



МАРС

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ
АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

СИНДРОМ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

Для специалистов в области
репродуктивной медицины

Москва
2024

StatusPraesens
— profmedia —

МАКМИРОР® МАКМИРОР® КОМПЛЕКС

ЭМПИРИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ С ВЫСОКИМ ПРОФИЛЕМ БЕЗОПАСНОСТИ^{1,2}

 **ЦИСТИТ, УРЕТРИТ³**

 **ВАГИНИТ³⁻⁵**

Таблетки для приема внутрь

Капсулы вагинальные

Крем вагинальный



- Сохраняется физиологическая флора⁴⁻⁷
- Возможно применение у беременных после оценки польза/риск³⁻⁵

ШИРОКИЙ СПЕКТР ДЕЙСТВИЯ³⁻⁵

БАКТЕРИИ

ГРИБЫ

ПРОСТЕЙШИЕ



НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ/ОБЩЕЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА МАКМИРОР® КОМПЛЕКС, МАКМИРОР®

1. Аполихина И.А., Гушин А.Е.З., Эрендиева З.Н., Толенев Ю.А. Возможности антимикробной терапии заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей: результаты многоцентровой наблюдательной программы «Проспект». Акушерство и гинекология. 2021. 12: 167-176.
 2. Костин А.А., Кульченко Н.Г., Яценко Е.В. Антимикробная терапия острого неосложненного цистита нифурателом. Archiv euromedica 2019; 9(3):71-73.
 3. Листок-вкладыш, Общая характеристика лекарственного препарата Макмирор®, таблетки, покрытые оболочкой. Рег. уд. № ЛП-№(004899)-(PT-RU)
 4. Листок-вкладыш, Общая характеристика лекарственного препарата МАКМИРОР® Комплекс, капсулы вагинальные. Рег. уд. № ЛП-№(003122)-(PT-RU)
 5. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата МАКМИРОР® КОМПЛЕКС крем вагинальный. РУ № П N012638/02
 6. Кульчавена Е.В., Бреусов А.А. Рецидивирующий цистит и бактериальный вагиноз: как избежать полипрагмазии? Гинекология. 2020;22(4):17-21.
 7. Конаныхина С.Ю., Свердлов О.А. Эффективность применения нифуратела при лечении дисбактериоза у детей. Вопросы практической педиатрии. 2006; 1 (4): 130-133.
- Дата создания рекламного модуля: 17.07.2024г.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников

На правах рекламы

Реклама. 000 «Си Эс Си ЛТД» ИНН 77068116204 erid:LjN8KMnrP



МАРС

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ
АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

СИНДРОМ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

Для специалистов в области
репродуктивной медицины

Москва
2024

StatusPraesens
— profmedia —

С38 Синдром патологических выделений из половых путей женщины. Клинический протокол / [Коллектив авторов]. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2024. — 112 с.

ISBN 978-5-907814-08-0

Клинический протокол представляет позицию экспертов Международной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) по вопросам ведения пациенток с синдромом вагинальных выделений.

Многие вопросы ведения женщин с вагинозами и вагинитами контраверсионны, а редкие формы этих заболеваний порой вовсе не представлены в руководствах. Более того, за патологические выделения из половых путей нередко ответственны системные заболевания, находящиеся вне сферы ответственности врача акушера-гинеколога. Новый протокол характеризует многие особенности обследования и лечения пациенток.

Клинический протокол предназначен для широкого круга медицинских работников: акушеров-гинекологов женских консультаций, родильных домов, перинатальных центров, отделений многопрофильных стационаров, научных сотрудников и руководителей кафедр акушерства и гинекологии, слушателей всех форм непрерывного медицинского образования, аспирантов, клинических ординаторов, а также студентов медицинских вузов.

УДК 618.1
ББК 57.15

СОДЕРЖАНИЕ

ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ	4	3.4. Консультации смежных специалистов	27
ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ	5	4. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ВАГИНАЛЬНЫМИ ВЫДЕЛЕНИЯМИ	27
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	8	4.1. Эмпирическая терапия	27
2. ПРИЧИНЫ ВАГИНАЛЬНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ	8	4.2. Двухэтапная терапия	27
2.1. Физиологические причины	8	4.3. Инфекционные гинекологические заболевания	28
2.2. Патологические причины	10	4.3.1. Инфекции нижнего отдела репродуктивного тракта	28
2.2.1. Инфекционные причины	10	4.3.2. Редкие формы вагинальных инфекций ..	35
2.2.2. Неинфекционные причины	15	4.4. Иные заболевания женских половых органов	36
3. ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН С ВАГИНАЛЬНЫМИ ВЫДЕЛЕНИЯМИ	17	4.4.1. Генитоуринарный менопаузальный синдром	36
3.1. Первичный приём	18	4.4.2. Пропалпы гениталий	36
3.1.1. Жалобы и анамнез	18	4.4.3. Дерматозы вульвы	36
3.1.2. Осмотр наружных половых органов	19	4.5. Соматические, онкологические и иные системные заболевания	37
3.1.3. pH-метрия	21	5. МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА	38
3.1.4. Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах	21	6. ЛИТЕРАТУРА	39
3.1.5. Бимануальное влагалищное исследование	22	АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК	40
3.2. Лабораторная диагностика	22	ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ИНФОРМАЦИЯ О ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВАХ И БАД, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ СИНДРОМЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ	47
3.2.1. Микроскопия	23	ПРИЛОЖЕНИЕ 2. НЕКОТОРЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ	85
3.2.2. Молекулярно-биологические методы ..	23	ПРИЛОЖЕНИЕ 3. СПРАВОЧНИК ЛС И БАД, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ СИНДРОМЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ	89
3.2.3. Культуральный (бактериологический) метод	24		
3.2.4. Цитологическое исследование	24		
3.3. Инструментальные методы исследования	25		
3.3.1. УЗИ	25		
3.3.2. Кольпоскопия	26		
3.3.3. Вагиноскопия	26		
3.3.4. Гистероскопия	26		
3.3.5. Биопсия	27		
3.3.6. Другие методы	27		

ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. **Радзинский В.Е.** (Москва), засл. деятель науки РФ, проф. **Савичева А.М.** (Санкт-Петербург), проф. **Апресян С.В.** (Москва), канд. мед. наук **Бибнева Т.Н.** (Москва), проф. **Гомберг М.А.** (Москва), канд. биол. наук **Гущин А.Е.** (Москва), канд. мед. наук **Дьяконов С.А.** (Москва), докт. мед. наук **Костин И.Н.** (Москва), проф. **Лебеденко Е.Ю.** (Ростов-на-Дону), канд. мед. наук **Маклецова С.А.** (Москва), проф. **Мальцева Л.И.** (Казань), докт. мед. наук **Мингалёва Н.В.** (Краснодар), проф. **Новикова В.А.** (Москва), докт. мед. наук **Оразмурадов А.А.** (Москва), засл. врач РФ, докт. мед. наук **Пенжоян Г.А.** (Краснодар), засл. врач РФ, докт. мед. наук **Пестрикова Т.Ю.** (Хабаровск), канд. мед. наук **Раевская О.А.** (Москва), проф. **Свидзинский А.В.** (Берлин), докт. мед. наук **Семятов С.М.** (Москва), проф. **Соловьёва А.В.** (Москва), докт. мед. наук **Союнов М.А.** (Москва), проф. **Тапильская Н.И.** (Санкт-Петербург), засл. врач РФ, засл. деятель науки РФ, проф. **Хамошина М.Б.** (Москва), проф. **Хрянин А.А.** (Новосибирск)

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

ASC-H	— atypical squamous cells cannot exclude HSIL, атипические клетки плоского эпителия, не позволяющие исключить HSIL
ASCUS	— atypical squamous cells of undetermined significance, атипические клетки плоского эпителия неясного значения
CDC	— Centers for disease control and prevention, Центры по контролю и профилактике заболеваний США
CIN	— cervical intraepithelial neoplasia, цервикальная интраэпителиальная неоплазия
CST	— community state type, тип вагинального микробного сообщества
HSIL	— high-grade squamous intraepithelial lesions, плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени
IETA	— International Endometrial Tumor Analysis, Международный консорциум по анализу опухолей эндометрия
ISSVD	— International society for the study of vulvovaginal disease, Международное общество по изучению вульвовагинальных заболеваний
IUSTI	— International union against sexually transmitted infections, Международное общество по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путём
LSIL	— low-grade squamous intraepithelial lesions, плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени
NO	— nitric oxide, оксид азота
pH	— <i>pondus Hydrogenii</i> , водородный показатель
VaIN	— vaginal intraepithelial neoplasia, вагинальная интраэпителиальная неоплазия
AB	— аэробный вагинит
ABV	— аллергический вульвовагинит
БАД	— биологически активная добавка
БВ	— бактериальный вагиноз
ВЗОМТ	— воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ВМС	— внутриматочная система
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ВПГ	— вирус простого герпеса
ВПЧ	— вирус папилломы человека
ГУМС	— генитоуринарный менопаузальный синдром
ДВ	— десквамативный вагинит
ДНК	— дезоксирибонуклеиновая кислота
ЖГТ	— женский генитальный туберкулёз
ИППП	— инфекции, передаваемые половым путём
КВВ	— кандидозный вульвовагинит
КОЕ	— колониеобразующая единица
КПЛ	— красный плоский лишай
КТ	— компьютерная томография
МГТ	— мменопаузальная гормональная терапия
МРТ	— магнитно-резонансная томография
ПУВА	— терапия ультрафиолетовым излучением с использованием псоралена

ПЦР	— полимеразная цепная реакция
РШМ	— рак шейки матки
РЭ	— рак эндометрия
САЛ	— склероатрофический лихен
СВВ	— синдром вагинальных выделений
СД	— сахарный диабет
СПИД	— синдром приобретённого иммунодефицита
СПКЯ	— синдром поликистозных яичников
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ЦВ	— цитолитический вагиноз
ЭВ	— эмфизематозный вагинит



Интеллектуальная элита репродуктивной медицины

mars-repro.ru
info@mars-repro.ru



1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Синдром вагинальных выделений (СВВ) — обильные выделения из половых путей женщины, причиной которых служит ряд физиологических и патологических состояний.

Комментарий. Патологические влагалищные выделения — одно из самых распространённых состояний, с которым пациентки обращаются к акушеру-гинекологу¹.

- Объём и характер нормальных вагинальных выделений варьирует на протяжении менструального цикла в зависимости от баланса половых гормонов.

Комментарий. У пациенток репродуктивного возраста объём физиологических вагинальных выделений составляет 1–4 мл/сут^{2,3}. В период овуляции он несколько возрастает, поскольку активно вырабатываемые организмом эстрогены усиливают активность NO-синтазы и способствуют вазодилатации^{4,5}. Выделения в этот момент обычно светлые, склонные к тягучести. В лютеиновую фазу они могут быть менее прозрачными и приобретать желтоватый оттенок⁶.

Объём и характер вагинальных выделений зависит также от нижеперечисленных факторов².

- Диета.
- Стрессы.
- Приём лекарственных средств.
- Половая активность.
- Использование средств для интимной гигиены.

- Патологические выделения чаще всего обусловлены инфекционными причинами, но за СВВ нередко ответственны неинфекционные нарушения различной этиологии.

Комментарий. Принятая в РФ терминология чётко разграничивает «вагиноз» (невоспалительный дисбиоз) и «вагинит» (воспаление); устаревший синоним последнего — «кольпит». В зарубежной медицинской литературе вагиноз вопреки логике (*-itis* = воспаление!) обычно рассматривают как «невоспалительный вагинит».

- Микробиота влагалища — сложная локальная экосистема микроорганизмов, включающая бактерии, вирусы, простейшие и грибы.

Комментарий. В российской медицинской литературе существует тенденция называть **микробиомом** совокупность всех микроорганизмов человека и говорить о **микробиоте** конкретного биотопа, например влагалища¹.

- Многие симптомы и признаки СВВ неспецифичны⁷.

Комментарий. У 20–40% пациенток с жалобами на рецидивирующие вагинальные выделения выявляют нормоценоз влагалища⁸.

70% эпизодов патологических вагинальных выделений обусловлены такими инфекциями, как бактериальный вагиноз (БВ), кандидозный вульвовагинит (КВВ), трихомониаз, аэробный (неспецифический) вагинит (АВ) или их сочетания⁶. Около половины всех состояний ассоциированы с БВ².

2. ПРИЧИНЫ ВАГИНАЛЬНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ

2.1. Физиологические причины

- Нормальные выделения из половых путей женщин прозрачные и не имеют неприятного запаха.

Комментарий. Физиологические вагинальные выделения содержат воду, слущенные эпителиоциты, цервикальную слизь, выделения из полости матки и маточных труб, а также лейкоциты. В составе можно обнаружить белки, углеводы и жирные кислоты^{1–3}.

Наличие свободного **гликогена** ассоциировано с преобладанием лактобацилл в составе микробиоты влагалища⁴. Усвоению гликогена способствует содержащаяся во влагалище α -амилаза⁵.

Вульварная фракция выделений представлена секретом больших и малых желез преддверия, а также потовых и сальных желёз⁶. Многослойный плоский эпителий, выстилающий большую часть влагалища, не содержит glandularных образований, но именно он ответственен за физиологические выделения из половых путей женщины⁷.

Основная часть выделений — результат физиологической **транссудации**: из капилляров жидкая часть крови выходит сначала в пространство между клетками эпителия, а затем — в просвет влагалища. Этот процесс в значительной степени зависит от влияния эндотелиального оксида азота (II), высвобождаемого, в частности, в ответ на сексуальное возбуждение⁸.

- Увеличение объёма выделений не обязательно служит признаком заболевания и не требует незамедлительного лечения⁹.

- В составе нормальной микробиоты влагалища обычно преобладают лактобациллы, но возможен и нелактобациллярный характер микробиоценоза.

Комментарий. Лактобациллы модулируют местную иммунную реакцию слизистой оболочки влагалища, защищают репродуктивный тракт от патогенов, способствуют нормальному течению беременности и послеродового периода^{10–13}.

Выделено семь типов и 13 подтипов вагинальных микробных сообществ CST (community state

type; табл. 1). К CST IV относят нелактобациллярные типы микробиоценоза¹⁴.

Варианты CST не статичны даже в течение одного менструального цикла — у каждой четвертой здоровой женщины может произойти смена вагинального сообщества.

- Нормальный pH влагалища женщин репродуктивного возраста — «кислый», обычно в пределах 3,8–4,5.

Комментарий. Колебания pH влияют на колонизацию влагалища лактобациллами и условно-патогенными микроорганизмами¹⁵. Продемонстрирован широкий разброс значений pH между различными CST, а также внутри типов и подтипов¹⁴.

Типы вагинальных сообществ

Тип вагинального сообщества	Характеристика	Подтип вагинального сообщества	Характеристика
CST I	Преобладание <i>L. crispatus</i>	A	Выраженное преобладание <i>L. crispatus</i>
		B	Менее выраженное преобладание <i>L. crispatus</i>
CST II	Преобладание <i>L. gasseri</i>	—	—
CST III	Преобладание <i>L. iners</i>	A	Выраженное преобладание <i>L. iners</i>
		B	Менее выраженное преобладание <i>L. iners</i>
CST IV-A	Преобладание <i>Candidatus Lachnocurva vaginae</i> (ранее описана как BVAB1) с умеренным количеством <i>G. vaginalis</i> и <i>A. vaginae</i>	—	—
CST IV-B	Преобладание <i>G. vaginalis</i> с низким содержанием <i>Ca. Lachnocurva vaginae</i> и умеренным — <i>A. vaginae</i>	—	—
CST IV-C	Низкое содержание <i>Lactobacillus</i> spp., <i>G. vaginalis</i> , <i>A. vaginae</i> и <i>Ca. Lachnocurva vaginae</i> , преобладание разнообразных факультативных и облигатных анаэробов	0	Сбалансированное сообщество с умеренным содержанием <i>Prevotella</i>
		1	Преобладание <i>Streptococcus</i>
		2	Преобладание <i>Enterococcus</i>
		3	Преобладание <i>Bifidobacterium</i>
		4	Преобладание <i>Staphylococcus</i>
CST V	Преобладание <i>L. jensenii</i>	—	—

Например, при CST IV среднее значение pH составляет $5,3 \pm 0,6$. Даже в преобладающих лактобациллярных типах — CST II и CST III — средний pH может варьировать от 4,4 до 5. Это отражает неодинаковую способность лактобацилл синтезировать молочную кислоту¹⁶. Именно поэтому уровень pH следует использовать в качестве обязательного, но не единственного инструмента оценки вагинальной микробиоты.

- Изменения влагиалищной микробиоты в отсутствие симптомов синдрома/болезни не требуют лечения⁹.

Комментарий. Исключением из правила служат дисбиотические нарушения во время беременности.

- Нормальные выделения из половых путей в препубертате весьма скудны.

Комментарий. Вплоть до приближения к пубертату pH половых путей девочки нейтрален, а микрофлора сходна по составу с CST IV¹⁷.

- Приблизительно за 2 года до менархе объём вагинальных выделений возрастает.

Комментарий. У большинства девочек за год до появления первой менструации в вагинальной среде уже преобладают лактобациллы, однако снижение pH влагиалищного содержимого ниже 4,5 происходит далеко не всегда. Специалисты связывают это с недостаточным абсолютным количеством лактобацилл¹⁸.

Последующее доминирование лактобацилл во влагиалище ассоциировано с развитием вторичных половых признаков: нарастающий уровень эстрогенов потенцирует увеличение толщины вагинального эпителия, слизи и продукции гликогена¹⁹. После иннициации менструальной функции отмечается выраженное снижение кислотности наряду с доминированием лактобацилл у большинства пациенток²⁰.

- При беременности возможно гормонально обусловленное усиление физиологических выделений из половых путей.

Комментарий. Влагиалищные выделения без зуда, болезненности, неприятного запаха или дизурических явлений — нормальный симптом во время беременности²¹. Колонизация половых путей стрептококком группы В не ассоциирована с усилением белей. Дообследование пациенток необходимо при подозрении на преждевременный разрыв плодных оболочек, преждевременные роды или наличие инфекций, передаваемых половым путём (ИППП)²².

- Лактация как эстрогендефицитное состояние ассоциирована с уменьшением объёма вагинальных выделений.

Комментарий. Физиологическая гиперпролактинемия при лактации ведёт к выраженному снижению выработки эстрадиола²³. Это может привести к атрофическому вагиниту с симптомами, подобными генитоуринарному менопаузальному синдрому (ГУМС)²⁴. В 2024 году международная экспертная группа предложила для характеристики этого состояния термин «генитоуринарный лактационный синдром» (genitourinary syndrome of lactation)²⁵.

- Снижение концентраций эстрогенов в перименопаузе приводит к атрофии вагинального эпителия и снижению объёма выделений.

Комментарий. Ассоциированные со старением атрофические изменения включают истончение эпителия, снижение локального кровотока и уменьшение содержания гликогена²⁶. С возрастом снижение количества лактобацилл становится всё более и более выраженным. В пременопаузе уменьшение пула лактобацилл характерно в среднем для 22% пациенток, а в последующем эти особенности выявляют уже у 49%²⁷.

Микробиота половых путей в постменопаузе во многом схожа с CST IV, когда преобладают условно-патогенные микроорганизмы: *Streptococcus* spp., *Prevotella* spp., представители родов *Anaerococcus* и *Peptoniphilus*²⁸. Однако, в отличие от репродуктивного периода, такой состав микрофлоры в постменопаузе ассоциирован с дискомфортом²⁷.

2.2. Патологические причины

2.2.1. Инфекционные причины

- Дисбиозы и вагиниты, вызванные условно-патогенными микроорганизмами, — наиболее частая причина патологических вагинальных выделений.

Комментарий. Условно-патогенные микроорганизмы чаще всего вызывают нижеперечисленные заболевания, сопровождающиеся патологическими выделениями из половых путей¹⁸.

- БВ.
- КВВ.
- АВ.
- Смешанные инфекции влагиалища.

Клинически нельзя исключить ИППП, даже если пациентка утверждает, что у неё один постоянный партнёр.

- Факторы риска патологических изменений влагиалищной микробиоты: стресс, половая активность, спринцевания, антибактериальная терапия и курение²⁹.

Комментарий. Сохранение нормальной лактобиоты влагалища в течение жизни женщины — непростая задача. Антимикробная терапия любых системных и локальных инфекционных процессов снижает численность лактобацилл. Никотин не прямо влияет на популяцию лактобацилл, а повышает количество *Gardnerella* и *Mobiluncus* spp.³⁰ Высокоуглеводная диета, избыток жиров в рационе, а также ограничения питания (например, вегетарианство) могут быть ассоциированы с появлением симптомов и тяжёлым течением заболеваний, в частности БВ³¹.

2.2.1.1. Наиболее частые причины СВВ инфекционной этиологии

Бактериальный вагиноз

- БВ — невоспалительный синдром, характеризующийся дисбиозом вагинальной микробиоты, выраженным снижением количества лактобацилл (вплоть до их полного исчезновения) и увеличением количества облигатных и факультативных анаэробных условно-патогенных микроорганизмов³².

Комментарий. При БВ резко уменьшается количество *Lactobacillus* spp. и увеличивается количество факультативных и облигатных анаэробов и микроаэрофилов: *G. vaginalis*, *Atopobium* (*Fannyhessea*) *vaginae*, *Clostridiales* spp., *Prevotella* spp., *Bacteroides* spp., *Mobiluncus* spp., *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Streptococcus viridans* и др. Ведущую роль в патогенезе БВ отводят *G. vaginalis* и *A. vaginae*.

При недостатке лактобацилл снижается концентрация молочной кислоты, рН влагалища сдвигается в щелочную сторону. Освободившуюся от лактобактерий нишу занимает *G. vaginalis* в синергизме с иными анаэробами. *G. vaginalis* вырабатывает вагинолизин, действующий на эпителий влагалища цитотоксически и усиливающей активностью гарднерелл более чем в 250 раз.

G. vaginalis в ассоциации с *L. iners* могут вырабатывать цитолизин, разрушающий клетки влагалищного эпителия, и проявлять агрессивные свойства, нетипичные для нормальной микробиоты.

Аэробный вагинит

- АВ — воспаление слизистой оболочки влагалища вследствие нарушения вагинальной микробиоты в результате воздействия аэробных и факультативно-анаэробных условно-патогенных бактерий³³. В современной

русской медицинской литературе использование термина «неспецифический вагинит» как синонима АВ легитимно.

Комментарий. Снижение пула лактобацилл и рост количества условных патогенов сопровождаются выраженной воспалительной реакцией, а спектр микроорганизмов в основном представлен различными комменсалами: стрептококками группы В (*Streptococcus agalactiae*), *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*. Ключевую роль в патогенезе играют значительное нарастание провоспалительных цитокинов и активная миграция лейкоцитов в очаг инфекции. Это обуславливает повреждение, усиленное смещение влагалищных эпителиоцитов и истончение слизистой оболочки^{34,35}.

- Вероятность АВ повышают имеющиеся у женщины факторы риска.

Комментарий. В качестве триггеров АВ могут выступать отсутствие постоянного полового партнёра, использование внутриматочных систем (ВМС) и барьерной контрацепции, длительное применение антибактериальных препаратов и частые вагинальные спринцевания³⁶.

- АВ — фактор риска неблагоприятных исходов беременности.

Комментарий. АВ ассоциирован с риском выкидышей, преждевременного разрыва плодных оболочек и преждевременных родов, мертворождения, внутриамниотической аэробной инфекции и хориоамнионита³⁷. Вероятность неблагоприятных перинатальных исходов возрастает по мере усиления выраженности клинических симптомов^{38,39}.

Кандидозный вульвовагинит

- В развитии КВВ в основном повинны *C. albicans* (50–60%). Однако всё чаще значимую роль играют *C. glabrata* (15–20%), *C. parapsilosis* (10–20%), *C. tropicalis* (6–12%), *C. krusei* (до 3%), *C. kefyr*, *C. guilliermondi* и *C. lusitanae* (менее 5%)⁴⁰.

Комментарий. Клинические проявления инфекции отсутствуют при количественных значениях грибов менее 10⁵ КОЕ/мл.

- Вероятность КВВ ассоциирована с наличием факторов риска.

Комментарий. Грибы рода *Candida* могут быть безвредными комменсалами во влагалищном биотопе, однако при неблагоприятных условиях баланс вагинальной микробиоты может изменяться, приводя к появлению симптомов микозов. Повышенные риски трансформации комменсалов в патогены наблюдают при беременности, некон-

тролируемом сахарном диабете (СД), приёме антибиотиков (в частности, β -лактамов препаратов и ванкомицина), а также в связи с сексуальной активностью^{41,42}.

- Клинические проявления КВВ у разных пациентов могут значительно варьировать.

Комментарий. Эти различия влияют на выбор терапии и результаты лечения. Классификация КВВ (1998) рекомендована Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for disease control and prevention, CDC).

- Неосложнённые КВВ — вызваны *C. albicans*, возникают реже чем 2 раза в год, для них характерны симптомы лёгкой и умеренной тяжести. Эффективность всех видов лечения одинакова.
- Осложнённые КВВ — рецидивирующие, хронические, чаще вызванные *C. non-albicans*, нередко возникают при наличии сопутствующих заболеваний и тяжёлых инфекций. Стандартные схемы терапии, короткие курсы лечения и препараты из группы азолов вряд ли будут эффективны — необходимы более тщательное наблюдение и противорецидивная терапия.

Смешанные инфекции

- Смешанные инфекции — вагиниты, сопровождающиеся одновременным наличием как минимум двух доказанных причинно-значимых микробных агентов, вызывающих воспалительный процесс³³.

Комментарий. В рутинной практике нередко диагностируют комбинацию двух и более из четырёх наиболее частых причин патологических белей — БВ, КВВ, АВ и трихомониаз — или сочетание их возбудителей с иными облигатными патогенами (например, с *Neisseria gonorrhoeae*)¹⁸.

- Смешанные инфекции связаны с образованием биоплёнок.

Комментарий. Различные виды микроорганизмов уживаются в едином пространстве и «потворствуют» действиям друг друга. Именно с образованием «дружественных» биоплёнок связывают смешанные инфекции, хотя нюансы их взаимодействия и этапы сборки таких сообществ до конца не ясны¹⁸.

Существование патогенов внутри биоплёнок обеспечивает им множество преимуществ по сравнению с планктонными формами. Такие сообщества предоставляют своим участникам возможность не только ускользнуть от действия антимикробных средств и агрессии иммунных клеток, но также захватить новые ареалы обитания и питательные субстраты.

2.2.1.2. Инфекции, передаваемые половым путём

- Ассоциированные с патологическими выделениями из половых путей заболевания, вызванные абсолютными для человека патогенами, — важнейшая медицинская и социальная проблема.

Комментарий. Половым путём могут быть переданы несколько десятков различных бактерий, вирусов и простейших, однако причисляют к абсолютным для человека патогенам далеко не все из них⁴³. В России непосредственно к ИППП относят шесть заболеваний⁴⁴.

- Сифилис.
- Гонорея.
- Хламидийная инфекция.
- Трихомонадная инфекция.
- Аногенитальный герпес.
- Аногенитальные бородавки.

Несмотря на возможность передачи половым путём ВИЧ, вирусов гепатитов В и С, а также *M. genitalium*, вызванные этими патогенами заболевания в группу ИППП пока не включены, хотя в научных трудах и нормативных документах их нередко характеризуют как таковые.

Трихомонадная инфекция

- Трихомонадная инфекция (урогенитальный трихомониаз) — ИППП, возбудитель которой — *Trichomonas vaginalis*⁴⁵.

Комментарий. *T. vaginalis* — строгие анаэробы. Они способны выживать в сильнокислой и щелочной среде (рН 3,5–8)¹⁸. Трихомонады могут поглощать бактерии, вагинальные клетки, а также эритроциты (в качестве источника железа). Последний факт отчасти объясняет нарастание выраженности локальных симптомов у женщин во время менструации.

- Основной путь заражения трихомонадной инфекцией — половой.

Комментарий. *T. vaginalis* обитает почти исключительно в половых путях. В настоящее время доподлинно известно: трихомонадная инфекция передаётся половым путём и очень редко — через предметы обихода¹⁸.

- Трихомониаз — фактор риска репродуктивных осложнений.

Комментарий. Трихомониаз как у женщин, так и у мужчин может быть ассоциирован с различными осложнениями (вплоть до нарушения фертильности), а также с другими ИППП: у 8–41% одновременно выявляют хламидии

и *N. gonorrhoeae*. Нередко *T. vaginalis* верифицируют при обследовании пациенток с БВ^{46–48}. Наличие *T. vaginalis* ассоциировано с преждевременными родами и малым к сроку гестации весом плода: у инфицированных женщин вероятность таких инцидентов повышена почти в 1,5 раза⁴⁹. Наличие трихомонад во влагалищной среде увеличивает риски заражения ВИЧ (почти в 3 раза), а также опосредует двукратное возрастание опасности рака шейки матки (РШМ) у пациенток, инфицированных вирусом папилломы человека (ВПЧ)^{50,51}.

Хламидийная инфекция

- Хламидийная инфекция — ИППП, возбудитель которой — *Chlamydia trachomatis*⁵².

Комментарий. *C. trachomatis* — облигатная внутриклеточная грамотрицательная бактерия, демонстрирующая высокую тропность к эпителию слизистых оболочек. Её размеры чрезвычайно малы: диаметр варьирует от 0,2 до 1,5 мкм. Несмотря на отсутствие пептидогликана в клеточной стенке, возбудитель способен выживать в окружающей среде в течение нескольких часов¹⁸.

- Основной путь заражения хламидийной инфекцией — половой.

Комментарий. *C. trachomatis* передаётся половым путём¹⁸. Возможно также внутриутробное инфицирование плода. Поскольку *C. trachomatis* — внутриклеточный микроорганизм, тропный к цилиндрическому эпителию, патологические выделения при хламидийной инфекции обусловлены цервицитом.

- Хламидийная инфекция — фактор риска репродуктивных осложнений.

Комментарий. Длительное воздействие патогена на эпителий фаллопиевых труб приводит к рубцеванию и нарушению их проходимости, а влияние на эндометрий создаёт предпосылки для нарушения рецептивности и других эндометриальных дисфункций⁵². Многие женщины узнают о наличии *C. trachomatis* лишь тогда, когда вынуждены преодолеть бесплодие или сталкиваются с невынашиванием беременности.

В числе осложнений хламидийной инфекции — воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) (эндометрит, сальпингит, параметрит, оофорит, тубоовариальный абсцесс и/или пельвиоперитонит), хроническая тазовая боль, трубное бесплодие, внематочная беременность, реактивный артрит, синдром Фитц-Хью–Кертиса (перигепатит у пациенток с ВЗОМТ)^{53,54}.

