

## РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН: ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

**Т. Васильева**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
**Л. Посисеева**<sup>2</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
**А. Чумаков**<sup>3</sup>, доктор медицинских наук,  
**Е. Филькина**<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ивановский научно-исследовательский институт  
материнства и детства им. В.Н. Городкова

<sup>2</sup>Российский университет дружбы народов, Москва

<sup>3</sup>Научно-исследовательский центр  
биотехнологической компании ЗАО «Фирн М»

**E-mail:** vasileva\_tp@mail.ru

*При лечении небеременных женщин с бактериальным вагинозом и вагинитом показана высокая эффективность монотерапии препаратом Вагисепт® в виде вагинальных суппозиториях, что позволяет рекомендовать препарат для применения в широкой медицинской практике.*

**Ключевые слова:** бактериальный вагиноз, вагинит, Вагисепт®, суппозитории вагинальные.

Ухудшение репродуктивного здоровья женщин в последние годы во всем мире связано с неуклонным ростом инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), особенно в возрастной группе до 35 лет. Число женщин с ИППП сегодня возросло в 4 раза по сравнению с таковыми в предыдущем поколении. Сложившаяся неблагоприятная ситуация в России во многом объясняется ранним началом половой жизни, отсутствием элементарных знаний о безопасном сексе и интимной гигиене, наличием многочисленных случайных, спонтанных половых контактов, определенной свободой сексуальных отношений.

В последнее время пересмотрены взгляды на вагинальные инфекции как на сугубо местный патологический процесс, протекающий изолированно и не приводящий к нарушениям репродуктивной функции женщины [2, 4, 6, 7, 9]. Многие исследователи отмечают высокую частоту осложнений беременности, родов и послеродового периода при бактериальном вагинозе (БВ) и вагинитах.

БВ и вагинит являются факторами риска, а в ряде случаев — и непосредственной причиной развития тяжелой инфекционной патологии женских половых органов, плода и новорожденного и приводят к бесплодию, репродуктивным потерям (выкидыши, внематочная беременность, мертворождение), рождению детей с перинатальной патологией. БВ встречается у 10–30% беременных, 30–70% женщин с ИППП, 31% девочек-подростков, независимо от того, живут они половой жизнью или нет [1, 3, 5, 8]. Дисбиоз влагалища обнаруживается у 70% рожениц, дети которых рождаются с признаками внутриутробной инфекции. Риск преждевременных родов и излития околоплодных вод у женщин с БВ возрастает в 2,6–3,5 раза, а послеродовые гнойно-воспалительные осложнения встречаются у них в 3,5–5,8 раза чаще [10].

Отсутствие специфической клинической картины, вялое и часто бессимптомное течение осложняют диагностику этих заболеваний, а появление устойчивости бактерий к антибиотикам и нарушения иммунитета сказываются на эффективности терапии. В профилактике восходящей инфекции гениталий надежный результат может быть гарантирован только при сочетании 2 факторов: во-первых, это снижение числа патогенных бактериальных возбудителей, обитающих на слизистых оболочках влагалища, что достигается рациональной их санацией с восстановлением биоценоза, а во-вторых — повышение общей и местной иммунорезистентности.

Целью настоящего исследования явилась оценка клинической эффективности использования в лечении женщин с БВ и вагинитом отечественного препарата Вагисепт®, суппозитории вагинальные, разрешенного к использованию в клинической практике и оказывающего противогрибковое, антибактериальное, противопROTOZOЙное и противовоспалительное действие. Активные компоненты препарата — метронидазол 250 мг и флуконазол 150 мг, вспомогательные — борная кислота и динатрия эдетат. Метронидазол при местном применении хорошо проникает в ткани и жидкости организма, обладает противопROTOZOЙным, антибактериальным эффектом. Флуконазол характеризуется высокоспецифической антимикотической активностью. Вспомогательное вещество — кислота борная — обладает свойствами консерванта и является средством, необходимым для поддержания pH влагалищного содержимого на физиологическом уровне, а также оказывает антисептическое действие.

Проводилось лечение 160 небеременных женщин репродуктивного возраста, из них 50% (n=80) с диагнозом БВ и 50% — с бактериальным вагинитом; были использованы 3 препарата в виде влагалищных свечей: Вагисепт®, Нео-пенотран® (активные компоненты — миконазола нитрат 100 мг и метронидазол 500 мг) и Флагил® (активный компонент — метронидазол 500 мг).

