

М.А.ГОМБЕРГ, д.м.н., профессор, А.М.СОЛОВЬЕВ, к.м.н., Д.А.ЛЮБОПЫТОВА, ЦНИКВИ, МГМСУ

Синдромный подход

К ТЕРАПИИ ВЛАГАЛИЩНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ: ВСЕ ЛИ ТАК ПРОСТО?

С выделениями, обусловленными процессами, происходящими непосредственно во влагалище, ассоциированы три широко распространенных заболевания инфекционного характера: бактериальный вагиноз, трихомониаз и кандидоз.

Могут быть и неинфекционные причины выделений — аллергические реакции и дерматозы наружных половых органов. Но если инфекционный процесс локализуется в более высоких отделах женских половых путей, в частности в цервикальном канале, то возникающие при этом выделения в итоге также окажутся во влагалище. Недооценка этого механизма возникновения выделений и слишком упрощенный взгляд на влагалищные выделения как на процесс, затрагивающий исключительно влагалище, может приводить к тяжелым осложнениям из-за несвоевременной диагностики и лечения наиболее частых причин цервицита —

хламидийной и гонококковой инфекции. Именно поэтому у женщин с синдромом выделений из влагалища не следует полностью полагаться на клиническую картину, которая может быть обманчивой, а желательно во всех случаях, когда это возможно, проводить лабораторные исследования. ВОЗ, давая рекомендации по синдромному подходу к терапии выделений из влагалища, когда по каким-либо причинам лабораторная диагностика невозможна, предлагает перед назначением лечения исключить инфицирование более высоких отделов хламидиями и гонококками.

Таким образом, не следует спешить с назначением женщинам с синдромом влагалищных выделений противокандидозных препаратов или средств лечения бактериального вагиноза или трихомониаза, поскольку принципы лечения гонореи и хламидийной инфекции совершенно другие, а длительное пребывание в организме женщины этих микробов и неадекватная терапия могут вызвать серьезные осложнения.

■ Согласно рекомендациям ВОЗ, для лечения неосложненной гонококковой инфекции нижних отделов УГТ у женщин рекомендуют только те препараты, однократное применение которых обеспечивает не менее 95% эффективности.

■ ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ И ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА

Согласно международной классификации МКБ-10, выделяют неосложненную инфекцию нижних отделов урогенитального тракта (УГТ), осложненную гонореей нижних отделов УГТ, инфекцию верхних отделов и органов малого таза, а также гонореей других локализаций. Клинически гонорея у женщин обычно проявляется в виде уретрита или эндоцервицита. У женщин иногда болезнь принимает хронический характер со скудной клинической симптоматикой. Не в последнюю очередь это связано с тем, что воспалительный процесс развивается в цервикальном канале, а не во влагалище, и женщина не замечает вовремя патологического характера выделений. Поэтому частым осложнением гонореи у женщин является восходящая инфекция с развитием воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ).

Диагностика гонореи строится на обнаружении гонококка в материале из УГТ одним из перечисленных методов:

1. Микроскопическое исследование материала из УГТ с окраской по Грамму для выявления типичных граммотрицательных диплококков является наиболее доступным и простым способом.
2. Культуральное исследование для выделения чистой культуры гонококка. Т.к. гонококк малоустойчив во внешней среде, этот тест требует особых условий постановки, а сам материал не поддается транспортировке и должен сразу быть помещен в питательную среду.

■ ЛЕЧЕНИЕ

Для лечения неосложненной гонококковой инфекции нижних отделов УГТ у женщин рекомендуют только такие методы, которые обеспечивают не менее чем 95% эффективность при однократном применении лекарственных препаратов. Именно таковы рекомендации ВОЗ.