Гонококковая инфекция

- Гонококковая инфекция — ИППП, вызываемая *N. gonorrhoeae*⁵⁵.

Комментарий. *N. gonorrhoeae* — грамотрицательный диплококк бобовидной формы, неподвижный, не образующий спор. Патогены быстро адгезируются на поверхности эпителиоцитов. Далее в течение 24–28 ч они проникают внутрь клеток и в межклеточные пространства, а затем — в субэпителиальные ткани, где образуют микроколонии⁵⁶.

- Основной путь заражения гонококковой инфекцией — половой¹⁸.

- Гонококковая инфекция — фактор риска репродуктивных осложнений.

Комментарий. По мере длительности процесса наряду с эксудативными изменениями разной степени выраженности наблюдают и пролиферативные: воспалительные инфильтраты в субэпителиальном слое приобретают очаговый характер, цилиндрический эпителий на отдельных участках трансформируется в многослойный плоский и нередко в ороговевающий, исходом чего может стать рубцовая атрофия ткани.

Инфекция, вызванная *Mycoplasma genitalium*

- Урогенитальные заболевания, вызванные *M. genitalium*, — это уретрит, цервицит, воспалительные заболевания органов малого таза⁵⁷.

Комментарий. *M. genitalium* — абсолютный патоген без клеточной стенки, крайне чувствительный к условиям окружающей среды. Он имеет колбообразную форму и обладает способностью к движению за счёт терминальной органеллы⁵⁸. Бактерия тропна к цилиндрическому эпителию уретры, цервикального канала и маточных труб⁵⁷, поэтому патологические выделения из влагалища обусловлены цервицитом.

- Основной путь заражения — половой.

Комментарий. *M. genitalium* преимущественно передаётся половым путём. Возможна трансплацентарная передача от матери ребёнку⁵⁷.

- Инфицирование *M. genitalium* — фактор риска репродуктивных осложнений.

Комментарий. Моноинфицирование *M. genitalium* подавляющего числа женщин протекает мало- или бессимптомно. Гораздо реже оно может вызывать или способствовать возникновению цервицита, эндометрита и сальпингоофорита.

При хронической инфекции возможны осложнения: бесплодие, невынашивание беременности,

хориоамнионит, плацентарная недостаточность, преждевременные роды, послеродовой эндометрит⁵⁷.

Генитальный герпес

- Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция — это вызываемое вирусом простого герпеса (ВПГ) 2-го и/или 1-го типа хроническое рецидивирующее вирусное заболевание, передаваемое преимущественно половым путём⁵⁹.

Комментарий. ВПГ — дерматонейротропный ДНК-содержащий патоген из семейства α -герпесвирусов. Он имеет короткий цикл репродукции (всего 24 ч), обладает выраженным цитопатическим действием⁵⁹. После инокуляции возбудителя в кожу или слизистые оболочки независимо от клинического исхода в большинстве случаев возникает вирусемия.

Распространение ВПГ в организме происходит лимфогематогенным и/или нейрогенным путём. Наиболее серьёзную проблему представляет факт своеобразной «бомбы замедленного действия» — вирус достигает сенсорных паравerteбральных ганглиев, где в латентном состоянии персистирует пожизненно⁵⁹.

- Вероятность генитального герпеса повышают факторы риска.

Комментарий. К факторам риска относят женский пол, использование гормональной контрацепции, БВ, колонизацию влагалища стрептококком группы В, количество половых партнёров⁶⁰. Орально-генитальный контакт при наличии латентной или активной инфекции в полости рта у одного партнёра способствует высокой вероятности инфицирования ВПГ-1 половых органов неинфицированного партнёра. Наличие других ИППП в 3 раза увеличивает риск инфицирования ВПГ.

- ВПГ — фактор риска гинекологических заболеваний и неблагоприятных акушерских исходов.

Комментарий. ВПГ тропен к железам и строге эндометрия, нередко вызывает репродуктивные потери и воспалительные осложнения в послеродовом периоде. Особенно высока их вероятность при инфицировании во время беременности: риск невынашивания при герпетической инфекции увеличен практически в 4 раза⁶¹.

К проявлениям герпетического эндометрита относят маточные кровотечения, вульводинию, привычное невынашивание беременности⁴⁷.

2.2.1.3. Редкие причины СБВ

Цитолитический вагиноз

- Цитолитический вагиноз (ЦВ) — редкий синдром вагинальной гиперацидности, возникающий вследствие чрезмерного роста лактобацилл и избыточной продукции молочной кислоты¹⁸.

Комментарий. Парадоксальная ситуация при ЦВ: излишне доминирующие лактобациллы ведут себя агрессивно. Симптомы его нарастают циклически, наиболее выражены в лютеиновую фазу менструального цикла. Эту особенность учёные объясняют максимальным увеличением численности лактобацилл после овуляции⁶³. В ЦВ повинны прежде всего *L. crispatus*: у больных пациенток доля этих лактобацилл достигает 97%, тогда как у здоровых женщин варьирует в пределах 40%⁶⁴.

Десквамативный вагинит*

- Десквамативный вагинит (ДВ) — хроническое заболевание влагалища неизвестной этиологии и патогенеза; возможно, более тяжёлая форма АВ³³.

Комментарий. ДВ — недостаточно изученный воспалительный процесс во влагалище. Это заболевание нелегко отличить от других вариантов вагинитов, поэтому диагноз устанавливают после исключения иных причин: агрессии условных патогенов, влияния специфических возбудителей, нехватки эстрогенов и др.¹⁸

- Большинство исследователей расценивают ДВ как отдельное заболевание⁶⁵.

Комментарий. Полагают, что ведущая роль в патогенезе принадлежит аутоиммунным процессам, а симптомы могут возникать в результате перекрёстной реактивности между собственными структурами и чужеродными антигенами, при этом стимулами могут быть инфекционные процессы и даже непереносимость лекарственных препаратов.

Некоторые исследователи считают ДВ наиболее тяжёлой формой АВ^{9,49,66–69}. Поэтому понимание патогенеза АВ имеет решающее значение для излечения ДВ⁷⁰.

* В литературе, особенно англоязычной, встречается термин «десквамативный воспалительный вагинит». Тавтологичное название этого заболевания принято исторически — впервые использовавший его в 1968 году знаменитый американский врач Герман Гарднер (Herman L. Gardner) подчёркивал ярко выраженный характер воспалительных изменений стенок влагалища⁷¹.

Эмфизематозный вагинит

- Эмфизематозный вагинит (ЭВ) — это заболевание, характеризующееся образованием кист, заполненных газом, на слизистой оболочке влагалища и цервикального канала¹⁸. Этиология ЭВ до сих пор точно не установлена.

Комментарий. Существует несколько гипотез о происхождении кист при ЭВ. Согласно одной из них, причиной могут быть инфекционные агенты, а сам процесс протекает нетипично из-за иммунодефицитных состояний. Заболевание может быть связано с *T. vaginalis* и *G. vaginalis*^{72,73}.

Генитальный туберкулёз

- Женский генитальный туберкулёз (ЖГТ) — одна из внелёгочных форм проявления туберкулёзной инфекции. Это редкое, но эпидемиологически важное заболевание часто становится причиной бесплодия.

Комментарий. Инфекция может протекать бессимптомно (обнаруживается лабораторно)⁷⁴ или прогрессировать до сальпингита и эндометрита с последующим образованием спаек, синехий и деформацией матки. Яичники поражаются в 20–30% со снижением овариального резерва вплоть до полного разрушения органа, шейка матки вовлечена в 5%, а влагалище и вульва — крайне редко (до 1%)^{75,76}.

Mycobacterium tuberculosis передаётся преимущественно воздушно-капельным путём, а ЖГТ почти всегда возникает вторично по отношению к очагу в другом месте (обычно в лёгких). Бактерия попадает в половые пути посредством лимфо- и гематогенной диссеминации или прямым распространением из соседних органов⁷⁷.

Паразитарные заболевания

- Генитальные гельминтозы у женщин можно считать казуистикой, тем не менее описаны случаи обнаружения в половых путях яиц и особей представителей семейств *Ascarididae* и *Oxyuridae*⁷⁸, ещё реже — других нематод, в частности власоглава и нескольких видов микрофилярий.

Комментарий. Основная причина гельминтозов — несоблюдение санитарно-гигиенических правил. Яйца гельминтов преимущественно попадают в организм человека через рот с грязных рук, предметов обихода при несоблюдении мер гигиены, а также при употреблении в пищу немытых овощей, ягод и фруктов⁷⁹.

2.2.2. Неинфекционные причины

Пролапсы гениталий

- Одно из необходимых условий поддержания зубиоза половых путей — сомкнутая половая щель и волосяной покров в области лобка и промежности⁸⁰.

Комментарий. Пролапс может быть ведущей причиной патологических выделений из половых путей вследствие нарушения микроэкологии влагалища.

ГенитоурINARYный менопаузальный синдром

- ГУМС — симптомокомплекс, ассоциированный со снижением эстрогенов и других половых стероидов, включающий изменения в наружных половых органах, промежности, влагалище, уретре и мочевом пузыре⁸¹.

Комментарий. Инволютивные изменения репродуктивной системы связаны со снижением продукции половых стероидов. Их концентрация становится недостаточной для поддержания нормальной толщины влагалищной оболочки, синтеза эластина и коллагена, васкуляризации, а также адекватного ответа при раздражении нервных окончаний. Ткани становятся атрофичными, уменьшается их растяжимость и прочность. Всё это обуславливает лёгкую травматизацию и создаёт предпосылки для появления дискомфорта, боли и жжения в вульвовагинальной области⁸².

От дефицита половых стероидов страдает прежде всего слизистая оболочка, выстилающая влагалище: угнетены процессы пролиферации. Как следствие, наиболее богатые гликогеном промежуточные и поверхностные клетки эпителия исчезают, а лактобациллы лишаются основного питательного субстрата⁸³. Снижение/исчезновение лактобацилл связано с увеличением pH влагалищной среды, что повышает вероятность роста патогенных и условно-патогенных бактерий (в том числе кишечной флоры) и заселение ими слизистой оболочки влагалища.

Сахарный диабет

- У женщин с СД 1-го и 2-го типа риск КВВ и других нарушений вагинальной микробиоты выше по сравнению с общей популяцией.

Комментарий. Частота КВВ напрямую связана с уровнем гликированного гемоглобина и глюкозурией⁸⁴; при СД 1-го типа его наблюдают в 3 раза чаще по сравнению с пациентками с СД 2-го типа⁸⁵, а при гестационном СД возникновение КВВ достоверно чаще, чем в общей популяции беременных⁸⁶.

Ожирение

- При ожирении наблюдают хроническое воспаление и дисбиотические изменения микрофлоры, в первую очередь кишечной.

Комментарий. В патогенезе ожирения важную роль играют как гормональные и нейротрансмиттерные нарушения в работе оси «кишечник–головной мозг», так и кишечная микробиота, количественные и качественные изменения которой могут приводить к бактериальной эндотоксемии⁸⁷.

- Ожирение может быть связано с различными заболеваниями, ассоциированными с СБВ.

Комментарий. Ожирение, особенно абдоминальное, выступает одним из проявлений СПКЯ⁸⁸.

У пациенток с ожирением более распространён дисбиоз влагалища, который, как правило, не имеет клинических проявлений⁸⁹.

Ожирение повышает риск развития атопического дерматита или экземы из-за хронического воспаления, вызванного иммунной дисфункцией и гиперчувствительностью. Это нужно учитывать при установлении причины влагалищных выделений.

Аллергический вульвовагинит

- Аллергический вульвовагинит (АВВ) — неинфекционное заболевание слизистой оболочки вульвы и влагалища, вызванное индивидуальной гиперчувствительностью организма к внешним факторам.

- Реакция на средства личной гигиены.

Комментарий. Потенциальные триггеры контактного АВВ: прокладки, тампоны, стиральные порошки, мыло и другие средства ухода, содержащие различные ароматические компоненты и отдушки⁹⁰.

- Реакция на использование презервативов на латексной основе, лубрикантов.

Комментарий. Аллергия на латекс выступает одной из самых частых причин развития АВВ. Поэтому при сборе анамнеза рекомендовано выполнить оценку причинно-следственной связи между применением презервативов, лубрикантов и возникновением симптомов вульвовагинита^{91,92}.

- Посткоитальная аллергия.

Комментарий. Синдром «жгучей спермы» (burning semen syndrome) — тип аллергической реакции, проявляющийся выраженным жжением в области вульвы и влагалища после попадания на неё семенной жидкости⁹³.

- Ношение синтетического белья.

Комментарий. Помимо химических красителей, содержащихся в нижнем белье, которые вызывают аллергические реакции, использование синтетического материала и облегających брюк соз-

даёт среду для развития патологического процесса в аногенитальной области.

- Пищевая аллергия.

Комментарий. Употребление широко распространённых пищевых аллергенов, таких как коровье молоко, цитрусовые, яйца, арахис, мёд, морепродукты, пищевые ароматизаторы и специи, способно вызывать аллергическую реакцию, локализованную только на вульве и во влагалище, или сочетанное поражение кожи и слизистых^{94–96}.

- Нежелательные реакции на биологически активные добавки (БАДы).

Комментарий. БАДы и витаминно-минеральные комплексы могут вызывать вагинальные выделения, зуд, жжение и отёк в области вульвы⁹⁷.

- Злоупотребление спринцеваниями и подмываниями растворами с дезинфицирующими компонентами.

- Активная половая жизнь.

Комментарий. При частом воздействии химических и механических раздражителей слизистая оболочка становится более чувствительной к аллергенам.

- Сенсibilизация к *S. albicans*.

Комментарий. Длительная воспалительная реакция, обусловленная *S. albicans*, способствует формированию сенсibilизации, синтезу специфических IgE, продукции эйкозаноидов — простагландинов и лейкотриенов^{98–101}.

- Непрямое воздействие аллергенов.

Комментарий. Аллергены могут повышать чувствительность слизистой оболочки влагалища вторично по отношению к другим воздействиям, в частности к аэроаллергенам. Клещи домашней пыли и пыльца растений составляют большую часть источников непрямого воздействия¹⁰².

Заболевания мочевых путей

- Недержание мочи — патологическое состояние, характеризующееся любым непроизвольным выделением мочи из уретры, — может быть ассоциировано с различными сопутствующими заболеваниями¹⁰³.

Комментарий. Среди причин могут быть сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, СД, хроническая обструктивная болезнь лёгких, неврологические заболевания, включая инсульт и рассеянный склероз, расстройства сна, депрессия и метаболический синдром.

Некоторые исследования демонстрируют связь между БВ и недержанием мочи¹⁰⁴, что также может обуславливать патологические влагалищные выделения.

- Пациентки с циститом, особенно хроническим, часто предъявляют жалобы на СБВ.

Комментарий. Основной возбудитель — уропатогенная *E. coli*, которую выявляют у 75% пациенток. Реже встречается *Klebsiella spp.* — в 10%, а также *Staphylococcus saprophyticus* — у 5–10% больных. Более редко выделяют другие энтеробактерии, например *Proteus mirabilis*¹⁰⁵.

Ятрогенные причины вагинальных выделений
- ВМС могут быть ассоциированы с повышением риска БВ.

Комментарий. Ассоциация продемонстрирована для медных ВМС, но не для содержащих левоноргестрел¹⁰⁶. Спринцевание повышает вероятность вагинальных инфекций как при использовании ВМС, так и в их отсутствие¹⁰⁷.
- Парадоксальным образом некоторые используемые в лечении ассоциированных с СБВ состояний препараты сами способны прямо или косвенно индуцировать СБВ.
- Системные эстрогенсодержащие препараты, в том числе используемые в целях гормональной контрацепции или заместительной терапии, способны усилить вагинальные выделения²².
- Локальное введение эстрогенов также ассоциировано с усилением вагинальных выделений¹⁰⁸.

Комментарий. По некоторым данным, локальные эстрогены повышают частоту вульвовагинальных микозов¹⁰⁸.
- Терапия ингибиторами натрийзависимых переносчиков глюкозы 2-го типа (глифлозинами) ассоциирована с повышением риска вульвовагинальных микозов в 3–4 раза¹⁰⁹.

Комментарий. Назначение широко используемых в лечении СД 2-го типа глифлозинов сопряжено с клинически значимым повышением заболеваемости КВВ, особенно у пациенток с наличием в анамнезе заболеваний, сопровождающихся патологическими вагинальными выделениями. КВВ у таких пациенток часто протекает в лёгкой форме и хорошо поддается терапии, что нередко позволяет избежать прекращения использования глифлозинов. Тем не менее у женщин с наличием в анамнезе протекающих в тяжёлой форме или рецидивирующих инфекций целесообразно избегать лечения СД с использованием препаратов этой группы, отдавая предпочтение ингибиторам дипептидилпептидазы 4¹¹⁰. Описаны случаи ассоциированного с глифлозином псориазоподобного вульвита¹¹¹.
- Введение лубрикантов и увлажнителей во влагалище может привести к усилению вагинальных выделений.

Комментарий. Химический состав этих средств крайне разнообразен, и нефизиологичные уровни pH, осмотические характеристики, а также наполнители могут оказать неблагоприятный эффект в отношении слизистой оболочки. Целесообразно использовать средства, наиболее приближенные в отношении pH и осмотических свойств к нормальным влагалищным выделениям¹¹².

3. ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН С ВАГИНАЛЬНЫМИ ВЫДЕЛЕНИЯМИ

- Обследование женщин с вагинальными выделениями регламентировано российскими и международными клиническими рекомендациями.

Комментарий. Утверждены российские клинические рекомендации по основным нозологическим формам, ответственным за СБВ. Тем не менее клинические рекомендации КВВ и АВ пока на стадии разработки¹, а некоторые из уже утверждённых протоколов вызвали серьёзные нарекания специалистов². Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин (2019)³, утратили силу. В отсутствие единого

документа между клиническими рекомендациями иногда возникают расхождения, в первую очередь затрагивающие диагностические подходы.

Из международных гайдлайнов имеют прикладное значение Рекомендации Международного союза по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путём (International union against sexually transmitted infections, IUSTI)⁴ 2018 года по ведению женщин с патологическими выделениями из влагалища и Рекомендации по диагностике и лечению вагинитов (2023) Международного общества по изучению вульвовагинальных заболеваний (International society for the study of vulvovaginal disease, ISSVD)^{5,6}.

3.1. Первичный приём

3.1.1. Жалобы и анамнез

- Тщательный сбор анамнестических данных и активное выявление жалоб пациенток с СВВ позволяют обнаружить факторы риска заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей, и поставить предварительный диагноз³.

Комментарий. Большинство заболеваний, которые могут протекать с патологическими выделениями из влагалища, не имеют патогномоничных симптомов. Окончательный диагноз можно поставить только после лабораторного подтверждения.

- Субъективные симптомы не могут служить для подтверждения того или иного диагноза, однако их сочетание позволяет заподозрить конкретную нозологическую форму.

- Наиболее вероятные подлежащие исключению диагнозы при СВВ зависят от возраста пациентки⁷.

Комментарий. У девочек необходимо исключить нарушения гигиены, кишечные инфекции, энтеробиоз и аскаридоз, инородное тело влагалища и инфекции верхних дыхательных путей.

У подростков и пациенток репродуктивного возраста необходимо исключить цервицит и ИППП.

В пери- и постменопаузе в первую очередь подозревают гипо- и атрофические нарушения, пролапсы, а также неоплазии.

- Выявление факторов риска помогает диагностическому поиску и позволяет не упустить значимые симптомы иных заболеваний.

Комментарий. Жалобы на наличие выделений из половых путей в первую очередь заставляют подумать о дисбиотическом или воспалительном характере заболевания.

К факторам риска дисбиозов/вагинитов относят^{4,8–10}:

- отсутствие постоянного партнёра;
- смену полового партнёра (в пределах последних 3 мес);
- антибактериальную терапию (в частности, β-лактамы антимикробные препараты и ванкомицин);
- беременность;
- иммуносупрессию (включая СД, особенно некомпенсированный, приём иммунодепрессантов, ВИЧ/СПИД);
- нарушения гигиены (недостаточная или избыточная, в том числе частые спринцевания);

- использование ВМС (особенно если введение их было менее 3 нед назад).

«Классические» факторы риска ВЗОМТ и ИППП перечислены ниже¹¹.

- Молодой возраст (до 25 лет).
- Факторы, связанные с сексуальным поведением:
 - несколько половых партнёров.
 - смена полового партнёра (в пределах последних 3 мес);
 - ИППП в анамнезе пациентки или её партнёра.
- Акушерские и гинекологические операции и внутриматочные диагностические манипуляции.

Если пациентка с жалобами на патологические выделения имеет избыточный вес/ожирение и сообщает об артериальной гипертензии и/или СД 2-го типа, врач должен исключить не только дисбиоз/вагинит, но и онкозаболевания, в первую очередь рак эндометрия (РЭ).

Особенности акушерского анамнеза с указанием на акушерские и иные травмы/разрывы, роды крупным плодом, многократные беременности помогают заподозрить пролапс гениталий и связанные с ним дисбиотические нарушения.

- Важно уточнить анамнез заболевания: когда возникло, с чем сама пациентка связывает возникновение симптомов, цикличность/сезонность клинических проявлений, предыдущая терапия и её эффективность.

Комментарий. Усиление выделений в середине менструального цикла характерно для физиологического овуляторного периода. Появление коричневатых белей перед менструацией характерно для аденомиоза и эндометриоза, ациклические кровянистые выделения могут быть симптомами РЭ.

Указание на пузырьковые высыпания в прошлом, появление элементов в одном и том же месте, эффективность противовирусной терапии в анамнезе может свидетельствовать о генитальном герпесе¹².

Сезонность рецидивов позволяет заподозрить некоторые аллергические дерматозы.

- При оценке жалоб на выделения из половых путей важно уточнить, как их описывает сама пациентка, есть ли неприятный запах, что ещё беспокоит женщину.

- Сопутствующий зуд характерен для КВВ, ЦВ, трихомонадного и смешанных вагинитов, а также для дерматозов.

Комментарий. Зуд может быть разной степени выраженности — от незначительного до упорного и даже навязчивого (например, при нейродерми-

те). Этот симптом также может усиливаться под воздействием такого фактора, как стресс. Он может беспокоить недолгое время, как при КВВ, простом контактом дерматите, так и продолжаться в течение многих лет, как при системных заболеваниях, таких как себорея, нейродермит и экзема^{12–15}.

- Чувство жжения, помимо перечисленных выше форм, может сопровождать атрофические изменения слизистой оболочки.
- Скудные выделения из половых путей у пациентки с бесплодием, особенно при наличии общесоматических симптомов, могут указывать на ЖГТ.

Комментарий. Самая распространённая жалоба — бесплодие, которое поражает до 88% страдающих ЖГТ пациенток¹⁶. Оно наступает из-за деформации или непроходимости маточных труб, внутриматочных спаек, нерцецептивности эндометрия или снижающего овариальный резерв воспалительного разрушения ткани яичников.

Помимо бесплодия, у женщин репродуктивного возраста наиболее часто отмечают нижеперечисленные субъективные симптомы¹⁷.

- Аномальные выделения из влагалища (в том числе зловонные).
- Нарушения менструального цикла.
- Боли внизу живота или в области таза.

У женщин в постменопаузе ЖГТ характеризуется постменопаузальными кровотечениями, белями и пиометрой¹⁸. Потеря веса, анорексия, недомогание, ночная потливость и лихорадка могут указывать на активный туберкулёзный процесс в других органах¹⁹.

Обычно предположение о ЖГТ возникает не сразу, а как результат исключения других причин бесплодия или воспалительных заболеваний половой сферы. Тем не менее об этом диагнозе всегда следует помнить в эндемичных регионах и с учётом растущей распространённости туберкулёза²⁰.

- Выявление урологических симптомов.

Комментарий. Необходимо задавать пациентке наводящие вопросы: как часто она отмечает эпизоды подтекания мочи, ассоциировано ли это с физическими усилиями или происходит после нестерпимого позыва к опорожнению мочевого пузыря? Если она затрудняется ответить, можно предложить ей краткий опросник, заполнение которого занимает всего несколько минут: он помогает оценить выраженность проявлений и влияние на качество жизни²¹.

Кашлевой тест позволяет акушеру-гинекологу визуализировать непроизвольное отделение мочи

во время гинекологического осмотра. Результат считают положительным, если одновременно с кашлем отмечают подтекание. При этом мочевого пузыря не должен быть пустым, достаточной считают наполненность около 200–400 мл. Если при первом кашлевом толчке нет симптомов инконтиненции, то пациентку просят повторить усилия (суммарно до 4 раз)²¹.

Положительной кашлевой проба может быть при стрессовой форме инконтиненции или при смешанной. Дифференциальную диагностику между ними следует выполнять в содружестве с профильными специалистами. Уролог поможет определить объём дополнительных исследований, установить корректный диагноз и потребность в консервативном или оперативном лечении.

- Вульвовагинит, ассоциированный с гельминтозами, не обладает патогномичными признаками¹. Однако сопутствующие гастроэнтеральные симптомы могут помочь в верификации диагноза.

Комментарий. Заподозрить гельминтоз в организме можно по жалобам на боль в эпигастральной области, тошноту, головную боль, утомляемость, субфебрильную температуру, потерю аппетита, беспокойный сон, диарею, перianальный зуд. Наиболее очевидное проявление — выход паразита с калом в момент дефекации. При этом до 40% носителей гельминтов вообще не имеют симптомов²².

Гельминтоз половых путей способен имитировать РШМ²³. Необходимо также знать о возможности одновременного наличия РШМ и гельминтоза половых путей, когда паразитов обнаруживают как случайную находку²⁴.

3.1.2. Осмотр наружных половых органов

- Пациенткам с СБВ с целью выявления воспалительных заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы рекомендованы визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование²⁵.

Комментарий. На этом этапе диагностики выполняют оценку наличия и интенсивности признаков воспаления, патологических элементов (сыпь, трещины, язвы и т.д.) на коже и слизистых оболочках, оценку количества, цвета, консистенции и запаха выделений, наличия инородных тел.

При осмотре обращают внимание на наличие отёка слизистой оболочки шейки матки и /



или влагляща, гиперемии, обильных слизистых, слизисто-гнойных или гнойных выделений из цервикального канала и/или их наличие в сводах влагляща, а также на гиперемии и отёчность наружного отверстия мочеиспускательного канала¹.

- Вульву относят к наружным половым органам, за которые ответственен акушер-гинеколог. Однако значительная часть вульварных заболеваний — дерматологические, следовательно, находятся в компетенции дерматовенеролога.

Комментарий. Тщательный осмотр вульвы позволяет выявить различные патологические состояния этой области и провести своевременную диагностику.

— Выраженная гиперемия вульвы, отёк, экскориации и образование трещин в области вульвы, задней спайки и периаанальной области, особенно в совокупности с жалобами на зуд и творожистые выделения, может свидетельствовать о тяжёлом КВВ.

— Гиперемия и отёчность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизистогнойные или слизистые необильные выделения из уретры характерны для хламидийной, гонококковой инфекции и уретральных поражений, вызванных *M. genitalium*.

— Расчёсы в периаанальной области — косвенный признак гельминтозов.

— Для генитальной герпесвирусной инфекции характерно наличие единичных или множественных везикулёзных элементов полициклической фестончатой формы с прозрачным содержимым на гиперемированном основании, локализующихся в области поражения. После их вскрытия образуются поверхностные, болезненные, покрытые сероватым налётом эрозии размером 2–4 мм соответственно числу бывших пузырьков или сплошная эрозия с гладким дном и неподрытыми краями, окружёнными ярко-красным ободком. При соединении вторичной инфекции проявляется появлением гнойного экссудата. Характерны также увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов.

— Отёк и покраснение наружных половых органов и неспецифические полиморфные высыпания наряду с указанием на зуд и периодичность обострения симптомов говорят об АВВ.

- Объективные симптомы поражений вульвы достаточно специфичны для каждого заболевания.

Комментарий. Главный признак **простого контактного дерматита** — покраснение кожи. Появление пузырьков и пузырей не характерно, чаще возникают трещины и эрозии. Степень тяжести поражения зависит от длительности воздействия раздражителя. Хронизация процесса приводит к огрубению кожи и развитию вторичной пигментации¹².

При **себорейном дерматите** высыпания могут быть изолированы или сочетаться с поражением других себорейных зон. Это состояние характеризуется эритемой и шелушением. При хроническом длительном течении высыпания могут инфильтрироваться и образовывать папулы и бляшки. В складках могут образовываться трещины, присоединяться вторичная бактериальная и грибковая инфекция. Характерна экзематизация с появлением мокнутия¹³.

Первым признаком **атопии вульвы** может быть её ярко-красная, «лакированная» поверхность. Зуд обычно усиливается ночью и впоследствии приводит к развитию простого хронического лишая. Характерный признак — периаанальные трещины, чаще всего расположенные сверху, на уровне стрелки 12 ч. Трещины часто инфицируются и вызывают болезненность. Также характерны симметричные трещины между большой и малой половыми губами, которые могут кровоточить и напоминать порезы. Ещё один признак атопической вульвы — эритематозно-сквамозное пятно над анусом, которое из-за расчёсывания постепенно превращается в папулу, напоминающую геморроидальный узел. Характерны покраснение и выраженный отёк кожи над клитором, что приводит к синехиям, скоплению выделений между ними и воспалению¹².

Расчёсывание при **нейродермите** носит привычный и постоянный характер, при этом кожа вульвы утолщается, становится более или менее пигментированной, процесс постоянно распространяется на паховые складки и бедро¹⁵.

Острая стадия **экземы** характеризуется появлением везикул на эритематозной и отёчной коже, точечными эрозиями с мокнутием («серозные колодцы»), серозными корочками, экскориациями, реже — папулами и пустулами. Наряду с инволюцией сыпи происходит образование новых элементов, поэтому для истинной экземы типичен полиморфный характер высыпаний. Хроническая стадия характеризуется более выраженной инфильтрацией и лихенизацией, поствоспалительной гипо- и гиперпигментацией¹⁴.

При себорейном дерматите диагноз ставится на основании уже существующих очагов патологического процесса на других участках кожи¹⁶.

Согласно клиническим рекомендациям, в диагностике атопического дерматита рекомендовано использование критериев Ханифина и Райки^{27,28}. Более сложной выступает диагностика атопического дерматита при наличии изолированного зуда вульвы. В таких случаях критерий диагностики атопии вульвы — сочетание дерматита и зуда с бронхиальной астмой или аллергическим ринитом в анамнезе; аналогично нейродермиту, не имеющему специфических маркёров заболевания.

