микрофлоре влагалища присутствуют все микроорганизмы, способные выжить, существовать и развиваться в конкретных условиях, не вызывая заболевания организма. Многокомпонентность и динамичность видового и количественного состава биоценоза обеспечивают гибкое приспособление микроорганизмов к изменениям среды обитания. Более того, колонизационная резистентность влагалища отвечает за стабильность нормального биоценоза, предотвращая чрезмерное развитие условно-патогенной микрофлоры [4, 5, 11].

Для поддержания активности и жизнеспособности лактобактерий необходимы кислая среда, анаэробные условия, достаточное содержание в эпителии влагалища гликогена – их основного питательного субстрата.

В результате жизнедеятельности влагалищных лактобацилл гликоген превращается в молочную кислоту, концентрация которой в норме настолько высока (рН 4–4,5), что не

позволяет патогенным микроорганизмам колонизировать влагалище и вызывать в нем воспалительный процесс (если их количество не слишком велико) – то есть для влагалища характерны процессы «самоочищения». Щелочная среда во влагалище может быть индикатором общего или гинекологического заболевания. Недостаточная функция яичников у девочек и пожилых женщин служит причиной низкого содержания гликогена в клетках влагалища и, соответственно, отсутствия кислой реакции, что может быть фоном для развития вагинита. Этим объясняется появление атрофического вагинита в климактерическом периоде.

Неблагоприятные для вагинальной экологии условия складываются в следующих случаях [12]:

- ❖ нарушение анатомии вульвы, влагалища и шейки матки (травмы в родах, оперативные вмешательства и др.);
- ❖ нежелательное ощелачивание влагалищной среды;
- ❖ изменение реологических свойств цервикальной слизи или удаление слизистой пробки из цервикального канала (при хирургическом аборте, других гинекологических вмешательствах, перед родами), дефекты местного иммунитета;
- ❖ нарушения менструального цикла со снижением концентрации эстрогенов (приводят к дефициту гликогена, необходимого для размножения лактобактерий);
- ❖ неправильно проведенное лечение антибиотиками, антисептиками (без учета вероятных или выявленных микробных агентов, без последующего восстановления влагалищного биоценоза).

Подходы к лечению

Вопросы лечения инфекционно-воспалительных заболеваний влагалища до настоящего времени остаются дискуссионными, так как реакция организма на внедрение возбудителя зависит от ряда обстоятельств, определяемых индивидуальными особенностями макроорганизма. Полиэтиологичность возбудителей вагинитов, а также их изменчивость диктуют необходимость периодического пересмотра терапии [1, 17].

Как правило, используемая сегодня врачами-гинекологами схема лечения выглядит следующим образом:

- 1) применение этиотропных, противовоспалительных средств;
- 2) лечение сопутствующих заболеваний, нейроэндокринных, обменных и других функциональных нарушений;
- 3) прекращение половой жизни до полного выздоровления, при необходимости – обследование и лечение полового партнера.

В основном врачи применяют системные антимикробные препараты или местную терапию в виде вагинальных форм. Наиболее часто используемые антибактериальные препараты – антианаэробные антибиотики метронидазол, клиндамицин (рекомендованы при бактериальном вагинозе Центром контроля и профилактики заболеваний США). В дальнейшем для восстановления нормальной микрофлоры влагалища назначаются пробиотики, а для профилактики рецидивов – иммунокорректоры. Однако было выявлено, что даже после успешного лечения антибиотиками (такими как клиндамицин и метронидазол) у 15–30% пациенток в течение 3 месяцев возникает рецидив. При этом попытки лечения половых партнеров не уменьшают числа рецидивов заболевания у женщин [12].

Кроме того, антибиотикотерапия, ликвидируя патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, одновре-

менно препятствует росту и быстрому восстановлению нормальной микрофлоры влагалища. Эти факторы риска с негативным воздействием на биоценоз влагалища приводят к значительному уменьшению уровня лактобацилл, что в свою очередь позволяет размножаться во влагалище условно-патогенным микроорганизмам [18].

