

рецепторов, ответственных за активацию маточного сокращения. Еще в 80–90-х гг. прошлого столетия были проведены многочисленные исследования, подтверждающие токолитический эффект прогестерона, метаболизм которого связан с активацией β -адренергической реакции миометрия и блокадой β -адренорецепторов. В РФ используют дюфастон и утрожестан. Не существует единого мнения о дозах препаратов. Дюфастон принимают от 20 до 80 мг, таблетированно. Утрожестан от 100 до 600 мг вагинально. В РФ дюфастон может назначаться до 20 недель беременности таблетированно, утрожестан – до 34 недель вагинально. Прогестерон можно использовать в следующих ситуациях:

- преждевременные роды в анамнезе;
- короткая шейка матки (<2,0–2,5 см);
- после серкляжа или установки акушерского пессария в связи с ИЦН.

Формирование групп высокого риска по преждевременным родам позволяет оптимизировать диагностическую и лечебную тактику. Выявление факторов риска, проведение прегравидарной подготовки, санация очагов хронической инфекции, правильный подбор токолитической терапии позволяет снизить частоту преждевременных родов. Но до настоящего времени остается множество вопросов касательно преждевременных родов, которые сохраняют актуальность и требуют проведения дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медикаментозная профилактика преждевременных родов (результаты международного многоцентрового открытого исследования МИСТЕРИ) / З. С. Ходжаева [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 8. – С. 37–43.
2. Организация медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц при преждевременных родах (Клинический протокол). 2015. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71137474/>
3. Профилактика и лечение преждевременных родов / В. Л. Тютюнник [и др.] // Фарматека. – 2014. – № 4. – С. 62–67.
4. Российские клинические рекомендации (протокол лечения) «Организация медицинской эвакуации при преждевременных родах» / Н. В. Артымук [и др.]. – М. – 2015.
5. Черепашин Е. П. Оптимизация акушерской тактики при преждевременных родах : автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Е. П. Черепашин. – Волгоград, 2017. – 25 с.
6. Magnesium sulphate for preventing preterm birth in threatened preterm labour / С. А. Crowther, [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2014, Is. 8. Art. No.: CD001060. DOI: 10.1002/14651858.CD001060.pub2.
7. Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour / V. Flenady, [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2014. – Is. 6. – Art. No.: CD004452. DOI: 10.1002/14651858.CD004452.pub3.
8. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data / R. Romero, [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 2012. – № 206. – P. – С. 1–19.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

М. С. Селихова, А. А. Смольянинов

Кафедра акушерства и гинекологии ВолГМУ

Одной из наиболее актуальных проблем современной гинекологии являются воспалительные заболевания органов малого таза, которые приводят к нарушениям репродуктивного здоровья женщин. В последнее десятилетие

в России отмечен рост числа воспалительных заболеваний половых органов, особенно в группах женщин в возрасте 20–24 лет (в 1,4 раза) и 25–29 лет (в 1,8 раза), что, безусловно, снижает репродуктивный потенциал

у пациенток данной возрастной группы. При этом, статистика свидетельствует, что средний возраст первых родов в России составляет в настоящее время 28–29 лет. Проведенное в 2007 г. исследование по выявлению основных факторов, предрасполагающие к рецидивам ВЗОМТ, указывает на значимость таких факторов как сопутствующие экстрагенитальные заболевания, преимущественно ЖКТ и мочевых путей (80 % из 150 обследованных пациенток с часто рецидивирующими ВЗОМТ), половая жизнь вне брака (64,6 %), промискуитет (беспорядочная половая связь с многими партнерами) 47,3 %. Однако лидируют 2 основных фактора: нарушения менструального цикла (через 3,6 года у 90,6 %) и вульвовагиниты (82,6 %). Выявленные нарушения менструального цикла свидетельствуют о глубоких патоморфологических изменениях при воспалительных заболеваниях яичников, приводящих к нарушению их функциональной активности.

Значимость вульвовагинитов в реализации ВЗОМТ также объяснима. Нарушения микробиоценоза влагалища обуславливают восходящий путь распространения воспалительных заболеваний гениталий. По данным исследователей, у 45–86 % пациенток гинекологических стационаров имеются нарушения нормальной влагалищной флоры. Слизистые оболочки нижних половых путей женщины представляют собой главные ворота для входа инфекции и играют фундаментальную роль в патогенезе первичной инфекции. Механизмы физиологической защиты влагалища заключаются в естественной десквамации эпителия и наличии физиологических белей, кислой среде влагалища. Кроме того, нормальная бактериальная флора находится в состоянии антогонизма с большинством патогенов.