Женщины с БВ, входившие в 1-ю группу (n=40), получали интравагинально препарат Вагисепт® — по 1 свече 1 раз (на ночь) в течение 10 дней; входившие во 2-ю группу (n=40) — интравагинально Флагил® — по 1 свече 1 раз (на ночь) в течение 10 дней. Женщины с бактериальным вагинитом, вошедшие в 1-ю группу (n=40), получали интравагинально препарат Вагисепт® — по той же схеме и метронидазол (таблетки) — по 0,25 г 2 раза в день *per os* в течение 7 дней; вошедшие во 2-ю группу (n=40) получали интравагинально Нео-пенотран® — по 1 свече 1 раз (на ночь) в течение 10 дней и метронидазол (таблетки) — по той же схеме. Период исследования составил 24 дня.

Результаты клинического исследования женщин с БВ показали, что до начала лечения всех больных (100%) беспокоили обильные жидкие слизистые выделения из влагалища и неприятный запах. При микроскопическом исследовании выделений из влагалища обнаружены наличие «ключевых» клеток (100%), мелких коккобактерий и кокков (у 35% пациенток 1-й и 27,5% — 2-й группы), отсутствие лактобацилл (соответственно у 90 и 92,5% женщин), наличие анаэробной флоры (у 82,5 и 75%), повышение pH влагалищных выделений >4,5 (у 90 и 92,5%).

Динамика клинических симптомов показала, что в 1-й группе чаще отмечалось исчезновение выделений из влагалища (к 7-му дню терапии — у 22,5% женщин; во 2-й группе — у 12,5%; к 14-му дню — соответственно у 70 и 40,0%, к 24-му — у 80 и 50%). Неприятный запах выделений из вла-

галища также чаще исчезал в 1-й группе (к 7-му дню лечения – соответственно у 77,5 и 20%; к 14-му – у 100 и 72,5%, к 24-му – у 100 и 92,5%).

При оценке результатов микроскопического исследования мазка из влагалища выявлено, что к 7-му дню терапии в 1-й группе «ключевые» клетки исчезали в 1,5 раза чаще, чем во 2-й (у 55 и 37,5% больных), к 14-му дню указанные клетки в 1-й группе отсутствовали, а во 2-й определялись у 17,5% женщин, на 24-й день они отсутствовали в 1-й и во 2-й группах (у 92,5% женщин). К началу терапии и на 7-й день у всех обследованных отсутствовали *Candida albicans*, к 14-му дню они были обнаружены у 7,5% больных 2-й группы и сохранялись к 24-му дню, в то время как в 1-й группе отсутствовали.

Анализ микрофлоры при посеве отделяемого из влагалища выявил выраженный рост лактобацилл к 14-му дню наблюдения в обеих группах с преобладанием в 1-й (соответственно у 87,5 и 60%). Анаэробные бактерии к 14-му дню исследования сохранялись у 20% женщин в 1-й и у 30% – во 2-й группе. Частота идентификации условно-патогенной флоры в группах не различалась (соответственно 42,5 и 37,5%). Положительная динамика рН влагалищного содержимого в ходе лечения была более выражена у женщин, применявших Вагисепт®: снижение рН достигнуто к 7-му дню в 1-й группе у 65%, во 2-й – у 32% женщин, к 14-му дню – соответственно у 87,5 и 60%. К 24-му дню нормализация рН влагалищного содержимого достигнута в 1-й группе у 97,5% женщин, во 2-й – у 75%.

В среднем продолжительность заболевания женщин с БВ при лечении препаратом Вагисепт® составила 10 дней, препаратом Флагил® – 15,6 дней.

При бактериальном вагините до начала терапии отмечались жалобы: на слизисто-гнойные выделения из влагалища (у всех больных), дизурические явления (у 75% женщин 1-й и 30% – 2-й группы), боли внизу живота (у 20 и 25%), неприятный запах (у 20 и 22%), зуд и жжение в области наружных гениталий и влагалища (у 82,5 и 90,0%). У всех женщин при гинекологическом исследовании и анализе мазков влагалищного содержимого отмечены явления вагинита.

