

КАНДИДОЗ ГЕНИТАЛИЙ И БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ В ПРАКТИКЕ АКУШЕРА — ГИНЕКОЛОГА

А.К. Мирзабалаева, Ю.В. Долго-Сабурова

НИИ ММ им. П.Н. Кашкина, кафедра
клинической микологии, иммунологии,
аллергологии с курсом лабораторной
микологии, ГОУ ДПО МАПО, Санкт-Петербург,
Россия

© Мирзабалаева А.К., Долго-Сабурова Ю.В., 2004

В статье рассмотрена проблема кандидоза гениталий и бактериального вагиноза в структуре инфекционных заболеваний нижних отделов половых путей у женщин. Изложены факторы риска, подходы к диагностике и этиотропному лечению. Представлены клинические особенности сочетанных форм кандидоза и бактериального вагиноза. Дана оценка клинико-лабораторной эффективности Нео-Пенотрана — современного комплексного антимикотического и антибактериального препарата.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, кандидоз гениталий, Нео-Пенотран, этиотропное лечение

CANDIDIASIS OF GENITAL TRACT AND BACTERIAL VAGINOSIS IN OBSTETRIC AND GYNECOLOGIC PRACTICE

A.K. Mirzabalaeva, U.V. Dolgo-Saburova

Kashkin Research Institute of Medical Mycology,
SPb MAPE, Saint Petersburg Russia

© Mirzabalaeva A.K., Dolgo-Saburova U.V., 2004

The article deals with the problem of candidosis and bacterial vaginosis in the structure of infectious diseases of women's lower parts of genital tract. Risk factors, approaches to diagnosis and etiotropic treatment are presented. Clinical peculiarities of combined forms of both candidosis and bacterial vaginosis are given. The paper presents the assessment of clinical and laboratory efficiency of Neo-Penotran — a contemporary complex antimycotic and antibacterial medicine.

Key words: bacterial vaginosis, candidiasis, etiotropic treatment, Neo-Penotran.

Актуальность. Проблема генитальной инфекции остается острой и не вполне решенной, несмотря на большой выбор широкоспектральных антибактериальных и антимикотических препаратов; частота воспалительных заболеваний по-прежнему повышается [1–3].

Инфекционная патология женских половых органов занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологической и материнской заболеваемости и смертности. Интерес к этой проблеме связан не только с ее частотой, но и с возможностью передачи инфекции плоду, перинатальными потерями и заболеваемостью детей первых дней жизни. Воспалительные заболевания довольно часто протекают торпидно, без проявлений общей интоксикации и выраженного болевого синдрома. Это приводит к поздней диагностике и лечению, которое, в ряде случаев, не проводят вообще. Все эти факторы способствуют формированию различных осложнений на уровне шейки матки, матки и ее придатков [4–7].

У большинства женщин возникают различные формы дисплазий и эктопий шейки матки, формируются спаечные процессы в малом тазу как следствие перенесенных сальпингоофоритов, что, в свою очередь, приводит к нарушению менструальной и репродуктивной функций. Инфекционный процесс нарушает физиологическое течение беременности, что может сопровождаться несвоевременным ее прерыванием и осложненным течением (травматизм в родах, послеродовые инфекционные осложнения — эндометрит, мастит). Значительную роль в этой проблеме приобретают инфекции нижнего отдела полового тракта женщин [8–10]. Инфекционный вульвовагинит может быть результатом размножения патогенных или условно-патогенных микроорганизмов, которые становятся патогенными в результате дисбаланса в экосистеме, развившегося вследствие каких-либо заболеваний или их лечения. Микроорганизмы, заселяющие слизистые оболочки влагалища, цервикального канала, могут при определенных условиях стать вирулентными и участвовать в развитии воспалительных заболеваний внутренних половых органов [6, 11, 12]. Препятствием для их активации и участия в воспалении являются физиологические защитные механизмы (десквамация и цитолиз поверхностных клеток вагинального эпителия, фагоцитоз макрофагов и полиморфноядерных лейкоцитов, неспецифические гуморальные факторы, иммунные механизмы защиты: Т-лимфоциты, иммуноглобулины, система комплемента). Для верхних отделов половой системы особое значение имеют защитные механизмы на уровне цервикального канала и эндометрия [3, 13].