Однако нарушения микробиоценоза влагалища при скрининговом исследовании регистрируются у 9–24 % клинически здоровых женщин. Дисбиоз влагалища создает благоприятные условия для инфицирования влагалища экзогенными патогенными микроорганизмами, риск заражения ИППП на фоне дисбиоза влагалища в 5–7 раз выше, чем

у женщин с нормальной микрофлорой. Риск заражения венерическими заболеваниями у здоровой женщины 1 на 15 контактов, при бактериальном вагинозе – 1 на 2–3 контакта, риск заражения СПИДом у здоровой женщины 1 случай на 150 контактов, при бактериальном вагинозе – 1 случай на 10–20 контактов.

Бактериальный вагиноз связан с повышенной распространенностью ВПЧ-инфекции (OR = 1,14, 95 % CI 1,04–1,26), частотой (OR = 1,24, 95 % CI 1,04–1,47) и отсроченным спонтанным разрешением (HR = 0,84, 95 % CI 0,72–0,97) [1] На связь бактериального вагинита с развитием дисплазий шейки матки указывают также Gillet E., et al. (2012 г.).

Одной из наиболее распространенных причин обращения пациенток к акушеру-гинекологу являются патологические выделения из половых путей, которые ассоциируются с такими заболеваниями как бактериальный вагиноз, вульвовагинальный кандидоз, трихомониаз, смешанные инфекции. Данные института Пастера (Франция 1993 г) по результатам обследования 6603 женщин с жалобами на выделения из половых путей свидетельствуют, что только у 10 % был обнаружен нормоценоз, а у каждой третьей пациентки диагностирована смешанная инфекция влагалища. Исследования российских авторов также указывают высокую распространенность вагинальной инфекции, подчеркивая что в 30–35 % случаев диагностируется неспецифический смешанный вагинит. Именно поэтому практикующие врачи акушеры-гинекологи при выборе лечения отдают предпочтение комбинированным препаратам.

В 2016 г. на территории РФ зарегистрирован комбинированный препарат для интравагинального использования «Эльжина», в состав которого входят 4 компонента – неомицина сульфат (65 000 МЕ), орнидазол (500 мг), эконазола нитрат (100 мг), преднизолона натрия фосфат (3 мг). Эльжина – первый комбинированный препарат для местного лечения вагинальных инфекций, который разработан и произведен в России и был создан в рамках программы импортозамещения ЛС. Неомицин был включен в состав эльжины как антибиотик

широкого спектра действия, с низким риском резистентности. Орнидазол является представителем последнего поколения нитроимидазолов и, в отличие от метронидазола, не вызывает побочных эффектов. Если побочные эффекты со стороны ЖКТ в виде неприятного (металлического) вкуса или/и сухости во рту, тошноты, диареи, болей в животе, рвоты, со стороны ЦНС – головная боль, головокружение, нарушение сна и координации движений, атаксия или в виде кожно-аллергических проявлений (сыпь, кожный зуд) регистрируются на фоне приема метронидазола в 59 %, на фоне приема орнидазола – 3,7 % [4]. Орнидазол эффективнее метронидазола в лечении бактериального вагиноза, и, что особенно важно, терапия орнидазолом значительно снижает риск рецидива бактериального вагиноза. Орнидазол имеет большую международную доказательную базу и широко используется в качестве системной и местной терапии. Этим обусловлено включение в состав препарата «Эльжина» вместо традиционного используемого метронидазола орнидазол.

Еще один важный компонент препаратов для лечения смешанных вагинальных инфекций является противогрибковое средство. Эконазол – противогрибковый компонент последнего поколения с доказанной высокой эффективностью. К эконазолу чувствительны не только *Candida albicans*, но, что особенно важно в лечении рецидивирующего вульвовагинального кандидоза, и *Candida non albicans*.

