

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-

трансмиссионное заболевание влагалища, обусловленное воздействием условно-патогенных микроорганизмов. Им страдает каждая пятая (19,2 %) пациентка, которая обращается к гинекологу, а среди женщин с патологическими белями частота его выявления возрастает в 4 раза [4].

Кандидозный вульвовагинит – одно из наиболее частых причин обращения женщин за медицинской помощью. До возраста менархе случаи заболевания крайне редки, однако, к 25 годам примерно половина всех женщин имеет хотя бы один эпизод кандидозного вульвовагинита, установленного врачом [7].

В 80–92 % случаев возбудителем кандидозного вульвовагинита является *Candidaalbicans*. В последние годы в качестве возбудителя выявляются другие представители рода *Candida*: *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. krusei* и т. д., всего около 180 видов *Candida*.

Значительное учащение случаев кандидозного вульвовагинита обусловлено действием ряда предрасполагающих факторов, таких как: длительный, а иногда и бесконтрольный прием антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков, оральных контрацептивов; тяжелые инфекционные заболевания, эндокринные нарушения (сахарный диабет и др.), иммунодефицитные состояния, лучевая терапия и др.

Перечисленные заболевания вагины имеют тенденцию к хронизации с рецидивированием и проявляются в виде микст-инфекции. Так, у подавляющего числа пациенток с рецидивирующим кандидозом показатели нормальной микрофлоры существенно снижены (число лактобактерий не превышает 10^4 КОЕ/мл). Наряду с этим кандидозному вульвовагиниту сопутствует бактериальная микрофлора: *S. epidermidis*, *S. aureus*, *S. piogenes*, *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. vulgaris*, *P. aeruginosa*.

Это диктует необходимость поиска эффективных и безопасных методов лечения, оказывающих комплексное воздействие на микроорганизмы, являющиеся причиной развития вульвовагинитов.

В связи с этим заслуживает внимание отечественный комбинированный препарат «Эль-

жина» для интравагинального приема (регистрационный номер ЛП-000980), разработанный биотехнологической компанией ЗАО «ВЕРТЕКС», Россия. Препарат с антибактериальным, противопротозойным, противогрибковым и противовоспалительным действием для местного применения в гинекологии.

Эффективен в отношении *Escherichiacoli*, *Staphylococcusepidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* группы В, *Candidaalbicans*. Оказывает противовоспалительное, противозудное и антиэкссудативное действие. Уменьшает образование, высвобождение и активность медиаторов воспаления. Снижает экссудацию благодаря вазоконстрикторному действию. Способствует быстрому уменьшению жжения и зуда.

Показания: бактериальный вагинит, вызванный банальной пиогенной флорой; вульвовагинальные микозы, вызванные грибами рода *Candida*; вагиниты, вызванные смешанной инфекцией.

Противопоказания: гиперчувствительность к какому-либо компоненту препарата; детский и подростковый возраст до 18 лет.

Цель работы

Оценить клиническую и микробиологическую эффективность комбинированного препарата для интравагинального введения, содержащего орнидазол 500 мг, неомицин сульфат в дозе 65000 МЕ, преднизолон 3 мг, эконозол 100 мг у пациенток с хроническим неспецифическим и кандидозным вульвовагинитом.

Методика исследования

Исследование выполнено на базе гинекологического отделения Клиники № 1 ВолГМУ и Волгоградского областного клинического перинатального центра № 2.

Нами проведено клинико-лабораторное обследование 127 пациенток в возрасте от 18 до 40 лет. Средний возраст пациенток составил $(32,7 \pm 1,1)$ лет.

Критерии включения в исследование: установленный на основании клинического и лабораторного обследования диагноз хронический

неспецифический вагинит, а также вагинит, вызванный грибами рода *Candida*; отсутствие гиперчувствительности и аллергической реакции к составным частям препарата. Критериями исключения стали: наличие гиперчувствительности или аллергической реакции на препарат; наличие инфекций, передаваемых половым путем.

Наблюдение за больными осуществлялось в течение 1 месяца. Согласно протоколу исследования: на 7-й день лечения, через 14 дней и 1 месяц после окончания лечения осуществлялся клинико-микробиологический контроль за состоянием больных.

Комплекс обследования всех пациенток включал:

- изучение жалоб, анамнеза;
- гинекологического осмотра;
- микроскопического исследования мазка, окрашенного по Грамму с оценкой по шкале Ньюджента из цервикального канала и влагалища для оценки лейкоцитарной реакции и микрофлоры влагалища;
- рН-метрия влагалищного отделяемого – значение рН измеряли непосредственно во влагалищных выделениях или на зеркалах, используя универсальные индикаторные полоски с эталонной шкалой;
- бактериоскопическое исследование посева из влагалища.

В зависимости от результатов клинического течения и лабораторных данных все пациентки были разделены на 2 группы: первую группу составили 58 пациенток с верифицированным диагнозом: хронический неспецифический вульвовагинит. Во вторую группу вошли 69 пациентки с вульвовагинитом, вызванным грибом рода *Candida*.