Уже несколько лет в России проводится мониторинг устойчивости гонококка к антибиотикам, в связи с чем пересматриваются рекомендации по лечению гонореи для различных регионов страны. В частности, согласно полученным данным, отмечается явная тенденция к развитию устойчивости *N. gonorrhoeae* к фторхинолонам. Поэтому в последней ре-

дакции клинических рекомендаций «Дерматовенерология—2007» фторхинолоны в схемах терапии гонококковой инфекции отсутствуют [1]. То же касается использования пенициллина, который из-за роста числа пенициллиназопродуцирующих штаммов гонококка также исчезает из рекомендаций.

Основным препаратом, рекомендованным для применения во всех федеральных округах России, является цефтриаксон. Для терапии локализованной гонококковой инфекции его назначают однократно по 250 мг в/м. В качестве альтернативы можно использовать спектиномицин по 2,0 г однократно, в/м [1].

При лечении гонококковой инфекции с системными проявлениями рекомендовано назначение:

- цефтриаксона по 1,0 г в/м 1 раз в сутки;
- цефотаксима по 1,0 г в/в 3 раза в сутки;
- спектиномицина по 2,0 г в/м 2 раза в сутки.

Европейские и американские рекомендации предлагают проводить парентеральную терапию в течение 7 дней или в течение 48 ч после прекращения клинической симптоматики, а затем назначать пероральные препараты [2,3]. В последней редакции российских рекомендаций указывается на 14-дневное курсовое лечение [1].

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ И ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА

Современная классификация уrogenитального хламидиоза, согласно МКБ-10, подразумевает деление на хламидийную инфекцию нижних отделов (неосложненную) и инфекцию верхних отделов мочеполового тракта (осложненную). У женщин хламидии чаще всего вызывают эндоцервициты, реже встречаются конъюнктивиты, проктиты и фарингиты. Все, что говорилось в отношении клинических проявлений гонореи у женщин, в полной и даже еще большей мере относится и к хламидийной инфекции. Заболевание протекает обычно с еще более скудной, чем при гонорее, клинической симптоматикой. Осложнениями уrogenитального хламидиоза у женщин являются ВЗОМТ, в результате которых может развиваться бесплодие. Хламидии могут потенцировать аутоиммунные процессы в организме, результатом которых может стать болезнь Рейтера и т.н. иммунное бесплодие.

Диагностика

1. Культуральный метод — изоляция хламидий на монослое клеток McCoy, L-929 или HeLa.
2. Реакция прямой иммунофлуоресценции. При исследовании используются моноклональные антитела (АТ) против основных видов- или родоспецифичных антигенов (АГ) наружной мембраны *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) (MOMP или LPS). Позволяет выявлять присутствие этих АГ в материале из УГТ.

3. Молекулярно-биологические методы диагностики — полимеразная цепная реакция (ПЦР) и др. Методы основаны на выявлении уникальной нуклеотидной последовательности ДНК или РНК выявляемого микроорганизма.

4. Иммуноферментный анализ (ИФА). Используется для выявления АГ *C. trachomatis*. Вследствие относительно низкой чувствительности и специфичности, при постановке ИФА возможно большое количество ложноположительных результатов, поэтому этот метод нуждается в применении подтверждающих тестов.

5. Серологические методы. Основаны на выявлении специфических АТ в сыворотке крови, а также других биологических жидкостях организма (цервикальной слизи, спермоплазме). В Москве лишь в нескольких специализированных центрах, например медико-биологическом центре «Пастер», есть возможность обследовать пациентов с целью выявления специфических АТ различных классов, а также проводить определение АТ, специфичных к различным видам хламидий (*C. trachomatis*, *C. pneumoniae*, *C. Psittaci*). Если использовать для серологической диагностики только родоспецифические АТ, неизбежны диагностические ошибки, когда за ИППП может быть принята инфекция, вызванная другими видами хламидий.

Ни один из существующих сегодня методов диагностики хламидийной инфекции не является оптимальным. «Золотым стандартом» является сочетание при обследовании нескольких диагностических методов, один из которых должен быть молекулярно-биологическим.