Визуальный осмотр кожного покрова с определением псориазических феноменов — основа диагностики псориаза^{29–31}.

Объективные симптомы псориаза.

- Красноватые папулы и бляшки, покрытые плотно прикреплёнными серебристо-белыми чешуйками³².
- Три феномена³⁰:
 - стеаринового пятна (шелушение кожи при почёсывании);
 - терминальной плёнки (при снятии чешуек появляется красная блестящая поверхность);
 - кровяной росы (после отслойки плёнки на коже возникает точечное кровотечение).

Участки вульвы с ороговевающим или частично ороговевающим эпителием и плоскими полигональными папулами бледно-синюшного цвета характерны для красного плоского лишая (КПЛ), с белыми пятнами, папулами и бляшками — для склероатрофического лишая (САЛ)³³.

Объективные симптомы САЛ.

- Снежно-белые пятна, фарфорово-белые папулы или бляшки.
- Эритема не имеет чётких границ, могут возникать эрозии, петехии, телеангиоэктазии, трещины. Лихенификации, атрофии, закупорки фолликулярных протоков.
- Синехии и резорбция малых половых губ, клитора.

Характерно поражение кожи вульвы, промежности и периаанальной области в виде восьмёрки, «замочной скважины», «песочных часов» или «цветка лотоса»³⁴.

Объективные симптомы КПЛ.

- Плоские папулы диаметром 2–5 мм, с полигональными очертаниями, с вдавлением в центре, розовато-красного цвета с характерным фиолетовым или сиреневатым оттенком и восковидным блеском, более отчётливым при боковом освещении.
- Шелушение обычно незначительное, чешуйки отделяются с трудом.

Высыпания могут быть одиночными или множественными, на их поверхности определяется белый ретикулярный рисунок (сеточка Уикхема). Нередко очаги поражения имеют кольцевидную форму³⁵.

Самая частая форма КПЛ при поражении вульвы — эрозивная. Эрозии формируются в области преддверия влагалища и имеют чёткие края, насыщенный красный цвет и гладкую блестящую поверхность³⁵.

3.1.3. pH-метрия

- Пациенткам с СВВ показана pH-метрия для уточнения диагноза.

Комментарий. Изменение pH вагинальной среды в сторону увеличения показателя служит только подтверждением влагалищного неблагополучия, однако не позволяет установить точный диагноз. Повышение pH более 4,5 характерно для БВ, АВ, ДВ и трихомониаза и исключает наличие цитолитического вагиноза¹.

Показатель pH отделяемого слизистой оболочки влагалища при КВВ находится в пределах нормальных референсных значений (от 3,5 до 4,5). Трихомониазу присущ повышенный pH влагалища (4,5 и более), однако простейшие могут существовать и при нормальном pH³⁶.

Подборных шкал, соотносящих значения pH с тем или иным заболеванием половых путей, не существует. Изолированная pH-метрия обладает высокой чувствительностью (90%), но низкой специфичностью³⁷. Тем не менее работа по созданию биомаркёров продолжается. К современным технологиям pH-метрии следует отнести гинекологическое зеркало Радзинского—Занько, позволяющее преодолеть нежелание врачей проводить дополнительный тест — психологический аспект, а также при каждом исследовании влагалища и шейки матки в зеркалах знать точную величину pH без траты даже секунды лишнего времени³⁸.

3.1.4. Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах

- Изолированно по характеру выделений окончательное заключение сделать нельзя, однако вид, консистенция, обильность белей могут помочь в дифференциальной диагностике.
 - Гомогенные беловато-серые вагинальные выделения густой консистенции, равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища, характерны для БВ.

- Обильные выделения творожистого характера на фоне гиперемии вульвы могут свидетельствовать о КВВ.
- Обильные жёлтые или зеленовато-жёлтые выделения сопутствуют АВ.
- Серо-жёлтые жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным запахом — признак трихомонадной инфекции.
- Слизисто-гнойные выделения из цервикального канала характерны для хламидийной, гонококковой инфекции и урогенитальных заболеваний, вызванных *M. genitalium*.
- Обильные выделения из цервикального канала слизисто-гнойного характера — симптом цервицита или ИППП.
- Серозные или серозно-гнойные выделения, равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища, с чёткой воспалительной реакцией более характерны для АВВ.
- Обильные водянистые бели — признак онкологических заболеваний, в первую очередь РШМ.

- При осмотре влагалища и шейки матки в зеркалах обращают внимание на наличие и выраженность воспаления.

Комментарий. Воспалительная реакция (гиперемия, отёчность слизистой оболочки) характерна для КВВ, АВ, ДВ, смешанных вагинитов, ИППП, тогда как БВ протекает без воспаления. Субклинические формы ИППП могут также быть малосимптомны.

Локализация воспалительной реакции на шейке матки (отёчность и покраснение) свидетельствует о цервиците любой этиологии.

- Оценка визуальных изменений слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

Комментарий. Петехиальные кровоизлияния и поверхностные эрозии слизистой оболочки могут наблюдаться при АВ.

Эрозии на слизистой оболочке шейки матки характерны для ЦВ, хламидийной инфекции и поражений, вызванных *M. genitalium*.

«Клубничная» шейка матки — характерная особенность трихомонадной инфекции, но её наблюдают лишь у 2–5% больных^{39,40}. Похожие изменения (на фоне лейкореи) могут выявляться при ДВ, когда эритема затрагивает и стенки влагалища⁵.

ЭВ можно диагностировать, если при осмотре шейки матки в зеркалах и пальпаторно при влагалищном исследовании обнаруживают кисты, на-

пращённые, гладкие, одиночные, множественные или формирующие конгломераты.

Изъязвление, изменение окраски шейки матки, фибриновые наложения на её поверхности или опухолевидные разрастания красноватого, белёсого или розовато-серого цвета, которые легко кровоточат от прикосновения инструментами, — признаки РШМ.

Недостаточная увлажнённость влагалища, истончение слизистой оболочки и уменьшение складчатости, а также её бледность, лёгкость травмирования при осмотре, наличие петехий — симптомы дефицита эстрогенов. Чаще это состояние встречается в пери- и постменопаузальном возрасте (ГУМС).

Пролапс тазовых органов при осмотре можно диагностировать, если наблюдают опущение передней и задней стенок влагалища в покое и/или при напряжении, выпадение шейки и/или тела матки, рубцы и деформации слизистой оболочки влагалища, дефекты мышц тазового дна.

3.1.5. Бимануальное влагалищное исследование

- Пальпация позволяет обнаружить вовлечённость органов малого таза в патологический процесс, сопровождающийся выделениями из половых путей.

Комментарий. Болезненность при пальпации нижних отделов живота и области придатков, болезненные тракции шейки матки относят к сомнительным (не более того!) признакам ВЗОМТ.

Исследование может вызвать боль и неприятные ощущения у пациенток с эндометриозом, увеличенные яичники позволяют заподозрить СПКЯ.

Крепитация во время гинекологического осмотра свидетельствует об ЭВ.

3.2. Лабораторная диагностика

- Патологические вагинальные выделения — синдром, который требует уточнения. Без лабораторных методов, опираясь лишь на жалобы и клиническую картину заболевания, поставить окончательный диагноз нельзя⁵.

Комментарий. Рвничный приём пациентки с жалобами на бели необходимо завершить получением материала для дальнейшего исследования.

- **Различные виды провокаций** (биологические, химические, физиологические, алиментарные) в диагностике ИППП не используют,

поскольку они не повышают эффективность выявления возбудителей.

- Если у пациентки выявлены гонококковая, хламидийная или трихомонадная инфекция, урогенитальный герпес или аногенитальные бородавки, лечащему врачу необходимо заполнить и отправить извещение по форме №089-у/кв в порядке, установленном письмом Минздрава РФ от 2 марта 2015 года №13-2/25⁴¹.

Комментарий. В отношении *M. genitalium* подобного требования нет.

3.2.1. Микроскопия

- Пациенткам с СВВ рекомендовано микроскопическое исследование отделяемого женских половых путей.

Комментарий. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов служит наиболее простым, низкокзатратным и быстрым методом диагностики. Для оценки микробиоценоза влагалища используют световую микроскопию и микроскопию с дополнительным контрастированием (например, фазовый контраст).

В качестве объектов исследования применяют неокрашенные препараты отделяемого влагалища (нативный или влажный мазок, высушенный или регидратированный мазок) и окрашенные простыми и сложными методами препараты.

При микроскопии влажного препарата никаких ограничений нет. Материал, полученный в любой день цикла, после полового контакта или использования лекарственного препарата *per vaginam* накануне исследования, в любом случае несёт ценную информацию⁴². Однако такой подход имеет организационные ограничения: необходимо незамедлительно доставить материал в лабораторию или выполнить исследование непосредственно в кабинете врача.

- Исследование окрашенных мазков обладает большей чувствительностью и специфичностью по сравнению с микроскопией нативных препаратов.

Комментарий. Исключение: трихомониаз. Только влажный мазок, «висячая капля», позволяет увидеть движущиеся трихомонады — 100% диагностическая точность. Однако по современным требованиям Роспотребнадзора порядок помещения для забора материала и его исследования должен быть согласован работодателем (руководителем медицинской организации) и территориальным органом потребнадзора. Информативность «су-

хого» мазка для диагностики трихомониаза невелика: жгутики разрушаются в течение 45 мин высушивания и прекращают быть основным признаком трихомонад — подвижностью!

Самые распространённые методики окраски высушенных мазков — окраска по Граму и метиленовым синим.

- Микроскопическое исследование отделяемого женских половых путей позволяет диагностировать БВ, КВВ, АБВ, трихомонадную и гонококковую инфекции и др.

Комментарий. Во время микроскопии вагинальных выделений можно увидеть лейкоциты, клетки многослойного плоского эпителия и оценить их соотношение (в норме этот показатель равен 1:1, но более 4:1, перевес в сторону лейкоцитов при соотношении 5:1 и выше свидетельствует о воспалении), выявить базальные и парабазальные клетки, свидетельствующие о гипотрофии или атрофии эпителия, определить преимущественную микрофлору (палочки, особенно морфотип лактобацилл, или кокки), обнаружить абсолютные патогены (гонококки в виде граммотрицательных кокков, простейшие), дрожжеподобные грибы, ключевые клетки.

При микроскопии отделяемого цервикального канала обращают внимание на наличие клеток эпителия (цилиндрический эпителий говорит о правильности получения клинического материала, наличие многослойного плоского эпителия свидетельствует о контаминации цервикальных проб вагинальным отделяемым), лейкоцитов, находящихся в составе плотной цервикальной слизи (их абсолютное количество в норме составляет менее 10), а также на наличие или отсутствие граммотрицательных диплококков, морфологически сходных с гонококками.

Во время микроскопии отделяемого уретры количество лейкоцитов в норме менее 10, обращают внимание на наличие или отсутствие граммотрицательных диплококков, морфологически сходных с гонококками.

- Микроскопия не позволяет определить видовую принадлежность обнаруженных бактерий и выявить внутриклеточных патогенов.

3.2.2. Молекулярно-биологические методы

- Всем пациенткам с признаками воспаления при рецидивирующем течении вагинитов и вагиноза целесообразно назначить исследование с помощью молекулярно-биологических методов⁷.

Комментарий. Наиболее распространённый метод — полимеразная цепная реакция (ПЦР) в режиме реального времени — обладает высокой чувствительностью и специфичностью, позволяет быстро получить результат. К минусам относят выявление ДНК как живых, так и неживых микроорганизмов, что иногда может приводить к ложноположительным результатам, а также всегда повышает стоимость исследования. Другие методы в рутинной практике используют реже.

- Единого нормативного документа, регламентирующего показания к тестированию на ИППП, не существует.

Комментарий. В российских клинических рекомендациях «Нормальная беременность» (2023) не показано рутинно направлять беременных на молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов. Оно рекомендовано при клинических признаках неблагополучия: жалобах на вагинальный дискомфорт, зуд, жжение; изменении характера выделений из половых путей (количество, неприятный запах); воспалительном характере микроскопического исследования влагалищных мазков⁴³.

В отношении трихомонадной и гонококковой инфекций эта рекомендация модифицирована соответствующими профильными гайдлайнами 2024 года, которые предписывают скрининг всех беременных^{44,45}. Согласно клиническим рекомендациям «Хламидийная инфекция» (2024), беременные с факторами риска заражения (возраст до 25 лет, неиспользование презервативов во время последнего полового акта, более двух половых партнёров за последние 12 мес, недавняя смена полового партнёра) должны пройти обследование при первом посещении врача акушера-гинеколога и в III триместре, чтобы предотвратить послеродовые осложнения матери и хламидийную инфекцию младенца⁴⁶.

Согласно российским клиническим рекомендациям «Женское бесплодие» (2024), страдающим бесплодием пациенткам рекомендовано молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудители ИППП (*N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *S. trachomatis*, *M. genitalium*) с целью исключения или выявления и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний генитального тракта как возможной причины бесплодия⁴⁷.

- Разработаны тестовые системы, служащие для качественного или количественного определения конкретных микроорганизмов.

Комментарий. Качественное определение условно-патогенных микроорганизмов малоинформативно, так как позволяет лишь выявить их наличие, не давая представления об их соотношениях в вагинальном биоценозе. Количественная оценка более показательна.

- Количественная оценка абсолютных патогенов наряду с клинической картиной и длительностью заболевания помогает выбрать оптимальную схему терапии.

Комментарий. Учёт концентрации возбудителей позволяет подбирать терапию более персонализированно. Чем большее количество копий ДНК обнаружено, тем более длительной должна быть терапия.

- Диагностические панели на основе мультиплексной ПЦР в режиме реального времени позволяют оценить микробиоту влагалища в целом.

Комментарий. Во влагалищном биоценозе сосуществуют сотни микроорганизмов, но не все они ответственные за нарушения микробиоценоза. Коммерческие тест-системы позволяют выявить соотношение лактобацилл и микроорганизмов-маркёров, участвующих в развитии дисбиозов и вагинитов.

3.2.3. Культуральный (бактериологический) метод

- Культуральный метод трудоёмок и затратен, поэтому его не относят к первой линии. Однако он позволяет не только изучить видовую специфичность бактерий, но и определить их чувствительность к антибактериальным и антимикотическим препаратам.

Комментарий. Бактериологический метод может быть ценен для видовой идентификации возбудителя, однако более 99% бактерий невозможно культивировать в силу различных причин. В то же время определение чувствительности/резистентности микроорганизмов к антибактериальным и антимикотическим препаратам незаменимо при упорном течении или рецидивировании заболевания.

3.2.4. Цитологическое исследование

- При выявлении визуально изменённых участков шейки матки, если с момента цитологического скринингового исследования прошло более 12 мес, целесообразно его повторить.

Комментарий. Цитологическое исследование мазков с экзо- и эндоцервикса — первый и основной инструмент выявления цервикальных онкозаболеваний. Согласно клиническим рекомендациям «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» (2020), цитологическое исследование микропрепарата шейки матки предписано всем женщинам в возрасте от 21 до 65 лет с интервалом в 3 года. Возможно выполнение цитологического исследования при обращении пациентки менее 21 года при половой жизни более 3 лет⁴⁸.

- Рекомендован пересмотр аномальных мазков.

Комментарий. При наличии у пациентки признаков выраженного цервицита целесообразно до выполнения цитологического исследования назначить терапию с целью устранения воспалительного компонента.

Около 10% традиционных цитологических мазков неадекватны, что связано с неправильной техникой забора материала и приготовления препарата.

Жидкостная цитология более эффективна вследствие многократного уменьшения количества неадекватных мазков.

- При цитологических заключениях ASCUS, ASC-H, LSIL, HSIL рекомендовано молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на ВПЧ вне зависимости от возраста. Целесообразно генотипирование (частичное или полное) и определение вирусной нагрузки.

Комментарий. Рекомендовано молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на ВПЧ с целью выявления риска РШМ у всех женщин в возрасте от 30 до 65 лет каждые 5 лет у ВПЧ-негативных женщин или ежегодно у ВПЧ-позитивных женщин. Определяют ВПЧ высокого канцерогенного риска (не менее 12 типов).

- Аномальные результаты цитологии (ASCUS на фоне ВПЧ высокого канцерогенного риска, ASC-H, LSIL, HSIL) — показание для кольпоскопии, по результатам которой определяют необходимость биопсии шейки матки.

Комментарий. Кольпоскопия также показана всем инфицированным ВПЧ 16-го и/или 18-го типов независимо от результатов цитологии. Диагноз и степень тяжести неопластических изменений регистрируют только на основании патологоанатомического исследования.

3.3. Инструментальные методы исследования

3.3.1. УЗИ

- Инструментальные методы не относят к первой линии диагностики, однако в некоторых клинических ситуациях они могут быть полезны.

Комментарий. Вовлечение в патологический процесс органов малого таза, онкологические заболевания, эндометриоз и аденомиоз требуют визуального подтверждения.

- Пациенткам с подозрением на ВЗОМТ рекомендовано УЗИ органов малого таза (по возможности трансвагинальным датчиком)⁴⁹.

Комментарий. УЗИ органов малого таза (с помощью трансвагинального и трансбdomинального датчиков) более информативно для диагностики тубоовариального абсцесса. УЗИ можно использовать для дифференциальной диагностики ВЗОМТ. Однако отсутствие изменений при УЗИ не позволяет исключить ВЗОМТ⁵⁰.

- Пациенткам с РШМ рекомендовано УЗИ органов малого таза, регионарных лимфатических узлов в целях определения распространённости опухолевого процесса и планирования алгоритма лечения⁵¹.

- При подозрении на эндометриоз в качестве первичной инструментальной диагностики заболевания рекомендовано УЗИ органов малого таза.

Комментарий. УЗИ необходимо провести для диагностики предполагаемого эндометриоза, в первую очередь для диагностики эндометриомы и глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением кишечника, мочевого пузыря или мочеточника⁵².

- УЗИ органов малого таза рекомендовано пациенткам с СПКЯ или при подозрении на него для верификации диагноза⁵³.

- Независимо от возраста пациентки утолщённый эндометрий чаще ассоциирован с доброкачественными, чем со злокачественными нарушениями.

Комментарий. Эксперты Международного консорциума по анализу опухолей эндометрия (International Endometrial Tumor Analysis, IETA) подчёркивают, что и по сей день традиционно специалисты оценивают **риск озлокачествления эндометрия**, опираясь прежде всего на измерение его толщины.

Самые частые сонографические признаки РЭ у женщин с аномальными маточными кровотечениями перечислены ниже⁵⁴.

- Толщина эндометрия 11–26 мм.
- Неоднородное строение слизистой оболочки, в том числе с наличием кист неправильной формы.
- Неопределённая средняя линия эндометрия.
- Прерывистое соединение эндо- и миометрия.
- Жидкость в полости матки имеет вид «матового стекла», различается по эктогенности.
- Высокий цветной показатель (colour score), 3 или 4.
- Множественные сосуды (один или несколько очагов неоангиогенеза) при цветном доплерографическом картировании.

- При генитальном туберкулёзе УЗ-картина разнородна⁵⁵.

Комментарий. В маточных трубах можно наблюдать гидро- (при серозном содержимом) или пиосальпинкс (при казеозном). Эндометрий поражён у 60–90% женщин, больных генитальным туберкулёзом. Он эхоскопически неоднороден, с гиперэхогенными областями, обусловленными очагами кальцификации или фиброза, визуализируются внутриматочные спайки (синдром Ашермана), полость матки деформирована.

- Случайной находкой при УЗИ органов малого таза служит гидрометра — бессимптомное скопление жидкости в полости матки.

Комментарий. Гидрометру нередко наблюдают у пациенток в постменопаузе. Она служит фактором риска РЭ и РШМ, особенно при большом объёме гидрометры, ожирении и наличии в анамнезе кровянистых выделений из половых путей⁵⁶.

3.3.2. Кольпоскопия

- Кольпоскопия рекомендована в первую очередь для дифференциальной диагностики РШМ при обнаружении визуальных изменений шейки матки.

Комментарий. Кольпоскопия служит дополнительным методом исследования и не входит в скрининг РШМ.

- Для острого цервицита характерна выраженная воспалительная реакция слизистой оболочки шейки матки.

Комментарий. При кольпоскопии видны мутные слизистые или гнойные выделения, отёчность. Характерна контактная кровоточивость. После удаления выделений визуализируется гиперемия с точечными вкраплениями. После обработки шейки матки уксусной кислотой они бледнеют и становятся более отчётливыми.

- При хроническом цервиците, помимо неярко выраженного воспаления, наблюдают дезорганизацию метапластического эпителия и стромы.

Комментарий. При кольпоскопии выявляют гипертрофию шейки матки, поверхностный рельеф изменён. Возможны очаги реактивного акантоза, паракератоза, ацетобелого эпителия, мозаики или пунктации. Картина может быть сходна с CIN. Основное отличие хронического цервицита от CIN — наличие клеток воспалительного инфильтрата.

- При кольпоскопии следует иметь в виду, что для онкологического процесса характерны выраженные изменения.

Комментарий. В случае эндофитного роста цервикального рака шейка матки увеличена, приобретает бочковидную форму, неровную бугристую поверхность, неравномерную розово-мраморную окраску.

При экзофитном росте опухолевидные разрастания красноватого, белёсого или розовато-серого цвета, которые легко кровоточат от прикосновения инструментами, на поверхности шейки матки могут быть фибринозные наложения. Кроме того, для РШМ характерны следующие изменения.

- Неправильная форма.
- Неровная поверхность.
- Приподнятые края.
- Наличие изъязвлённых или выпуклых образований.

Злокачественная опухоль может иметь вид хрупкой массы, выступающей в просвет.

3.3.3. Вагиноскопия

- Вагиноскопия наиболее значима при диагностике причин вагинальных выделений у девочек и девушек-подростков.

Комментарий. Вагиноскопия позволяет обнаружить инородные тела во влагалище, травмы наружных половых органов. При любом виде травм у девочек и девушек, помимо местного, целесообразно выполнить исследования других органов и систем, в частности органов брюшной полости.

Вагиноскопия также помогает в диагностике VaIN и рака вульвы.

3.3.4. Гистероскопия

- При подозрении на РЭ рекомендована гистероскопия и аспирационная биопсия эндометрия.

Комментарий. У большинства пациенток с РЭ наблюдают СВВ, что не исключает асимптомного течения. При гистероскопии выявляют уплотнение, изъязвление, изменение окраски эндометрия, опухолевидные разрастания легко кровоточат от прикосновения инструментами.

3.3.5. Биопсия

- При подозрении на РШМ, РЭ и рак вульвы рекомендована биопсия с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала с обязательным указанием гистологического типа и степени дифференцировки опухоли.

3.3.6. Другие методы

- При дифференциальной диагностике причин вагинальных выделений возможны другие инструментальные методы исследования, не-

обходимые для окончательного заключения: КТ, МРТ, лапароскопия и др.

3.4. Консультации смежных специалистов

- Упорное рецидивирующее течение вагинитов и дисбиоза, нормоценоз влагалища по результатам лабораторных методов исследования при наличии/сохранении жалоб, сопутствующие соматические заболевания требуют консультации смежных специалистов.

Комментарий. Вовлечение в патологический процесс вульвы часто ассоциировано с дерматологическими заболеваниями, которые диагностирует и лечит дерматовенеролог. Соматические и онкологические заболевания, которые могут сопровождаться СВВ, выявляет и лечит врач соответствующей специальности: эндокринолог, онколог, терапевт, аллерголог и др.

4. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ВАГИНАЛЬНЫМИ ВЫДЕЛЕНИЯМИ

4.1. Эмпирическая терапия

- При жалобах на патологические выделения из влагалища (особенно при выявлении воспаления при осмотре) рекомендована эмпирическая терапия после получения материала для лабораторного исследования.

Комментарий. Опираясь на особенности клинической картины, нюансы анамнеза и уровень pH, акушер-гинеколог вправе установить предварительное заключение, которое в свою очередь служит основанием для эмпирической терапии препаратами широкого спектра ещё до получения результатов анализов и верификации окончательного диагноза¹.

- Для лечения вульвовагинитов допустимо эмпирическое назначение местных антисептиков.

Комментарий. Эта группа средств активна в отношении широкого спектра микроорганизмов, нарушающих физиологическое существование влагалищной микробиоты².

4.2. Двухэтапная терапия

- В комплексном лечении вульвовагинальных инфекций целесообразно использовать двухэтапный подход.

Комментарий. В России накоплен большой опыт двухэтапной терапии с обязательным восстановлением микробиоценоза влагалища после эрадикации патогенов. Изначально такой подход применяли для лечения БВ.

Назначение средств этой группы при БВ ассоциировано со значимым увеличением количества выздоровевших, а также с уменьшением частоты рецидивов³. Систематический обзор и метаанализ (2021) за последние 15 лет назначения пробиотиков в акушерстве и гинекологии показал уменьшение количества патогенных микроорганизмов во влагалище и параллельно с этим рост лактобацилл⁴.

- Любые антибактериальные препараты могут отрицательно влиять на собственную микрофлору. При этом может нарушаться не только влагалищная, но и кишечная микробиота.

Комментарий. Для второго этапа используют лекарственные средства и биологически активные добавки с пре- и пробиотиками. В рутинной практике чаще назначают следующие виды бактерий:

- бифидобактерии (*Bifidobacterium bifidum*, *B. longum*, *B. breve*, *B. adolescentis*, *B. animalis* subsp. *lactis*, *B. thermophilum*);
- лактобациллы (*Lactobacillus acidophilus*, *L. plantarum*, *L. casei* subsp. *rhamnosus*, *L. brevis*, *L. del-*

- *brueckii* subsp. *bulgaricus*, *L. helveticus*, *L. fermentum*, *L. reuteri*, *L. curvatus*);
- лактококки (*Lactococcus lactis* subsp. *cremonis*, *L. lactis* subsp. *lactis*, *L. lactis* subsp. *lactis* biovar. *diacetylactis*);
- кишечная палочка (*E. coli*);
- энтерококки (*Enterococcus faecium*, *E. faecalis*);
- стрептококки (*Streptococcus thermophilus*);
- бациллы (*Bacillus subtilis*, *B. cereus*, *B. licheniformis*);
- грибы-сахаромицеты (*Saccharomyces boulardii*, *S. cerevisiae*).

Пробиотики — средства с доказанной безопасностью, способные помочь в восстановлении баланса вагинальной микрофлоры^{5,6}. В гинекологической практике наиболее изучены лактобациллы. В частности, для профилактики рецидивов БВ используют вагинальные пробиотические средства, содержащие *Lacticaseibacillus rhamnosus* (*L. casei rhamnosus*)⁷.

Введённые интравагинально пробиотические штаммы персистируют в течение непродолжительного периода времени и не колонизируют влагалище⁸. За это время они реализуют многочисленные косвенные эффекты. Выработка молочной кислоты и перекиси водорода снижает локальный pH, при этом пробиотики вырабатывают вещества с антимикробной активностью и стимулируют иммунную систему, благоприятствуя формированию сбалансированного состава микрофлоры. Ещё один эффект пробиотиков — конкуренция с патогенами за локусы прикрепления к эпителию и за нутриенты⁹.

Введение пробиотиков во влагалище способствует активному размножению собственной лактофлоры. Этот эффект хорошо реализуется при введении эволюционно близкого к *L. crispatus* штамма *L. acidophilus* K5400. Последний также вырабатывает бактериоцин молекулярной массой 7,5 кДа, который при вагинальном введении подавляет активность таких урогенитальных патогенов, как *G. vaginalis* и *Str. agalactiae*¹⁰. Интравагинальное введение живых ацидофильных бактерий в течение 14 сут после менструации в дополнение к основной терапии БВ было ассоциировано со значимым снижением частоты обострений¹¹.

Потенциально способные воздействовать на микрофлору влагалища пробиотики не ограничены лишь топическими средствами. Показано, что при пероральном употреблении штаммы *L. rhamnosus* GR-1 и *L. reuteri* RC-14 сохраняют жизнеспособность при прохождении через желудочно-кишечный тракт и способны колонизировать влагалище¹².

4.3. Инфекционные гинекологические заболевания

4.3.1. Инфекции нижнего отдела репродуктивного тракта

Бактериальный вагиноз

- Основная цель терапии БВ — устранение симптомов вагинального неблагополучия и профилактики инфекционных осложнений, а также снижение заболеваемости ИППП.

Комментарий. Схемы лечения БВ, предложенные ведущими зарубежными и отечественными сообществами, практически идентичны^{13,14}.

- Лечить БВ необходимо при наличии его клинических проявлений. Необходимости в лечении бессимптомного БВ у небеременных нет.

Комментарий. БВ может исчезать самопроизвольно. Однако в группах риска ИППП терапия необходима, поскольку позволяет снизить вероятность заражения ВИЧ, ВПЧ и ВПГ, а также *T. vaginalis*, *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* и *M. genitalium*.

- Бессимптомный БВ следует лечить во время беременности и перед гинекологическими вмешательствами.

Комментарий. Беременность — показание к терапии и бессимптомного процесса в силу высоких рисков неблагоприятных перинатальных исходов¹⁵.

- Рекомендована двухэтапная терапия БВ.

Комментарий. Первый этап — эрадикация БВ-ассоциированных микроорганизмов с помощью антимикробных средств (предпочтение следует отдавать топическим формам).

Второй этап — восстановление достаточного количества лактобактерий путём использования пре- и пробиотиков (интравагинально и перорально), а также органических кислот (например, препаратов молочной или аскорбиновой кислоты для интравагинального введения)^{2,13,16}. Назначение пробиотиков позволяет снизить частоту рецидивов БВ и помогает ускорить излечение по сравнению с монотерапией антибактериальными препаратами¹⁷.

- Первая линия лечения БВ — метронидазол или клиндамицин^{2,14,18}.

Комментарий. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, для лечения женщин вне беременности назначают клиндамицин в виде крема (2%) 5 г *per vaginam* 1 раз в сутки (на ночь) в течение 7 дней; или клиндамицин суппозитории 100 мг *per vaginam* 1 раз в сутки (на ночь) в течение 3 дней; или метронидазол гель 5 г *per vaginam* 2 раза в сутки в течение 5 дней; или метронидазол

500 мг *per os* 2 раза в сутки в течение 7 дней; или клиндамицин 300 мг *per os* 2 раза в сутки в течение 7 дней².

Эти же лекарственные средства предложены в качестве первой линии терапии БВ в рекомендациях CDC¹⁸ и ISSVD¹⁴.