Включение в состав препарата преднизолона в низкой дозе позволяет быстро устранить зуд, жжение, отек, снижает местную реакцию на азолы, то есть неприятные симптомы как правило возникающие при использовании местных антибактериальных средств. Это тоже важный момент, так как этим обеспечивается комплаентность и повышает приверженность пациентки к продолжению лечения.

Эльжина выпускается в виде вагинальных таблеток в 2 вариантах упаковок: таблетки вагинальные № 6 и № 9.

Эльжина производится на современном заводе «ВЕРТЕКС», где действует система управления качеством, основанная на строгом

соблюдении требований стандартов ISO 9001 и GMP.

Таким образом, состав нового инновационного российского средства для лечения вагинальных инфекций позволяет предположить его высокую эффективность.

Цель работы

Оценить эффективность применения комбинированного противомикробного средства «Эльжина» для лечения бактериального вагиноза и воспалительных заболеваний влагалища у женщин.

Методика исследования

Исследование проводилось в 2017 г. на базе женской консультации КБСМП № 7, куда обратились пациентки с жалобами на патологические вагинальные выделения. В исследование были включены 49 пациенток с вагинальными инфекциями, подтвержденными клиническими и лабораторными данными. Критериями для включения пациентки в исследование были верифицированные диагнозы бактериального вагиноза и воспалительных заболеваний влагалища различной этиологии, информированное согласие на участие в данном исследовании. Критериями исключения были острые воспалительные заболевания другой локализации, состояния требующие стационарного лечения. Данные были обработаны при помощи методов математической статистики пакета программы Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст пациенток был от 20 до 49 лет и в среднем составил $(31,8 \pm 7,4)$ года. Большая часть пациенток предъявляла жалобы на обильные выделения из половых путей (71 %), зуд во влагалище (20 %), выделения с неприятным запахом (18 %), дискомфорт (8 %), жжение во влагалище (4 %). Из всех пациенток не имели гинекологических заболеваний в анамнезе только 39 %. В структуре гинекологической патологии преобладали хронические воспалительные заболевания (34 %), патология шейки матки у каждой пятой пациентки (20 %), заболевания тела матки (6 %),

кисты и кистомы яичников (4 %), нарушения менструального цикла (2 %). Обращает на себя внимание генеративная функция обследованных пациенток: каждая четвертая пациентка (26,5 %) не имели родов в анамнезе, у большинства пациенток имеются одни (43 %) и двое родов (25,5 %) в анамнезе, трое и четверо родов имели по одной пациентки. У 14 % обследованных пациенток был один аборт в анамнезе, два аборта – у 12 %, три аборта – у 6 %, четыре и более аборт – у 8 % исследуемых. У каждой десятой (10 %) женщины в анамнезе было самопроизвольного прерывания беременности, у 4 % – два выкидыша в анамнезе. При этом средний возраст обследованных пациенток 31,8 года – активный репродуктивный период.

После проведенного лабораторного обследования у большинства обследованных был выставлен диагноз неспецифический смешанный вульвовагинит (59 %), у четверти пациенток обнаружен бактериальный ва-

гиноз (25 %), кандидоз (4 %), в сочетании с бактериальным вагинозом – 8 %, трихомонадный вульвовагинит (2 %), хламидийный вульвовагинит (2 %).

Впервые заболевание выявлено у 51 % исследуемых, рецидив вагинальной инфекции диагностирован у 49 %.

Определенный интерес представляет список препаратов, используемых ранее у пациенток с рецидивом вульвовагинита: Полижинакс (21 %), Тержинан (21 %), Бетадин (21 %), Неопенатрен (16,5 %), Гексикон (16,5 %), Клион Д (4 %).

Препарат «Эльжина» у пациенток с впервые выставленным диагнозом применялся по схеме: 6 дней у 12 человек (48 %), по схеме 9 дней – у 13 человек (52 %). У пациенток в повторно выставленным диагнозом по схеме: 6 дней у 9 человек (37,5 %), по схеме 9 дней – у 15 человек (62,5 %).

Результаты лабораторного исследования представлены в таблице.