С целью изучения полученных цифровых результатов применяли методы вариационной статистики в модификации алгоритмов пакета прикладных программ Statistica 6.0. Статистическую значимость различий сопоставляемых средних величин определяли по параметрическому критерию Стьюдента (t). Для несвязанных совокупностей использовали непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациентки обеих групп предъявляли жалобы на выделения из половых путей. При этом обильные выделения из половых путей отмечали 49 (84,5 %) женщин первой группы и 58 (84,1 %) пациенток второй группы, умеренные выделения из влагалища выявлены в 15,5 % и 10,1 % соответственно. Кроме того, 46 (79,3 %) пациенток первой группы и 45 (65,2 %) женщин второй группы беспокоили зуд, жжение во влагалище и дизурические явления.

Данные объективного исследования коррелировали с жалобами обследованных пациенток.

В результате бактериологического исследования влагалищного содержимого у всех пациенток обеих групп были выявлены условно-патогенные микроорганизмы, наибольшая активность или вирулентность установлена у *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, и микроорганизмов кишечного происхождения – *Enterococcus spp.* и *Escherihiacoli*.

В группе кандидозных вульвовагинитов в 100 % определялись грибы рода *Candida*, активность и вирулентность условно-патогенной флоры сохранялась, но была несколько ниже, так у *Staphylococcus spp.* (77,5 и 34,78 % соответственно), *Streptococcus spp.* (52,72 и 15,9 % соответственно), и микроорганизмов кишечного происхождения – *Enterococcus spp.* (17,2 и 13,6 %) и *Escherihiacoli* (15,5 и 8,7 %).

При микробиологическом исследовании материала, полученного из влагалища у пациенток первой группы до лечения, наиболее часто выявлялись бактерии рода *Staphylococcus spp.* При этом наиболее часто высевался *Staphylococcus epidermidis* (51,7 %) и *Staphylococcus saprofiticus* в 25,9 % случаев. На втором месте по числу выделенных культур были бактерии рода *Enterobacterium* (22,4 %). Подавляющее количество штаммов было представлено *E. Coli* (15,5 %), *Proteusvulgaris* высевался у 6,9 % обследованных больных. Третьей по числу выделенных культур были бактерии рода *Enterococcus* (17,2 %).

В ходе лабораторного исследования у пациенток второй группы выявлена бактериально-кандидозная инфекция. При бактериологи-

ческом исследовании влагалищного биотопа выявлена закономерность, идентичная пациенткам первой группы, но процентное содержание нижеперечисленной инфекции на порядок было меньше. Наиболее часто в посевах встречались *Staphylococcus epidermidis* (18,8 %) и *Staphylococcus saprofiticus* (14,5 %). Бактерии рода *Enterobacterium* выявлены в 18,2 % случаев, а бактерии рода *Enterococcus* обнаружены у 10,14 % пациенток. В данную группу исследования вошли пациентки, у которых в 100 % случаев обнаружены грибы рода *Candida*.

Всем пациенткам был назначен комбинированный препарат для интравагинального введения эльжина, содержащего орнидазол 500 мг, неомицин сульфат в дозе 65 000 МЕ, преднизолон 3 мг, эконазол 100 мг по одной свече на ночь в течение 6 дней.

Как следует из анализа результатов лечения у пациенток с неспецифическим вагинитом, на 7-й день лечения лишь у 3 (5,1 %) пациенток первой группы сохранялись умеренные выделения из половых путей, скудные выделения отмечали 30 (51,7 %) женщин, при этом практически у половины пациенток – 25 (43,1 %) патологические выделения из половых путей отсутствовали. Дизурические явления на 7-й день лечения сохранялись только у 2 (3,4 %) обследованных. Обращает на себя внимание тот факт, что через 14 дней после окончания лечения патологические выделения из половых путей отсутствовали у 51 (87,9 %) женщин, а через 1 месяц – у 54 (93,1 %), что свидетельствует о выраженном клиническом эффекте.

При оценке полученных результатов во второй группе пациенток установлено, что на 7-ой день лечения у каждой третьей пациентки патологические выделения из половых путей отсутствовали – 23 (33,3 %), при этом у 29 (42,0 %) женщин сохранялись скудные пре-

имущественно слизистые [25 (56,8 %)] выделения из половых путей. На дизурические расстройства на 7 день терапии пациентки жалоб не предъявляли. Но молочно-творожистые и молочно-желтые выделения сохранялись у 17 пациенток [13 (18,8 %) и 4 (5,8 %) соответственно]. Этим пациенткам была продолжена терапия препаратом «Эльжина» еще в течение 3 дней. Через 14 дней после окончания лечения патологические выделения из половых путей отсутствовали у 59 (85,5 %) пациенток, а через 1 месяц – в 89,8 % случаев. Молочно-творожистые выделения через 1 месяц оставалось у 5 (7,2 %), но были скудные, определялись только при осмотре (пациентки жалоб не предъявляли) и степень обсемененности составляла 10^1 – 10^2 . Данные показатели свидетельствуют о значительном клиническом эффекте проводимой терапии.