- Лечение БВ беременных клиндамицином допустимо на любом сроке гестации, тогда как метронидазол разрешён со II триместра^{2,14,18}.

Комментарий. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, для лечения беременных назначают метронидазол 500 мг *per os* 2 раза в сутки в течение 7 дней (со II триместра); или метронидазол 250 мг *per os* 3 раза в сутки в течение 7 дней (со II триместра); или клиндамицин 300 мг *per os* 2 раза в сутки в течение 7 дней².

Схемы, предложенные CDC¹⁸ и ISSVD¹⁴, практически не отличаются.

- Вторая линия лечения БВ — тинидазол и секнидазол^{2,14,18}.

Комментарий. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, для лечения женщин вне беременности назначают тинидазол 2 г *per os* 1 раз в сутки в течение 3 дней или тинидазол 1 г *per os* 1 раз в сутки в течение 5 дней².

Согласно гайдлайну ISSVD, для лечения женщин вне беременности назначают тинидазол 1 г *per os* 1 раз в день 5 дней; или тинидазол 2 г *per os* 1 раз в день 2 дня; или клиндамицин 300 мг *per os* 2 раза в день 7 дней; или клиндамицин (суппозитории) 100 мг *per vaginam* 1 раз в день 3 дня; или секнидазол 2 г *per os* однократно (растворив в пудинге, яблочном пюре, йогурте)¹⁴.

- Возможно назначение альтернативных схем лечения БВ^{14,18}.

Комментарий. Согласно рекомендациям CDC, для лечения назначают клиндамицин 300 мг *per os* 2 раза в сутки в течение 7 дней; или клиндамицин (суппозитории) 100 мг *per vaginam* 1 раз перед сном в течение 3 дней; или секнидазол 2 г *per os* однократно; или тинидазол 2 г *per os* 1 раз в сутки в течение 2 дней; или тинидазол 1 г *per os* 1 раз в сутки в течение 5 дней¹⁸.

Согласно гайдлайну ISSVD, для лечения назначают деквалиния хлорид 10 мг *per vaginam* 1 раз в день 6 дней; или клиндамицина фосфат крем (2%) однократно *per vaginam*; или метронидазол гель (1,3%) однократно *per vaginam*¹⁴.

- Для лечения рецидивирующих форм БВ препараты выбора — тинидазол и секнидазол^{2,14,18}.

Комментарий. Согласно гайдлайну ISSVD, для лечения назначают трёхэтапную схему: нитро-

имидазолы *per os* 1 раз в день, борная кислота *per vaginam* 1 раз в день 3 нед, метронидазол *per vaginam* 2 раза в неделю 16 нед или метронидазол 2 г + флуконазол 150 мг 1 раз в месяц¹⁴.

- Лечить партнёра пациентки с БВ нецелесообразно.

Комментарий. Назначение antimicrobных препаратов не показано половым партнёрам страдающих БВ пациенток при отсутствии симптомов воспалительных урогенитальных заболеваний (баланопостита, уретрита и др.). Результаты Кокрейновского систематического обзора 2016 года (семь исследований, n=1026; до настоящего времени обзор не обновлён) показали, что «лечение» не способствует клиническому улучшению и не снижает частоту рецидивов у женщин, зато увеличивает вероятность нежелательных явлений у мужчин¹⁹.

Аэробный вагинит

- Общепринятой стратегии лечения АВ не существует.

Комментарий. В рутинной практике используют препараты, активные против бактерий кишечной группы и минимально влияющие на лактобациллы. При этом предпочтение отдают топическим формам: антибиотикам и антисептикам^{2,20}.

- Лечение пациенток с АВ проводят на основании верифицированных при микроскопии изменений, а в случае неудач и повторных эпизодов АВ — по результатам культурального исследования.

Комментарий. Схему лечения АВ определяют по результатам микроскопии: нарушения микробиоты, воспаление и атрофию лечат местными препаратами (антибактериальными, антисептическими, гормональными), используя их комбинации при тяжёлых формах. Для последних также рекомендована поддерживающая терапия в течение 2–6 мес¹⁴. При выраженных воспалительных изменениях (более 10 лейкоцитов на один эпителиоцит) помимо противомикробных препаратов может быть целесообразно использован гидрокортизон, а при низком индексе вагинального здоровья — эстрогенсодержащие средства²¹.

При умеренных симптомах АВ используют клиндамицин или деквалиния хлорид однократным курсом^{22,23}. Последний обладает широким спектром бактерицидной и фунгицидной активности, маловероятно развитие резистентности к нему. Средство выпускают в виде вагинальных таблеток, которые можно назначать во время беременности и лактации.

Согласно рекомендациям IUSTI (2018), для лечения можно назначать клиндамицин крем 5 г в течение 5–21 дня; комбинированные препараты, содержащие клиндамицин и глюкокортикоиды, в течение 7–21 дня²⁴.

Поскольку проявления АВ и атрофические изменения влагалища могут быть трудноразличимы, женщинам в постменопаузе могут быть рекомендованы локальные формы эстрогенов.

- АВ во время беременности обязательно подлежит лечению.

Комментарий. В I триместре беременности возможно лечение АВ антисептиками, а со II триместра — также антибиотиками (克林дамицин)²⁵. Моксифлоксацин и канамицин беременным строго противопоказаны.

Кандидозный вульвовагинит

- Для лечения КВВ вне беременности назначают противогрибковые препараты интравагинально и/или системно (нистатин, клотримазол, миконазол, фентиконазол, эконазол, сертаконазол, итраконазол, флуконазол, нафтицин)²⁰.

- Противогрибковые средства из группы азолов считают препаратами выбора для лечения неосложнённого КВВ^{26,27}.

Комментарий. С этой целью используют кремы, мази и суппозитории для интравагинального введения (клотримазол, миконазол, эконазол и др.), а также лекарственные средства для однократного перорального приёма (флуконазол, итраконазол и др.). При назначении схемы терапии важно не списывать со счетов растущую резистентность *S. albicans* к антимикотикам^{28,29}. Выбор медикамента индивидуален и зависит от доступности, переносимости и предпочтений пациентки.

Согласно рекомендациям ISSVD (2023), клотримазол, миконазол, эконазол или флуконазол — препараты выбора при неосложнённых формах КВВ¹⁴.

Согласно рекомендациям CDC (2021), для лечения женщин вне беременности назначают следующие лекарственные средства¹⁴.

- Препараты для вагинального использования.
 - Клотримазол крем 1% 5 г ежедневно 7–14 дней.
 - Клотримазол крем 2% 5 г ежедневно 3 дня.
 - Миконазол крем 2% 5 г ежедневно 7 дней.
 - Миконазол крем 4% 5 г ежедневно 3 дня.
 - Миконазол вагинальные суппозитории 100 мг ежедневно 7 дней.
 - Миконазол вагинальные суппозитории 200 мг ежедневно 3 дня.

- Миконазол вагинальные суппозитории 1200 мг однократно.
- Тioконазол мазь 6,5% 5 г однократная аппликация.
- Бутоконазол крем 2% 5 г однократно.
- Терконазол крем 0,4% 5 г ежедневно 7 дней.
- Терконазол крем 0,8% 5 г ежедневно 3 дня.
- Терконазол вагинальные суппозитории 80 мг ежедневно 3 дня.
- Пероральные препараты: флуконазол 150 мг однократно.

Во время беременности, согласно проекту отечественных клинических рекомендаций «Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы», лечение КВВ возможно противогрибковыми средствами (клотримазол, нафтицин) или антисептиками (деквалин хлорид)²⁰.

Согласно рекомендациям CDC, для лечения беременных рекомендована только местная терапия азольными препаратами в течение 7 сут¹⁴.

- Для лечения тяжёлого (осложнённого) КВВ используют более длительные схемы.

Комментарий. Согласно рекомендациям CDC, для лечения женщин вне беременности назначают местную терапию препаратами из группы азолов в течение 7–14 дней или флуконазол 150 мг *per os* 2 раза с интервалом 72 ч¹⁴.

- Лечение КВВ, вызванного *S. non-albicans*, подбирают индивидуально.

Комментарий. Согласно рекомендациям CDC, для лечения женщин вне беременности схема терапии не разработана, однако при первом эпизоде можно прибегнуть к антимикотикам неазольного ряда. Препараты назначают *per os* или *per vaginam* в течение 7–14 дней. При развитии рецидива — борная кислота в желатиновых капсулах по 600 мг *per vaginam* ежедневно в течение 21 дня¹⁴.

- Лечение пациенток с рецидивирующим КВВ: двухэтапная терапия с длительным поддерживающим лечением.

Комментарий. Терапия рецидивирующего КВВ включает использование местных и пероральных противогрибковых препаратов, а также интравагинальное введение борной кислоты. Женщин с такими сопутствующими заболеваниями, как СД или тяжёлые инфекции, даже при возникновении менее трёх эпизодов КВВ в год следует лечить так же, как пациенток с рецидивирующим КВВ¹⁴.

В случае рецидивирующего КВВ медикаментозное вмешательство подразделяют на два этапа: во время первого необходимо устранить симптомы, а в рамках второго назначают длительную поддерживающую терапию флуконазолом (6 мес).

Использование этого препарата следует избегать у женщин, принимающих статины, а также при лечении пациенток с заболеванием почек или с высоким риском аритмии³⁰.

Согласно рекомендациям CDC, для лечения женщин вне беременности назначают следующие лекарственные средства¹⁴.

- Первый этап — купирование рецидива: местная терапия безрецептурными и рецептурными препаратами из группы азолов в течение 7–14 дней или флуконазол 100, 150 или 200 мг *per os* трижды с интервалом 72 ч (в 1, 4 и 7-й дни).
- Второй этап — поддерживающая терапия (профилактика рецидивов) в течение 6 мес: флуконазол 100, 150 или 200 мг *per os* 1 раз в неделю.
- Если этот режим невозможен, можно рассмотреть назначение топических препаратов с перерывами.

- Для лечения КВВ беременных рекомендовано использование местных форм азолов или антисептиков.

Комментарий. Согласно рекомендациям ISSVD, в лечении беременных следует использовать местные формы азолов, предпочтительно клотримазол, причём более длительным курсом — 7–14 дней¹⁴.

В качестве альтернативы во время гестации можно использовать деквалиния хлорид^{21,22,31}. Данных об использовании борной кислоты во время гестации нет, поэтому беременным целесообразно рекомендовать иные варианты терапии.

- Для лечения КВВ после родов и во время лактации рекомендовано использование флуконазола.

Комментарий. Для лечения КВВ в послеродовом периоде и при кормлении грудью назначают флуконазол — его считают безопасным для этих категорий пациентов.

- При отсутствии симптомов КВВ лечение не показано.

Комментарий. Если микробиологическое исследование выявило *Candida* spp. в отсутствие симптомов, то такие пациентки не нуждаются в каком-либо лечении. Это же касается и партнёров женщины: если у мужчины нет симптомов кандидозного поражения, лечение не рекомендовано².

Трихомонадная инфекция

- Обнаружение *T. vaginalis* — показание для лечения.

Комментарий. Положительный результат любого из лабораторных методов обследования на наличие *T. vaginalis* независимо от выраженности симптомов — показание для назначения терапии.

- Нитроимидазолы наиболее эффективны для лечения трихомонадной инфекции.

Комментарий. При выявлении патогена следует назначить именно системные средства, а при остром течении инфекции можно дополнить терапию локальными препаратами³². Рекомендуемые отечественными экспертами схемы лечения трихомонадной инфекции включают метронидазол, тинидазол и орнидазол, а дозы и продолжительность приёма зависят от особенностей заболевания. В зарубежных гайдлайнах в качестве основных упоминают лишь метронидазол и тинидазол.

- Лечение неосложнённой трихомонадной инфекции.

Комментарий. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, для лечения назначают метронидазол 500 мг *per os* 2 раза в сутки 7 дней; или метронидазол 2 г *per os* однократно; или тинидазол 500 мг *per os* 2 раза в сутки 5 дней; или тинидазол 2 г *per os* однократно; или орнидазол 500 мг *per os* 2 раза в сутки 5 дней; или орнидазол 1,5 г *per os* однократно³².

Согласно рекомендациям CDC, для лечения назначают метронидазол 500 мг *per os* 2 раза в сутки 7 дней или тинидазол 2 г *per os* однократно¹⁴.

Согласно гайдлайну ISSVD, рекомендуемый стандарт лечения трихомонадной инфекции независимо от ВИЧ-статуса — метронидазол *per os* по 400–500 мг 2 раза в день в течение 7 дней. Однократный приём метронидазола в дозе 2 г больше не рекомендован. В качестве альтернативы можно рассматривать однократный приём 2 г тинидазола или секнидазола¹⁴.

- Лечение рецидивирующей или осложнённой трихомонадной инфекции.

Комментарий. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, для лечения одновременно с пероральными препаратами используют препараты местного действия — метронидазол (гель вагинальный) 5 мг интравагинально 2 раза в сутки в течение 5 дней³².

Согласно рекомендациям CDC, для лечения назначают метронидазол 2 г *per os* 1 раз в сутки 7 дней или тинидазол 2 г *per os* 1 раз в сутки 7 дней. При неэффективности — тинидазол 2 г *per os* + тинидазол *per vaginam* 500 мг 2 раза в сутки 14 дней. В случае повторной неудачи терапии — тинидазол 1 г *per os* 3 раза в сутки + паромидин *per vaginam* 4 г на ночь 14 дней¹⁴.

Гайдлайн ISSVD отмечает, что при рефрактерной трихомонадной инфекции, ассоциированной с БВ, в схемы лечения можно добавлять пробиотики¹⁴.

- Лечение трихомонадной инфекции в период гестации.

Комментарий. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, не ранее II триместра беременности для лечения назначают метронидазол 500 мг *per os* 2 раза в сутки 7 дней или метронидазол 2 г 1 раз *per os*. Одновременно с пероральными препаратами возможно интравагинальное введение производных имидазола в соответствии с инструкциями³².

- Лечение трихомонадной инфекции у половых партнёров.

Комментарий. Согласно гайдлайну ISSVD, для партнёров пациенток с выявленной трихомонадной инфекцией оптимальной считают схему с однократным приёмом тинидазола (2 г *per os*), которая может быть эффективнее назначения метронидазола (2 г *per os*)¹⁴.

Хламидийная инфекция

- Идентификация *C. trachomatis* — показание для лечения.

Комментарий. Этиотропное лечение хламидийной инфекции необходимо назначать сразу после диагностики².

- Антибактериальные препараты — средства выбора при хламидийной инфекции.

Комментарий. С целью эрадикации возбудителя используют препараты группы макролидов, тетрациклинов, а также некоторые фторхинолоны³³.

- Для лечения вне периода гестации одобрено несколько схем.

Комментарий. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, для лечения неосложнённой инфекции, вызванной *C. trachomatis*, назначают доксициклин 100 мг, либо миноциклин 100 мг, либо офлоксацин 400 мг (все — 2 раза в сутки в течение 7 дней)³⁴.

Согласно рекомендациям CDC, для лечения подростков и взрослых назначают доксициклин 100 мг 2 раза в сутки *per os* в течение 7 дней. Возможно также прибегнуть к однократному приёму азитромицина 1 г или к терапии левофлоксацином 500 мг 1 раз в сутки на протяжении 7 дней¹⁴.

Для лечения хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, малого таза и других органов назначают следующие схемы: доксициклин 100 мг либо миноциклин 100 мг (оба — 2 раза в сутки в течение 14 дней)³⁴.

Установление излеченности хламидийной инфекции выполняют на основании результатов исследования методом ПЦР в режиме реального времени не ранее чем через месяц после окончания антибактериальной терапии. При отрицательных результатах обследования пациентки дальнейшему наблюдению не подлежат³⁴.

- При отсутствии эффекта от лечения рекомендовано исключить реинфекцию и назначить антибактериальный препарат системного действия другой фармакологической группы.

- Лечение хламидийной инфекции во время беременности обязательно на любом сроке гестации с учётом влияния antimicrobных средств на плод.

Комментарий. Для терапии беременных можно использовать азитромицин 1 г *per os* однократно или амоксициллин 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней³⁴.

- Особая схема рекомендована для лечения детей в возрасте до 8 лет и/или с массой тела менее 45 кг.

Комментарий. У таких больных используют перорально азитромицин. Данные об эффективности и оптимальной дозе азитромицина ограничены, может быть эффективным короткий курс терапии (азитромицин в суточной дозе 20 мг на килограмм массы: 1 раз в сутки в течение 3 дней) или курс 10 мг на килограмм массы тела в сутки в течение 7 дней.

Лечение хламидийной инфекции у детей в возрасте старше 8 лет и/или с массой тела более 45 кг выполняют соответственно схемам лечения взрослых с учётом противопоказаний.

При генерализованной форме хламидийной инфекции и неонатальной пневмонии в условиях стационара возможно назначение эритромицина внутривенно.

Гонококковая инфекция

- Для лечения пациенток вне периода гестации отечественными экспертами одобрено несколько схем.

Комментарий. Для лечения уретрита, цервицита, цистита, вульвовагинита без абсцедирования парауретральных и придаточных желёз назначают цефтриаксон 1 г внутримышечно однократно или цеффиксим 400 мг *per os* однократно³⁵.

Для лечения ВЗОМТ, пельвиоперитонита или гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желёз назначают цефтриаксон 1 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 ч

в течение 14 дней или цефотаксим 1 г внутривенно каждые 8 ч в течение 14 дней³⁵.

Если клинические симптомы заболевания удалось купировать через 24–48 ч после начала парентеральной антибактериальной терапии, возможно продолжить лечение по схеме: цефиксим 400 мг *per os* 1 раз в сутки или 200 мг 2 раза в сутки. Общая продолжительность курса составляет 14 дней.

- Лечение гонококковой инфекции во время гестации начинают на любом сроке беременности.

Комментарий. У таких пациенток предусмотрено назначение цефтриаксона 1 г внутримышечно, возможно и пероральное использование цефиксима 400 мг. Все препараты назначают однократно³⁵.

Инфекция, вызванная *Mycoplasma genitalium*

- Обнаружение абсолютного патогена *M. genitalium* — показание для антибактериальной терапии.

Комментарий. Этиотропное лечение необходимо назначать сразу после установки диагноза³⁶. С целью эрадикации возбудителя используют препараты группы макролидов, тетрациклинов, а также некоторые фторхинолоны³⁶.

- Для лечения пациенток вне периода гестации одобрено несколько схем.

Комментарий. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, для лечения неосложнённой инфекции, вызванной *M. genitalium*, в течение 7 дней назначают доксициклин 100 мг 2 раза в сутки, затем азитромицин 1 г однократно и в течение следующих 3 дней 500 мг 1 раз в сутки. Суммарная доза азитромицина 2,5 г³⁶.

При неэффективности данной комбинации или резистентности возбудителя к макролидам вместо азитромицина может быть назначен моксифлоксацин 400 мг 1 раз в сутки в течение 7 дней³⁶.

В рекомендациях CDC предлагают аналогичные схемы, но терапевтическая тактика зависит от результата тестирования на резистентность к макролидам. При чувствительности назначают доксициклин с азитромицином. При резистентности или невозможности её оценить выбирают схему с доксициклином и моксифлоксацином¹⁴.

Для лечения осложнённой инфекции, вызванной *M. genitalium*, на срок от 14 до 21 дня назначают доксициклин 100 мг 2 раза в сутки либо моксифлоксацин 400 мг 1 раз в сутки³⁶.

Установление излеченности от хламидийной инфекции выполняют на основании результатов

исследования методом ПЦР в режиме реального времени не ранее чем через месяц после окончания антибактериальной терапии³⁶.

- Для лечения беременных и детей рекомендовано назначать препараты группы макролидов.

Комментарий. Лечение назначают на любом сроке беременности при участии врачей акушеров-гинекологов с учётом влияния на плод антибактериальных средств. Один из вариантов терапии — назначение эритромицина в дозировке 500 мг 4 раза в день в течение 7 дней или 500 мг 2 раза в день в течение 14 дней³⁶.

В мировой практике чаще всего беременным предписывают использование в терапии азитромицина (при отсутствии информации об антибиотикорезистентности или наличии данных о чувствительности возбудителя к макролидам) и не рекомендуют назначение моксифлоксацина. Единства в отношении рекомендованных доз азитромицина и эффективности/безопасности терапии пристинамицином нет³⁷.

Лечение детей осуществляют в соответствии со схемами назначения у взрослых в зависимости от возраста, массы тела и с учётом противопоказаний.

Смешанные инфекции

- Смешанные инфекции нередко с трудом поддаются терапии¹.

Комментарий. Следует как можно быстрее облегчить состояние пациентки: уменьшить зуд, жжение, обильные выделения, боль. Эмпирическую терапию необходимо назначить ещё до получения результатов всех исследований, используемых в рамках дифференциальной диагностики вагинальных инфекций (микроскопического и культурального исследований, молекулярно-биологических методов).

Если при обследовании выявлены ИППП, то их следует лечить в первую очередь. Половой партнёр также должен получить необходимые назначения.

При отсутствии ИППП первоначальный акцент в терапии необходимо сделать на том нозологическом варианте, лабораторные признаки которого наиболее выражены. Например, если при микроскопии выявлено обилие мицелия грибов и маркёры АВ лёгкой степени, то лечение начинают с КВВ. Возможно назначение комбинированных препаратов, которые одновременно содержат в составе и антибиотики (элиминация аэробов), и антимикотики (фунгицидное действие).

При выявлении сочетания аэробов и анаэробов терапию целесообразно начинать с элиминации аэробов, поскольку именно они запускают цитокиновый каскад воспаления и выступают в роли доминантных возбудителей. Анаэробы нередко подавляют инфламаторные реакции и часто оказываются сопутствующими микроорганизмами — находкой при ПЦР².

- При неосложнённых вульвовагинитах целесообразно назначение топических форм.

Комментарий. В условиях современной антибиотикорезистентности для терапии смешанных инфекций уместно назначать топические препараты с широким спектром бактерицидного действия².

Для лечения вульвовагинитов допустимо эмпирическое назначение местных антисептиков. Эта группа средств активна в отношении широкого спектра микроорганизмов, способных нарушать равновесие влагалищной микробиоты.

Вне зависимости от используемых препаратов важно при необходимости скорректировать терапию в динамике — после получения результатов обследования. Например, выявление хламидийной инфекции требует обязательного назначения антибиотиков, целенаправленно действующих против возбудителей этой ИППП.

В комплексном лечении вульвовагинальных инфекций целесообразно предусмотреть второй этап терапии — использование пробиотиков. В нашей стране накоплен большой опыт назначения препаратов этой группы: доказаны целесообразность и эффективность назначения молочнокислых штаммов с целью восстановления микробиоценоза влагалища³⁸.

Назначение по показаниям небольших доз эстриола позволяет поддерживать нормальное состояние вагинального эпителия, способствуя улучшению состояния микробиоценоза влагалища и сокращению частоты рецидивов вульвовагинитов.

Генитальный герпес

- Препаратов и методов, обеспечивающих полную элиминацию ВПГ из организма, не существует.

Комментарий. Несмотря на достигнутые успехи в лечении инфекции, доступные средства не позволяют добиться пожизненной ремиссии заболевания. Выделяют следующие цели назначения терапии:

- купирование клинических проявлений при обострении инфекции;
- уменьшение частоты рецидивов герпесвирусной инфекции;

- снижение риска осложнений;
- повышение качества жизни больных.

- Препараты первой линии — ациклические синтетические нуклеозиды.

Комментарий. Эти средства целесообразно назначать в момент активации ВПГ (на стадии ранних клинических проявлений: зуда, жжения, небольшой гиперемии, отёчности кожи и слизистых оболочек — до появления характерной сыпи). Синтетические нуклеозиды препятствуют сборке ДНК ВПГ.

Схемы назначения пероральных препаратов для первичного эпизода³⁹:

- ацикловир 200 мг 5 раз в сутки;
- валацикловир 500 мг 2 раза в сутки в течение 7–10 дней;
- фамцикловир 250 мг 3 раза в сутки в течение 5 дней.

Выбор схемы лечения рецидивирующих форм простого герпеса не должен быть основан исключительно на его локализации. Необходимо учитывать тяжесть заболевания и количество рецидивов в течение года, а также наличие беременности.

Рекомендовано для лечения рецидива генитального герпеса в качестве эпизодической терапии назначать перорально:

- ацикловир 200 мг 5 раз в сутки в течение 5 дней;
- валацикловир 500 мг 2 раза в сутки в течение 3 дней;
- фамцикловир 125 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней;
- фамцикловир по 500 мг 1 раз в сутки, затем три дозы по 250 мг каждые 12 ч с суммарной дозировкой 750 г;
- фамцикловир 1,0 г 2 раза в сутки в течение 1 дня.

- Рекомендовано для лечения беременных при первичном эпизоде аногенитального герпеса, непервичном эпизоде или рецидиве аногенитального герпеса для профилактики неонатального герпеса, снижения риска выделения вируса, рецидивов и кесарева сечения с 36 нед беременности и до родов назначать перорально противовирусную профилактику.

У беременных используют нижеперечисленные схемы:

- ацикловир 200 мг 5 раз в день;
- валацикловир 500 мг 2 раза в день.

Препарат следует назначать при беременности только в том случае, если потенциальная польза для матери превосходит потенциальный риск для плода.

- При первичном эпизоде аногенитального герпеса в III триместре предписано родоразрешение путём операции кесарева сечения в плановом порядке, так как высок риск неонатальной инфекции. Оперативное родоразрешение показано также женщинам с клиническими проявлениями герпеса на половых органах или с продромальным периодом во время родов.

Комментарий. Беременным с первичным аногенитальным герпесом в I или II триместре либо с эпизодами рецидивирующего герпеса независимо от срока беременности рекомендованы роды через естественные родовые пути, так как риск неонатального герпеса невелик. Кесарево сечение не устраняет полностью риск неонатального герпеса, а также влечёт за собой анестезиологические и хирургические риски для женщины.

- В дополнение к системной терапии генитального герпеса возможно назначение препаратов других групп.

Комментарий. Улучшения можно достигнуть при использовании препаратов интерферона⁴⁰. Допустимо назначение местных противовирусных и антисептических средств^{41,42}.

4.3.2. Редкие формы вагинальных инфекций

Цитолитический вагиноз

- В качестве симптоматической терапии ЦВ для подавления избыточного роста лактобацилл используют защелачивание влагиалищной среды².

Комментарий. Первая линия лечения ЦВ — спринцевания, орошения слизистой оболочки влагиалища или сидячие ванны (30–60 г бикарбоната натрия, разведённого в 1 л воды) 2–3 раза в неделю, а затем 1–2 раза по необходимости. Этот способ лечения ЦВ упомянут в небольших научных работах, однако его результативность и долгосрочные последствия для вагинальной микробиоты не определены⁴³.

Если по данным обследования выявлены лабораторные признаки ЦВ, однако у женщины нет жалоб, лечение не требуется. Если ЦВ сочетается с КВВ и у женщины есть симптомы заболевания, в первую очередь следует назначить противогрибковые препараты².

Лечение ЦВ во время гестации не рекомендовано². При наличии жалоб и исключении других причин могут быть использованы сидячие ванны с бикарбонатом натрия. От спринцеваний и использования антибактериальных

препаратов этой категории пациенток следует отказаться.

Десквамативный вагинит

- Рекомендации по ведению пациенток с ДВ крайне скудны.

Комментарий. Для лечения ДВ, как и в случае АВ и смешанных вагинитов, рекомендована интравагинальная антимикробная терапия в различных комбинациях с/без глюкокортикоидов². Согласно некоторым вариантам, клиндамицин (аппликация 2% крема на ночь в течение 14 сут) и местное введение гидрокортизона (10% крем 3–5 г интравагинально 1 раз в день в течение 4–6 нед) эффективны у большинства пациенток^{44,45}.

Вследствии у трети женщин возникают рецидивы, а некоторым требуется длительная поддерживающая терапия для профилактики обострений.

У женщин в постменопаузе, как и в ситуации атрофического вагинита, возможна гормональная терапия с использованием локальных эстрогенов для обеспечения длительной ремиссии².

Эмфизематозный вагинит

- В лечении ЭВ допустима выжидательная тактика.

Комментарий. Течение заболевания, как правило, доброкачественное. Симптомы ЭВ чаще кратковременны и могут исчезнуть самостоятельно. При назначении терапии приоритет часто отдают метронидазолу².

Генитальный туберкулёз

- Терапия пациенток с ЖГТ находится в компетенции фтизиатра. Эксперты ВОЗ рекомендуют лечить лекарственно-чувствительный внелёгочный туберкулёз так же, как и инфекцию органов дыхания⁴⁶.

Комментарий. Стандартный режим состоит из интенсивной фазы с изониазидом, рифампицином, этамбутолом и пиразинамидом (2 мес), за которой следует терапия изониазидом и рифампицином (4 мес). В группах с известным или предполагаемым высоким уровнем устойчивости к изониазиду к этим двум препаратам на втором этапе добавляют этамбутол⁴⁷.

В случае множественной лекарственной устойчивости ЖГТ лечат препаратами второй линии (канамицин, левофлоксацин, пиразинамид, циклосерин, этионамид, парааминосалициловая кислота) в течение 24 мес: 6 мес интенсивной фазы с 18-месячным продолжением⁴⁸.

4.4. Иные заболевания женских половых органов

4.4.1. Генитоуринарный менопаузальный синдром

- Назначение терапии рекомендовано при верификации проявлений ГУМС.

Комментарий. При лёгкой степени лечение можно начать с негормональных методов: лубрикантов, увлажняющих кремов или гелей. К ним же следует прибегнуть при наличии противопоказаний к препаратам, содержащим эстрогены. Лубриканты способствуют регидратации слизистой оболочки влагалища и имитируют нормальную смазку во время полового акта, но они не устраняют причины состояния⁴⁹.

- Терапия локальными формами эстрогенов — «золотой стандарт» лечения ГУМС.

Эстрогенсодержащие средства можно использовать изолированно или дополнять ими системную менопаузальную гормональную терапию (МГТ).

Локальную терапию эстрогенами в низких дозах подключают при более выраженных симптомах ГУМС у женщин пери- и постменопаузального периода, а также при неэффективности увлажняющих средств. Местные гормональные препараты снимают зуд, жжение, сухость во влагалище, улучшают микроциркуляцию⁵⁰, помогают нормализовать состав вагинальной микрофлоры и способствуют профилактике урогенитальных неспецифических инфекций.

Интравагинальный эстриол не имеет возрастных ограничений, и в отличие от МГТ он может быть назначен женщинам старше 60 лет⁵¹. В начале лечения локальные средства вводят ежедневно на ночь (в течение 2–3 нед), по мере улучшения кратность сокращают до 2–3 раз в неделю. При этом длительность терапии не имеет временных рамок.