Лечение

При лечении больных хламидийной инфекцией нижних отделов УГТ, как правило, достаточно только антибактериальной терапии и дополнительных терапевтических мероприятий не требуется.

Основными антибиотиками, рекомендованными всеми мировыми руководствами для лечения хламидийной инфекции, являются тетрациклины и макролиды.

К числу наиболее активных противохламидийных препаратов относится азитромицин (сумамед). Все современные руководства относят его к препаратам выбора при лечении хламидиоза. Этому способствуют уникальные фармакокинетические характеристики препарата: продолжительный период полувыведения, высокий уровень всасывания и устойчивость в кислой среде, способность транспортироваться лейкоцитами к месту воспаления, высокая и продолжительная кон-

■ Основные антибактериальные препараты для лечения хламидийной инфекции — это макролиды (азитромицин) и тетрациклины (доксциклин).

центрация в тканях, а также возможность проникновения внутрь клетки. Благодаря тому, что высокая терапевтическая концентрация азитромицина в тканях достигается после однократного приема стандартной дозы антибиотика и сохраняется в местах воспаления не менее 7 сут., с появлением азитромицина впервые возникла возможность эффективного лечения больных хламидийной инфекцией однократным приемом антибиотика внутрь. Сумамед используется в России с начала 90-х гг. XX в. Он имеет таблетированную форму, прием препарата не зависит от приема пищи, что положительно сказывается на комплаенсе и его эффективности.

Макролиды, рекомендованные для лечения хламидийной инфекции:

Основные препараты:

■ азитромицин — однократный прием 1,0 г.

Альтернативные препараты:

■ джозамицин по 500 мг 2 раза в сутки 10 дней;

■ кларитромицин — по 250 мг 2 раза в сутки 7 дней;

■ эритромицин по 500 мг 4 раза в день в течение 7 дней;

■ рокситромицин по 150 мг 2 раза в сутки 7 дней.

Кларитромицин, в сравнении с другими активными в отношении хламидий антибиотиками, обладает одними из лучших показателей МПК. Он также активен в отношении уреapлазменной инфекции, которая хоть и не всегда является патогенной, но часто сопутствует другим урогенитальным инфекциям, в частности хламидийной, и в ряде случаев способна вызвать воспаление. Кларитромицин реже других макролидов используется при урогенитальной патологии, что в некоторых случаях является достоинством препарата. А что касается методики его применения при хламидийной инфекции, то здесь следует отметить появление формы этого препарата с замедленным высвобождением — клацид СР. Замедленные абсорбция и элиминация препарата позволяют назначать клацид СР 1 раз в сутки по 500 мг, что повышает приверженность пациентов к лечению, а значит, и эффективность терапии в целом.

Препараты тетрациклинового ряда являются самыми распространенными ЛС для лечения больных хламидиозом. Согласно всем рекомендациям, для лечения больных урогенитальным хламидиозом препаратом выбора является доксициклин. Преимуществом его использования является достаточно высокая эффективность (по данным литературы 95–100%) и относительно невысокая стоимость лечения. Доксициклин по сравнению с тетрациклином имеет более высокую биодоступность, более длительный период полувыведения и лучше переносится. Кроме того, при его использовании, в отличие от других тетрациклинов, нет необходи-

мости соблюдать диету, учитывающую возможность связывания тетрациклинов с ионами Ca^{2+} . Следует помнить, что все препараты тетрациклинового ряда противопоказаны при почечной недостаточности, беременности и не применяются для лечения детей до 8 лет. Наиболее частыми побочными эффектами при приеме препаратов этого ряда являются тошнота, рвота, диарея, аллергические реакции. Значительно менее выражены эти реакции при использовании доксициклина моногидрата, чем традиционного доксициклина гидрохлорида. Доксициклина моногидрат выпускается в уникальной лекарственной форме солютаб, что является достижением фармакологических технологий. Это особая форма таблеток, которая может приниматься внутрь целиком, может быть разделена на части или разжевана, может быть растворена в воде с образованием сиропа-суспензии (при растворении в 20 мл воды) или раствора-суспензии (при растворении в 100 мл воды). Биодоступность доксициклина моногидрата в лекарственной форме солютаб составляет 95%, что практически соответствует внутривенной инфузии.