Этиология и патогенез вульвовагинитов. Инфекции нижнего отдела полового тракта женщин (чаще всего вагиниты, вульвовагиниты) играют значительную роль в общей проблеме воспалительных гинекологических заболеваний. Этиология вагинитов разнообразна: это трихомонады (до 10% от чис-

ла вульвовагинитов различной этиологии), *Candida* spp. (до 25%), анаэробные микроорганизмы (до 30%), смешанные инфекции (15-20%) [12,14,15]. Последнее десятилетие в структуре инфекций нижнего отдела половых путей преобладают бактериальный вагиноз и кандидоз гениталий. Основное осложнение этих инфекций — это рецидивы, нарушающие благополучие женщины в целом и семейной жизни в частности. Причины рецидивов инфекционных воспалительных заболеваний разнообразны: неполная санация влагалища, низкая комплаентность лечения, сохраняющийся или сформировавшийся на фоне терапии дисбиоз влагалища [2, 16, 17].

Факторы риска генитального кандидоза и бактериального вагиноза по сути аналогичны. К ним относят: применение антибактериальных препаратов, преимущественно антибиотиков широкого спектра действия; гинекологические заболевания (воспалительные заболевания шейки матки и придатков составляют до 60% общей гинекологической заболеваемости, миома матки, внутренний и наружный эндометриоз, синдром поликистозных яичников и др. — до 44%); эндокринологическая патология (преимущественно сахарный диабет I и II типов, заболевания щитовидной железы, протекающие с ее гипофункцией у каждой третьей пациентки) [3, 11, 18].

Имеет определенное значение неадекватная контрацепция (химические спермициды, комбинированные гормональные контрацептивные средства с высоким содержанием эстрогенов, нарушение правил применения внутриматочной контрацепции — длительное нахождение внутриматочного контрацептива в полости матки, сохранение инфицированного *Candida* spp. контрацептива в полости матки при наличии инфекции в нижних отделах половых путей), иммунодефицитные состояния, особенно на уровне вагинального эпителия [7, 8, 10, 19]. Как кандидоз гениталий, так и бактериальный вагиноз исключены из числа заболеваний, передаваемых половым путем. Тем не менее, следует отметить, что количество половых партнеров, частая их смена имеют определенное значение и связано это с тем, что перечисленные ситуации приводят к нарушению такого понятия, как вагинальный нормоценоз [2, 7, 20]. Здесь уместно упомянуть о том, что такое микроэкологическая система влагалища. Понятие о микроэкологической системе влагалища характеризуется следующими положениями: доминированием лактобацилл, наличием клеток вагинального эпителия, содержанием гликогена в поверхностных слоях эпителиальных клеток, отсутствием лейкоцитарной воспалительной реакции на слизистой оболочке влагалища [2, 14].

Несмотря на общность факторов риска и патогенетических предпосылок, кандидоз и бактериальный вагиноз — совершенно различные заболевания. Кандидоз — это инфекционный процесс, протекающий с участием грибов *Candida* spp.; бактериальный вагиноз является полиэтиологическим дисбиотическим процессом, протекающим в большинстве случаев без

признаков воспаления на слизистых оболочках нижних отделов половых путей [1,6].

Кандидоз гениталий. Кандидоз гениталий (КГ) характеризуется рецидивирующим течением, тенденцией к возрастанию этиологической роли грибов, не относящихся к виду *C. albicans*, сочетанием кандидоинфекции с возбудителями ИППП. Эпизоды острого кандидоза, по данным научной литературы, имеют место у 75% женщин репродуктивного возраста [19, 21]. Хронический рецидивирующий кандидоз гениталий (особая форма кандидоза гениталий, при которой имеется не менее четырех эпизодов обострения в течение одного года), с тенденцией к росту выявляют у 10–15% женщин [3, 10, 22]. Хотя жалобы пациенток (зуд, жжение, творожистые выделения, дизурические явления, диспареуния) и клинические проявления КГ (отечность, гиперимия слизистых оболочек экзо- и эндоцервикса, уретры, эрозии и трещины, дерматит перигенитальной области и межъягодичных складок) врачам хорошо известны, лечение может быть назначено только после лабораторного подтверждения диагноза [16, 17, 23].

Диагностика острого кандидоза гениталий не представляет сложности — это микроскопия патологического материала (соскобы со слизистых оболочек пораженных участков) и обнаружение в нативных или окрашенных по Граму препаратах дрожжевых почкующихся клеток и/или псевдомицелия и мицелия *Candida* spp. (Рис. 1). Во всех случаях необходимо исключить инфекции, передаваемые половым путем. Можно использовать рН-метрию вагинального содержимого, показатели которой $\geq 4,5$ свидетельствуют в пользу трихомоноза и бактериального вагиноза.