Ультранизкие дозы вагинального эстриола могут быть безопасны для больных раком молочной железы, принимающих тамоксифен, но российские клинические рекомендации до настоящего времени не включают этот подход.

Пациенткам с вульвовагинальной атрофией могут быть рекомендованы физиотерапевтические воздействия и тренировка мышц тазового дна, повышающие увлажнённость стенок влагалища и способствующие утолщению эпителия⁵².

4.4.2. Пропалсы гениталий

- При лечении пролапсов тазовых органов большинство врачей предпочитают оперативные методы. Однако на начальных стадиях заболевания, а также при невозможности или необходимости отсрочить хирургическое вмешательство рекомендована консервативная терапия, включающая тренировку мышц тазового дна, использование пессариев и лекарственных препаратов.

Комментарий. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, регламентировано профильными клиническими рекомендациями «Выпадение женских половых органов» (2024)⁵³.

4.4.3. Дерматозы вульвы

- В российской клинической практике сферы ответственности акушера-гинеколога и дерматовенеролога при ведении пациенток с дерматозами вульвы разграничены недостаточно чётко.

- Для вульвитов любой этиологии разработаны общие рекомендации по облегчению их течения. Всем пациенткам показана гипоаллергенная диета, соблюдение охранительного режима, включающего полноценный сон и отсутствие стрессов.

Комментарий. Рекомендации профильного европейского гайдлайна (2021) представлены ниже⁵⁴.

- Избегать воздействия мыла, шампуня или пены для ванны. В качестве заменителя мыла и увлажняющего средства можно использовать простые увлажняющие и смягчающие средства (эмоленты).
- Избегать тесной одежды, которая может раздражать область вульвы.
- Избегать использования презервативов со спермицидной смазкой или содержащих местные анестетики.
- Получить от врача подробное объяснение своего состояния с особым акцентом на любые долгосрочные последствия для здоровья, что должно быть подкреплено предоставлением им чёткой и точной письменной информации о заболевании.

Устранение косметических средств для интимной гигиены может привести к ремиссии лёгких форм простого контактного и аллергического дерматита^{55–58}.

- На коже аногенитальной области предпочтительно использовать мази, поскольку они

содержат меньше консервантов, что снижает риск вторичной контактной аллергии.

Комментарий. Кремы могут вызывать жжение, поскольку содержат больше воды. Регулярное нанесение барьерного смягчающего средства на поражённые участки может защитить вульву от локальных раздражителей, например от мочи и менструальной крови.

- **Лечение всех дерматозов включает как медикаментозные, так и немедикаментозные методы.**

Комментарий. При отсутствии эффекта от профилактических мер местные глюкокортикоиды (флутиказон, метилпреднизолона ацепонат, клобетазол, бетаметазон, мометазон, гидрокортизон) выступают препаратами выбора. Предпочтение следует отдавать средствам на мазевой основе^{55–58}.

При себорейном дерматите дополнительно назначают противогрибковые препараты (производные имидазола и триазола)⁵⁶.

Пациенткам с атопическим дерматитом, помимо глюкокортикоидов, показаны препараты ингибиторов кальциневрина. Независимо от степени тяжести рекомендованы эмульнты наружно. Для достижения клинического эффекта необходимо использовать достаточный объём смягчающих препаратов (у взрослого с распространённым поражением кожи расходуется до 600 г в неделю, у ребёнка — до 250 г в неделю)⁵⁸.

При сильном зуде и аллергической составляющей патологического процесса рекомендовано назначение антигистаминных препаратов^{55–58}.

При неэффективности наружной терапии или с высыпаниями, занимающими более 20% площади кожного покрова, показана терапия глюкокортикоидами системного действия.

Системные противогрибковые средства при отсутствии эффекта от лечения себорейного дерматита 10–14 дней (кетоконазол или итраконазол) или системные ретиноиды в низких терапевтических дозах⁵⁶.

Пациенткам с атопическим дерматитом средней и тяжёлой степени рекомендована фото- и/или ПУВА-терапия⁵⁸.

Лихеноидные дерматозы вульвы

- **Выбор метода лечения САЛ и КПЛ зависит от степени выраженности и локализации клинических проявлений, формы и длительности заболевания.**

Комментарий. В период обострения заболевания пациенткам рекомендовано ограничение физических и психоэмоциональных нагрузок, а также соблюдение гипоаллергенной диеты.

При наличии ограниченных высыпаний лечение начинают с назначения топических глюкокортикоидов средней и высокой активности (возможное их чередование)⁵⁹.

При неэффективности местного лечения назначают препараты для системной терапии: антигистаминные, глюкокортикоиды⁶⁰. Для купирования зуда назначают антигистаминные препараты.

При незначительной инфильтрации очагов поражения назначается узкополосная средневолновая фототерапия. Пациенткам с более выраженной инфильтрацией в очагах поражения показана ПУВА-терапия с пероральным или наружным использованием фотосенсибилизатора. С целью уменьшения степени склероза/индурации блещек рекомендована низкоинтенсивная лазерная терапия.

Псориаз вульвы

- **При псориазе вульвы предпочтение отдают местному лечению. Терапию подбирает дерматовенеролог.**

Комментарий. В качестве наружной терапии пациенткам с псориазом назначают местные глюкокортикоиды (флутиказон, метилпреднизолона ацепонат, клобетазол, бетаметазон, мометазон, гидрокортизон) и салициловую кислоту⁶¹.

При сильном зуде рекомендованы антигистаминные препараты. При неэффективности наружной терапии показано лечение глюкокортикоидами системного действия. При недостаточной эффективности системных средств пациенток переводят на терапию иммунодепрессантами.

4.5. Соматические, онкологические и иные системные заболевания

- **При ассоциированных с СВВ системных и/или опухолевых поражениях лечение направлено в первую очередь не на устранение вагинальных выделений, а на преодоление симптомов основного заболевания.**

Комментарий. Выбор лечебной тактики регламентирован соответствующими клиническими рекомендациями. В качестве вспомогательной терапии в комплексном лечении основного заболевания допустимо назначение местных препаратов, содержащих антисептики, или комбинированных антибактериальных средств для купирования патологических вагинальных выделений.

5. МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА

Целевая аудитория: врачи акушеры-гинекологи; врачи других специальностей, занимающиеся оказанием медицинской помощи женщинам; врачи-урологи; акушерки и фельдшеры.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода, или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай–контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности [исходы] являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности [исходы] являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация, отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности [исходы] являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество, и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинического протокола.

Клинический протокол пересматривается не реже 1 раза в 3 года и не чаще 1 раза в 6 мес.

6. ЛИТЕРАТУРА



АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК

Бактериальный вагиноз

Причины

- Уменьшение количества лактобацилл.
- Увеличение количества анаэробных бактерий.



Субъективные симптомы

- Гомогенные беловато-серые выделения из половых путей, часто с неприятным рыбным запахом.
- Дискомфорт в области наружных половых органов.
- Диспареуния.
- Редко — зуд и/или жжение в области половых органов, дизурия.



Диагностика

- «Золотой стандарт» — микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, окрашенного по Граму, обнаружение ключевых клеток.
- Критерии Амсея: диагноз подтверждают при наличии трёх из четырёх пунктов.
 - Вагинальные выделения (однородные, серовато-белые, жидкие, иногда с неприятным рыбным запахом).
 - pH отделяемого влагалища $>4,5$.
 - Положительный аминный тест.
 - Выявление ключевых клеток в нативных препаратах или окрашенных по Граму мазках.
- Шкала Ньюджента: окрашивание мазков по Граму, подсчёт бактерий, затем — суммы баллов.
 - От 0 до 3 — отсутствие БВ (преобладание лактобацилл во влагалищной среде).
 - От 4 до 6 — промежуточное состояние.
 - От 7 до 10 — БВ.
- Альтернативный алгоритм: микроскопическая оценка микробиоценоза влагалища (обнаружение ключевых клеток), подсчёт отношения лейкоцитов к эпителиальным клеткам (в норме менее 1:1), учёт количества лактобацилл (снижение или полное их отсутствие).
- Дополнительный метод — мультиплексная ПЦР в реальном времени с определением количественного и качественного состава микробиоты.
- При рецидивирующем БВ — исследование на ИППП.



Лечение

- Бессимптомный БВ лечат во время беременности и перед гинекологическими вмешательствами.
- Острое течение.
 - Препараты выбора: клиндамицин или метронидазол *per vaginam*.
 - Альтернатива: метронидазол, тинидазол, секнидазол *per os*, деквалиния хлорид *per vaginam*.
- Хроническое и рецидивирующее течение.
 - Препарат выбора: метронидазол *per vaginam* 4–6 мес + флуконазол *per os* 1 раз в мес

Кандидозный вульвовагинит

Причины

- Иммунные и эндокринные нарушения.
- Фоновые гинекологические заболевания.
- Тесное синтетическое бельё.
- Длительное использование внутриматочных средств.



Субъективные симптомы

- Обильные выделения творожистого характера из половых путей.
- Дискомфорт во влагалище и в области вульвы.
- Диспареуния.
- Жжение, зуд, раздражение вульвы.
- Дизурия.



Диагностика

- Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов.
- Культуральное исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы — при осложнённом КВВ.
- Для уточнения диагноза — ПЦР, особенно при часто рецидивирующем КВВ, предположительно вызванном *C. non-albicans*.



Лечение

- Неосложнённое течение.
 - Препараты выбора — азолы интравагинально (клотримазол, миконазол, эконазол и др.) или однократно перорально (флуконазол, итраконазол и др.).
 - КВВ, вызванный *C. non-albicans*: антимикотики неазольного ряда *per os* или *per vaginam*, при рецидиве — борная кислота *per vaginam*.
- Тяжёлое и/или рецидивирующее течение.
 - Местная терапия препаратами азолов в течение 7–14 сут.
 - Флуконазол *per os* 2 раза с интервалом 72 ч.
- Лечение в период гестации (местно).
 - Антимикотики (клотримазол, натамицин).
 - Антисептики (деквалия хлорид)

Аэробный вагинит

Причины

- Уменьшение количества лактобацилл.
- Увеличение количества аэробных и кишечных бактерий.



Субъективные симптомы

- Обильные выделения, чаще с гнилостным запахом, из половых путей.
- Дискомфорт во влагалище.
- Зуд, жжение, раздражение вульвы.
- Диспареуния.



Диагностика

- «Золотой стандарт» — микроскопическое исследование нативных и окрашенных мазков.
- Дополнительный метод — ПЦР.



Лечение

- Общепринятой стратегии по лечению АВ не существует.
 - Клиндамицин или деквалиния хлорид (при умеренных симптомах АВ).
 - Комбинированные суппозитории с антибактериальным и глюкокортикоидным действием (при выраженных воспалительных изменениях).
 - Эстрогенсодержащие средства (при низком индексе вагинального здоровья).
- Лечение в период гестации.
 - В I триместре беременности возможно лечение антисептиками.
 - Со II триместра — также антибиотиками (клиндамицин)

Трихомонадная инфекция

Причины

- Инфицирование абсолютным патогеном *Trichomonas vaginalis*.



Субъективные симптомы

- Выделения из половых путей серо-жёлтого цвета, нередко — пенистые, с неприятным запахом.
- Зуд, жжение в области половых органов.
- Диспареуния.
- Дизурия.
- Дискомфорт и/или боль в нижней части живота.



Диагностика

- Микроскопический метод (исследование нативного препарата).
- Молекулярно-биологические методы (ПЦР).
- Культуральный метод.



Лечение

- Неосложнённая инфекция:
 - метронидазол *per os*;
 - или тинидазол *per os*;
 - или орнидазол *per os*.
- Рецидивирующая или осложнённая инфекция.
 - Метронидазол (гель вагинальный) одновременно с пероральными препаратами.
- Лечение в период гестации.
 - Метронидазол *per os* не ранее II триместра беременности. Возможно одновременное интравагинальное введение производных имидазола

Хламидийная инфекция и инфекция, вызванная *Mycoplasma genitalium*

Причины

- Инфицирование абсолютными патогенами *Chlamydia trachomatis* и *Mycoplasma genitalium*.



Субъективные симптомы

- Слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей.
- Межменструальные кровянистые выделения.
- Диспареуния.
- Дискомфорт или боль в нижней части живота.
- Дизурия.
- Ациклические кровянистые выделения.



Диагностика

- Только молекулярно-биологические методы (ПЦР).



Лечение

- Хламидийная инфекция:
 - доксицилин *per os*;
 - или миноциклин *per os*;
 - или офлоксацин *per os*.
- Инфекция, вызванная *M. genitalium*:
 - доксицилин, затем азитромицин *per os*;
 - при неэффективности комбинации или резистентности к макролидам вместо азитромицина может быть назначен моксифлоксацин *per os*.
- Лечение в период гестации.
 - Обязательно на любом сроке беременности с учётом влияния antimicrobных средств на плод.
 - Хламидийная инфекция: азитромицин или амоксициллин *per os*.
 - Инфекция, вызванная *M. genitalium*: макролиды, например эритромицин или азитромицин *per os*

Гонококковая инфекция

Причины

- Инфицирование абсолютным патогеном *Neisseria gonorrhoeae*.



Субъективные симптомы

- Гнойные или слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей.
- Зуд, жжение в области наружных половых органов.
- Диспареуния.
- Дизурия.
- Дискомfort или боль в области нижней части живота.



Диагностика

- Микроскопическое исследование отделяемого из уретры с окраской по Граму на *N. gonorrhoeae* (при манифестных проявлениях инфекции).
- Для подтверждения диагноза рекомендовано молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов и/или микробиологическое исследование отделяемого из уретры.



Лечение

- Неосложнённая инфекция нижних отделов мочеполовой системы:
 - цефтриаксон в/м;
 - или цефиксим *per os*.
- ВЗОМТ, пельвиоперитонит или осложнённая инфекция нижних отделов мочеполовой системы:
 - цефтриаксон в/м или в/в;
 - или цефотаксим в/в.
- Лечение в период гестации.
 - Обязательно на любом сроке беременности.
 - Цефтриаксон в/м или цефиксим *per os*

Смешанный вагинит

Причины

- Присутствие двух и более возбудителей.
- Наиболее частое сочетание — БВ + КВВ.



Субъективные симптомы

- Зависят от сочетания этиологических агентов.
- Патологические выделения из половых путей.
- Зуд и жжение в области вульвы.



Диагностика

- Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, в том числе с окраской по Граму.
- Мультиплексная ПЦР в режиме реального времени.
- При рецидивирующем течении — исследование на ИППП.



Лечение



- Выбор терапии зависит от преобладающего нозологического варианта.
- Возможно назначение комбинированных препаратов широкого спектра действия, антисептиков.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**ИНФОРМАЦИЯ О ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВАХ И БАД, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ
ПРИ СИНДРОМЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ
ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ
ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ**

Флуомизин

Действующее вещество: деквалиния хлорид.



 УУР В,  УДД 1. Деквалиния хлорид не уступает стандартным антибактериальным методам лечения вульвовагинальных инфекций различной этиологии.

В систематический обзор 2024 года¹ были включены пять научных работ по оценке применения деквалиния хлорида в лечении женщин (n=1416) с вульвовагинальными инфекциями различной этиологии. В целом препарат показал высокую эффективность и хорошую переносимость в терапии БВ, КВВ, десквамативного воспалительного и аэробного вагинита. Результаты также показали, что он не уступает стандартным методам лечения. Помимо этого ни в одном из этих исследований не сообщалось о серьёзных нежелательных явлениях.



В международном многоцентровом слепом рандомизированном исследовании сравнили эффективность лечения БВ с помощью «Флуомизина» в течение 6 сут (n=164) и клиндамицина (2%) в течение 7 сут (n=157)². Частота клинического излечения через 1 нед и через 1 мес после окончания терапии была сопоставима в группах деквалиния хлорида и клиндамицина (81,5 против 78,4% и 79,5 против 77,6% соответственно).

В другом рандомизированном клиническом исследовании³ было показано, что деквалиния хлорид не уступает метронидазолу при лечении БВ. Участницами стали 147 женщин с верифицированным диагнозом БВ, которых разделили на две группы получающих деквалиния хлорид (n=72) или метронидазол (n=75). Клинического выздоровления удалось добиться у 92,7% пациенток первой группы и 93,2% — второй.

В двойном слепом рандомизированном исследовании 2020 года сравнили эффективность лечения пациенток с КВВ, получавших деквалиния хлорид (n=74) и клотримазол (n=76)⁴. У них было продемонстрировано сопоставимое улучшение клинической картины на 8–12-й день (ОШ 0,79; 95% ДИ 0,56–1,1) и на 34–42-й день (ОШ 0,99; 95% ДИ 0,69–1,43). Большинство участниц отметили хорошую переносимость антисептика, и никто не сообщил о побочных эффектах.

 УУР В,  УДД 2. За счёт широкой антимикробной активности деквалиния хлорид эффективен при лечении больных со смешанными вагинальными инфекциями.

В систематическом обзоре 2023 года (26 наблюдательных проспективных исследований, n=4783) были проанализированы данные по эффективности лечения вагинальных инфекций деквалиния хлоридом⁵. В восьми испытаниях рассматривали терапию смешанных влагалищных инфекций. На основании этих публикаций был сделан вывод о высокой эффективности терапии этой группы заболеваний с помощью деквалиния хлорида (ОШ 2,5; 95% ДИ 0,35–4,65).

 УУР С,  УДД 4. При отсутствии улучшения на фоне стандартной антибактериальной терапии у пациенток с трихомонадным вагинитом эффективно пролонгированное использование деквалиния хлорида.

Представлен клинический случай лечения 18-летней девушки с трихомонадным вагинитом, персистирующим в течение 12 мес⁶. Пациентка получила несколько 7-дневных курсов очень высоких доз метронидазола перорально (один раз с одновременным местным использованием ампициллина и клотримазола); метронидазол внутривенно в сочетании с вагинальным гелем с метронидазолом; тинидазол перорально с метронидазолом вагинально. Симптомы вульвовагинита были купированы во время антимикробной терапии, но рецидивировали вскоре после прекращения лечения. При каждом последующем клиническом рецидиве диагноз был подтверждён лабораторно. Риск повторного заражения был исключён, а приверженность терапии оценивали как отличную.

Затем пациентке назначили 4-недельный курс метронидазола по 400 мг 2 раза/сут с интравагинальным использованием деквалиния хлорида на ночь. Симптомы исчезли, но по лабораторным данным возбудитель всё ещё персистировал. Поскольку при применении деквалиния хлорида женщина отмечала улучшение, его рекомендовали использовать в качестве монотерапии ещё в течение 14 нед. За этот период не было возвращения симптомов, а затем и по лабораторным данным было установлено



излечение. Через 2 мес после прекращения приёма деквалиния хлорида трихомонадный вагинит отсутствовал.

Литература



1. Eckel F., Farr A., Deinsberger J. et al. Dequalinium Chloride for the Treatment of Vulvovaginal Infections: a Systematic Review and Meta-Analysis // *J. Low. Genit. Tract Dis.* — 2024. — Vol. 28. — №1. — P. 76–83. [PMID: 38117564]
2. Weissenbacher E.R., Donders G., Unzeitig V. et al. A comparison of dequalinium chloride vaginal tablets (Fluomizin™) and clindamycin vaginal cream in the treatment of bacterial vaginosis: a single-blind, randomized clinical trial of efficacy and safety // *Gynecol. Obstet. Invest.* — 2012. — Vol. 73. — №1. — P. 8–15. [PMID: 22205034]
3. Raba G., Durkech A., Malik T. et al. Fluomizin Study Group. Efficacy of Dequalinium Chloride vs Metronidazole for the Treatment of Bacterial Vaginosis: A Randomized Clinical Trial // *JAMA Netw. Open.* — 2024. — Vol. 7. — №5. — P. e248661.
4. Thamkhantho M., Chayachinda C. Vaginal tablets of dequalinium chloride 10 mg versus clotrimazole 100 mg for vaginal candidiasis: a double-blind, randomized study // *Arch. Gynecol. Obstet.* — 2021. — Vol. 303. — №1. — P. 151–160.
5. Куценко И.И., Боровиков И.О., Кравцова Е.И. и др. Деквалиния хлорид в терапии вагинальных инфекций // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* — 2023. — Т. 22. — №3. — С. 63–78.
6. Wilson J.D., Goode D.S., Wrench E., Astill N.M. Dequalinium chloride vaginal tablets for recalcitrant *Trichomonas vaginalis*: A case report // *Int. J. STD AIDS.* — 2024. — May 14. — P. 564624241254884. [Online ahead of print] [PMID: 38742311]

Гинофлор Э

Действующие вещества: лактобактерии ацидофильные + эстриол.

 УУР В,  УДД 2. Лиофилизированные лактобактерии в комбинации с низкими дозами эстриола улучшают процесс восстановления нарушенной микробиоты влагалища после терапии инфекций, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей.

В рандомизированное клиническое исследование¹ были включены 360 женщин с БВ, КВВ или трихомонадной инфекцией. Через 2–7 сут после основной терапии всех участниц разделили на две группы: первой (n=240) назначили препарат «Гинофлор Э», содержащий 30 мкг эстриола и лиофилизат ацидофильных лактобактерий, а второй (n=120) — плацебо. В качестве основного показателя эффекта от лечения использовали индекс нормальной флоры (NFI; от англ. Normal Flora Index), включающий оценку количества палочек Додерлейна, патогенных микроорганизмов, лейкоцитов, а также pH влагалища. NFI был значимо выше в основной группе, чем в группе плацебо, как при первом контрольном визите (p=0,002), так и при втором (p=0,006). Во время восстановительной терапии не было зарегистрировано серьезных нежелательных явлений.

 УУР В,  УДД 2. «Гинофлор Э» улучшает показатели созревания эпителия влагалища и предотвращает рецидивы вагинальной атрофии.

В двойном слепом рандомизированном исследовании² приняли участие 87 женщин в постменопаузе с симптомами вагинальной атрофии и индексом созревания эпителия влагалища, равным 40% или менее. Участниц разделили на две группы: первой назначили «Гинофлор Э» по 1 вагинальной таблетке ежедневно в течение 12 дней с последующей поддерживающей терапией по 1 таблетке 2 дня подряд еженедельно в течение 12 нед, второй — плацебо. Результаты показали преимущество комбинации эстриола и лактобацилл (p<0,001) — индекс созревания вагинального эпителия у таких пациенток вырос в среднем на 35,2% по сравнению с 9,9% в группе плацебо. После начального курса терапии этот показатель в среднем достигал 55,4%, а во время поддерживающей терапии он оставался на сопоставимом уровне (49,4–52,8%). Также в группе комбинированного препарата наблюдали улучшение клинических симптомов и нормализацию биоценоза влагалища.

Литература

1. Ozkinay E., Terek M.C., Yayci M. et al. The effectiveness of live lactobacilli in combination with low dose oestriol (Gynoflor) to restore the vaginal flora after treatment of vaginal infections // BJOG. — 2005. — Vol. 112. — №2. — P. 234–240.
2. Jaisamram U., Tiratnanachat S., Chaikittisilpa S. et al. Ultra-low-dose estrinol and lactobacilli in the local treatment of postmenopausal vaginal atrophy // Climacteric. — 2013. — Vol. 16. — №3. — P. 347–355.



ДЛЯ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Флуомизин®



АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

- ✓ Декавалин хлорид с широким спектром антимикробной активности
- ✓ Разрешен к применению в период беременности и лактации

СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ

Бактериальный вагиноз, кандидозный вагинит, трихомонадный вагинит, санация влагалища перед гинекологическими операциями и родами:

1 ваг. таб. в сутки 6 дн.

Гинофлор® Э



ПРОБИОТИК + ЭСТРИОЛ

- ✓ 100 млн жизнеспособных лактобактерий для восстановления и поддержания нормальной микрофлоры влагалища
- ✓ 0,03 мг эстриола для защитного трофического действия на эпителий

СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ

Восстановление микрофлоры влагалища:
1–2 ваг. таб. в сутки 6–12 дн.

При атрофических вагинитах в постменопаузе:

1 ваг. таб. 6–12 дн., далее поддерживающая доза:
1 ваг. таб. 1–2 раза в нед.

ГРОПРИНОСИН®



ИММУНОСТИМУЛЯТОР С ПРОТИВОВИРУСНЫМ ДЕЙСТВИЕМ

- ✓ Инозин пранобекс стимулирует активность Т-лимфоцитов и естественных киллеров
- ✓ Уменьшает синтез вирусной РНК и трансляцию вирусных белков

СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ

Папилломавирусные инфекции:
2 таб. 3 раза в сут. 14–28 дн.

Кондиломы:
2 таб. 3 раза в сут. 14–28 дн., 3 курса

Дисплазия шейки матки:
2 таб. 3 раза в сут. 10 дн., 3 курса

Герпес:
2 таб. 3 раза в сут. 5–10 дн.
В бессимптомный период:
1 таб. 2 раза в сут. 30 дн.

1. Инструкция по применению препарата Флуомизин®.
2. Инструкция по применению препарата Гинофлор® Э.
3. Инструкция по применению препарата Гроприносин®.

Дазолик Леди

Действующее вещество: орнидазол.

 уур в,  удд 2. Орнидазол обладает высокой эффективностью при лечении женщин с БВ.

В открытое рандомизированное проспективное исследование¹ были включены 152 пациентки с БВ. Все женщины были разделены на восемь групп: (1) орнидазол перорально 2 раза по 500 мг/сут в течение 5 дней; (2) орнидазол вагинально 500 мг/сут в течение 5 дней; (3) орнидазол перорально и вагинально в течение 5 дней; (4) орнидазол перорально 2 г в однократной дозе; (5) орнидазол перорально 2 г в однократной дозе и орнидазол вагинально

500 мг/сут в течение 5 дней; (6) секнидазол перорально 2 г в однократной дозе и метронидазол вагинально 500 мг 2 раза/сут в течение 7 дней; (7) орнидазол перорально 500 мг 2 раза/сут в течение 5 дней и метронидазол вагинально 500 мг 2 раза/сут в течение 7 дней; (8) метронидазол вагинально 500 мг 2 раза/сут в течение 7 дней. Ни один из партнёров не получал никакого лечения. Результаты показали, что во всех группах выявлено 100% излечение.

Литература

1. Saraçoğlu F, Gül K, Sahin I et al. Treatment of bacterial vaginosis with oral or vaginal ornidazole, secnidazole and metronidazole // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 1998. — Vol. 62. — №1. — P. 59–61. [PMID: 9722127]

StatusPraesens
profmedia

**ВСЁ САМОЕ
ВКУСНОЕ**

И АКТУАЛЬНОЕ



Получайте

актуальную и полезную
информацию из мира
акушерства и гинекологии



Участвуйте

в регулярных викторинах
и разборах клинических задач



Делитесь

вашим профессиональным
мнением с коллегами



t.me/praesensaig





vk.com/praesens

**Присоединяйтесь
к нам в Telegram
и ВКонтакте!**

Действующее вещество: доксициклин.

 **УУР В,**  **УДД 2.** Доксициклин клинически эффективен в лечении цервицита хламидийной этиологии.

В рандомизированном исследовании¹ изучили эффективность лечения доксициклином в сравнении с амоксициллином у 64 пациенток со слизисто-гнойным цервицитом. При микробиологическом исследовании у 30 (47%) участниц выделили *Chlamydia trachomatis*, у пяти (8%) — *Neisseria gonorrhoeae*. Эффект от проводимой терапии оценивали по клиническим и микробиологическим критериям. Доксициклин и амоксициллин были одинаково эффективны при лечении хламидийного и нехламидийного цервицита. Однако через 3 мес после лечения в группе женщин, принимающих доксициклин, регистрировалось меньшее количество рецидивов по сравнению с группой амоксициллина (23 против 33%).

 **УУР В,**  **УДД 4.** Доксициклин обладает высокой антибактериальной активностью в отношении уреоплазм.

В исследовании 2009 года² приняли участие 22 женщины в возрасте от 19 до 30 лет, которые жаловались на вагинальные выделения с неприятным запахом, зуд в области вульвы и дизурию. При лабораторном исследовании количество уреоплазм варьировало в диапазоне от $1,6 \times 10^2$ до $6,9 \times 10^8$ ГЭ/мл. Всем пациенткам был назначен доксициклин. Уже на 5-й день приёма препарата большинство пациенток (20 из 22) отметили существенное улучшение самочувствия, при этом уреоплазмы были обнаружены только у восьми (36%), а клинические признаки урогенитальной инфекции (гиперемия цервикального канала, влагиалища и/или вульвы) выявлены у 13 (59%). К концу лечения (10-й день) было констатировано улучшение самочувствия и клинической картины у всех пациенток, а также ни у одной из них не были выявлены уреоплазмы. Кроме того, ни одна женщина не предъявляла жалоб на нарушения со стороны ЖКТ, не отмечала аллергических проявлений и явлений гиперчувствительности.

Литература

1. Paavonen J., Roberts P.L., Stevens C.E. et al. Randomized treatment of mucopurulent cervicitis with doxycycline or amoxicillin // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1989. — Vol. 161. — №1. — P. 128–135.
2. Савичева А.М., Чартишвили М.Р., Золотоверха Е.А., Шипицына Е.В. Эффективность доксициклина при лечении урогенитальных инфекций, ассоциированных с уреоплазмами // Гинекология. — 2009. — Т. 11. — №6. — С. 38–41.

Экспресс-маршрут

К ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ



Доксициклина моногидрат



АНТИБИОТИК С УЛУЧШЕННЫМИ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ

в форме диспергируемых таблеток*¹



Снижен риск побочных реакций со стороны ЖКТ*^{1,2}
(эзофагит, язва пищевода, диарея, диспепсические расстройства)



Предпочтительно принимать во время еды³



Эффективность АБ в форме диспергируемых таблеток сопоставима с эффективностью **внутримышечных инъекций****¹

ДРУГИЕ АНТИБИОТИКИ ЛИНЕЙКИ «ЭКСПРЕСС»:





Реклама. АО «Фармстандарт»

АБ – антибиотики. * По сравнению с другими пероральными формами. ** При нетяжелых формах заболевания.
1. Зырянов С.К., Байбулатова Е.А. «Использование новых лекарственных форм антибиотиков как путь повышения эффективности и безопасности антибактериальной терапии». 2. Белоусов Ю.Б., Данилов А.Н., Зырянов С.К., Рачина С.А. «Доксициклинассоциированный лекарственный эзофагит: современные фармакологические возможности решения клинической проблемы». 3. Инструкция по медицинскому применению Доксициклин Экспресс. Информация предназначена для специалистов здравоохранения.