При оценке динамики клинических симптомов выявлено раннее исчезновение симптомов заболевания при использовании препарата Вагисепт®. Продолжительность бактериального вагинита в случае использования препарата Вагисепт® составила 8,7 дня, препарата Нео-пенотран® – 10,2 дня. Повышенное число лейкоцитов при микроскопии мазка из влагалища отсутствовало в 1-й группе на 7-й день – у 70,0% обследованных, на 14-й – у 87,5%, на 24-й день – у 92,5%, во 2-й группе – соответственно у 52,5; 60 и 85,0%. Трихомонады в мазках отсутствовали у всех женщин обеих групп к 7-му дню терапии, *C. albicans* отсутствовали в мазках при микроскопии в 1-й группе на 7-й день у 95,0%, на 14-й – у 100%, на 24-й – у 100%, во 2-й группе – соответственно у 75; 80 и 92,5%. Гарднереллы и трихомонады при исследовании методом полиме-

разной цепной реакции отсутствовали у всех женщин на 14-й день, независимо от вида применяемой терапии, стафилококки в эти сроки в 1-й группе не высевались, во 2-й группе их рост отмечен только у 5% больных; рост лактобацилл отмечался одинаково часто: у 77,5 и 80% женщин. Закисление влагалищной среды имело место у 100% женщин обеих групп на 7-й день лечения.

Таким образом, проведенные исследования показали высокую лечебную эффективность монотерапии препаратом Вагисепт®, суппозитории вагинальные, составили при БВ 91,25%, при бактериальном вагините (в сочетании с таблетками метронидазола) – 96,8%. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат Вагисепт® для применения в широкой медицинской практике с целью лечения женщин с БВ и бактериальным вагинитом смешанной этиологии.

## Литература

1. Акопян Т.Э. Бактериальный вагиноз и вагинальный кандидоз у беременных (диагностика и лечение). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 1996; 17 с.
2. Байрамова Г.Р. Современный взгляд на проблему хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза // Акуш. и гинекол. – 2008; 4: 52–6.
3. Бактериальный вагиноз. Под ред. И.Б. Манухина. Уч.-метод. пособие / М.: ВУНМЦ, 2000; 27 с.
4. Гуменюк Е.Г., Кормакова Т.Л., Уквальберг М.Е. и др. Роль инфекции в этиологии неразвивающейся беременности // Вестник РУДН. – 2012; 5: 212–7.
5. Кириленко О.В., Кротин П.Н. Репродуктивное завтра России: «нет» бактериальному вагинозу // Status Praesens. – 2012; 5: 52–6.
6. Кравченко Е.Н., Мишутина А.В., Синецкая С.С. Влияние инфекции на инициацию родов плодом с экстремально низкой массой // Вестник РУДН. – 2012; 5: 179–86.
7. Липова Е.В., Радзинский В.Е. Бактериальный вагиноз: всегда дискуссии // Status Praesens. – 2012; 2 (8): 27–34.
8. Малышева С.В. Вагинальный кандидоз и бактериальный вагиноз в пубертатном периоде: клиника и лечение. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 2001; 20 с.
9. Carey A., Beagley K. Chlamydia trachomatis a hidden epidemic: effects of female reproduction and options for treatment // Am. J. Reprod. Immunol. – 2010; 63 (6): 576–86.
10. Reid G., Bocking A. The potential for probiotics to prevent bacterial vaginosis and preterm labor // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2003; 189: 1202–8.

## FEMALE REPRODUCTIVE HEALTH: TREATMENT FOR GENITAL INFECTIONS

Professor T. Vasilyeva<sup>1</sup>, MD; Professor L. Posiseeva<sup>2</sup>, MD; A. Chumakov<sup>3</sup>, MD; E. Filkina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>V.N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood

<sup>2</sup>Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

<sup>3</sup>Research Center of Biotechnology Company, ZAO «Firn N»

*The high efficiency of monotherapy with Vagisept® as vaginal suppositories has been shown in the treatment of nonpregnant women with bacterial vaginosis and vaginitis, which permits the drug to be recommended for use in wide medical practice.*

**Key words:** bacterial vaginosis, vaginitis, Vagisept®, vaginal suppositories.