Доксициклин назначают по 100 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней. Первая доза при приеме препарата составляет 200 мг.

Что касается «классических инфекций влагалища», сопровождающихся выделениями, то здесь все достаточно просто. Если можно исключить воспаление в более высоких отделах, то выделения могут быть связаны с трихомонадной инфекцией, бактериальным вагинозом или кандидозом.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ТРИХОМОНИАЗ

Инфекционное заболевание, вызываемое *Trichomonas vaginalis* (T. vaginalis), которое относится к простейшим. Основными клиническими проявлениями трихомонадной инфекции у женщин являются вагиниты.

Диагностика

1. Микроскопическое исследование нативного препарата.
2. Микроскопическое исследование материала из влагалища, окрашенного по Грамму или раствором метиленового синего.
3. Культуральное исследование.

В европейском руководстве рекомендуют также исследовать на трихомонады цитологические мазки из шейки матки [2], а в американском — предлагается использовать флуоресцентные, иммунохроматографические и молекулярно-биологические методы [3]. Однако в обоих руководствах указывается на то, что при использовании этих тестов вероятность ложноположительных результатов очень высока, и рекомендуется полагаться на результаты культурального исследования.

Во всех современных руководствах для лечения трихомониаза рекомендуются препараты из группы нитроимидазолов. Если речь идет об установленной трихомонадной инфекции, лечение проводят как при наличии клинических проявлений, так и в случае бессимптомного течения. Во всех рекомендациях отмечается также необходимость лечения половых партнеров по эпидемиологическим показаниям, независимо от результатов их обследования.

Лечение

Согласно отечественным и зарубежным руководствам, к препаратам выбора для лечения трихомониаза относят метронидазол или его многочисленные производные: тинидазол, орнидазол, секнидазол, ниморазол и др.

Большинство штаммов *T. vaginalis* высокочувствительны к метронидазолу, поэтому лечение, как правило, серьезных трудностей не представляет. При этом следует отметить, что при неэффективности одного из нитроимидазолов нет никаких оснований ожидать, что окажется эффективным другой имидазольный препарат, поскольку механизм действия у них один и тот же. Если же есть обоснованные подозрения, что неэффективность терапии связана с устойчивостью к нитроимидазолам, то можно использовать единственный неимидазольный препарат, представленный в российских справочниках, — это нифуратель (макмирор). Нифуратель назначают по 200 мг 3 раза в сутки 7 дней.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

Бактериальный вагиноз является самой распространенной причиной патологических выделений из влагалища у женщин детородного возраста. Болезнь характеризуется чрезмерным ростом облигатных или факультативных анаэробных бактерий — *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella* spp., *Mobiluncus* spp., *Veillonella* spp., *Bacteroides* spp., *Peptococcus* spp., при возможном участии *Mycoplasma* spp. и *Ureaplasma* spp. Это приводит к угнетению роста и жизнедеятельности влагалищных лактобактерий и сдвигу pH влагалища в щелочную сторону. Согласно всем зарубежным руководствам, бактериальный вагиноз сегодня не относят к заболеваниям, передаваемым половым путем. И хотя он может развиваться и рецидивировать независимо от сексуальной активности женщины, есть много сообщений о том, что чаще заболевание встречается у женщин с высоким промискуитетом и не использующих презервативы.

И в российском, и в зарубежных руководствах для постановки диагноза бактериального вагиноза рекомендуется использовать критерии Amsel [1, 2, 3]: 1) наличие жидких, беловато-серых гомогенных выделений;

2) pH выделений > 4,5;

3) положительный КОН-тест (появление «рыбного» запаха после добавления к выделениям 1–5%-ного раствора КОН);

4) обнаружение при микроскопическом исследовании «ключевых» клеток.