Клиндацин Б пролонг



Действующие вещества: бутоконазол, клиндамицин.

 **УУР В,**  **УДД 2.** После терапии клиндамицином в качестве монотерапии и в сочетании с бутоконазолом у пациенток с БВ и КВВ отмечается высокий уровень излеченности, низкий риск рецидива патологических влагалищных выделений и увеличение количества лактобактерий.

В рандомизированном контролируемом исследовании, выполненном в 23 европейских клиниках и включившем 399 пациенток с БВ¹, сравнили результаты терапии клиндамицином интравагинально в дозе 100 мг/сут в течение 3 дней и метронидазолом 500 мг/сут в течение 7 дней. У 68,1% женщин группы клиндамицина и 66,7% — группы метронидазола удалось добиться выздоровления.



При исследовании² 30 больных в возрасте от 18 до 50 лет БВ в сочетании с КВВ всем пациенткам после подтверждения диагноза назначили антибактериальную терапию препаратом «Клиндацин Б пролонг» по 1 дозе интравагинально на ночь в течение 3 дней. После завершения приема препарата клиническое и лабораторное улучшение было достигнуто у 28 участниц (93,3%). Кроме того, у 23 (76,7%) из 30 пациенток количество лактобактерий во влагалище стало соответствовать физиологической норме, а у семи больных — оставалось в пределах 10^2 – 10^3 КОЕ/мл.

В похожее исследование 2018 года³ также были включены пациентки (n=53; средний возраст 31,5±9,4 года) с КВВ в сочетании с БВ. Всем женщинам назначили противомикробную терапию препаратом «Клиндацин Б пролонг» по 1 дозе интравагинально на ночь в течение 3 дней. После завершения курса был достигнут 100% эффект излеченности. В течение полугода после окончания терапии рецидивы выявили в 10,2% случаев.

 **УУР В,**  **УДД 4.** Клиндамицин эффективен при лечении женщин с вагинитами, вызванными аэробами, в том числе и *Streptococcus spp.*

В ретроспективный обзор⁵ включили данные 51 пациентки с клиническими проявлениями тяжёлого течения АВ. Интравагинальное введение суппозиториев с клиндамицином 2% привело к клиническому улучшению более чем у 95% пациенток, и, хотя

рецидив произошёл у 30%, общее антимикробное излечение было достигнуто у всех женщин.

 **УУР В,**  **УДД 4.** У женщин с БВ, ассоциированным с бессимптомной формой папилломавирусной инфекции, использование крема «Клиндацин Б пролонг» обеспечивает стойкую ремиссию со снижением вирусной нагрузки.

В клиническое исследование 2021 года⁶ включили 60 женщин (средний возраст — 32±5 лет) с БВ и бессимптомной папилломавирусной инфекцией уrogenитального тракта, при этом частота рецидивов БВ составляла 4–6 раз в год. Всем пациенткам назначено лечение по схеме: крем вагинальный «Клиндацин Б пролонг» 1 раз/сут в разовой дозе 6 дней, далее — 1 раз/нед в разовой дозе в течение 6 нед.

Использование препарата в течение 3 мес купировало клинические проявления и дисбиоз влагалища. Через 6 мес после начала лечения у 44 пациенток (73,3%) констатирована элиминация ВПЧ из уrogenитального тракта, в остальных случаях — уменьшение вирусной нагрузки.

 **УУР С,**  **УДД 5.** Микроорганизмы, ассоциированные с БВ, чувствительны к клиндамицину.

В исследованиях 2006 и 2017 годов^{6,7} *in vitro* изучалась чувствительность вагинальных изолятов условных патогенов, ассоциированных с БВ, к различным противомикробным препаратам. Клиндамицин, компонент препарата «Клиндацин Б пролонг», обладал большей активностью в отношении *A. vaginae* (ассоциированного с рецидивирующим БВ), *G. vaginalis* и *Mobiluncus spp.* по сравнению с нитроимидазолами.

Литература

1. Paavonen J., Mangioni C., Martin M.A., Wajszczyk C.P. Vaginal clindamycin and oral metronidazole for bacterial vaginosis: a randomized trial // *Obstet. Gynecol.* — 2000. — Vol. 96. — №2. — P. 256–260. [PMID: 10908773]
2. Захарова Т.В., Волков В.И. Опыт лечения бактериального вагиноза, ассоциированного с кандидозным вульвовагинитом // *Акушерство и гинекология.* — 2016. — №11. — С. 131–135.
3. Сергеева Г.С., Тазина Т.В., Жуков М.В. Возможности вагинального крема, содержащего клиндамицин и бутоконазол, в уменьшении риска рецидива уrogenитального кандидоза у коморбидных пациенток с бактериальным вагинозом // *Гинекология.* — 2018. — Т. 20. — №1. — С. 68–70.
4. Sobel J.D. Desquamative inflammatory vaginitis: a new subgroup of purulent vaginitis responsive to topical 2% clindamycin therapy // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1994. — Vol. 171. — №5. — P. 1215–1220. [PMID: 7977522]
5. Шперлинг Н.В., Шперлинг И.А. Лечение бактериального вагиноза, ассоциированного с бессимптомной формой папилломавирусной инфекции // *Medline.Ru.* — 2021. — Т. 22. — №48. — С. 677–688.
6. De Backer E., Verhelst R., Verstraelen H. et al. Antibiotic susceptibility of Atopobium vaginae // *BMC Infect Dis.* — 2006. — Vol. 16. — №6. — P. 51. [PMID: 16542416]
7. Petrina M.A.B., Cosentino L.A., Rabe L.K., Hillier S.L. Susceptibility of bacterial vaginosis (BV)-associated bacteria to secnidazole compared to metronidazole, tinidazole and clindamycin // *Anaerobe.* — 2017. — Vol. 47. — P. 115–119. [PMID: 28522362]

Клиндацин Б пролонг

Бутоконазол + клиндамицин

Уникальное* сочетание клиндамицина и бутоконазола для эмпирической терапии бактериального вагиноза, а также грибковых и смешанных вагинитов курсом 3 дня

Поддержка интимного здоровья!



УДОБНО

1 раз в день

**КОРОТКИЙ
КУРС**

курс терапии – 3 дня

УНИКАЛЬНО

*запатентованная
основа**

**ШИРОКИЙ
СПЕКТР**

*антибактериального
и противогрибкового
действия*


Информация для медицинских и фармацевтических работников

*По данным сайта <http://grts.rosminzdrav.ru> на 08.05.2024 и патент RU 2479305 C2
Инструкция по медицинскому применению препарата Клиндацин Б пролонг
РУ ЛП-001855 от 23.03.2023
РИМ- 2024-0431

 **Акрихин**


Реклама

Действующее вещество: фентиконазол.

 **УУР В, Q УДД 2.** «Ломексин» обладает высокой эффективностью, переносимостью и безопасностью при лечении неосложнённого КВВ.

В рандомизированном клиническом исследовании женщин репродуктивного возраста с КВВ (n=66)¹ были изучены режимы назначения в дозах 1200 мг (дважды по 600 мг с интервалом в 3 дня) и 600 мг однократно. Микробиологическая эффективность «Ломексина» в исследуемых группах 1200 и 600 мг составила 91,9 и 60,6% соответственно, тогда как клиническая при оценке пациенткой — 97 и 84,8%, а при оценке врачом — 93,9 и 87,9% соответственно.


В исследовании 2023 года² включено 125 женщин в возрасте от 19 до 45 лет с клиническим диагнозом неосложнённого КВВ, подтверждённым клинико-лабораторными методами обследования. Всем участницам назначили препарат фентиконазола («Ломексин») в виде вагинальных капсул (600 мг). Через 14 дней дрожжеподобные грибы рода *Candida* не выявлялись у 117 из 125 пациенток (93,6%), а через 3 мес — у 113 из 121 (93,4%). Помимо этого, после 2 нед терапии лишь у четырёх женщин (3,2%) отмечалось наличие выделений, а у трёх (2,4%) — зуд. Ни одна из пациенток не предъявляла жалобы на жжение или боли.

 **УУР В, Q УДД 3.** Местная терапия фентиконазолом эффективна в купировании рецидивов КВВ и их профилактике.

В проспективное наблюдательное исследование 2024 года³ включили 206 пациенток с рецидивирующим КВВ. Всех женщин разделили на две группы. Основной группе (n=96) назначили местное лечение: фентиконазол 600 мг дважды с интервалом 72 ч, далее 600 мг 1 раз в 10 дней курсом 3 мес (1-я подгруппа, n=36); фентиконазол 600 мг 2 раза с интервалом 72 ч 1 раз/мес в течение 3 мес (2-я подгруппа, n=30); фентиконазол 600 мг 1 раз в 10 дней + 2 курса терапии плазмой, обогащенной тромбо-

цитами (3-я подгруппа, n=30). В группе сравнения (n=110) терапию проводили флуконазолом 150 мг перорально в 1, 4 и 7-й день, далее по 150 мг 1 раз в неделю курсом 3 мес.

После лечения у всех пациенток не было выявлено значимых различий в частоте купирования обострений КВВ (p=0,66), но в течение 3 мес дальнейшего наблюдения частота рецидивов была значимо выше в группе флуконазола (p=0,043). Эффективность терапии в ней составила 94,55%, в течение последующих 3 мес отсутствие рецидивов отмечено у 76,36% пациенток. В группе фентиконазола эффективность терапии составила 92,71%, и у 87,5% пациенток в последующем не было рецидивов.

 **УУР С, Q УДД 4.** Фентиконазол в двух формах (вагинальные капсулы + крем) эффективен и безопасен при лечении рецидивирующего КВВ в период перименопаузы.

В исследовании 2023 года⁴ приняли участие 45 пациенток в периоде перименопаузы с верифицированным рецидивирующим КВВ. Они получали препарат фентиконазола («Ломексин») как комбинацию вагинальных капсул (1000 мг) и крема. Результаты подтвердили быстрое купирование симптомов у большинства женщин (43 из 45). Терапия пациентками переносилась хорошо, без побочных эффектов, с выраженным клиническим эффектом в течение 1-го дня. Также было отмечено значительное снижение интенсивности всех симптомов (зуда, жжения, гиперемии, отёка и инфильтрации кожи и слизистых оболочек) на 2–3-й день лечения. Терапевтическая эффективность через 1 и 3 мес после лечения составила 88,9%.

Литература

1. Раздвинский В.Е., Артымух Н.В., Берлев И.В. и др. Рандомизированное многоцентровое исследование эффективности применения 600 и 1200 мг препарата «Ломексин» в лечении кандидозного вульвовагинита у женщин репродуктивного возраста // *Акушерство и гинекология*. — 2013. — №2. — С. 113–118.
2. Байрамова Г.Р., Савичева А.М., Тапильская Н.И. и др. Эффективность и безопасность применения препарата фентиконазола в терапии неосложнённого вульвовагинального кандидоза // *Акушерство и гинекология*. — 2023. — №5. — С. 124–131.
3. Доброхотова Ю.Э., Боровикова Е.И., Бурденко М.В. Оценка эффективности пролонгированного применения фентиконазола у пациенток с хроническим рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом // *Акушерство и гинекология*. — 2024. — №1. — С. 130–139.
4. Зароченцева Н.В., Дзиджигия Л.К. Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз у женщин в перименопаузе // *Вопросы практической кольпоскопии. Генитальные инфекции*. — 2023. — №1. — С. 38–45.

ТЕРЖИНАН

Признанный шедевр
в терапии вагинитов!

- ▶ Максимальный спектр действия на основных возбудителей вагинитов¹
- ▶ Минимальное количество рецидивов после терапии²
- ▶ Возможно применение во время беременности и в период лактации¹
- ▶ Самый популярный среди врачей и пациенток^{3,4}
- ▶ Более 42 миллионов женщин за более 30 лет применения⁵



Краткая общая характеристика лекарственного препарата Тержинан

Качественный и количественный состав Действующие вещества: неомицин + нистин + прогидролон + триклозан. **Каждая вагинальная капсула содержит:** 15 000 ЕД неомицина (в виде немицина сульфата), 100 000 ЕД нистина, 30 мг прогидролона (в виде прогидролона натрия метилсульфоната), 200 мг триклозана. **Показания к применению:** Леченные вагиниты, вызванные чувствительными к препарату микроорганизмами, в т.ч. бактериальным вагинитом, трихомонадным вагинитом, вагинитом, вызванным грибами рода *Candida*, смешанным вагинитом. Профилактика урогенитальных инфекций/вагинитов, в том числе: перед гинекологическими операциями, перед родами и абортom; до и после установления внутриматочных средств; до и после диатермокоагуляции шейки матки; перед гистеростероидной Протопоказание: Гиперчувствительность к термазолу, неомицину, нистатину, прогидролону или к любому из вспомогательных веществ. **Специальные указания и меры предосторожности при применении:** В случае лечения вагинитов, трихомонады рекомендуют одновременное лечение половых партнеров. Не следует прерывать лечение во время менструации. **Фертильность, беременность и лактация:** **Беременность:** Возможно применение препарата в I триместре беременности. Применение препарата в первом триместре беременности возможно только в тех случаях, когда потенциальная польза для матери превышает риск для плода. **Лактация:** Применение препарата в период лактации возможно только в тех случаях, когда потенциальная польза для матери превышает риск для младенца. **Нежелательные реакции:** **Реже:** нежелательные реакции. Чувство жжения, зуд и раздражение во влагалище (особенно в начале лечения). В отдельных случаях возможна аллергическая реакция. **Держать регистрационное удостоверение:** Франция, Либратерри Бувар-Рекордат, 70 avenue de Жюльерс д'Аль, Лимбей, «Ле Витонс», 92800 Плато Текс, Фр. 00 33 1 45 19 10 00, факс: 00 33 1 47 31 44 08, e-mail: LSR-MF@lsmefr.com/ru. **Номер регистрационного удостоверения:** ЛП-АН010204Р-001. **Дата первой регистрации (подтверждения регистрации, перерегистрации):** Дата первой регистрации: 13.09.2002.



ЛОМЕКСИН

антимикотик
продолжительного действия¹

- ▶ Активный против всех видов кандиды и ассоциированных бактерий²
- ▶ Отсутствие резистентности^{3,4}
- ▶ Длительная антирецидивная защита^{5,6}



Ломексин способен справиться
с молочницей* с помощью
1 вагинальной капсулы²



РУ ЛС-002508 от 29.12.2011
(крем для вагинального и наружного применения)
РУ ЛСР-008990/10 от 31.08.2010 (капсулы вагинальные)

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Ломексин

Состав на 1 капсулу: фентиконазол нитрат 600 мг или 1000 мг. **Состав на 100 г крема:** фентиконазол нитрат 2,00 г. **Показания к применению:** Ломексин капсулы: вульвовагинальный кандидоз, вагинальный трихомонад, Ломексин крем: грибковые заболевания кожи, вызванные дерматофитами (*Trichophyton spp.*, *Microsporum spp.*, *Epidermophyton spp.*), дрожжевыми грибами (*Candida spp.*), а также *Pityrosporum* отряда и *P. ovale*; дерматиты лица, дерматиты туловища, паховая дерматиты, дерматиты кистей, дерматиты стоп; кандидоз кожи (интертригинозный кандидоз, кандидоз кожных складок, мажарельный кандидоз стоп и кистей), кандидоз кожи головы (волосит, вульвит), отрубевидный лишай (вагинальный трихомонад отряда) *P. ovale*; вульвовагинальный кандидоз, вагинальный трихомонад. **Противопоказания:** Ломексин капсулы и крем: повышенная чувствительность к фентиконазолу и другим компонентам препарата, Беременность, период грудного вскармливания, детский возраст до 18 лет. Препарат нельзя применять во время менструации (при интравагинальном применении). Ломексин капсулы: аллергические реакции на препарат, сепс. **Применение при беременности и в период грудного вскармливания:** противопоказано. **Условия отпуска:** Ломексин капсулы: капсулы вагинальные 600 мг – отпускают без рецепта. Капсулы вагинальные 1000 мг – отпускают по рецепту. Ломексин крем: отпускают без рецепта. **Производители:** Ломексин капсулы: Каталий Итали С.П.А., Виа Непулессе км 20 10011, Италия (Панал, Италия). Ломексин крем: Рекордат химическая и фармацевтическая индустрия С.П.А., Виа Маттео Чивитали 1, 20148 Милан, Италия. **Зарегистрировано:** МЗ РФ, РУ ЛСР-008990/10 от 31.08.2010 (капсулы); РУ ЛС-002508 от 29.12.2011 (крем).

Более подробные сведения о препарате, показаниях, противопоказаниях, побочных действиях и др. содержится в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Ломексин РУ ЛСР-008990/10 от 31.08.2010 (капсулы вагинальные); РУ ЛС-002508 от 29.12.2011 (крем для вагинального и наружного применения).

www.lomexin.ru



РЕКЛАМА

1. Общая характеристика лекарственного препарата Тержинан от 13.09.2002, <http://eec.eaeunion.org>; 2. Притолова В.Н., Мельникова Е.А. Лечение вульвовагинитов и вагинитов: клинико-лабораторная эффективность, Гинекология, 2013, № 4-5; 3. Самый популярный препарат для лечения вагинитов, согласно исследованию Procter & Gamble, Москва; 4. Лекарства для лечения вагинитов и др. согласно данным ЮНВ, 02.03.04; 5. Препараты сбалансированной сметы по безопасности лекарственного препарата Тержинан 2 июня 2002

1. Peñal R et al. Journal of Chemotherapy 1999, 11(3):242; 2. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Ломексин РУ ЛСР-008990/10 от 31.08.2010 (капсулы вагинальные); РУ ЛС-002508 от 29.12.2011 (крем для вагинального и наружного применения); 3. Антонорова С. и др. Антибиотики Спешной Службы, 2009, № 5(253):218-4; 4. Saragatelli M et al. Antimicrob. Agents Chemother. 1997, 41(10):2033-7; 5. Заринский И.В., Дюжанин Л.С. Вопросы практической гинекологии. Генитальные инфекции, 2003, (1), 38-45; 6. Добрынина Ю.С., Бороздина Е.И., Вудченко М.В. Инфекция и иммунитет, 2024, №1, стр.158-167; 7. ЧИМА 01.2021 – 7 ЧИМА 01.2021 – 12.2021; * Молочница – вульвовагинальный кандидоз

Перед назначением ознакомьтесь с полным текстом общей характеристики лекарственного препарата Тержинан от 13.09.2002, <http://eec.eaeunion.org/> и инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата Ломексин РУ ЛСР-008990/10 от 31.08.2010 (капсулы вагинальные); РУ ЛС-002508 от 29.12.2011 (крем для вагинального и наружного применения).

Материал предназначен для специалистов здравоохранения.


Организация, принимающая претензии «ООО Русфик»:

123610, Россия, г. Москва, Краснопресненская наб., д. 12, под. 7, эт. 6, пом. IАЖ
Телефон: +7 (495) 225-80-01; факс: +7 (495) 258-20-07, e-mail: info@rusfic.com, www.rusfic.ru




Макмирор комплекс

Действующие вещества: нифурател, нистатин.


 **УУР В, Q УДД 2.** Комплекс «нифурател + нистатин» обладает высокой эффективностью в отношении смешанных вагинальных инфекций, в том числе у беременных, а также низким риском нежелательных явлений.

В двойном слепом рандомизированном исследовании с параллельными группами приняли участие 153 беременные со смешанными вагинитами¹. Пациенток разделили на две группы: участницы первой получали в течение 6 сут нифурател (500 мг) и нистатин (200 000 МЕ), второй — метронидазол (500 мг) и нистатин (100 000 МЕ). Через неделю после начала терапии в первой группе разрешение клинических симптомов и признаков наблюдалось у 84,61% участниц, во второй — у 81,33%. По данным микробиологического исследования через 1 мес эрадикация возбудителей имела место у 91,02% женщин первой группы, у 86,66% — второй. Частота клинических рецидивов через 1 мес наблюдения составила 1,28% у беременных, принимавших нифурател и нистатин, 5,33% — у принимавших метронидазол и нистатин. Во второй группе были выявлены нежелательные явления, которые были расценены как «лёгкие» и не потребовали дополнительного вмешательства для купирования, в первой группе за период исследования побочных реакций не было обнаружено.

 **УУР В, Q УДД 2.** Комплекс «нифурател + нистатин» обладает высокой эффективностью в отношении бактериального вагиноза, а также низким риском нежелательных явлений.

В рандомизированном контролируемом исследовании приняли участие 147 пациенток репродуктивного возраста с бактериальным вагинозом, диагностированным согласно критериям Амселя и Ньюджента². Пациенток разделили на две группы: участницы первой получали комбинацию нифуратела (500 мг) и нистатина (100 000 МЕ), второй — клиндамицина (100 мг) и клотримазола (200 мг); в обоих случаях использовали вагинальные капсулы в течение 6 и 3 сут соответственно. Через неделю после начала терапии в первой группе частота клинического излечения составила 93,15%, во второй — 97,29%. По данным микробиологического

исследования через 1 мес наблюдения эрадикация возбудителей имела место у 87,67% женщин первой группы, у 93,24% — второй. Статистически значимых различий между группами в отношении данных клинической и микробиологической эффективности, а также частоты нежелательных явлений на фоне терапии получено не было; выраженность последних была расценена как «лёгкая».

 **УУР В, Q УДД 1.** Нифурател при лечении заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей у женщин, как в режиме монотерапии, так и в комбинации с нистатином имеет преимущества в отношении клинической и микробиологической эффективности и создаёт благоприятные условия для восстановления нормальной микрофлоры влагалища.

В систематический обзор были включены контролируемые клинические исследования за период 1972–2023 годов, которые оценивали эффективность и безопасность применения нифуратела перорально и/или вагинально у женщин в возрасте старше 18 лет при бактериальном вагинозе, аэробном вагините, кандидозном вульвовагините, вагините смешанной этиологии и трихомоноидозе³. После поиска, исключения дубликатов и отбора публикаций по критериям включения в качественный анализ вошло 14 исследований (пять рандомизированных и девять нерандомизированных), включавших 3337 пациенток, в том числе 544 беременных. В метаанализ включены девять клинических исследований. Результаты показали, что применение нифуратела как в режиме монотерапии, так и в комбинации с нистатином обладает клинической и микробиологической эффективностью при лечении заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей у женщин, а также характеризуется низкой частотой рецидивов. В частности, согласно полученным данным, определилась статистически значимая разница при оценке клинической и микробиологической эффективности лечения в пользу нифуратела в сравнении с применением других препаратов (ОШ 1,03; 95% ДИ 1–1,07; $p=0,03$ и ОШ 1,15; 95% ДИ 1,04–1,27; $p=0,005$ соответственно). Также выявлена статистически значимая разница при оценке частоты рецидивов после курса терапии в пользу нифуратела в сравнении с дру-



гими препаратами (ОШ 0,36; 95% ДИ 0,19–0,68; $p=0,001$). Ни в одном из включённых исследований не сообщалось о серьёзных побочных эффектах после лечения этими препаратами.

Литература

1. De La Hoz F.J.E. Efficacy and safety of nifuratel-nystatin in the treatment of mixed vaginitis, in pregnant women from Quindio, 2013–2017. Randomized Clinical Trial. // *Pregn. Womens Health Care Int. J.* — 2022. — Vol. 2. — №1. — P. 1–7.
2. De La Hoz F.J.E. Efficacy and safety of the combination nifuratel-nystatin and clindamycin-clotrimazole, in the treatment of bacterial vaginosis. Randomized controlled clinical trial // *Int. J. Reprod. Med. Sex. Health.* — 2021. — Vol. 3. — P. 1–10.
3. Аполкина И.А., Рахматулина М.Р., Прилугович Т.В. и др. Систематический обзор эффективности и безопасности применения нифуратела у женщин с заболеваниями, сопровождающимися патологическими выделениями из половых путей // *Акушерство и гинекология.* — 2023. — №11. — С. 48–58.

Полижинакс



Действующие вещества: неомицин, полимиксин В, нистатин.

 УУР В,  УДД 2. Комбинированный препарат «Полижинакс» показал высокую эффективность и безопасность в лечении вагинитов различной этиологии.

В международном многоцентровом рандомизированном исследовании PRISM¹, выполненном в четырёх европейских странах в 2019 году, эффективность лечения препаратом «Полижинакс» составила 85,4% у пациенток с бактериальным вагинитом, 94,4% — с КВВ, 87,7% — со смешанным вагинитом.

В российское исследование 2016 года² были включены 36 женщин репродуктивного возраста с аэробным и смешанным вульвовагинитом. Всем пациенткам назначили «Полижинакс» по 1 капсуле интравагинально перед сном в течение 12 дней. После лечения произошла полная элиминация аэробной и грибковой микрофлоры. Кроме того, стоит отметить, что до лечения у 83,3% пациенток pH влагалища составлял 5–6,5, у 16,7% — 4–4,5, в то время как после терапии уже у 97,2% пациенток pH составил 4–4,5. Исследователи заключили, что препарат не только подавляет патогенную флору, но

и снижает уровень pH, что косвенно свидетельствует о восстановлении лактофлоры.

 УУР С,  УДД 5. Большинство микроорганизмов, ассоциированных с вагинитами, чувствительны к компонентам препарата «Полижинакс».

В 2012 году в исследовании *in vitro* была выполнена оценка³ действия препарата «Полижинакс» на суточные культуры 163 штаммов микроорганизмов, выделенных из влагалища женщин репродуктивного возраста. Было установлено, что дрожжеподобные грибы рода *Candida*, грамотрицательные (*Escherichia coli*, *Citrobacter spp.*, *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus spp.*) и грамположительные (*Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus spp.*, *Enterococcus spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus saprophyticus*) бактерии высокочувствительны к действующим веществам, входящим в состав препарата «Полижинакс». Кроме того, было отмечено, что лактобациллы резистентны к препарату.

Литература

1. Bohbot J.M., Goubard A., Aubin F. et al. Comparison of a nystatin-neomycin-polymyxin B combination with miconazole for the empirical treatment of infectious vaginitis: PRISM study // *Med. Mal. Infect.* — 2019. — Vol. 49. — №3. — P. 194–201. [PMID: 30792037]
2. Радзвинский В.Е., Ординец И.М., Побединская О.С., Зыков Е.В. Опыт применения препарата Полижинакс в лечении вульвовагинитов, вызванных аэробной и смешанной микрофлорой // *Российский вестник акушера-гинеколога.* — 2016. — Т. 16. — №1. — С. 84–88.
3. Савичева А.М., Рыбина Е.В. Оценка действия полижинакса на микроорганизмы, выделенные из влагалища женщин, в опыте *in vitro* // *Российский вестник акушера-гинеколога.* — 2012. — Т. 12. — №4. — С. 104–107.



StatusPraesens самый читаемый* ЖУРНАЛ

критическое мышление —
НАШЕ ВСЁ



ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ

«StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак»

- ✓ На сайте praesens.ru.
- ✓ На мероприятиях StatusPraesens.
- ✓ В почтовых отделениях.
По каталогу «Почта России» — индекс ПН347
- ✓ В редакции.
Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3

Стоимость годовой подписки (шесть номеров):

- печатная + электронная версии — **1800 руб.** (с доставкой по РФ)
- электронная версия — **900 руб.**



! Выпуски журналов можно приобрести на **OZON**

+7 (901) 723 2273 • praesens.ru

* Журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» занимает первое место по читаемости (60,6%) среди профильных изданий, по оценке гинекологов амбулаторного звена, по результатам исследования Medi-Q™ «Мнение практикующих врачей», проведённого ООО «Ипсос Комкон» осенью 2020 года в 21 крупнейшем городе России.



StatusPraesens
profmedia

Действующие вещества: неомицин, нистатин, преднизолон, тернидазол.

 **УУР В,**  **УДД 2.** Эффективность препарата «Тержинан» сопоставимо высока как при лечении пациенток с верифицированным диагнозом вагинита, так и в качестве эмпирической терапии.



В рандомизированном исследовании¹ 2022 года приняли участие 233 женщины в возрасте от 18 до 45 лет с клиническими симптомами вульвовагинальных инфекций. Всех участниц разделили на две группы и назначали комбинацию «тернидазол + неомицин + нистатин + преднизолон». В первую группу вошли пациентки (n=200) с верифицированным диагнозом (КВВ, БВ, трихомонадный и смешанный вагинит) после получения результатов микробиологического исследования, а во вторую (n=33) — до лабораторного подтверждения диагноза. В обеих группах обнаружено статистически значимое улучшение клинических симптомов (p=0,001) и низкий уровень рецидивов, причём скорость наступления эффекта была выше в группе эмпирической терапии. Кроме этого через 10–14 дней после лечения эффективность в основной группе составила 96,5%, а в контрольной — 97% (p=0,99).

В многоцентровое исследование² «ТЕРРА» 2020 года включено 430 пациенток репродуктивного возраста (18–44 года) с диагнозом «острый вульвовагинит». Всем участницам назначили курс лечения комплексным препаратом «Тержинан» сроком 10 дней. Результаты показали высокую клиническую (96,5%) и микробиологическую (97,3%) эффективность эмпирической терапии. Все пациентки отметили полное исчезновение неприятного запаха, уменьшение объёма вагинальных выделений, гиперемии, зуда и жжения во влагалище. При лабораторном исследовании было обнаружено двукратное увеличение частоты выявления *Lactobacillus* spp. со степенью обсеменённости 10^6 – 10^7 КОЕ/мл, подавление концентраций облигатно-анаэробных бактерий в 5 раз, факультативно-анаэробных бактерий в 3 раза, грибов *Candida* spp. в 2 раза.

 **УУР В,**  **УДД 3.** Комбинированный препарат «Тержинан» эффективен и безопасен при лечении рецидивирующих вульвовагинитов и вагинозов.

В исследовании³ 2020 года оценивалась эффективность терапии препаратом «Тержинан» через 2 нед, 3 и 6 мес после окончания лечения пациенток с ре-

цидивирующими вульвовагинитами и вагинозами. В качестве испытуемых отобрали 175 женщин в возрасте от 21 до 47 лет с жалобами на выделения из половых путей, зуд, жжение и дискомфорт во влагалище и в области наружных половых органов. Всем участницам назначали препарат «Тержинан» интравагинально на ночь курсом 10 дней. Общее улучшение состояния и купирование симптомов у большинства пациенток (65,5%) отмечалось уже на 3–5-й день лечения. Через 2 нед после терапии в 94,3% случаев отметили высокую клиническую и микробиологическую эффективность лечения: уменьшение субъективных ощущений, исчезновение зуда, жжения и вагинальных выделений, увеличение роста лактобактерий и уменьшение числа *Gardnerella vaginalis*, *Enterobacterium* spp., *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis*, *Mobiluncus* spp., *C. albicans*. Через 3 и 6 мес рецидивы выявлены только у 8,4% пациенток.