Сравнительное исследование посевов после лечения у пациенток обеих групп показало значительный антимикробный и антикандидозный эффект препарата «Эльжина».

Заключение

Таким образом, на основании проведенного исследования установлено, что отечественный комбинированный препарат «Эльжина» для интравагинального приема является высокоэффективным лекарственным средством, обладающим противовоспалительным, противомикробным и противокандидозным действием.

Учитывая высокую эффективность препарата (93,1 и 89,8 % соответственно), быстроту купирования симптомов, удобство применения, а также ценовую доступность, следует рекомендовать его для лечения хронических неспецифических вульвовагинитов и вульвовагинитов бактериально-кандидозной этиологии у женщин в репродуктивном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоцерковцева, Л. Д. Лечение кандидозного вульвовагинита с позиций антимикотической резистентности / Л. Д. Белоцерковцева, В. В. Панкратов, А. И. Давыдов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2015. – Т. 14, № 6. – С. 61–65.
2. Возраст ассоциированные особенности восстановления и поддержания влагалищной микробиоты при лечении инфекционных заболеваний женских половых органов / Ю. Э. Доброхотова [и др.] // Гинекология. – 2016. – Т. 18, № 4. – С. 32–38.

3. Довлетханова Э. Р. Современные направления терапии генитальных инфекций и бактериально-го вагиноза / Э. Р. Довлетханова // Эффективная фармакотерапия, акушерство и гинекология № 3. – 2015 – № 25 – С. 48–51.
4. Иванюта, С. О. Лечение кандидозных вульвовагинитов во время беременности / С. О. Иванюта, И. С. Колесниченко // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. – 2015. – № 2 (38). – С. 145–150.
5. Карапетян, Т. Э. Эффективная терапия при кандидозном вагините / Т. Э. Карапетян, А. С. Анкирская, В. В. Муравьева // Медицинский совет. – 2014. № 7. – С. 58–61.
6. Роговская, С. И. Синдром вагинальных выделений: современные тенденции диагностики и лечения / С. И. Роговская, В. В. Шаргородская // Доктор. Ру. – 2011. – № 9. – С. 23–29.
7. Ткаченко, Л. В. Лечение острого рецидивирующего кандидозного вульвовагинита препаратом микосист / Л. В. Ткаченко, Н. Д. Углова, С. И. Жукова // Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин: традиции и инновации. – 2010. – С. 157–163.
8. Microbiota and Pelvic Inflammatory Disease / H. Sharma, [et al.] // Semin. Reprod. Med. – 2014. – Vol. 32 (1). – P. 43–49.
9. Nardis, C. Vaginal microbiota and viral sexually transmitted diseases / C. Nardis, L. Mosca, P. Mastromarino // Ann. Ig. – 2013. – Vol. 25 (5). – P. 443–456.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЗУС-ИЗОИММУНИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

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

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ВолгГМУ

Несмотря на существенные достижения в области перинатологии, многие вопросы ведения беременных с резус-иммунизацией, диагностики и лечения гемолитической болезни плода и новорожденного не могут считаться до конца решенными. Среди иммунологически обусловленных осложнений беременности ведущее место занимает гемолитическая болезнь плода и новорожденного, которая развивается в следствие несовместимости крови матери и плода по различным эритроцитарным антигенам. Показатели перинатальной смертности при гемолитической болезни плода остаются высокими и составляют 15–16 % [4]. Значимое снижение перинатальной заболеваемости и смертности от гемолитической болезни плода невозможно без организации мер по своевременной и всеобщей профилактике резус-изоиммунизации во время беременности и в раннем послеродовом периоде на популяционном уровне.

Иммунизация женщин с резус-отрицательной кровью может происходить после введения резус-положительной крови в организм женщины при беременности плодом с резус-

положительной кровью. Способствует резус-иммунизации нарушение целостности плацентарного барьера (преэклампсия, угроза прерывания беременности, экстрагенитальная патология) и проникновение в кровотоки матери фетальных эритроцитов. Наиболее часто их трансплацентарная трансфузия наблюдается во время родов, особенно при оперативных вмешательствах. При первой беременности иммунизируется 10 % женщин. Если резус-отрицательная женщина избежала резус-иммунизации после первой беременности, то при последующей беременности резус-положительным плодом риск иммунизации также составляет 10 % [2, 4].

Антиген, попадая в кровь резус-отрицательного человека, приводит к его иммунизации, что проявляется выработкой антирезус-антител. Иммуные антитела, проникая с кровотоком беременной к плоду, вступают в реакцию с эритроцитами плода (реакция антиген-антитело) и происходит гемолиз эритроцитов с образованием непрямого токсичного билирубина, развивается гемолитическая болезнь плода (ГБП). Разрушение эритроцитов является одной из причин развивающейся