Для постановки диагноза необходимо наличие 3 признаков.

В европейском руководстве кроме указанных критериев Amsel в качестве альтернативы рекомендуют использовать критерии Nugent [2]. При этом проводится исследование материала из влагалища, окрашенного по Грамму, микроскопическим методом. Оценивают относительное содержание бактериальных морфотипов по специально разработанной шкале (< 4 баллов — норма, 4–6 — промежуточный тип микрофлоры, > 6 — бактериальный вагиноз).

Американское руководство предлагает, кроме указанных критериев, использовать молекулярно-биологические методы в количественной постановке для определения высоких концентраций *Gardnerella vaginalis*, а также тест-полоски для быстрого определения pH, триметиламина и пролинаминопептидазы [3].

При постановке диагноза бактериального вагиноза и наличии соответствующей клинической симптоматики женщине назначают лечение. Терапия половых партнеров, по мнению западных руководств, в этом случае не требуется. В отечественных рекомендациях говорится о целесообразности обследования и лечения партнеров, поскольку наличие бактериального вагиноза служит фактором риска развития баланопостита и уретрита.

Также имеются различия и в подходах к лечению бактериального вагиноза в России и за рубежом.

Согласно российскому руководству, в первую очередь рекомендуется местное лечение бактериального вагиноза [1]. Местно предлагается использовать метронидазол — в виде 0,75% геля 1 раз в сутки в течение 5 дней. Другим вариантом местного лечения является назначение интравагинально клиндамицина в виде аппликаций 2% крема в течение 7 дней или суппозиториев по 100 мг 1 раз в сутки в течение 3 дней. В последней редакции клинических рекомендаций для российских дерматовенерологов, так же как и в американском руководстве, в качестве основного метода лечения предлагается пероральная терапия метронидазолом по 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней. В качестве альтернативы используют метронидазол по 2,0 г однократно или клиндамицин по 300 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней.

■ При выборе лечения трихомониаза предпочтение отдается препаратам из группы нитроимидазолов — метронидазолу или его многочисленным производным.

Для местного лечения при бактериальном вагинозе можно также использовать неимидазольный препарат — нифуратель. На фармрынке он представлен препаратом макмирор комплекс в виде вагинальных свечей (содержащих 500 мг нифурателя и 200 000 ЕД нистатина), а также вагинального крема. Комбинация двух ЛС оказывает синергическое действие против грибковой флоры, которая часто активизируется на фоне терапии бактериального вагиноза и приводит к развитию кандидозных вульвовагинитов. Т.к. нифуратель не подавляет роста лактобактерий, то в результате применения препарата во влагалище создаются условия для восстановления нормального биоценоза и pH влагалищной среды.

И европейское, и американское руководства называют системное лечение бактериального вагиноза основным методом терапии, а местное лечение — лишь дополнительным.

Европейское руководство основным методом лечения бактериального вагиноза считает системную терапию метронидазолом (внутрь по 2,0 г однократно или по 400—500 мг 2 раза в сутки в течение 5—7 дней), а альтернативные схемы лечения строятся на местном использовании препаратов метронидазола (в виде геля) и клиндамицина (в виде крема), а также на системном применении клиндамицина (по 300 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней) [2].

По данным CDC, методика лечения бактериального вагиноза, основанная на однократном приеме метронидазола, наименее эффективна и не должна использоваться при данном патологическом состоянии [3].

При назначении метронидазола внутрь следует предупредить больных о возможности развития побочных эффектов при приеме алкоголя, а при назначении клиндамицина в виде крема — о том, что кремовая основа может приводить к нарушению структуры латексных презервативов.