 **УУР В,**  **УДД 3.** Лечение беременных с БВ «Тержинаном» позволяет добиться стойкой нормализации микробиоценоза влагалища.

В сравнительном исследовании 2020 года⁴ (n=70) оценивали эффективность лечения беременных в I триместре с верифицированным диагнозом БВ. Участниц разделили на две группы. Основной группе назначили «Тержинан» курсом 10 дней, контрольной — хлоргексидин на тот же срок. У пациенток первой группы наилучшие показатели микробиоценоза отмечены на 30-й день после окончания лечения, в сроке 34–36 нед также сохранялся нормоценоз. У беременных второй группы количество аэробных и анаэробных условно-патогенных микроорганизмов превышало аналогичные в основной группе (p=0,05). При этом у женщин основной группы титр лактобактерий вырос в значительной степени по сравнению с контрольной группой. Течение I и II триместров не имело различий между группами. Однако у пациенток контрольной группы в III триместре чаще развивалась угроза преждевременных родов и инфекции мочевыводящих путей.

Литература

1. Mian D.B., Loue V.A.S., Angoi A.V. et al. Efficacy of termidazole-neomycin sulfate-nystatin and prednisolone association in syndromic management of vaginitis in low and middle incomes countries // Int. J. Reprod. Contracept. Obstet. Gynecol. — 2022. — Vol. 11. — №3. — P. 670–675.
2. Радзинский В.Е., Ануфриева В.Г., Белинина А.А. и др. Эмпирическая терапия вульвовагинитов у женщин репродуктивного возраста в рутинной клинической практике // Акушерство и гинекология. — 2020. — №2. — С. 160–168.
3. Приветская В.Н., Уруймагова А.Т., Иванова А.А. Клинические и лабораторные особенности рецидивирующих вульвовагинитов и вагинозов. Возможности эффективной терапии // Гинекология. — 2020. — Т. 22. — №5. — С. 76–80.
4. Доброхотова Ю.Э., Боровикова Е.И., Хертек С.Е., Королева В.И. Бактериальный вагиноз в первом триместре беременности: микробиологические и иммунологические показатели в оценке эффективности терапии // Акушерство и гинекология. — 2020. — №6. — С. 98–104.



Общероссийский семинар
«Репродуктивный
потенциал России:
**ВЕРСИИ
И КОНТРАВЕРСИИ»**

ОЧНО





Встречаемся в Сочи!

Ежегодно
в СЕНТЯБРЕ
СОЧИ

praesens.ru



Действующие вещества: неомицин, орнидазол, преднизолон, эконазол*.

 **УУР В,**  **УДД 2.** Препарат «Эльжина» эффективен в лечении БВ, вульвовагинитов (в том числе КВВ) и сочетанных инфекционных заболеваний, а также обладает хорошей переносимостью и безопасностью.

В клиническом исследовании (2022) приняли участие 120 женщин от 18 до 45 лет с патологическими выделениями из половых путей при БВ¹. Всех участниц разделили на четыре группы в зависимости от метода лечения. Первая группа получала гель с метронидазолом, вторая — крем с клиндамицином, третья — вагинальные таблетки, содержащие хлоргексидина биглюконат, а четвертая — комбинированный препарат «Эльжина». Всем женщинам также назначили препараты, содержащие лактобактерии.

Схема лечения с использованием «Эльжины» была клинически высокоэффективной — её эффективность составила 80%. Этот препарат показал высокую эффективность и по результатам лабораторного исследования методом ПЦР в реальном времени — 96,67%.



В другой работе, включившей 127 пациенток репродуктивного возраста (18–40 лет), все участницы были разделены на две группы: 58 пациенток с верифицированным диагнозом «хронический неспецифический вульвовагинит» и 69 женщин с КВВ. Всем им назначили комбинированный препарат «Эльжина» в течение 6–9 сут².

Через 14 сут после окончания лечения патологические выделения из половых путей отсутствовали у 51 женщины (87,9%) первой группы и 59 (85,5%) — второй группы, а через 1 мес — у 54 (93,1%) и 62 (89,8%) соответственно.

В исследовании 62 пациенток с БВ, КВВ и их сочетанием комбинированный препарат «Эльжина» также показал высокую эффективность. Помимо этого

у него была отмечена низкая частота нежелательных явлений и высокая степень комплаентности³.

Подобные результаты были получены и в наблюдательном исследовании 2019 года с участием 49 пациенток (средний возраст — 31,8±7,4 года) с верифицированным БВ — использование «Эльжины» (курс лечения — 6 или 9 дней) обладает хорошей переносимостью и эффективностью (96%)⁴.

 **УУР С,**  **УДД 3.** Профилактическое использование препарата «Эльжина» перед внутриматочными манипуляциями позволяет снизить общую бактериальную обсеменённость влагалища и вероятность внутриматочного восходящего инфицирования.

Проспективное наблюдательное клиническое исследование включило 50 пациенток с нормоценозом влагалища и наличием показаний для гистероскопии. В первой группе (n=30) после курса профилактической терапии препаратом «Эльжина» не изменилась концентрация лактобацилл, но значительно снизилось содержание условно-патогенной микрофлоры (*Enterobacteriaceae* — в 5,7, *Gardnerella vaginalis* — в 1,5 и *Mobiluncus* — в 1,86 раза) (p<0,001)⁵. Внутриматочная микробиота у пациенток основной группы представлена только лактобациллами. У пациенток контрольной группы (n=20) в полости матки выявлены разнообразные бактерии: представители кишечной микрофлоры, стрептококки и стафилококки, вейлонеллы и уреоплазмы, мобилункус.

Литература

1. Пилецкая У.В., Маринкин И.О., Макаров К.Ю. и др. Сравнение эффективности распространённых схем лечения бактериального вагиноза // Journal of Siberian Medical Sciences. — 2022. — Т. 6. — №3. — С. 117–128.
2. Ткаченко Л.В., Углова Н.Д., Свиридова Н.И., Скадановская Т.В. Современный подход к лечению вульвовагинальных инфекций // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. — 2018. — Т. 6. — №4 — С. 52–58.
3. Дмитриук В.С., Денисов А.А., Лушников П.А. Современные возможности эффективного комбинированного лечения вульвовагинального кандидоза и бактериального вагиноза // Клиническая дерматология и венерология. — 2018. — Т. 17. — №4. — С. 65–71.
4. Селихова М.С., Смольянинов А.А. Новые возможности в лечении вагинальных инфекций // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. — 2019. — Т. 7 — №1. — С. 75–78.
5. Доброхотова Ю.Э., Боровкова Е.И., Зайдиева З.С. и др. Оценка целесообразности профилактической предоперационной санации влагалища для предотвращения контаминации полости матки вагинальной микрофлорой // Акушерство и гинекология. — 2022. — №8. — С. 132–142.
6. Kim T.K., Thomas S.M., Ho M. et al. Heterogeneity of vaginal microbial communities within individuals // J. Clin. Microbiol. — 2009. — Vol. 47. — №4. — P. 1181–1189. [PMID: 19158255]

* Введение влагалищной таблетки с помощью специального аппликатора позволяет доставить действующие вещества непосредственно в область заднего свода влагалища, где представители микробиоты наиболее вариабельны*.

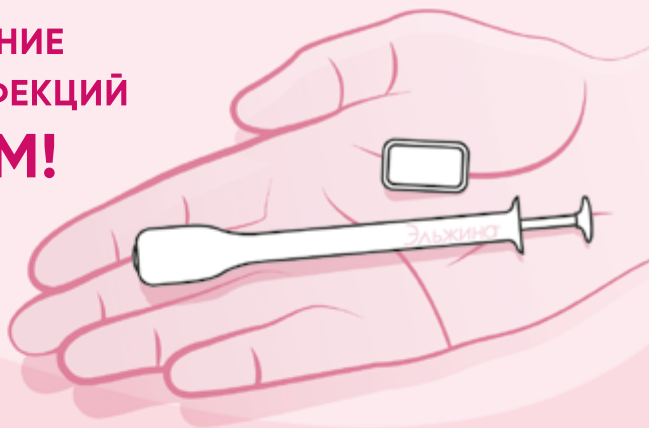
НОВАЯ

Эльжина®

С УНИКАЛЬНЫМ АППЛИКАТОРОМ



СДЕЛАЙТЕ ЛЕЧЕНИЕ
ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ
УДОБНЫМ!



2 формы выпуска:
таблетки вагинальные
с аппликатором



№6



№9

ВЕРТЕКС
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ



Лучший
инновационный
продукт¹⁾

1) Эльжина® удостоена III места в номинации «Лучший инновационный продукт в сфере медицины, биотехнологий и фармацевтики» конкурса на соискание премии Правительства Санкт-Петербурга в 2017 г.
Информация для специалистов здравоохранения.

Реклама

Действующее вещество: аминодигидрофталатиндион натрия.

УУР В, УДД 3. У пациенток с рецидивирующим КВВ «Галавит» повышает эффективность стандартной терапии.

В проспективное исследование 2017 года¹ включили 100 женщин с рецидивирующим КВВ. Пациентки основной группы (n=50) в отличие от группы сравнения (n=50) до противогрибковой терапии получали «Галавит» по 100 мг ректально. В основной группе по сравнению с группой сравнения после курса терапии критерии излеченности были достигнуты в 1,2 раза чаще, а кандидоносительство встречалось в 2 раза реже. Спустя 6 мес рецидивы возникали в 2,1 раза реже, а кандидоносительство — в 2,2 раза реже.

УУР В, УДД 3. Включение «Галавита» в комплексную терапию женщин с ВЗОМТ ускоряет купирование симптомов воспаления и снижает частоту осложнений.

В 2018 году в исследовании² приняли участие 140 женщин репродуктивного возраста с диагнозом ВЗОМТ. Всем пациенткам назначили терапию пероральными антибактериальными и интравагинальными противопрозоидными препаратами. Основная группа (n=70) дополнительно принимала «Галавит». Результаты исследования подтвердили, что курсовое назначение «Галавита» повышает эффективность комплексного лечения ВЗОМТ, уменьшает гнойные и слизистые выделения, снижает болезненность, диспареунию, зуд и жжение.

УУР В, УДД 3. Назначение «Галавита» улучшает результаты комплексной противомикробной терапии хронического урогенитального трихомониаза.

В сравнительном исследовании 2006 года³ изучали эффективность «Галавита» в комплексной терапии хронического урогенитального трихомониаза. Всех пациенток (n=60) разделили на две равные группы: первая получала «Галавит» в виде ректальных суппозиторий; вторая — препарат, содержащий тимуса экстракт. Оценка эффективности показала, что в основной группе через 2 нед после лечения возбудитель не был выделен ни в одном случае. Во время контрольных исследований в течение двух менстру-

альных циклов рецидивы заболевания были зафиксированы у 10 и 0% женщин соответственно. Во второй группе через 14 дней терапии микроорганизм был выделен у 6,7% пациенток, при втором и третьем контроле — в 16,6 и 10%, а рецидивы отмечены в 33,3%.

УУР В, УДД 3. Использование «Галавита» улучшает результаты комплексной противомикробной терапии хронической хламидийной инфекции.

В клиническом исследовании 2014 года⁴ оценивали эффективность «Галавита» в комплексной терапии хронической хламидийной инфекции. 237 пациенток разделили на две группы и назначили им комплексную терапию. Первая группа (n=169) дополнительно получала «Галавит» в/м. Результаты показали, что стабилизация иммунологических показателей способствовала клинической эффективности у 74,9% пациенток первой группы, чем подтвердили роль иммунологических нарушений при урогенитальной хламидийной инфекции и патогенетически обосновали назначение «Галавита».

УУР В, УДД 3. Применение «Галавита» в комплексном лечении хронической генитальной герпетической инфекции улучшает результаты противомикробной терапии и длительность ремиссии.

В клиническом исследовании 2021 года оценивали эффективность «Галавита» в комплексной терапии хронической генитальной герпесвирусной инфекции⁵. Включено 50 пациенток с обострением рецидивирующей формы генитального герпеса: группа I (n=25) получала противовирусную терапию и «Галавит» в/м, группа II (n=25) — только противовирусную терапию. В основной группе на фоне подъема уровней ИФН-α и ИФН-γ отмечено более быстрое достижение клинического эффекта, элиминация ВПГ-2 в мазках методом ПЦР в 96% (против 88% в группе контроля), а также увеличение длительности ремиссии в среднем до 55 дней (в группе контроля длительность ремиссии осталась без изменений — до 30 дней).

Литература

1. Нейфельд И.В., Рогожина И.Е., Скупова И.Н. Оптимизация комплексной терапии хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза в амбулаторной практике // РМЖ. — 2017. — №2. — С. 91–97.
2. Уракова Н.А., Ипатов Т.В. Иммунотерапия как способ повышения эффективности комплексного лечения воспалительных заболеваний органов малого таза // РМЖ. Мать и дитя. — 2018. — Т. 1. — №2. — С. 120–123.
3. Ермоленко Д.К., Ермоленко Е.И., Березина Л.А. и др. Иммунология и терапия Галавитом хронического урогенитального трихомониаза // Терапевт. вестн. — 2006. — №3. — С. 1–3.
4. Серов В.Н., Царегородцева М.В., Королева А.В. Роль иммунокорректирующего влияния Галавита в лечении больных с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза хламидийного генеза // Рос. вест. акушера-гинеколога. — 2011. — №3. — С. 17–20.
5. Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Тютюнник Н.В., Солдатова Е.Е. Современные аспекты комплексной терапии рецидивирующего генитального герпеса // Медицинский совет. — 2021. — №3. — С. 144–151.

ГАЛАВИТ®

Аминодигидрофталазиндион натрия

Необходимый компонент патогенетической терапии воспалительных заболеваний любой этиологии ¹

Суппозитории ректальные,
100 мг N 10



Избирательно регулирует функционально-метаболическую активность моноцитов/макрофагов для реализации трех основных функций: 2,3,4,5,6

ФАГОЦИТАРНАЯ

- Способствует более полной элиминации возбудителя
- Повышает эффективность этиотропной терапии

1

ПРОДУКЦИЯ ЦИТОКИНОВ И АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА

- Снижает интенсивность и длительность воспалительной реакции и итоксикации

2

РЕГЕНЕРАТИВНАЯ

- Способствует физиологическому восстановлению тканей без избыточного фиброза

3

Порошок 100 мг N 5,
для приготовления раствора
для в/м введения



ОБЛАДАЕТ АНТИОКСИДАНТНЫМ ЭФФЕКТОМ⁷

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ. НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Источники информации: 1. Мегрян А.Н., Довлетханова З.Р., Абакарова П.Р., Межевитинова Е.А., Назарова Н.М., Прилепская В.Н. Воспалительные заболевания органов малого таза в клинической практике: Диагностика, лечение, профилактика. Акушерство и Гинекология 2023 №6 (приложение). 2. Петров В. Н., Цыб А. Ф. // Междунар. мед. журн. – 2001. – № 5. – с. 417–420. 3. Гизингер О.А. Фармакологическая коррекция локальных иммунных нарушений у больных с кандидозно-микоплазменной инфекцией уrogenитального тракта. Врач. – 2014. – №11. – с. 60–63. 4. Нейфельд И.В., Рогожина И.Е., Скупова И.Н. Оптимизация комплексной терапии хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза в амбулаторной практике. РМЖ Акушерство и Гинекология. – 2017. – №2. – С. 91–97. 5. Шурашлина А.В., Дубницкая Л.В. Иммуномодулирующая терапия в программе реабилитации пациенток с хроническим эндометриозом. Российский вестник акушера-гинеколога. – 2006, №1. – С. 36–38. Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Капустина М.В. Лечение хронического эндометриоза у пациенток перед проведением экстракорпорального оплодотворения. Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – №5. – С. 80–82. 7. Инструкция по медицинскому применению препарата Галавит.

P N000088/02, P N000088/03

000 «Сэлвим» 123290, Россия, г. Москва, тупик Магистральный 1-й д. 5А, ком. 91
Телефон: 8 800 707 71 81, факс: +7 495 269 0343
E-mail: info@salvim.ru




ЭКСПЕРТЫ
СЕМЕЙНОГО
ЗДОРОВЬЯ


Реклама. 000 «Сэлвим» ИНН 7714868476 erid:LjN8Jy44w

Генферон


Действующие вещества: бензокаин + интерферон- α -2b + таурин.

 **УУР В, Q УДД 3.** Использование суппозиториев «Генферон» в комплексной терапии сочетанной герпетической и генитальной микоплазменной инфекции способствует нормализации клинических показателей, уменьшению частоты рецидивов, восстановлению нормоценоза влагалища.

В исследовании 2015 года¹ приняли участие 70 женщин с герпетической (ВПГ-2) и микоплазменной инфекциями нижнего отдела репродуктивного тракта. I группа (n=30) назначали джозамицин и ацикловир в комплексе с суппозиториями «Генферон» 500 000 МЕ 2 раза/сут интравагинально в течение 10 дней. II группа (n=40) получала стандартную терапию. В I группе купирование клинических симптомов отмечалось на 3-й день от начала лечения, а во II — на 6-й. ДНК ВПГ-2 не была выявлена у 97% больных из группы «Генферона» и у 94% контрольной группы. В I группе длительность клинической ремиссии выросла до 77 дней, во II — до 38 дней.


 **УУР В, Q УДД 3.** «Генферон» в составе комплексной терапии хронического рецидивирующего КВВ способствует значимому снижению частоты рецидивирования у пациенток с СД 2-го типа.

В исследовании 2024 года² приняли участие 100 женщин с хроническим рецидивирующим КВВ и СД 2-го типа. Пациенток разделили на две равные группы: в I группе использовали двухэтапную терапию флуконазолом + иммуномодулирующую терапию «Генфероном» + пробиотик; во II группе — только двухэтапную этиотропную терапию. Уже через 1 мес после окончания терапии во II группе рецидивы зарегистрированы у пяти пациенток, через 3 мес — у семи, через 6 мес — у девяти, в то время как в I группе — только через 6 мес у трёх женщин. Через 1 год наблюдения количество рецидивов во II группе было в 3 раза выше, чем в I группе.


 **УУР С, Q УДД 4.** Использование суппозиториев «Генферон» в составе комплексной терапии БВ способствует снижению частоты рецидивов.

В исследовании 2015 года (n=62)³ участниц с БВ распределили на две группы. В I группе назначали клиндамицин интравагинально в течение 7 дней,

далее — суппозитории «Генферон» по 500 000 ЕД 2 раза/сут в течение 10 дней. II группа получала только терапию клиндамицином в течение 7 дней. После курса лечения большинство пациенток отмечали улучшение состояния, в вагинальных мазках преобладали лактобактерии. В контрольной группе через 6 мес после окончания лечения наблюдалось уменьшение количества женщин с нормальным составом микрофлоры влагалища и нормальным уровнем pH, в основной группе оно не изменилось.

 **УУР В, Q УДД 3.** «Генферон» эффективен в терапии LSIL шейки матки, ассоциированных с ВПЧ высокоонкогенного риска.

В клиническом исследовании⁴ 38 женщин с ВПЧ-ассоциированными LSIL получали «Генферон» в течение 3 мес, 34 — плацебо, пять — выбыли по собственной инициативе. Через 6 мес наблюдения у 31 пациентки (81,5%) основной группы выявлен полный или частичный регресс ВПЧ-ассоциированных изменений шейки матки, в группе контроля — у 13 (38%). Использование «Генферона» привело к элиминации ВПЧ или снижению его содержания в 89,5% случаев ($p < 0,01$).

 **УУР С, Q УДД 3.** Компоненты препарата «Генферон» в составе комплексной терапии ВЗОМТ способствуют нормализации иммунитета и улучшают исходы лечения.

В исследовании 2012 года⁵ приняли участие 60 пациенток с ВЗОМТ, распределённых на три равные группы. I группе назначали комплексную терапию (антибиотики и «Генферон»). II группе дополнительно выполнили оперативное лечение. III группе назначили консервативное лечение без иммуномодулирующих препаратов. По итогам лечения в I группе выявлено возрастание активности компонентов системного иммунитета и улучшение исходов лечения.

Литература

1. Гизингер О., Кононова И., Зиганшин О., Нефедьева Ю. Терапия сочетанной герпетической и микоплазменной инфекции у женщин // Русский врач. — 2015. — №2. — С. 62–66.
2. Гизингер О.А., Андреева Е.Н. Оценка и коррекция факторов местной антимикробной защиты у женщин с хроническим рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом и сахарным диабетом 2-го типа // Гинекология. — 2024. — Т. 26. — №2. — С. 150–158.
3. Провоторова Т.В., Миняев Н.Н. Применение препарата интерферона альфа в комбинированной терапии бактериального вагиноза // Доктор.ру. — 2015. — №2 (12). — С. 25–28.
4. Сухих Г.Т., Прилепская В.Н., Роговская С.И. и др. Применение интерферона- α в форме суппозиториев для лечения ВПЧ-ассоциированной цервикальной интраэпителиальной неоплазии низкой степени // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. — 2009. — №4. — С. 1–8.
5. Озолниа Л.А., Праведников Н.Н. Выбор метода лечения воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин // Лечение и профилактика. — 2012. — Т. 1. — №2. — С. 65–69.

Оригинальная* комбинация интерферона α-2b для комплексной терапии урогенитальных инфекций

Генферон®

Интерферон альфа-2b¹

Оказывает

- противовирусное
- иммуномодулирующее
- антипролиферативное
- опосредованное антибактериальное действие

Таурин¹

Способствует

- сохранению биологической активности интерферона
- регенерации тканей

Наделен

- антиоксидантным действием

Усиливает

- терапевтический эффект применения препарата

Бензокаин¹

- препятствует возникновению болевых ощущений
- оказывает только местный эффект



КОМПЛЕКСНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЗА СЧЁТ 3-Х КОМПОНЕНТОВ



ТЕРАПИЯ ОБОСТРЕНИЯ²



ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ³



* По данным сайта <https://grls.rosminzdrav.ru/> от 09.07.2024 г.

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Генферон®. <https://grls.rosminzdrav.ru>.
РУ ЛП-№(000124)-(PГ-RU)-28.01.21. 2. Согласно инструкции по медицинскому применению ЛП Генферон®, суппозитории, – терапия инфекционно-воспалительных заболеваний.

3. Согласно инструкции по медицинскому применению ЛП Генферон®, суппозитории, - при затяжных формах. РЕКЛАМА

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Лактонорм

Действующие вещества: лактобактерии ацидофильные живые штаммов NK1, NK2, NK5, NK12.

УУР В, УДД 3. Восстановление вагинальной микробиоты в период поддерживающей терапии хронического рецидивирующего КВВ с помощью интравагинального введения *L. acidophilus* у пациенток с СД 2-го типа способствует предотвращению обострения заболевания и увеличению межрецидивного периода.

В клиническом исследовании 2024 года¹ приняли участие 100 женщин с верифицированным хроническим рецидивирующим КВВ и СД 2-го типа. Всех участниц разделили на две равные группы: в первую вошли пациентки, которые получали на I этапе флуконазол и препарат, содержащий бензокаин + интерферон- α -2b + таурин; во вторую — больные, которым назначили только флуконазол. В основной группе этап противорецидивной терапии дополнен препаратом «Лактонорм», содержащим *L. acidophilus* в количестве не менее 10^8 КОЕ. Комплексная терапия привела к снижению количества грибов рода *Candida* через 1 и 3 мес после завершения противорецидивной терапии, нормализации клеточных факторов врождённого иммунитета слизистых оболочек, более быстрому разрешению клинических проявлений. Уменьшению количества рецидивов за 12 мес также способствовало повышение защитных свойств слизистой оболочки влагалища за счёт восстановления вагинальной микробиоты с помощью ацидофильных лактобактерий препарата «Лактонорм».

УУР В, УДД 3. Противорецидивная терапия БВ и КВВ с использованием препарата «Лактонорм» способствует активации роста лактобактерий в вагинальном секрете и ассоциирована со снижением частоты обострений.

В клиническое исследование 2015 года² включили 80 пациенток, имеющих в анамнезе четыре и более обострений КВВ или БВ в течение 1 года, прошедших основной курс терапии. Всех участниц разделили на четыре группы. Пациентки с рецидивирующим КВВ составили I (n=22) и II (n=18) группы, а с рецидивирующим БВ — III (n=20) и IV (n=20) группы. Женщины I и III групп получали в качестве компонента противорецидивной терапии препарат «Лактонорм», пациентки II и IV групп — только стандартное лечение антимикотическими и антибактериальными

препаратами. «Лактонорм» был ассоциирован с сохранением титра лактобактерий на протяжении 6 мес и снижением выраженности воспаления. У пациенток I и III групп характерным было отсутствие клинических признаков рецидивов КВВ и БВ при сохранении достаточного титра лактобактерий ($\geq 10^4$ КОЕ/мл).

УУР В, УДД 3. Назначение препарата «Лактонорм» у женщин с атрофическим кольпитом в постменопаузе после реконструктивно-пластических операций по поводу пролапса тазовых органов препятствует развитию БВ и служит профилактикой инфекционно-воспалительных осложнений.

В исследовании 2015 года³ включили 40 пациенток (возраст 48–78 лет) с симптомами атрофии слизистых оболочек половых путей после оперативного лечения генитального пролапса влагалищным доступом. Всех женщин разделили на две равные группы: первой назначали местную противомикробную терапию в течение 5 дней, далее им назначили препарат «Лактонорм»; второй — только местную противомикробную терапию в течение 5 дней.

После окончания лечения в контрольной группе 12 (60%) пациенток предъявляли жалобы на дискомфорт, зуд, жжение во влагалище, выделения из половых путей. При микробиологическом исследовании у всех пациенток отмечался рост условно-патогенной флоры в титрах более 10^3 – 10^4 КОЕ/мл. Микроскопическое исследование выявило повышенное количество лейкоцитов, присутствие ключевых клеток, что соответствовало клинической картине БВ.

При контрольном исследовании у пациенток основной группы жалобы отсутствовали. Микроскопическое исследование выявило увеличение количества клеток плоского эпителия на фоне нормального количества лейкоцитов. При микробиологическом исследовании наблюдалось повышение титра лактобактерий более 10^4 КОЕ/мл у 19 (95%) пациенток.

Литература

1. Гизингер О.А., Андреева Е.Н. Оценка и коррекция факторов местной антимикробной защиты у женщин с хроническим рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом и сахарным диабетом 2-го типа // Гинекология. — 2024. — Т. 26. — №2. — С. 137–145.
2. Апохилина И.А., Гасанова Г.Ф., Додова Е.Г., Горбунова Е.А. Роль ацидофильных лактобактерий в противорецидивной терапии бактериального вагиноза и вульвовагинального кандидоза: восстановление нормоценоза влагалища // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2015. — Т. 14. — №1. — С. 5–10.
3. Пивень Л.А. Оптимизация терапии атрофического кольпита после влагалищных реконструктивных операций по поводу пролапса тазовых органов у женщин // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2015. — №5. — С. 56–60.

Вагинальный пробиотик
с живыми лактобактериями

Лакто норм *Lactonorm*



ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ¹:

- бактериального вагиноза после проведения антибактериальной терапии
- острых, подострых, хронических вульвитов и вагинитов
- постменопаузального атрофического вагинита

ПРОБИОТИК ТОЧНО ПО АДРЕСУ!

(в т.ч.беременным , кормящим и в период менопаузы)¹

АКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО:

живые ацидофильные лактобактерии *L.acidophilus* — **10⁸ КОЕ**



ФИЗИОЛОГИЧНО:

«живые» лактобактерии
для естественного восстановления
микробиоты

НАПРАВЛЕНО:

точно по месту локализации
проблемы

БЕРЕЖНО:

без гормонов, красителей, консервантов



lactonorm.ru

РУ ЛП-№(004498)-(PF-RU)
от 05.02.2024



1. Инструкция по медицинскому применению препарата Лактонорм®.
<https://grls.rosminzdrav.ru>

РЕКЛАМА

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Депантол

Действующие вещества: декспантенол, хлоргексидина биглюконат.

 **УУР В,**  **УДД 4.** Комбинация хлоргексидина и декспантенола («Депантол») эффективна в лечении бактериального вагиноза при беременности и обладает хорошей переносимостью и безопасностью.



Результаты наблюдательного исследования 2020 года¹ с участием 87 беременных (34–37 нед гестации) с верифицированным бактериальным вагинозом показали, что использование препарата «Депантол» (по 1 вагинальному суппозиторию 2 раза в сутки в течение 10 дней) обеспечивает клиническое выздоровление у большинства пациенток. После завершения лечения выделения из половых путей сохранились только у пяти участниц, при этом неприятный запах, зуд, жжение и дискомфорт не отмечала ни одна женщина. При повторной микроскопии влажного мазка ключевые клетки обнаружили у шести беременных (7,1%). Нежелательных явлений на фоне использования препарата отмечено не было.

Помимо этого анализ историй родов пациенток, включённых в исследование, показал, что частота разрывов стенок влагалища на 5,7% меньше, чем в среднем в популяции. Следует отметить, что у женщин, которые использовали «Депантол» перед родами, не было зафиксировано тяжёлых травм мягких тканей родовых путей.

 **УУР В,**  **УДД 4.** Последовательное применение «Депантола» и молочной кислоты эффективно в качестве терапии острого вагинита неспецифической и смешанной этиологии у женщин репродуктивного возраста.

В проспективное наблюдательное исследование² были включены 200 пациенток в возрасте 18–45 лет с острым вагинитом неспецифической и смешанной (бактериально-грибковой) этиологии, стратифицированных с учётом диагноза и наличия беременности. Лечение включало «Депантол» по 1 вагинальному суппозиторию 2 раза в сутки в течение 7 дней,

затем 1 вагинальный суппозиторий молочной кислоты в сутки курсом 10 дней. Клинико-лабораторная эффективность двухэтапной терапии достигла 91% и не имела значимых различий у женщин с беременностью и без неё. Частота рецидивов вагинита через 2 мес наблюдения определялась сопутствующими факторами риска и не превысила 3%.

 **УУР С,**  **УДД 5.** Многие микроорганизмы, ассоциированные с вагинальными инфекциями, чувствительны к компонентам препарата «Депантол».

В исследовании 2019 года³ *in vitro* была показана высокая чувствительность клинических изолятов 244 микроорганизмов, выделенных из урогенитального тракта женщин репродуктивного возраста, к компонентам препарата (к хлоргексидину — 100%, к декспантенолу в разведении 1:10 — 84%). Было протестировано 134 образца грибов рода *Candida* (как *albicans*, так и *non-albicans*), 20 бактерий, ассоциированных с бактериальным вагинозом (включая *A. vaginae* и *G. vaginalis*), 69 микроорганизмов семейства *Enterobacteriaceae* и 21 грамположительный инфект.