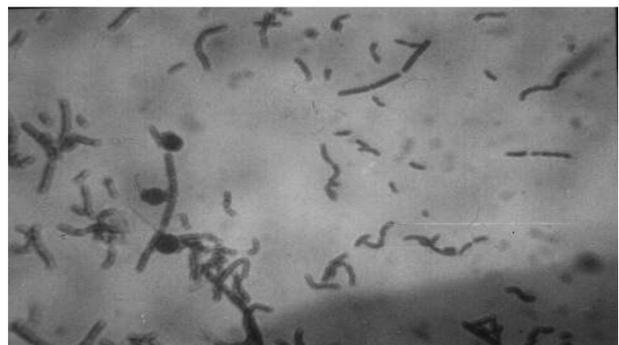


Рис. 1. Цитологический препарат вагинального эпителия. Окраска генциан-виолетом. В центре препарата ассоциация лактобацилл и *Candida* spp.; увеличение 10×1,5×90.

Если при цитологическом методе исследования *Candida* spp. не обнаружены (чувствительность метода составляет 65–70%), при наличии характерных клинических проявлений следует выполнить культуральное исследование (посев материала на специализированные среды) с целью обнаружения колоний *Candida* spp. В случае острого кандидоза указанных диагностических мероприятий вполне достаточно для постановки этиологического диагноза. При хроническом рецидивирующем кандидозе гениталий

(ХРКГ) необходима видовая идентификация возбудителя (при этой форме заболевания частота обнаружения грибов *Candida*, не относящихся к виду *C. albicans*, составляет до 20–25%) и определение чувствительности выделенной культуры грибов к антимикотическим препаратам [3, 10, 11, 15].

Для лечения острого кандидоза гениталий используют системные (флуконазол, итраконазол, кетоконазол) или интравагинальные препараты (клотримазол, миконазол, эконазол, оксиконазол, бутконазол, бифоназол, изоконазол и др.) из группы азолов, полиеновые препараты для местного применения (нистатин, пимафуцин) в виде вагинальных таблеток, свечей, мазей и кремов [21,24,19].

Схема лечения острого кандидоза гениталий

- ✓ флуконазол — 150 мг однократно;
- ✓ итраконазол — 200 мг × 2 в течение одного дня или 200 мг в сутки — 3 дня;
- ✓ кетоконазол — 400 мг в сутки — 5 дней;
- ✓ интравагинальные азольные препараты — до 7 дней;
- ✓ интравагинальные полиеновые препараты — 7–14 дней.

Лечение хронического рецидивирующего генитального кандидоза имеет определенные особенности и направлено на устранение или снижение выраженности факторов риска (лечение фоновой патологии), купирование рецидива заболевания, проведение длительного лечения в режиме поддерживающей антимикотической терапии.

Лечение ХРКГ (купирование рецидива)

- ✓ флуконазол — 150 мг, затем 150 мг повторно через 72 часа;
- ✓ итраконазол — 200 мг × 2 в течение одного дня или 200 мг в сутки — 3 дня;
- ✓ кетоконазол — 400 мг × 2 в сутки — 5 дней;
- ✓ интравагинальные азольные препараты — 14 дней.

При наличии резистентных к азолам штаммов грибов *Candida* spp.

- ✓ 600 мг борной кислоты (интравагинально ежедневно) — 14 дней;
- ✓ нистатин 100 000 ЕД (интравагинально ежедневно) — 14 дней;
- ✓ натамицин (пимафуцин) 100 мг (интравагинально ежедневно) — 6–12 дней.

После купирования рецидива необходимо лечение в режиме поддерживающей терапии. Существуют различные схемы поддерживающей терапии, они претерпели определенные изменения за последние два года, предлагаем наиболее оптимальный вариант данного лечения, продолжительность которого составляет 6 месяцев [3, 21, 22, 25].

Схемы лечения ХРКГ в режиме поддерживающей антимикотической терапии (6 месяцев)

- ✓ флуконазол 150 мг — раз в неделю;
- ✓ итраконазол 100 мг — через день;
- ✓ ежедневное применение интравагинальных антимикотических средств.

Принципы лечения острого и хронического рецидивирующего кандидоза гениталий, а также режим поддерживающей антимикотической терапии изложены согласно рекомендациям Международного Центра по контролю диагностики и лечения ИППП [21].