В литературе имеется много сообщений о необходимости и эффективности использования различных бактериальных препаратов, содержащих *Lactobacillus* spp., которые нормализуют микробиоценоз влагалища и излечивают бактериальный вагиноз. Однако исследование американских специалистов показало отсутствие каких-либо различий в клиническом и микробиологическом эффекте при применении такого препарата и плацебо через 1 мес. после лечения [3].

При рецидивирующем бактериальном вагинозе следует проводить поиск и устранение экзогенных и эндогенных факторов риска.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ

Заболевание органов мочеполовой системы, обусловленное дрожжеподобными грибами рода *Candida*. У 90% женщин этиологическим агентом ге-

нитального кандидоза является *Candida albicans*, у остальных — другие виды — *C. glabrata*, *C. tropicalis* и др. В соответствии с МКБ-10, генитальный кандидоз не относится к ИППП. Наиболее частая форма генитального кандидоза у женщин — это вульвовагинит.

Диагностика

Диагноз ставится на основании особенностей клинической картины и результатов лабораторных исследований.

Клиническая симптоматика кандидозного вульвовагинита может состоять из:

- 1) наличия густых, белых, творожистых выделений из влагалища;
- 2) гиперемии, отека или сухости кожи и слизистых вульвы и влагалища;
- 3) жалоб на зуд в области вульвы и влагалища, диспареунию или дизурию.

Для лабораторной диагностики генитального кандидоза используют:

1. Микроскопическое исследование нативного или окрашенного по Грамму материала из влагалища. При оценке препаратов обращают внимание на наличие вегетативных форм грибов — псевдомицелия или почкующихся клеток.
2. Микологическое исследование, которое позволяет определить видовую принадлежность выявленных грибов и их чувствительность к антимикотикам. Диагностическим считается рост в количестве более 10⁴ КОЕ/мл.

При обнаружении грибов рода *Candida* любым из способов, но при отсутствии клинической симптоматики, согласно всем руководствам, проводить лечение не рекомендуется. Специальное обследование и лечение партнеров также не требуется. Однако в случае, если у женщины генитальный кандидоз рецидивирует или у партнера развивается кандидозное поражение полового члена, партнеров необходимо обследовать и назначить терапию.

При выборе тактики лечения кандидоза необходимо установить, как протекает заболевание у пациентки. Выделяют неосложненное течение кандидоза (одиночные эпизоды, редкие рецидивы) и осложненное (рецидивирующий кандидоз, кандидоз, вызванный иными, чем *C. albicans*, видами *Candida*, кандидоз у женщин с диабетом или длительно получающих кортикостероиды).

При неосложненном течении генитального кандидоза (редкие эпизоды) обычно рекомендуют местное лечение.

В российском и европейском руководствах в качестве основных предлагаются следующие препараты [1, 2]: клотримазол — вагинальные таблетки или свечи по 200 мг в течение 3 дней или по 500 мг однократно и миконазол — вагинальные овулы по 200—400 мг в течение 3 дней или по 1200 мг однократно.

Таблица 1. Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся выделениями из влагалища

Типы заболеваний (100%)	Бактериальный вагиноз 40–50%	Кандидозный вагинит 20–25%	Трихомонадный вагинит 15–20%
	В 10–15% случаев бактериальный вагиноз сочетается с кандидозом		
Основные симптомы	Едкие выделения	Сильный зуд вульвы, рыхлые выделения без запаха	Обильные жидкие выделения, часто с неприятным запахом
Наличие признаков воспаления	Обычно нет	Часто	Иногда
pH влагалищных выделений	Слабокислая до щелочной > 4,5	Кислая < 4,5	Слабокислая до щелочной > 5,0
Микроскопия	Скучно лейкоциты и лактобациллы, коккобактерии	Умеренное число лейкоцитов и эпителия, в 40–60% — клетки гриба	Умеренное число лейкоцитов, подвижные трихомонады в 40–80%
Аминный запах («рыбный»)	Сильный	Отсутствует	Часто

В последней редакции российского руководства в качестве основного метода лечения предлагается также назначение флуконазола по 150 мг однократно [1]. В европейском и американском руководствах этот метод лечения признается альтернативным.