Таким образом, существующие традиционные методы терапии инфекций половой сферы с применением этиотропных антибактериальных препаратов могут быть неэффективными или оказывать кратковременное действие, особенно при хронических рецидивирующих формах заболеваний. Это, в свой черед, может быть обусловлено отсутствием терапевтического воздействия на измененную тканевую реактивность [12, 19].

Следовательно, врач-гинеколог, который выбирает тактику лечения воспалительных заболеваний влагалища, должен помнить о проблеме антибиотикорезистентности. Рассмотрим данный вопрос более подробно.

Антибиотикорезистентность в гинекологии

Как известно, селекция резистентных штаммов происходит по ряду причин. Во-первых, из-за нерационального применения антибиотиков – не по показаниям, в качестве профилактики возможных осложнений. Немаловажную роль здесь играет безрецептурная доступность антимикробных препаратов в аптеках и, как следствие, самолечение пациенток.

Появление антибиотикорезистентности приводит к тому, что применение антибиотиков первого ряда становится проблематичным в рамках официальных программ лечения, даже если резистентность наблюдается лишь у небольшого числа патогенных бактерий [20].

Так, резистентность, возникающая у *Neisseria gonorrhoeae*, привела к тому, что в качестве препаратов выбора стали практически исключительно рассматривать цефалоспорины III поколения [21, 22]. Начиная с середины 1980-х гг., препаратами первого ряда стали фторхинолоны, но уже к началу 1990-х гг. появились сообщения о неэффективности их применения вследствие резистентности штаммов, и этот класс антибиотиков более не рекомендован в качестве препаратов выбора [22]. В настоящее время уже появились штаммы со сниженной чувствительностью к цефтриаксону [23], а также информация о случаях неэффективного лечения ими [24].

В гинекологических отделениях выявляется проблема выделения *Staphylococcus spp.* с наличием резистентности к ряду антимикробных средств – оксациллину, гентамицину, ципрофлоксацину, тетрациклину [25]. В последнее время отмечается наличие резистентности к метициллину, но с сохранением чувствительности к ванкомицину [26].

Микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae* обладают резистентностью к тетрациклинам, ампициллину, ингибиторозащищенным пенициллинам, цефалоспорином I–III поколений вследствие продукции β-лактамаз расширенного спектра при сохранении чувствительности к карбапенемам. Что же касается хламидийной инфекции, то в настоящее время механизмы резистентности *Chlamydia trachomatis* не описаны.

Таким образом, с учетом резистентности многих возбудителей к антибиотикам целесообразность их применения при инфекционных вагинитах следует рассматривать индивидуально в каждом конкретном случае. Местное применение антибактериальных препаратов (в растворах, эмульсиях)

целесообразно только при упорном течении вагинита и чувствительности к ним возбудителя (ассоциации микробов). При этом курс лечения должен быть непродолжительным [7]. Положительный эффект такой антибиотикотерапии проявляется у 65–95% больных вагинитами, в то же время у 20–40% женщин после лечения возможно возникновение рецидивов, что обусловлено снижением защитных свойств влагалищной среды и изменением качественного и количественного состояния микрофлоры, восстановление которой весьма затруднительно [8].

Местная терапия – современное направление

Обилие лечебных схем, применяемых для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний влагалища, свидетельствует об их невысокой терапевтической эффективности. Как уже отмечалось, длительное антибактериальное лечение хронических вульвовагинитов изменяет эндогенную микрофлору, обуславливая увеличение числа штаммов, устойчивых к действию антибактериальных препаратов. Именно поэтому большинство исследователей отводят главную роль комплексному лечению, включающему в себя общую и местную терапию, направленную на подавление и ликвидацию патогенных возбудителей, дезинтоксикацию и коррекцию нарушений гемостаза, что способствует повышению защитных способностей организма [27–30].

В частности, общая терапия должна быть направлена на лечение сопутствующих гинекологических, обменных, эндокринных заболеваний и нормализацию гормонального и иммунного фона организма. В период лечения вагинита назначается щадящая, преимущественно кисломолочная и растительная диета, из рациона исключаются острые, соленые, копченые блюда, раздражающие действующие на слизистые оболочки, ограничивается употребление жидкости (для уменьшения отеков слизистых).