Во всех случаях режим поддерживающей терапии необходимо сочетать с патогенетическим лечением хронического рецидивирующего кандидоза гениталий, направленным на коррекцию имеющейся у пациенток фоновой генитальной и экстрагенитальной патологии (максимальная компенсация сахарного диабета, дисфункции щитовидной железы, устранение абсолютной или относительной гиперэстрогении, обусловленной гинекологическими заболеваниями).

Важным моментом является индивидуальный подход в выборе адекватных методов контрацепции, учитывая перенесенную генитальную инфекцию и наличие хронических воспалительных и гормонозависимых заболеваний половых органов [3, 11, 24, 26].

Бактериальный вагиноз. Бактериальный вагиноз (БВ) — это инфекционный невоспалительный синдром, характеризующийся резким снижением или отсутствием лактобиоты и ее заменой на полимикробные ассоциации строгих анаэробов и гарднерелл. Причиной такого состояния может быть нарушение равновесия микробиоты, обусловленное снижением концентрации лактобацилл, повышением количества анаэробных микроорганизмов (*Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mobiluncus* spp. и др.) Специфических возбудителей БВ не существует, в роли этиологического фактора выступают анаэробные и факультативно-анаэробные ассоциации бактерий: *Bacteroides species*, *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus species*, *Mycoplasma hominis*, *Prevotella* и т.д. [1, 2, 6, 14].

Микробиота влагалища в норме представлена условно-патогенными анаэробными и аэробными микроорганизмами, соотношение анаэробы/аэробы составляет 2:1–5:1. По данным различных исследователей, *Gardnerella vaginalis* обнаруживают у 5–60% здоровых женщин репродуктивного возраста, *Mobiluncus* — не более чем у 5%, *Mycoplasma hominis* — у 15–35% женщин. При этом очевидно доминирование лактобацилл, которые составляют 95–98% от общего количества микроорганизмов, заселяющих слизистые оболочки влагалища здоровых женщин. При БВ бактериобиота влагалища иная: обсемененность *Gardnerella vaginalis* обнаружена в 100% случаев, *Mobiluncus* spp. — в 50–70%, *Mycoplasma hominis* — в 60–75% случаев. Таким образом, изменяется соотно-

шение анаэробы/аэробы — 100:1–1000:1. При этом может быть незначительное количество или полное отсутствие лактобацилл [2,10].

Диагностика БВ основана на оценке характера вагинальных выделений (сливкообразные, сметано-подобные, гомогенные), pH-метрии вагинального отделяемого (>4,5), на положительном тесте на летучие амины (появление специфического запаха летучих аминов при взаимодействии вагинальных выделений с 10 %-ным раствором КОН; специфичность теста — 94 %), выявлении «ключевых» клеток при микроскопии (специфичность теста близка к 100%) — широко известные диагностические критерии Амсея (Рис. 2.). При наличии трех из четырех указанных критериев диагноз БВ следует считать подтвержденным [7, 9, 27].

Принципы этиотропного лечения бактериального вагиноза детально разработаны. Используют, как правило, имидазольные препараты, линкозамиды перорально и интравагинально. Успех лечения может быть обеспечен адекватным сочетанием этиотропного и патогенетического лечения, направленного, также как и при кандидозе, на устранение факторов риска, выборе адекватных методов контрацепции, восстановление вагинальной нормобиоты [1, 4, 12, 14].

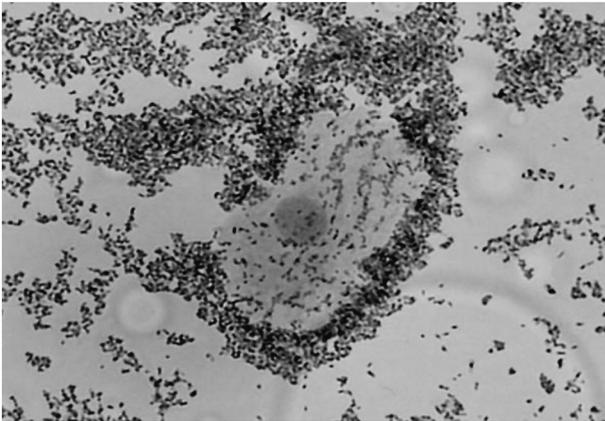


Рис. 2. Цитологический препарат зрелой эпителиальной клетки из отделяемого вагины с адгезированными на них бактериями — «ключевые клетки»; окраска по Граму.

Схема лечения бактериального вагиноза:

- ✓ метронидазол — 500 мг × 2 раза в сутки в течение 7 дней;
- ✓ орнидазол — 500 мг × 2 раза в сутки в течение 5 дней.