Очень широкий список препаратов первой линии представлен в новом руководстве CDC [3]. Это все препараты для интравагинального применения: бутаконазол, клотримазол, миконазол, нистатин, тиокконазол (в России не зарегистрирован), терконазол (в России не зарегистрирован).

В качестве альтернативы в российском руководстве предложено использовать нистатин по 100000 ЕД интравагинально 1 раз в сутки в течение 14 дней [1]. Надо сказать, что эффективность всех перечисленных препаратов примерно одинакова — 70–85%. Частота рецидивов зависит не от выбора препарата, а от наличия у больного триггерных и провоцирующих факторов, которые необходимо выявлять и устранять.

Кроме флуконазола европейское руководство рекомендует использовать итраконазол по 200 мг двукратно в течение 1 дня [2].

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ

Рецидивирующим считается кандидоз, эпизоды которого повторяются более 4 раз в течение года. Как упоминалось выше, первоочередным является установление причин рецидивирующего течения кандидоза и их устранение. Важными могут оказаться микологические исследования, определяющие вид возбудителя и его чувствительность к антимикотикам, а также позволяющие верифицировать неалбикантные виды грибов, которые встречаются в

10–20% случаев рецидивирующего кандидоза и обычно бывают устойчивы к традиционно используемым противогрибковым препаратам.

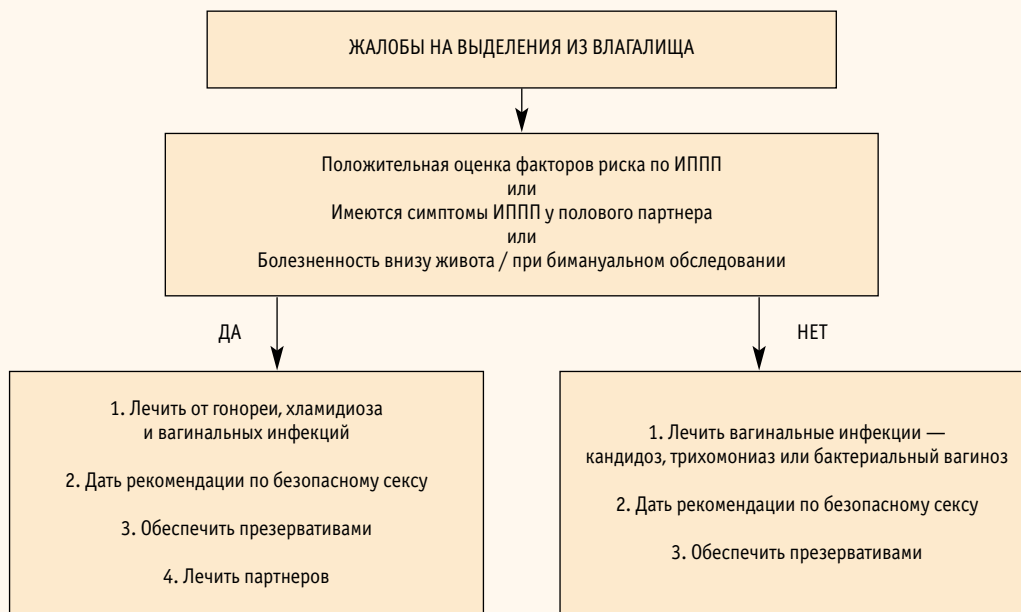
По данным российского и европейского руководства, при рецидивирующем кандидозе после проведения основного курса терапии рекомендуется поддерживающее лечение в течение 6 мес.: флуконазолом по 100 мг внутрь 1 раз в нед. или местно клотримазолом по 500 мг 1 раз в нед. [1,2].