Важным моментом в лечении является прекращение половых отношений до полного выздоровления, а также обследование и лечение партнера во избежание хронизации и дальнейшего распространения заболевания.

Особое внимание отводится именно местному лечению. Преимущества локальной терапии заключаются в минимальном риске побочных реакций, простоте и удобстве применения, в отсутствии противопоказаний (кроме индивидуальной непереносимости препарата) и в возможности применения при экстрагенитальной патологии [2, 30]. Быстрое проникновение в очаг воспаления топических препаратов позволяет эффективно воздействовать на патологический процесс уже на первых этапах лечения.

В качестве препарата локальной терапии привлекает внимание современный препарат в форме вагинального геля Gynodek® (ООО «Юрия-Фарм», Украина), который в последние годы с успехом применяется для местного лечения и профилактики вагинальных инфекций.

Gynodek® – это инновационная уникальная трехкомпонентная система, максимально приближенная к нормальной экосистеме влагалища. Входящие в ее состав три компонента работают с тройной силой:

• 0,02% декаметоксин (антисептический компонент) – элиминирует грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы, хламидии, микоплазмы, грибы и вирусы, имеет

противовоспалительное и обезболивающее действие. Декаметоксин концентрируется на цитоплазматической мембране микробной клетки и соединяется с фосфатидными группами липидов мембран, нарушая проницаемость мембраны микроорганизмов. Декаметоксин проявляет высокую активность в отношении микроорганизмов, устойчивых к антибиотикам. Он не всасывается слизистыми оболочками, неповрежденной кожей и поверхностью раны.

❁ 0,5% гиалуроновая кислота (регенерирующий компонент) – восстанавливает слизистую влагалища, укрепляет его стенки и делает их более эластичными; устраняет сухость влагалища и помогает улучшить качество сексуальной жизни женщины. Гиалуроновая кислота имеет свойство связывать воду, чем обеспечивает поддержку влажности в слизистой оболочке влагалища и служит естественным барьером, который защищает ткани от бактерий и инфекций.

❁ Лактатный буфер (регулирующий компонент) – это естественный регулятор, который восстанавливает физиологический баланс pH и поддерживает нормальный состав микрофлоры влагалища, обеспечивает уменьшение симптомов нарушения кислотно-щелочного баланса (раздражение, жжение и зуд) и создает ощущение комфорта.

Гель Gynodek® поддерживает pH и влажность слизистой влагалища, способствуя формированию его нормальной микрофлоры, защищает от различных инфекций, устраняет дискомфорт и сухость во влагалище и в области вульвы.

Данный препарат применяется не только для лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний влагалища, но и для улучшения состояний, сопровождающихся сухостью слизистой оболочки влагалища и ее атрофией (атрофические вагиниты в пре-, пост- и менопаузе; недостаточность функции яичников; прием оральных контрацептивов; послеродовый и лактационный период; аллергические реакции на средства гигиены с развитием сухости влагалища; применение лекарственных препаратов, подавляющих уровень эстрогена; беременность; эндометриоз; эндокринные нарушения, сопровождающиеся сухостью

вульвовагинальной области – сахарный диабет, заболевания щитовидной железы).

Противопоказаниями к его применению является индивидуальная непереносимость компонентов, входящих в состав геля.

Рекомендованная доза препарата при инфекционно-воспалительных заболеваниях половых органов – 5 мл 1–2 раза в сутки, курс лечения – 7–10 дней [30].

Как указывалось выше, при упорном, выраженном течении вагинита следует использовать местные антибиотики (в форме эмульсий, растворов) с учетом чувствительности возбудителя.

В заключительной стадии лечения вагинита назначаются препараты, способствующие восстановлению естественной флоры влагалища и повышению его защитных свойств.

Излеченность контролируется с помощью взятия мазков: у женщин репродуктивного периода – на 4–5-й день менструации, у девочек и женщин в менопаузе – после прохождения курса лечения. С целью профилактики рецидивов заболевания курс местной терапии следует повторить через 4–5 месяцев [8]. При этом следует учитывать, что помимо лечения непосредственно вагинита не менее важной является терапия сопутствующих заболеваний, а также нейроэндокринных, обменных и других функциональных нарушений организма, способствующих развитию этой патологии.