Возможно использование альтернативных схем:

- ✓ метронидазол — 2,0 г внутрь однократно;
- ✓ клиндамицин per os — 0,3 г × 2 раза в сутки в течение 7 дней;
- ✓ клиндамицин — крем 2 % 5,0г (разовая доза) интравагинально 1 раз в сутки в течение 3 дней;
- ✓ метронидазол — гель 0,75 % 5,0 г (разовая доза) интравагинально 2 раза в сутки в течение 5 дней.

Известно, что в ряде клинических наблюдений отмечают сочетание кандидоза гениталий и бактери-

ального вагиноза [5-7,15]. Цель нашего исследования — оценить эффективность и безопасность препарата Нео-Пенотран при сочетании кандидоза гениталий и бактериального вагиноза у женщин.

МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании результатов ретроспективного анализа 450 случаев КГ у пациенток, обратившихся в НИИ медицинской микологии за период с сентября 2003 по июнь 2004 года включительно, определена значительная частота сочетанных форм генитальной инфекции: кандидо-трихомонадная — 18%, кандидо-хламидийная — 10,6%, кандидо-хламидийно-трихомонадная — 14,9%.

Сочетание КГ и БВ выявлено у 62 больных (13,8%) в возрасте от 17 до 53 лет (медиана — 36±1,2 года) с длительностью заболевания от 9 месяцев до 5 лет. Частота рецидивов составила от 4 до 9 в год. При углубленном клиническом обследовании удалось выявить факторы риска и фоновую патологию у 91,9% больных: хронический сальпингоофорит — в 19,4% случаев, миому матки и эндометриоз — в 27,4% случаев, нарушение менструального цикла по типу опсоменореи и гиперменструального синдрома — у 6,5% больных, гипотиреоз — у 3,2% больных. В 8,1% случаев пациентки длительное время использовали внутриматочный контрацептив, 12,9% пациенток нерационально применяли химические методы контрацепции и профилактики ИППП (фармакекс, химические спермициды и т.д.).

В 45,2% случаев причиной возникновения хронического вульвовагинита явились повторные курсы антибактериальной терапии, проводимые ранее. У 4,8% пациенток возникновению дисбиотического процесса в сочетании с кандидозом гениталий послужило использование комбинированных оральных контрацептивов с содержанием этинилэстрадиола более 30 мкг. Клинические проявления инфекции у большинства больных неспецифичны и, в основном, были представлены влагалищными выделениями различного характера и интенсивности (молочные, густые сливкообразные, жидкие гомогенные, творожистые, слизистые, слизисто-гноевидные и т.д.), сопровождающимися умеренным зудом и жжением в области наружных половых органов. Указанные жалобы не имели четкой связи с фазами менструального цикла. Диагноз КГ и БВ был установлен на основании показателей pH-метрии вагинального содержимого (у 100% больных pH превышал 4,5), положительного «аминового» теста (в 87,1% случаев), результатов микроскопического и культурального исследований патологического материала из пораженных участков слизистых оболочек влагалища, цервикального канала, уретры (выявление почкующихся дрожжевых клеток и /или псевдомицелия, «ключевых клеток», роста колоний *Candida* spp. более 10³ КОЕ/мл, значительного роста условно-патогенных бактерий *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* species, *Prevotella*

срр., *Mobiluncus* sp. и др.). Нормальное содержание лактобацилл на слизистой оболочке влагалища отмечено лишь у 11,3% больных, снижение количества лактобацилл менее 10^4 КОЕ/мл — у 67,8%, а полное их отсутствие — у 20,9% пациенток. Характерно, что особенностью микотического процесса у данного контингента больных было выраженное доминирование вида *Candida albicans* (96,6%). В двух случаях были выявлены *C. tropicalis* и *C. kefyr*.

Ранее лечение сочетанных форм генитальной инфекции проводили поэтапно (антибактериальные, а затем антимикотические препараты), что увеличивало его продолжительность. На сегодняшний день «золотым стандартом» лечения вульвовагинитов смешанной этиологии является применение комплексных препаратов с антимикотическим и антибактериальными действиями [7,20,24]. Мы оценили эффективность нового препарата Нео-Пенотран (производитель — «Шеринг АГ», Германия) в лечении обследованных больных с сочетанием кандидоза гениталий и бактериального вагиноза. Нео-Пенотран представляет собой комбинированный препарат для интравагинального применения с противогрибковым, противопротозойным и антибактериальными действиями. В его состав включены 500 мг метронидазола и 100 мг миконазола нитрата. Миконазол нитрат активен в отношении условно-патогенных *Candida* spp., а также некоторых грамположительных бактерий. Метронидазол оказывает противопротозойное и антибактериальное действия. Он активен в отношении *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, анаэробных грамотрицательных бактерий: *Bacteroides* spp., *Fusobacterium* spp., *Veillonella* spp., *Prevotella* spp., анаэробных грамположительных палочек (*Clostridium* spp., *Eubacterium* spp.), анаэробных грамположительных кокков (*Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp.) [9,24].