Результаты микроскопического исследования влагиалищного мазка у обследованных пациенток до и после лечения препаратом «Эльжина»

Показатель	До лечения	После лечения
Лейкоцитоз	1–100	1–40
Средний лейкоцитоз	64,6±25,5	14,5±9,6
Ключевые клетки	24,5 %	2 %
Кокки обильно	26,5 %	0 %
Кокки умеренно	10 %	0 %
Палочки	0 %	59,2 %
Дрожжевые грибы	10 %	2 %
Лептотрикс	8 %	0 %
Псевдомонады	4 %	0 %
Трихомонады	2 %	0 %
Хламидии	2 %	0 %

Таким образом, эффективность препарата составила 96 %. 63 % – отмечали хорошую переносимость препарата без побочных эффектов. У 35 % были жалобы на жжение во влагалище в первые часы или первые сутки после применения вагинальных таблеток, что было расценено как реакция на действия препарата. Эти проявления не требовали дополнительного лечения, исчезли самостоятельно, и ни одна из этих пациенток не прервала курса лечения. У одной паци-

ентки отмечалась аллергическая реакция на компоненты препарата в виде крапивницы.

Таким образом, при эффективности препарата 96 % отмечена хорошая переносимость. Рекомендуемый короткий (6 или 9 дней) курс лечения способствует приверженности пациенток к лечению препаратом «Эльжина».

Заключение

Эльжина – уникальный комбинированный препарат последнего поколения для лече-

ния вагинальных инфекций. Препарат «Эльжина» за счет своего состава перекрывает самый широкий спектр возбудителей, является самым эффективным в своем классе и улучшение качества жизни женщины за счет об-

легчения зуда, жжения и воспаления. Полученные данные позволяют рекомендовать препарат «Эльжина» для широкого внедрения в повседневную практику врача акушера-гинеколога.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Орджоникидзе, Н. В.* Вульвовагинальный кандидоз в акушерской практике / Н. В. Орджоникидзе // Гинекология. – 2004.
2. *Сергиев, В. П.* Инфекционные болезни на рубеже веков. Осознание биологической угрозы / В. П. Сергиев, Н. Н. Филатов. – М., 2006. – С. 230–231.
3. Федеральные клинические рекомендации «Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин» / Российское общество акушеров-гинекологов ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» Министерства здравоохранения российской федерации. – М., 2013.
4. Эмпирическая антибиотикотерапия воспалительных заболеваний органов малого таза на стационарном этапе / Е. В. Елисева [и др.] // Гинекология. – 2013. – № 1. – С. 12–15.
5. Association between bacterial vaginosis and cervical intraepithelial neoplasia: Systematic review and meta-analysis / *E. Gillet* [et al.] // PLoS One. – 2012. – Vol. 7 (10): Article № e45201.
6. *King C. C., Jamieson D. J., Wiener J.*, [et al.]. *Ifect Dis Obstet Gyn.* – 2011.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

*Л. В. Ткаченко, С. В. Вдовин, Н. Д. Углова, Н. И. Свиридова,
Т. В. Складановская, Т. И. Костенко, И. А. Гриценко*

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ВолгГМУ

Влагалище представляет собой сложную саморегулирующую экосистему, которая создает свою собственную среду и поддерживает баланс между нормальной микрофлорой и условно-патогенными микроорганизмами. Здоровая микрофлора нижних половых путей представлена преимущественно лактобактериями, которые обеспечивают колонизационную резистентность влагалища, препятствуя инвазии в слизистую влагалища эндогенных, условно-патогенных и патогенных микроорганизмов. Лактобактерии, перерабатывая гликоген, продуцируют молочную кислоту, которая ответственна за кислую среду (рН в норме 3,8–4,8) во влагалище. Кислая среда способствует подавлению роста многих потенциальных возбудителей и является одним из условий поддержания колонизационной резистентности, нарушение которой влечет за собой опасность

ряда патологических состояний и заболеваний – это хронический неспецифический вагинит, бактериальный вагиноз, кандидозный вульвовагинит [2].

Жалобы пациенток с вульвовагинитами: зуд, жжение, выделения из влагалища от умеренных до обильных, иногда боли внизу живота, дизурические расстройства.

Клиника: при осмотре в зеркалах отек и покраснение слизистой влагалища, шейки матки, иногда можно обнаружить язвочки, обильные или умеренные выделения. Качество выделений зависит от выявленной условно-патогенной или патогенной флоры: от слизистых до гнойных выделений, с запахом, без запаха. При кандидозе – молочно-творожистые выделения.

Хронический неспецифический вагинит – инфекционно-воспалительное не-