ВЫВОДЫ

Инфекционно-воспалительные заболевания нижнего полового тракта женщин во всем мире представляют собой проблему с серьезными социальными и экономическими последствиями. Высокую эффективность в лечении этой патологии показали комбинированные местные средства, которые работают комплексно: обладают антимикробным, противогрибковым и противовирусным действием, способствуют восстановлению «положительного» баланса микрофлоры, а также устраняют сухость в наружных половых органах женщины, восстанавливают слизистую, имеют противовоспалительные свойства. Такое многофакторное влияние на влагалище способствует его быстрому восстановлению до состояния нормы.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Савичева, А.М., Соколовский, Е.В., Домейка, М. Краткое руководство по микроскопической диагностике заболеваний, передаваемых половым путем. – СПб: Фолиант. – 2004. – 128 с.
Savicheva, A.M., Sokolovskiy, E.V., Domeika, M. Short guidelines on the microscopic diagnosis of sexually transmitted diseases. St. Petersburg. Foliant (2004): 128 p.
- Petersen, E.E. Infections in Obstetrics and Gynecology: textbook and atlas. New York. Thieme (2006): 260 p.
- Romanik, M., Wojciechowska-Wieja, A., Martirosian, G. "Aerobic vaginitis – diagnostic problems and treatment." Ginekol Pol 78.6 (2007): 488–91.
- Репина, М.А. Новое в лечении вульвовагинитов репродуктивного периода / М.А. Репина, М.М. Сафронова // Проблемы репродукции. – 1955. – № 3. – С. 56–58.
Repina, M.A., Safronova, M.M. "New in the treatment of vulvovaginitis in reproductive period." Reproduction Problems 3 (1955): 56–8.
- Серова, О.Ф. Бактериальный вагиноз: лечение и профилактика / О.Ф. Серова, Н.В. Зароченцева, Н.С. Миншикова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2009. – № 8 (1). – С. 84–86.
Serova, O.F., Zarochentseva, N.V., Menshikova, N.S. "Bacterial vaginosis treatment and prevention." Gynecology, Obstetrics and Perinatology Questions 8.1 (2009): 84–6.
- Стрижаков, А.Н. Состояние микроценоза влагалища и способы коррекции его нарушений во время беременности / А.Н. Стрижаков, П.В. Буданов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – № 5 (6). – С. 90–93.
Strizhakov, A.N., Budanov, P.V. "Vaginal microcenothesis status and correction methods of its disorders during pregnancy." Gynecology, Obstetrics and Perinatology Questions 5.6 (2007): 90–3.
- Лебедев, В.А. Современные принципы терапии кольпитов / В.А. Лебедев, В.М. Пашков, И.М. Сеченова // Трудный пациент. – 2011. – № 8–9.
Lebedev, V.A., Pashkov, V.M., Sechenova, I.M. "Modern principles of colpites therapy." Difficult Patient 8–9 (2011).
- Карапетян, Т.Э. Современные представления и основные принципы лечения неспецифического вагинита / Т.Э. Карапетян, В.Л. Тютюник, О.И. Михайлова, М.К. Меджидова // Русский медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 24.
Karapetyan, T.E., Tyutyunnik, V.L., Mikhailova, O.I., Medzhidova, M.K. "Modern concepts and basic principles of the treatment of nonspecific vaginitis." Russian Medical Journal 1 (2012): 24.
- Кисина, В.И., Забиров, К.И. Урогенитальные инфекции у женщин. – М: МИА. – 2005. – 276 с.
Kisina, V.I., Zabirov, K.I. Urogenital infections in women. Moscow. MIA (2005): 276 p.
- Linhares, I.M., Giraldo, P.C., Baracat, E.C. "New findings about vaginal bacterial flora." Rev Assoc Med Bras 56.3 (2010): 370–4.
- Серов, В.Н. Профилактика осложнений беременности и родов / В.Н. Серов // Русский медицинский журнал. – 2003. – № 2 (16). – С. 889–892.
Serov, V.N. "Prevention of complications of pregnancy and childbirth." Russian Medical Journal 2.16 (2003): 889–92.
- Радзинский, В.Е., Ордианц, И.М. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций. – М.: Редакция журнала Status Praesens. – 2012. – 16 с.
Radzinskiy, V.E., Ordians, I.M. Two-stage therapy of vaginal infections. Moscow. Editorial Board of the Status Praesens Journal (2012): 16 p.
- Серов, В.Н. Микробиоценоз влагалища и инфекционные вульвовагиниты: выбор препарата для рациональной терапии / В.Н. Серов, С.А. Шаповаленко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – № 3 (4). – С. 27–31.
Serov, V.N., Shapovalenko, S.A. "Vaginal microbiocenosis and infectious vulvovaginitis: a rational choice of drug for therapy." Gynecology, Obstetrics and Perinatology Questions 3.4 (2004): 27–31.
- Austin, M.N., et al. "Microbiological response to treatment of bacterial vaginosis with topical clindamycin or metronidazole." J Clin Microbiol 43 (2005): 4492–7.