Рекомендованы две схемы применения препарата — по 1 свече интравагинально два раза в день в течение 7 дней или по одной свече 1 раз в день на ночь в течение 14 дней. Мы предложили пациенткам использовать препарат в течение недели дважды в сутки, однако 11 (17,7%) пациенток предпочли применять препарат только на ночь в течение 14 дней, выбрав более приемлемый и удобный для них режим лечения.

На фоне применения препарата 6,5% пациенток отмечали умеренное жжение в течение примерно 30 минут после введения свечи на протяжении первых 2–3 дней курса лечения. В 3,2% случаев в конце курса (преимущественно на 6–7 дни) лечения отмечался металлический привкус и сухость во рту, умеренно выраженная тошнота. Данные побочные эффекты не потребовали отмены препарата, и лечение всем пациенткам было проведено в полном объеме.

Эффективность терапии оценивали через одну и четыре недели после его окончания. Критериями излеченности были отсутствие жалоб и клинических проявлений воспалительного процесса при объек-

тивном осмотре, а также отрицательные результаты контрольных лабораторных исследований. Сразу после окончания курса лечения все пациентки отметили значительное улучшение: отсутствие зуда и выделений. Клинические проявления значительно уменьшились на 2–3 день лечения и окончательно исчезли к 4–7 дню лечения. Быстрота исчезновения симптомов не зависела от схемы применения препарата и носила скорее субъективный характер. Через 1 неделю после окончания лечения у двух пациенток появились умеренные влагалищные выделения, сопровождающиеся незначительным дискомфортом в области наружных гениталий, причем значение pH вагинального содержимого у одной из них было 5,5. При микроскопическом и культуральном исследовании материала со слизистой оболочки влагалища у данной больной были выявлены единичные «ключевые клетки», у трех пациенток — умеренное количество невегетирующих дрожжевых клеток и единичный рост колоний *Candida albicans*. Таким образом, клиничко-лабораторная эффективность лечения через неделю составила 93,5%. При анализе результатов бактериологических исследований показано, что проведенное этиотропное лечение способствовало не только элиминации возбудителей, но и в 38,7% случаев способствовало восстановлению нормобиоты. Снижение количества лактобацилл или их полное отсутствие было отмечено после лечения лишь у 37,1% и 14,5% больных соответственно. Этой группе больных местно были назначены эубиотики в стандартных дозировках.

Повторное контрольное комплексное обследование больных было проведено через четыре недели после окончания лечения. У трех пациенток при гинекологическом осмотре были выявлены умеренные творожистые выделения, сопровождавшиеся дискомфортом, легким зудом в области наружных половых органов. У этих пациенток при микроскопии мазков из слизистой оболочки влагалища были обнаружены почкующиеся дрожжевые клетки в умеренном количестве и рост колоний *C. albicans* 10^2 - 10^3 КОЕ/мл. У двух больных имелись обильные выделения с характерным «рыбным» запахом, положительный «аминовый» тест, при этом pH вагинального содержимого составил 6,0 и 7,5 соответственно. При микроскопии и культуральном исследовании элементы гриба у этих пациенток обнаружены не были, выявлены «ключевые клетки», значительный рост *G. vaginalis* и отсутствие лактобиоты. У одной пациентки при отсутствии жалоб и наличии умеренных влагалищных выделений были выявлены множественные невегетирующие дрожжевые клетки, рост единичных колоний *C. albicans* и умеренного количества *G. vaginalis*. Таким образом, клиничко-лабораторная эффективность лечения препаратом Нео-Пенотран при оценке через четыре недели от начала лечения составила 90,3%.

Заключение. В статье сравнительно подробно рассмотрена проблема кандидоза гениталий и бактери-

ального вагиноза в структуре инфекционных заболеваний нижних отделов половых путей у женщин. На основании анализа современных отечественных и зарубежных источников в специальной литературе и результатов собственных клинических наблюдений изложены факторы риска, основные подходы к диагностике и этиотропному лечению, представлены клинические особенности сочетанных форм кандидоза и бактериального вагиноза.