В рекомендациях CDC при рецидивирующем течении генитального кандидоза рекомендуется либо использование коротких курсов местных или системных антимикотиков, либо более длительное, до 14 дней, использование местных препаратов во время рецидива болезни [3]. В качестве альтернативы местному лечению предлагается курс флуконазола по 100, 150 или 200 мг внутрь в 1-й, 4-й и 7-й дни лечения.

При необходимости может быть рекомендована длительная поддерживающая системная терапия флуконазолом по 100, 150 или 200 мг 1 раз в нед. или местная — клотримазолом по 200 мг 2 раза в нед. или по 500 мг 1 раз в нед. Такое лечение пациенты могут получать в течение 6 мес.

Существуют и альтернативные методы лечения рецидивирующего кандидоза. Так, например, имеются многочисленные публикации об эффективности иммуномодулятора гепона при лечении рецидивирующего кандидоза. Препарат применяют наружно в виде орошений и тампонов при вульвовагините. Проводят 3–5 процедур с интервалом 1–2 дня. Три направления действия препарата — прямое противогрибковое, противовоспалительное и иммуномодулирующее — дают быстрый клинический и стойкий противорецидивный эффект.

Рисунок 1. Алгоритм ВОЗ для ведения больных с выделениями из влагалища при невозможности провести лабораторные исследования [4]



При остром или рецидивирующем кандидозе у больных с некоторыми заболеваниями (например, диабет), а также длительно получающих кортикостероиды или химиотерапию, может потребоваться более продолжительное — до 14 дней — лечение местными либо системными препаратами.

Такой же подход к лечению оправдан в случае выявления неальбицантных видов кандиды, например *C. glabrata*. Кстати, при лечении инфекций, вызванных этим видом грибов, очень хорошие результаты может давать нистатин. Кроме перечисленных схем, руководство CDC в таких случаях рекомендует местное применение желатиновых капсул с борной кислотой по 600 мг ежедневно в течение 2 нед. [3]

КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

В ситуациях, когда невозможно обследовать пациентку и провести лабораторные исследования, а также в случаях ассоциации бактериального вагиноза и кандидоза, наличия других смешанных инфекций влагалища, неспецифических вагинитов удобно использовать комбинированные препараты для местного применения.

В разделе терапии бактериального вагиноза нами подробно изложены особенности комбинированного препарата для местного применения макмирор комплекс (в виде вагинальных свечей или крема), содержащего нифуратель и нистатин.

К другим комбинированным средствам относятся свечи нео-пенотран и вагинальные таблетки клион-Д 100, содержащие метронидазол и миконазол.

Решение о применении комбинированных препаратов должен принимать врач после клинико-лабораторной оценки конкретной ситуации.

В заключение мы приводим 2 схемы, позволяющие врачу сориентироваться при анализе клинической картины у пациенток с выделениями из влагалища.

В первой схеме (табл. 1) даны рекомендации, как по характеру выделений можно предположить наличие того или иного инфекционного процесса во влагалище, а вторая схема (рис. 1) основана на рекомендациях ВОЗ по синдромному подходу к такого рода выделениям. Представленная в таблице 1 оценка носит сугубо предварительный характер и не отменяет рекомендации по тщательному лабораторному анализу, направленному на выявление самых разнообразных микроорганизмов, способных вызвать эти выделения, включая гонококки и хламидии. Отсутствие микроорганизмов, ассоциированных с синдромом влагалищных выделений, может свидетельствовать о неинфекционном их характере, что полностью меняет тактику ведения таких больных.



ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Дерматовенерология-2007. Под ред. А.А.Кубановой — М.: «ДЭКС-Пресс», 2007. — С. 300.
2. European STD Guidelines. //Int J STD & AIDS. — 2001; 12; 3.
3. Sexually transmitted diseases treatment. Guidelines. — 2006. //MMWR — 2006; 55;RR-11: 94.
4. WHO model prescribing information. Drugs used in sexually transmitted diseases and HIV infection. World Health Organisation. — Geneva, 1995.