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

15. Bischof, P., Lauber, K., de Wursterberger, B., Girard, J.P. "Inhibition of lymphocyte transformation by pregnancy-associated plasma protein-A (PAPP-A)." *J Clin Lab Immunol* 7.1 (1982): 61–5.
16. Brocklehurst, P., Carney, O., Ross, E., Mindel, A. "The management of recurrent genital herpes infection in pregnancy: a postal survey of obstetric practice." *Brit J Obstet Gynaecol* 102 (2005): 791–4.
17. Tempera, G., Furneri, P.M. "Management of aerobic vaginitis." *Gynecol Obstet Invest* 70.4 (2010): 244–9.
18. Медяникова, И.В. Оценка эффективности иммунокорректирующей терапии при кольпитах и цервицитах / И.В. Медяникова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – № 7 (3). – С. 43–47.
- Medyanikova, I.V. "Evaluating the effectiveness of immunotherapy at colpitis and cervicitis." *Gynecology, Obstetrics and Perinatology Questions* 7.3 (2008): 43–7.
19. Пинегин, Б.В. Иммуномодулятор Полиоксидоний: механизмы действия и аспекты клинического применения / Б.В. Пинегин, А.В. Некрасов, Р.М. Хаитов // Цитокины и воспаление. – 2004. – № 3 (3). – С. 41–47.
- Pinegin, B.V., Nekrasov, A.V., Khaïtov, R.M. "Immunomodulator Polioxidony: mechanisms of action and aspects of the clinical use." *Cytokines and Inflammation* 3.3 (2004): 41–7.
20. Всемирная организация здравоохранения. Возрастающая угроза антимикробной резистентности. Возможные меры (2013). The World Health Organization. The growing threat of antimicrobial resistance. Possible measures (2013). Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/44812/16/9789244503188_rus.pdf, last accessed Aug 08, 2016.
21. Workowski, K.A., Berman, S.M., Douglas, J.M. "Emerging antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae: urgent need to strengthen prevention strategies." *Ann Internal Med* 148.8 (2008): 606–13.
22. Tapsall, J.W., et al. "Meeting the public health challenge of multidrug- and extensively drug-resistant Neisseria gonorrhoeae." *Exp Rev of Anti-Infective Ther* 7.7 (2009): 821–34.
23. Centers for Disease Control and Prevention. "Cephalosporin susceptibility among Neisseria gonorrhoeae isolates – United States, 2000–2010." *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 60.26 (2011): 873–7.
24. Tapsall, J., et al. "Two cases of failed ceftriaxone treatment in pharyngeal gonorrhoea verified by molecular microbiological methods." *J Med Microbiol* 58.5 (2009): 683–7.
25. Ершов, Г.В. Воспалительные заболевания органов малого таза / Г.В. Ершов и др. // Клинический микробиол. и антимикроб. химиотер. – 2004. – № 6 (2).
- Ershov, G.V., et al. "Inflammatory diseases of the pelvic organs." *Clinical microbiology and Antimicrobial Chemotherapy* 6.2 (2004).
26. Козлов, Р.С. Селекция резистентных микроорганизмов при использовании антимикробных препаратов: концепция «параллельного ущерба» / Р.С. Козлов // Клинический микробиол. и антимикроб. химиотер. – 2010. – № 12 (4).
- Kozlov, R.S. "Selection of resistant organisms when using antimicrobial drugs: the concept of «parallel damage»." *Clinical microbiology and Antimicrobial Chemotherapy* 12.4 (2010).
27. Кира, Е.Ф. Неспецифический вагинит и его влияние на репродуктивное здоровье женщины / Е.Ф. Кира, С.З. Муслимова // Проблемы репродукции. – 2008. – № 5. – С. 8–14.
- Kira, E.F., Muslimova, S.Z. "The nonspecific vaginitis and its impact on women's reproductive health." *Reproduction Problems* 5 (2008): 8–14.
28. Mashburn, J. "Etiology, diagnosis, and management of vaginitis." *J Midwifery Women's Health* 51.6 (2006): 423–30.
29. Quan, M. "Vaginitis: diagnosis and management." *Postgrad Med* 122.6 (2010): 117–27.
30. Gynodek®. Инструкция по применению. Gynodek®. Instruction for use. □

ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ – СОВРЕМЕННЫЙ ТРЕНД В ЛЕЧЕНИИ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

В.А. Потапов, д. мед. н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Инфекционно-воспалительные заболевания влагалища (вагиниты) во всем мире представляют собой проблему с серьезными социальными и экономическими последствиями. Вагиниты различаются в зависимости от своего происхождения: их разделяют на неинфекционные и инфекционные. Неинфекционные вагиниты развиваются в отсутствие инфекционного возбудителя, их могут вызывать термические, химические, механические и аллергические факторы. Позже к воспалительному процессу может присоединиться и бактериальный фактор. К этой группе также относится атрофический вагинит. В группу инфекционных вагинитов входят бактериальные вагинозы, неспецифические вагиниты, кандидозный вагинит, гонорейный вагинит, трихомонадный вагинит.

Обилие лечебных схем, применяемых для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний влагалища, свидетельствует об их невысокой терапевтической эффективности. Так, длительное антибактериальное лечение хронических вульвовагинитов изменяет эндогенную микрофлору, обуславливая увеличение числа штаммов, устойчивых к действию антибактериальных препаратов. Именно поэтому большинство исследователей отводят главную роль комплексному лечению, включающему в себя общую и местную терапию. В частности, высокую эффективность в лечении вагинитов показали комбинированные местные средства, которые работают комплексно: обладают антимикробным, противогрибковым и противовирусным действием, способствуют восстановлению «положительного» баланса микрофлоры, а также устраняют сухость наружных половых органов, восстанавливают слизистую, имеют противовоспалительные свойства.

В качестве средства такой локальной терапии особое внимание привлекает современный препарат в форме вагинального геля Gynodek®, который в последние годы с успехом применяется для местного лечения и профилактики вагинальных инфекций.

При упорном, выраженном течении вагинита следует использовать местные антибиотики с учетом чувствительности возбудителя. На заключительной стадии назначаются препараты, способствующие восстановлению естественной флоры влагалища и повышению его защитных свойств. Для контроля излеченности у женщин репродуктивного периода берутся мазки на 4–5-й день менструации, а у девочек и женщин в менопаузе – после прохождения курса лечения. С целью профилактики рецидивов заболевания курс местной терапии следует повторить через 4–5 месяцев.

Ключевые слова: инфекционно-воспалительные заболевания влагалища, вагиниты, антибиотикорезистентность, местная терапия, Gynodek®.

ЛОКАЛЬНА ТЕРАПІЯ – СУЧАСНИЙ ТРЕНД У ЛІКУВАННІ ВАГІНАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ

В.О. Потапов, д. мед. н., професор, зав. кафедрою акушерства та гінекології ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Інфекційно-запальні захворювання піхви (вагініти) в усьому світі є проблемою із серйозними соціальними та економічними наслідками. Вагініти розрізняються залежно від свого походження: їх розділяють на неінфекційні та інфекційні. Неінфекційні вагініти розвиваються за відсутності інфекційного збудника, їх можуть зумовлювати термічні, хімічні, механічні та алергічні чинники. Пізніше до запального процесу може приєднатися і бактеріальний фактор. До цієї групи також належить атрофічний вагініт. До групи інфекційних вагінітів належать бактеріальні вагінози, неспецифічні вагініти, кандидозний вагініт, гонорейний вагініт, трихомонадний вагініт.