Согласно результатам нашего исследования, в группе больных с сочетанием кандидоза гениталий и бактериального вагиноза преобладают женщины репродуктивного возраста, что не противоречит данным других авторов. Из факторов риска у данного контингента больных на первом месте стоит применение антибактериальных препаратов в анамнезе, также значительна роль воспалительной и гормонозависимой генитальной патологии, использования нерациональной контрацепции. Довольно часто встает вопрос о важности и значимости характера сексуальной жизни пациенток. По нашим данным, у 37,1 % женщин в анамнезе было от 4 до 9 половых партнеров. В настоящее время, как известно, и КГ, и БВ исключены из разряда инфекций, передающихся половым путем, однако следует отметить, что количество половых партнеров, частая их смена имеют определенное значение для формирования дисбиотических процессов. Таким образом, важно помнить о том, что помимо первоочередного использования этиотропной терапии, необходимо проводить мероприятия, направленные на устранение факторов риска и коррекцию фоновой патологии [28, 29]. При рецидивировании патологического процесса показано применение поддерживающей терапии, в ряде

случаев необходимо решить вопрос о назначении системного лечения. При лечении трихомоноза, как правило, назначение Нео-Пенотрана сочетают с приемом антипротистозидных препаратов внутрь [1, 3, 14, 29].

Этиотропная терапия при сочетании кандидоза гениталий и бактериального вагиноза должна быть направлена на элиминацию всех возбудителей. По данным мультицентровых исследований, Нео-Пенотран проявил свою высокую клиническую эффективность и безопасность не только в лечении кандидоза гениталий и бактериального вагиноза, но и в терапии острых и хронических форм трихомоноза [9,30]. Благодаря системному всасыванию метронидазола поддерживается его стабильный уровень в крови, сравнимый с таковым при стандартной оральной дозе препарата 200 мг, что, вероятно, способствует высокой эффективности лекарства. Миконазола нитрат не оказывает значительного системного воздействия, его фармакологический эффект проявляется на уровне вагинального эпителия.

На основании полученных нами результатов можно обоснованно констатировать факт высокой эффективности Нео-Пенотрана в лечении эпизодов сочетанной инфекционной патологии (кандидоз гениталий и бактериальный вагиноз) нижних отделов половых путей женщин. Адекватная дозировка действующих веществ, сочетание противогрибкового и антибактериального действия, хорошая переносимость и отсутствие токсичности, удобство применения позволяют считать Нео-Пенотран препаратом выбора при сочетании бактериального вагиноза и кандидоза гениталий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Этиопатогенез, диагностика и современные направления в лечении бактериального вагиноза. // РМЖ — 2002. — №18 — С. 21-24.
2. Муравьева В.В., Анкирская А.С. Особенности микроэкологии влагалища при бактериальном вагинозе и вагинальном кандидозе // Акуш. и гинекол. — 1996. — № 6. — С. 27-30.
3. Мирзабалаева А.К. Кандидоз и актиномикоз гениталий у женщин: Автореф. дисс... д-ра мед. наук.- СПб., 2002.- 38 с.
4. Диагностика и лечение бактериального вагиноза: Методическое пособие. — Ассоциация акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга. — СПб., 1999. — 28 с.
5. Мирзабалаева А.К., Долго-Сабурова Ю.В., Савельева О.Г., Климко Н.Н. Выбор этиотропного лечения микотических и сочетанных форм генитальных инфекций у женщин. // Aqua vitae. — 1996. — № 3-4. — С. 10-13.
6. Barbone FJ., Austin H., Louv W.C. et al. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis and bacterial vaginosis // Am. J. Obstet. Gynecol.—1990.— Т.163, №2.—Р.510-514.
7. Тихомиров А.А., Лубнин Д.М. Применение влагалищных свечей Нео-Пенотран для проведения деконтаминации влагалища перед плановой беременностью // Гинекология. — 2003. — Т.5, №2 — С. 5-8.
8. Мирзабалаева А.К. Кандидоз гениталий у женщин репродуктивного возраста: Учебное пособие.- Изд-во СПбУЭФ, 1996. — 24 с.
9. Ozyurt E., Toykulieva V.B., Danilyans L.L. et al. Efficacy of 7 Day treatment with metronidazole+miconazole (Neo-Penotran) - a triple-active pessary for the treatment of single and mixed vaginal infections // Int. J. Gynecol Obstet. — 2001. — №74. — Р. 35-43.
10. Прилепская В.Н. Генитальный кандидоз. Современные подходы к лечению // Акуш. и гинекол. — 1996. — № 6 (приложение).
11. Роджерс К.А., Бердалл А.Дж. Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз и причины его возникновения // Инфекции, передаваемые половым путем. — 2000. — №3. — С. 22-27.

12. *Handsfield H.* Principles of treatment of STD // Sexually transmitted diseases. Eds. K. Holmes, P.A. Mardh, F. Sparling et al.— McGraw-Hill, 1999. — P. 711-721.
13. *Белянин В.Л., Аравийский Р.А.* Значение специфического и неспецифического звена иммунитета в развитии оппортунистических микозов // Проблемы мед. микологии. — 2001. — Т.3, № 2. — С. 33-38.
14. *Кира Е.Ф.* Бактериальный вагиноз. — СПб.: НЕВА-ЛЮКС, 2001. — 364 с.
15. *Мирзабалаева А.К., Долго-Сабурова Ю.В., Савельева О.Г., Климко Н. Н.* Возбудители хронического рецидивирующего кандидозного вульвовагинита и сочетанных форм генитальных инфекций у женщин //Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 2001. — №1. — С. 79-82.
16. *Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В.* Кандидоз. Природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, лабораторная диагностика, клиника и лечение. — М., 2001. — 472 с.
17. *Mardh P.A., Rodrigues A.G., Genc N., et al.* Facts and myths on recurrent vulvovaginal candidosis — a review on epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, pathogenesis and therapy//Int J.of STD &AIDS. — 2002. — №13 — P. 522-539.
18. *Jack D. Sobel.* Mucocutaneous candidiasis in Infectious diseases. — 2000.
19. *Patel D.A., Gillespie B., Sobel J.D. et al.* Risk factors for recurrent vulvovaginal candidiasis in women receiving maintenance antifungal therapy: results of a prospective cohort study//Am.J. Obstet Gynecol. — 2004. — Vol.190, №3 — P. 644-653.
20. *Прилепская В.Н.* Особенности инфекционных процессов нижнего отдела половых путей. Возможности терапии препаратами для локального применения //Применение препарата Тержинан в гинекологической практике: По материалам симпозиума в рамках VII Российского национального конгресса «Человек и лекарство». — М.: МЕДпрессинформ, 2003. — 48 с.
21. *Peter G.Pappas, John Rex, Jack D. Sobel, Scott G.Filler, et al.* Clinical Infectionis Diseases, Guidelines for Treatment of Candidiasis.- 2004.- Vol.38.- P. 161-189.
22. *Kibbler C.C., Mackenzie D.W.R., Odds F.C.* Principles and practice of clinical mycology. — Chichester, New-York, 1996.
23. *Ричардсон М.Д., Кокки М.* Руководство по лечению системных микозов. — Current Medical Literature LTD, 1998. — 64 с.
24. *Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии /Под редакцией Л. С. Страчунского, Ю. Б. Белоусова, С. Н. Козлова.* — М.: Боргес, 2002. — 384 с.
25. *Sobel J.D., Zervos M., Reed B.D. et al.* Fluconazol susceptibility of vaginal isolates obtained from women with complicated Cand vaginitis: clinical implications//Antimicrob Agents Chemother. — 2003. — Т.47, №1. — P. 34-38.
26. *Fidel P.L. Jr, Barrouse M., Espinosa T. et al.* An intravaginal live *Candida* challenge humans leads to new hypotheses for immunopathogenesis of vulvovaginal candidiasis//Infect Immun. — 2004. — Т.72, №5. — P. 2939-2946.
27. *Klebanoff M.A., Schwabke J.R., Zhang J. et al.* Vulvovaginal symptoms in women with bacterial vaginosis// Obstet Gynecol. — 2004. — Т.104, №2 — P. 267-272.
28. *Weir E.* Bacterial vaginosis: more questions than answers// Clinic. Med. Am. J. — 2004. — Т.171, №5.- P. 448.
29. *Alfonsi G.A., Shlay J.C., Parker S.* What is the best approach for managing recurrent bacterial vaginosis?// J.Fam.Pract. — 2004. — Т.53, №8. — P. 650-652.
30. *Абаишин В.Г., Ильин А.Б., Пазычев А.А.* Профилактика инфекционных осложнений после гинекологических операций в лечебных учреждениях Министерства обороны Российской Федерации: Методические рекомендации.— М.: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2004. — 24 с.

Поступила в редакцию журнала 28.07.04

Рецензент: Н.В. Аганезова