Велика кількість лікувальних схем, що застосовуються для лікування інфекційно-запальних захворювань піхви, свідчить про їхню невисоку терапевтичну ефективність. Так, тривале антибактеріальне лікування хронічних вульвовагінітів змінює ендогенну мікрофлору, обумовлюючи збільшення числа штамів, стійких до дії антибактеріальних препаратів. Саме тому більшість дослідників відводять головну роль комплексному лікуванню, що включає в себе загальну і місцеву терапію. Зокрема, високу ефективність в лікуванні вагінітів показали комбіновані місцеві засоби, які працюють комплексно: мають антимікробну, протигрибкову і протівірусну дію, сприяють відновленню «позитивного» балансу мікрофлори, а також усувають сухість зовнішніх статевих органів, відновлюють слизову, мають протизапальні властивості.

Як засіб такої локальної терапії особливу увагу привертає сучасний препарат у формі вагінального гелю Gynodek®, який в останні роки з успіхом застосовується для місцевого лікування та профілактики вагінальних інфекцій.

При зятому, вираженому перебігу вагініту слід використовувати місцеві антибіотики з урахуванням чутливості збудника. На завершальній стадії призначаються препарати, що сприяють відновленню природної флори піхви і підвищенню її захисних властивостей. Для контролю лікування в жінок репродуктивного періоду беруться мазки на 4–5-й день менструації, а в дівчаток і жінок у менопаузі – після завершення курсу лікування. З метою профілактики рецидивів захворювання курс місцевої терапії слід повторити через 4–5 місяців.

Ключові слова: інфекційно-запальні захворювання піхви, вагініти, антибіотикорезистентність, місцева терапія, Gynodek®.

LOCAL THERAPY AS A MODERN TREND IN THE TREATMENT OF VAGINAL INFECTIONS

V.O. Potapov, MD, professor, head of Obstetrics and Gynecology Department, SE "Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine"

Infectious-inflammatory diseases of the vagina (vaginitis) are a problem with serious social and economic consequences around the world. Vaginitis varies depending on their origin; they are divided into infectious and non-infectious. Non-infectious vaginitis develops in the absence of an infectious agent. They can cause thermal, chemical, mechanical and allergic factors. Bacterial factors may join to the inflammatory process later. To this group belongs atrophic vaginitis too. Infectious vaginitis includes bacterial vaginosis, nonspecific vaginitis, candida vaginitis, gonorrhoeal vaginitis, trichomonas vaginitis.

The abundance of therapeutic regimens used in the treatment of infectious and inflammatory vaginal diseases indicates on their low therapeutic efficacy. Thus, long-term antibiotic treatment of chronic vulvovaginitis changes endogenous flora, increases number of resistant strains to antibacterial drugs. That is why most researchers indicate on a central role of integrated management, including a general and local therapy. In particular, highly effective in the vaginitis treatment showed combined local drugs with complex work: it has antibacterial, antifungal and antiviral effect, help to restore the "positive" microflora balance, as well as eliminate the dryness of the external genitalia, recovers mucosa, has anti-inflammatory properties.

Today special attention is attracted by modern local drug Gynodek® in the form of a vaginal gel, which has been successfully used in recent years for the topical treatment and prevention of vaginal infections.

In a case of persistent, acute vaginitis should be used topical antibiotics based on its susceptibility. In the final stage drugs for restoration of the natural vaginal flora and increasing its protective properties are used. To control the cure in women of reproductive age swabs are taken for 4–5-th day of menstruation, and after treatment in girls and women in menopause. In order to prevent recurrences the local therapy should be repeated after 4–5 months.

Keywords: infectious and inflammatory vaginal diseases, vaginitis, antibiotic resistance, topical therapy, Gynodek®.