Подобные результаты были получены в исследовании⁴ активности действующих веществ препарата «Депантол» в отношении 25 клинических штаммов *Streptococcus agalactiae*, ассоциированных с воспалительными заболеваниями органов женской репродуктивной системы и резистентных ко многим противомикробным средствам (линкозамидам, макролидам, тетрациклинам, хлорамфениколу, клиндамицину, эритромицину, фторхинолонам). Все штаммы были чувствительными к хлоргексидину, 68% — к декспантенолу в разведении 1:10.

Литература

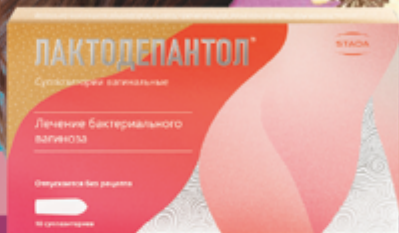
1. Селихова М.С., Абабекян Н.В. Рациональная терапия бактериального вагиноза у беременных перед родами // Доктор.Ру. — 2020. — Т. 19. — №6. — С. 36–39.
2. Радзинский В.Е., Ламошина М.Б., Оразов М.Р. и др. Результаты многоцентрового наблюдательного исследования: терапия острого вагинита неспецифической и смешанной этиологии у пациенток репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. — 2019. — №8. — С. 150–158.
3. Савичева А.М., Спасибова Е.В., Шалепо К.В. Исследование чувствительности клинических изолятов микроорганизмов, выделенных из урогенитального тракта женщин, к действующим веществам, входящим в состав препарата Депантол // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2019. — Т. 19. — №1. — С. 86–91.
4. Савичева А.М., Спасибова Е.В., Шалепо К.В. Исследование чувствительности *Streptococcus agalactiae*, выделенных из урогенитального тракта, к действующим веществам, входящим в состав препарата «Депантол» // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2017. — Т. 17. — №6. — С. 96–100.

ДЕПАНТОЛ®

NIZHPHARM
GROUP



ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИНСТВА ВИДОВ ИНТИМНЫХ ИНФЕКЦИЙ
У ЖЕНЩИН, БЕЗ АНТИБИОТИКОВ И ГОРМОНОВ —
С ЭФФЕКТОМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ.



БЕРЕЖНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ
ИНТИМНОЙ МИКРОФЛОРЫ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПОСЛЕ
ПРИЕМА АНТИБИОТИКОВ, АНТИМИКОТИКОВ.

Реклама





Реклама, АО «Нижфарм», 603105, РФ, г. Нижний Новгород, ул.Салганская, 7
ROS-20250929-1541 Дата выпуска: октябрь 2023

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ



Реклама. АО «Нижегородский химико-фармацевтический завод» ИНН 7743941635 erid:LjN8KVjYf

Действующее вещество: молочная кислота.

 УУР С,  УДД 2. Молочная кислота в составе комплексной терапии БВ обеспечивает лучший клинический эффект и способствует нормализации вагинального микробиота.

В многоцентровом рандомизированном исследовании 2011 года¹ (n=114) изучали эффективность и безопасность различных вариантов лечения БВ. В группе А (n=33) назначали монотерапию препаратом, содержащим молочную кислоту (1 суппозиторий в сутки 10 дней), В (n=26) — аскорбиновую кислоту (250 мг интравагинально 1 раз в сутки 6 дней), С (n=28) — хлоргексидин и молочную кислоту (по 1 суппозиторию 1 раз в сутки 10 дней), D (n=27) — клиндамицин (20 мг интравагинально 1 раз в сутки 7 дней). Суммарная частота выздоровления и улучшения в группе с молочной кислотой была оценена в 93,9%, при её комбинации с хлоргексидином — в 96,5%, при лечении витамином С — в 73%, при использовании клиндамицина — в 59,2%. Серьёзных побочных эффектов отмечено не было, нежелательные реакции были выявлены у 23,1% пациенток, получавших аскорбиновую кислоту, и у 14,8% применявших клиндамицин.

Сходные результаты были получены в исследовании 2016 года² (n=140). Пациентки с БВ были рандомизированы в три группы: в первой назначали метронидазол и молочную кислоту с интервалом 12 ч (10 дней), во второй — последовательно применяли метронидазол (10 дней) и молочную кислоту (10 дней), в третьей — сначала метронидазол (10 дней), затем пробиотик (10 дней). По сравнению с участницами второй группы у женщин, получавших молочную кислоту, реже отмечали характерный запах, меньше было количество белей, ключевых клеток и микроорганизмов, ассоциированных с БВ, увеличилась численность лактобактерий.

 УУР С,  УДД 2. Использование препарата на основе молочной кислоты при комплексной терапии пациенток с БВ позволяет существенно снизить риск рецидивов в течение 2 лет.

В рандомизированном проспективном открытом исследовании 2014 года³ участвовали 88 женщин с диагнозом БВ, перенёвших не менее четырёх рецидивов заболевания в год. Пациентки были распределены в две группы: в первой (n=52) был назначен метронидазол (по 5 г 0,75% вагинального геля 1 раз в сутки в течение 5 дней), затем молочная кислота (по 1 суппозиторию на ночь в течение 10 дней), во второй (n=36) — только метронидазол (в аналогичной дозе). Результаты лечения оценивали через 1, 6, 12 и 24 мес после его завершения. По окончании курса терапии эффективность комплексной терапии составила 98,9%, при монотерапии метронидазолом — 94,4% (причём уже через 1 мес у трёх пациенток этой группы был отмечен рецидив БВ). Через 2 года манифестация БВ была выявлена только у двух участниц, получавших молочную кислоту; ремиссия наступила у 91% испытуемых. Во второй группе один рецидив был отмечен у восьми женщин, два — у двух, три — у четырёх, четыре — у двух.

Результаты исследования 2017 года⁴ показали, что *in vitro* молочная кислота обладает противомикробным действием и подавляет рост культур *E. coli* (в 4 раза), *S. aureus* (в 2,6 раза), *C. albicans* (в 2,4 раза), а также препятствует формированию ими биоплёнок. В то же время она стимулирует рост численности лактобактерий.

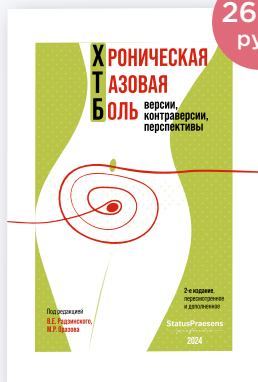
Литература

1. Кира Е.Ф., Прилепская В.Н., Костава М.Н. и др. Современные подходы к выбору препарата локального действия в терапии бактериального вагиноза // Акушерство и гинекология. — 2012. — №7. — С. 59–67.
2. Кира Е.Ф., Пекарев О.Г., Молчанов О.Л. и др. Сравнительный анализ эффективности и безопасности параллельного или последовательного сочетания метронидазола с молочной кислотой и двухэтапного метода метронидазол плюс пробиотик. Многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование // Акушерство и гинекология. — 2016. — №9. — С. 87–93.
3. Летяева О.И. Бактериальный вагиноз: современные возможности и перспективы длительного контроля // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2019. — №19 (2). — С. 100–104.
4. Кира Е.Ф., Рыбальченко О.В., Орлова О.Г., Коршакова Н.Ю. Изучение активности молочной кислоты *in vitro* и её значение для клинической практики в лечении инфекций влагалища // Акушерство и гинекология. — 2017. — №11. — С. 84–91.

НОВЫЕ КНИГИ

StatusPraesens 2024

2600
руб.*



ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ: версии, контраргументы, перспективы (216 с.)

2-е издание, пересмотренное и дополненное

Под ред. В.Е. Радзинского, М.Р. Оразова

В книге представлены чёткие подходы к диагностике и выбору патогенетической и посиндромной терапии пациенток с хронической тазовой болью в соответствии с нормативными документами и международными исследованиями.

1400
руб.*



ЭРРАТОЛОГИЯ.

Диссертация по клинической медицине (192 с.)

В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, И.Н. Костин и соавт.

Мало хорошо написать и защитить диссертацию — важно ещё правильно оформить всю документацию в условиях новых требований ВАК. Авторы знают об этом всё! И даже больше.

1900
руб.*



АНЕМИИ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ (212 с.)

2-е издание, пересмотренное и дополненное

А.В. Соловьёва, Н.И. Стуклова и соавт.

Под ред. В.Е. Радзинского

Во 2-м издании представлены актуализированные данные о профилактике, диагностике и лечении различных видов анемий, их влиянии на женскую репродуктивную систему, а также подробный анализ причин, включая аномальные и/или обильные маточные кровотечения.

* Стоимость при самовывозе из редакции.



По вопросам приобретения: +7 (901) 723 2273 (WhatsApp)

praesens.ru



#StatusPraesens

Действующие вещества: лактобактерии, витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс «Суперлимфлайф».

 **УР С**,  **УДД 3.** «Ацилакт DUO» в составе комплексной терапии позволяет снизить частоту рецидивов БВ.

В 2021 году в исследование¹ включили 100 женщин в возрасте от 18 до 49 лет с рецидивирующим БВ. Все пациентки были разделены на две равные группы: первой назначили только комплексный препарат местного действия, содержащий метронидазол 500 мг и миконазола нитрат 100 мг (по 1 свече 2 раза/сут в течение 7 дней), а второй — в дополнение к вышеописанной схеме назначали второй этап, состоящий из интравагинального введения крема «Ацилакт DUO» 1 раз/сут курсом 10 дней. Согласно полученным данным, у пациенток, получавших двухэтапную терапию, через 3 мес после окончания лечения количество жалоб уменьшалось, в то время как после проведения одноэтапной терапии отмечалось их возвращение. По данным микроскопического исследования вагинальных мазков преобладание *Lactobacillus* spp. и отсутствие ключевых клеток встречалось чаще среди пациенток, получавших противорецидивную терапию, по сравнению с пациентками из контрольной группы. Результаты показали, что «Ацилакт DUO» повышает эффективность антибактериальной терапии при сочетании применения за счёт нормализации местного иммунного ответа, модулирования выработки определённых цитокинов (IL-1, ФНО-α), способствует более устойчивому восстановлению нормального соотношения представителей микробиоты влагалища, снижению частоты рецидивирования процесса.

В исследовании 2022 года² включили 89 женщин с БВ. Их разделили на три группы: первой группе (n=30) назначили терапию метронидазолом

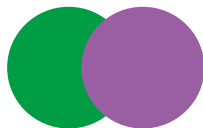
вагинально по 500 мг 2 раза/сут длительностью 7 дней; во второй группе (n=30) на втором этапе в дополнение к вышеописанной схеме использовали препарат, содержащий лактобактерии (вагинально по 1 капсуле 14 дней); а в третьей группе (n=29) — «Ацилакт DUO» (вагинально по 1 свече 10 дней). Результаты анализа качественного и количественного состава влагалищной микробиоты у пациенток через 1 мес после лечения показали, что в первой группе сохранялся самый низкий уровень лактобактерий, а наиболее высокий был отмечен у пациенток третьей группы. Ещё через 5 мес абсолютный нормоценоз влагалища был выявлен у 56,7% женщин первой группы, у 80% — второй, у 82,7% — третьей.

Похожие результаты были получены в другом исследовании³, в котором также оценивали двухэтапное лечение пациенток с БВ. Всех участниц (n=50; средний возраст — 29,6±4,5 года) разделили на две равные группы. Первой группе назначили 2% клиндамицин интравагинально 1 раз/сут в течение 7 дней, а потом в качестве второго этапа комплекс «Ацилакт DUO» 1 раз/сут курсом 10 дней. Второй группе после антибактериального лечения назначили препарат, содержащий *L. casei rhamnosus Doderleini*, по схеме 1 раз/сут вагинально длительностью 14 дней. После лечения у 22 (88%) женщин первой группы и 18 (72%) второй микробиота влагалища была нормальной. Через 45 дней эти показатели были у 21 (84%) и 16 (64%) соответственно. Через 3 мес рецидив наблюдался лишь у одной пациентки из первой группы и у трёх — из второй.

Литература

1. Уруймагова А.Т., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. и др. Эффективность и приемлемость двухэтапной терапии рецидивирующего бактериального вагиноза // Акушерство и гинекология. — 2021. — №11. — С. 202–212.
2. Доброхотова Ю.Э., Боровкова Е.И., Зайдиева З.С., Романовская В.В. Снижение частоты рецидивов бактериального вагиноза. Комплексное решение // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2022. — Т. 21. — №2. — С. 33–40.
3. Тихомирова Е.В., Балан В.Е., Кручинина Е.В. и др. Длительность безрецидивного периода после применения препарата Ацилакт Дуо в качестве второй линии терапии при бактериальном вагинозе // Эффективная фармакотерапия. — 2023. — Т. 19. — №44. — С. 10–16.

АЦИЛАКТ DUO



Крем для интимной гигиены дозированный

ЗДОРОВАЯ СЛИЗИСТАЯ – НОРМАЛЬНАЯ МИКРОФЛОРА!

Способствует коррекции микробиоценоза генитального тракта

Lactobacillus acidophilus

Ацидофильные бактерии



витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс



**СУПЕРЛИМФ
ЛАЙФ**

Уникальный состав способствует:

- заселению лактобактериями³,
- восстановлению мукозального иммунитета слизистой^{1,2},
- заживлению и восстановлению слизистых³,
- поддержке нормального уровня pH³,
- снижению воспалительных проявлений³.

Баланс и поддержка!

реклама



СГР: KG.11.01.09.001.R.002537.07.20 от 17.07.2020




000 «ЦИ «Иммунохелп»
105187 г. Москва,
ул. Щербановская д.53 к.15,
Тел/факс: +(495) 729-49-20
email: info@immunohelp.ru

1. А.Т. Уруймагова, В.Н. Прилепская с соавт., «Эффективность и приемлемость двухэтапной терапии рецидивирующего бактериального вагиноза» Акушерство и Гинекология, №11 2021
2. Ю.З. Доброхотова, Е.И. Боровкова, С.А. Залесская «Атрофический вагинит у пациенток репродуктивного возраста» Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, №3 2021
3. Аннотация к крему дозированному «Ацилакт Дуо»


Вагилак Проледи

Действующие вещества: комбинация *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 и *Lactobacillus reuteri* RC-14.

 **УУР С, УДД 3.** Использование комбинации пробиотических штаммов *L. rhamnosus* GR-1 и *L. reuteri* способствует поддержанию микрофлоры влагалища после антибактериальной терапии дисбиозов и вагинитов.

В клиническом исследовании 2008 года¹ оценивали эффективность пробиотика с *L. rhamnosus* GR-1 и *L. reuteri* RC-14 у 50 женщин в возрасте от 18 до 48 лет. Участниц распределили на две равные группы — с вагинитом бактериальной этиологии и с бактериальным вагинозом. Каждой участнице назначили антибактериальную терапию, а затем пробиотик курсом 15 дней. Через неделю после окончания терапии у всех женщин выполнили микроскопию влагалищного отделяемого. Результаты показали, что у 46 (92%) пациенток произошла полная реколонизация лактобацилл, что указывает на высокую эффективность комбинации пробиотических штаммов *Lactobacillus rhamnosus* GR-1

и *Lactobacillus reuteri* RC-14 для поддержки нормальной вагинальной микрофлоры.

 **УУР С, УДД 5.** Ассоциированные с КВВ грибы *Candida glabrata* чувствительны к комбинации *L. rhamnosus* GR-1 и *L. reuteri* RC-14.

В исследовании 2015 года² *in vitro* была показана высокая чувствительность грибов рода *C. glabrata* к пробиотическим штаммам *L. rhamnosus* GR-1 и *L. reuteri* RC-14. Комбинация штаммов *L. rhamnosus* GR-1 и *L. reuteri* RC-14 также проявила эффективную антагонистическую активность против всех протестированных штаммов этого гриба. Лактобактерии в составе данной комбинации оказали противогрибковое действие — их присутствие вызывало прекращение роста *C. glabrata* и в конечном итоге их гибель.

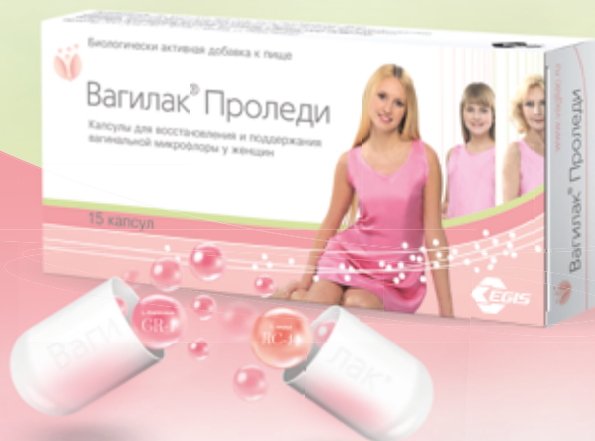
Литература

1. Cianci A., Giordano R., Della A. et al. Efficacia del *Lactobacillus Rhamnosus* GR-1 e del *Lactobacillus Reuteri* RC-14 nel trattamento e nella prevenzione delle recidive nelle vaginose e nelle vaginiti batteriche // *Minerva Ginecol.* — 2008. — Vol. 60. — №5. — P. 369–376.
2. Chew S.Y., Cheah Y.K., Seow H.F. et al. Probiotic *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 and *Lactobacillus reuteri* RC-14 exhibit strong antifungal effects against vulvovaginal candidiasis-causing *Candida glabrata* isolates // *J. Appl. Microbiol.* — 2015. — Vol. 118. — №5. — P. 1180–1190.



Вагилак® Проледи

Первая¹ и наиболее изученная² пероральная комбинация пробиотиков для нормализации женской микрофлоры



- 15 лет в клинической практике¹
- 50 международных и российских клинических исследований²
- Разрешен к применению у девочек с 10 лет³
- Штаммы *L. rhamnosus GR-1*[®] и *L. reuteri RC-14*[®] повреждают биопленки *Gardnerella vaginalis*⁴
- Штаммы способствуют снижению восприимчивости к ВИЧ-инфекции⁵ (in vitro)

1. Регистрация комбинации штаммов на территории РФ в 2007 году

2. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2021. Т. 9. № 2. с.1-14

3. ЛИСТОК ВКЛАДЫШ БАД Вагилак® Проледи. СТР. № АМ.01.07.01.003.0.000374.07.21 от 12.07.2021

4. S. Saunders et al. / Colloids and Surfaces B: Biointerfaces 2007 (55) 138-142

5. S. Dizzei et al. Cells 2019, 8, 1120. doi: 10.3390/cells8101120

На правах рекламы





БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

2000001420737 от 15.12.2023

Материал предназначен для медицинских работников


Действующее вещество: белково-пептидный комплекс из лейкоцитов крови свиней.

 **УУР С,**  **УДД З.** Комплекс «Суперлимф» способствует нормализации микробиоты влагалища и уменьшению частоты рецидивов БВ у женщин с сопутствующей герпесвирусной инфекцией.

В 2020 году в исследовании¹ 80 женщин с нарушением микробиоты влагалища в группе I (n=40) была назначена антибактериальная терапия в комплексе с препаратом «Суперлимф», в группе II (n=40) — только антибактериальная терапия. Результаты показали, что клиническое выздоровление наступило у 90% пациенток в первой группе и у 70% во второй (p=0,02); микробиологическое выздоровление произошло у 100 и 67,5% соответственно (p=0,003). В группе I выделение ВПГ 2-го типа отмечено у 80% пациенток до лечения и у 42,5% после него (p<0,001), тогда как в группе II — у 82,5 и 77,5% соответственно (p=0,58). Через 3 мес после лечения в первой группе рецидивов не наблюдалось, частота рецидивов во второй — 22,5%, в течение 12 мес после окончания лечения — 0 и 35,1%.

В сходном по дизайну исследовании 2021 года² учёные изучали биоценоз и содержание цитокинов в отделяемом из влагалища у 80 женщин репродуктивного возраста с рецидивирующим БВ и герпесвирусной инфекцией. Всех участниц разделили на две группы: первой (n=40) назначили клиндамицин и комплекс экзогенных цитокинов («Суперлимф»), второй — клиндамицин и плацебо. После лечения выздоровление наступило у 95% (38/40) пациенток первой группы и у 77,5% (31/40) — второй (ОШ 5,52; 95% ДИ 1,11–27,43). В течение 12 мес риск ре-

цидивов в первой группе был ниже в 3 раза (ОШ 0,3; 95% ДИ 0,09–0,93).

 **УУР С,**  **УДД З.** «Суперлимф» в рамках комплексного лечения беременных с рецидивирующим КВВ эффективен и безопасен.

В 2023 году группа учёных оценила эффективность лечения беременных (в сроке от 13 до 34 нед) с рецидивирующим КВВ. Первая группа (n=20) получала антимикотические средства с использованием «Суперлимфа» и пробиотика³. Женщинам из контрольной группы назначили монотерапию антимикотическим препаратом. После проведённого лечения все пациентки отметили прекращение клинических проявлений, однако у четырёх пациенток из контрольной группы сохранялись жалобы на зуд и выделения из половых путей. В первой группе статистически значимо снизилась частота рецидивов и увеличилась длительность ремиссии. Помимо этого при микроскопическом и бактериологическом исследовании у них зарегистрировано статистически значимое снижение количества грибов и полная элиминация возбудителя. Комплексная терапия КВВ антимикотическим препаратом в комбинации с иммуномодулирующим средством «Суперлимф» и восстановлением микрофлоры влагалища кремом «Ацилакт Дуо» оказалась эффективной при беременности и была ассоциирована с улучшением материнских и перинатальных исходов.

Литература

1. Дикке Г.Б., Суханов А.А., Кукарская И.И., Остроменский В.В. Иммуноопосредованные механизмы воспалительного ответа при сочетанных инфекциях нижнего отдела полового тракта у женщин // Акушерство, гинекология и репродукция. — 2020. — Т. 15. — №3. — С. 245–257.
2. Айсаяева Б.М., Дикке Г.Б., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х. Эффективность коррекции цитокинового компонента локального иммунитета в лечении рецидивирующей бактериальной вагиноза, ассоциированной с герпетической инфекцией // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2021. — Т. 20. — №4. — С. 29–37.
3. Тютюнкян В.Л., Кан Н.Е., Тезиков Ю.В. и др. Комплексная терапия рецидивирующей вульвовагинального кандидоза при беременности // Акушерство и гинекология. — 2023. — №111. — С. 150–156.

СУПЕРЛИМФ®

стандартизированный комплекс антимикробных пептидов и цитокинов

30 ЛЕТ

научных исследований

БОЛЕЕ 150

научных работ

www.dissercart.com

РЕГЕНЕРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

БОЛЕЕ 18 ЛЕТ

клинической практики

- Снижает рецидивы хронических заболеваний¹
- Обладает противобактериальным, противогрибковым и противовирусным действием^{1,2}
- Ликвидирует воспаление, **активирует репаративные процессы**, стимулирует локальные клеточные и гуморальные механизмы³
- Способен подавлять рост и размножение *St.aureus* и *E.coli*⁴



РУ ЛС 000148 от 30.09.2021

ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА, ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА, В ТОМ ЧИСЛЕ ОСЛОЖНЕННЫХ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ¹.

Больше информации на сайте:

www.superlimf.ru





ООО «ЦИ «Иммунохелп»
105187 г. Москва,
ул. Щербаковская д.53 к.15,
Тел/факс: +(495) 729-49-20
email: info@immunohelp.ru

реклама

1. Инструкция по медицинскому применению
2. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Лавров В.Ф., Баркевич О.А. "Подавление цитопатического действия вируса герпеса простого первого типа комплексом природных цитокинов (препарат Суперлимф) *in vitro*"//Журнал ЖМЭИ. - 2005. - №1 - С.57-60.
3. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Никанкина Л.В., Долгина Е.Н., Щегловитова О.Н. "От аутолимфоцитотерапии к контролируемому препарату комплекса цитокинов - Суперлимфу."//Аллергия астма и клиническая иммунология. - 2001 - №6 - С. 28-33.
4. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Мороз А.Ф., Аведова Т.А., Москвина С.Н. "Противомикробные пептиды иммунной системы: клинические аспекты."//Аллергология и иммунология, 2003, том 4 №2, стр. 20-26.



Эпиген Интим (спрей)

Действующее вещество: глицирризиновая кислота активированная.



 УР С,  УДД 3. «Эпиген Интим» имеет высокий профиль эффективности и безопасности в лечении вульвовагинитов, цервицитов и генитальной папилломавирусной инфекции.

В масштабном исследовании¹ 2023 года учёные проанализировали данные пациенток амбулаторно-поликлинических учреждений из 17 крупных городов России. Участницами стали 8249 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет, из них 1018 (12,2%) беременных, предъявлявших жалобы на патологические выделения из половых путей, дискомфорт в области наружных половых органов с клиническими диагнозами неспецифического (аэробного) вагинита, КВВ или БВ. Всем женщинам назначили этиотропную терапию с добавлением препарата активированной глицирризиновой кислоты. В результате наблюдалось уменьшение симптомов дискомфорта, таких как зуд, жжение, неприятный запах, обильность выделений, сухость слизистых оболочек вульвы и влагалища, болезненность при мочеиспускании и диспареуния. Помимо этого исследователи отметили нормализацию характера выделений, а также их объёма — доля пациенток с патологическими выделениями снизилась с 3812 (46,6%) до 101 (1,1%).

В исследовании 2019 года² приняли участие 60 женщин (в возрасте от 18 до 56 лет): первая группа (n=30) — с клиническими и лабораторными признаками вульвовагинита и/или цервицита, сохраняющимися после этиотропной терапии; вторая (n=30) — с папилломавирусной инфекцией. Активированную глицирризиновую кислоту назначили всем участницам интравагинально 3 раза в день, а пациенткам второй группы — дополнительно наружно. После терапии наблюдалось достоверное снижение выявления субъективных и объективных признаков воспалительных заболеваний урогенитальной системы, уменьшение уровня лейкоцитов во влагалище (96,7%) и цервикальном канале (83,3%), регресс клинических проявлений папилломавирусной инфекции (60%), элиминация (20%) или снижение количественных показателей ВПЧ (26,7%).

 УР С,  УДД 4. У женщин с ВЗОМТ и бесплодием препарат «Эпиген Интим» препятствует активации вирусной инфекции и инфекций, вызванных условно-патогенной микрофлорой, в послеоперационном периоде.

В проспективном исследовании 2016 года³ изучали эффективность препарата «Эпиген Интим» в послеоперационном периоде у пациенток с хроническими ВЗОМТ, первичным или вторичным бесплодием. 70 участниц разделили на две равные группы: первой назначили стандартную схему противовоспалительной и антимикотической терапии; второй — дополнительно активированную глицирризиновую кислоту в виде спрея 0,1% 2 раза/сут в течение 14 дней вагинально. На 30-й день проведены микробиологические исследования, результаты которого показали высокую эффективность в группе, применявшей «Эпиген Интим», по сравнению с контрольной группой: патологические вагинальные выделения выявлены у трёх (8,5%) пациенток из второй группы и у восьми (22,8%) из первой (p<0,05).

 УР С,  УДД 5. «Эпиген Интим» оказывает разрушающее действие на биоплёнки, образованные вагинальными микроорганизмами.

В исследовании 2024 года⁴ *in vitro* было показано разрушающее действие препарата, содержащего активированную глицирризиновую кислоту, на биоплёнки, сформированные вагинальными микроорганизмами. Из 72 клинических изолятов чистых культур, выделённых из вагинального биоценоза, 38 (53%) показали способность образовывать биоплёнки (*Gardnerella vaginalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecium*). Именно они и были включены в исследование. Препарат «Эпиген Интим» проявил высокую эффективность в отношении биоплёнок 34 (89,48%) из 38 изолятов микроорганизмов.

Литература

1. Качалина О.В., Матузкова А.А. Активированная глицирризиновая кислота в комплексном лечении пациенток с вагинитами и дисбиозом: результаты многоцентрового исследования // Акушерство и гинекология. — 2023. — №3. — С. 115–120.
2. Гахматулина М.Р., Большаченко Н.В., Липова Е.В. Опыт применения активированной глицирризиновой кислоты при вульвовагинитах, цервицитах и генитальной папилломавирусной инфекции // Акушерство и гинекология. — 2019. — №9. — С. 153–158.
3. Лапина И.А., Озолни Л.А., Насырова Н.И. и др. Комплексный подход к лечению бесплодия, обусловленного воспалительными заболеваниями органов малого таза // Гинекология. — 2016. Т. 8. — №2. — С. 56–62.
4. Шалепо К.В., Спасибова Е.В., Будилова С.В. и др. Оценка действия препарата «Эпиген Интим» на бактериальные плёнки, сформированные вагинальными микроорганизмами *in vitro* // Акушерство и гинекология. — 2024. — №2. — С. 125–133.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
НЕКОТОРЫЕ
МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ

АмплиПрайм ФЛОРОСКРИН

Описание метода. Наиболее частая причина патологических вагинальных выделений — инфекции, вызываемые условно-патогенными микроорганизмами. Они включают БВ, КВВ, АВ и их сочетания (микст-инфекции). Исследование предназначено для выявления и количественного определения ДНК микроорганизмов, ответственных за развитие вышеперечисленных инфекционных заболеваний.

Особенности «АмплиПрайм ФЛОРОСКРИН». Результаты диагностики соответствуют референтным методам благодаря международной валидации.

- БВ — относительно критериев Амсея и Ньюджента¹.
- АВ — относительно критериев Дондерса².
- КВВ — относительно культурального исследования³.

Автоматическое заключение представляет собой вероятный диагноз.

АмплиПрайм NSMT

Описание метода. Исследование предназначено для выявления и количественного определения ДНК абсолютных патогенов, вызывающих ИППП и ассоциированных с СБВ.

Особенности «АмплиПрайм NSMT». Проведена международная валидация относительно «золотого стандарта» — Hologic Aptima TMA (США)⁴. Единственный тест в РФ, имеющий количественный показатель, используемый для оценки тяжести течения заболевания и обеспечения персонализированного подхода к выбору схемы лечения.

АмплиПрайм Лакто-скрин

Исследование предназначено для выявления и количественного определения ДНК лактобацилл для оценки микробиоценоза урогенитального тракта женщины. Исследование помогает определить CST, оценить устойчивость к проникновению патогенных и условно-патогенных бактерий, спрогнозировать акушерские и перинатальные риски, а также вероятность персистенции ВПЧ-инфекции⁵.

Показания для исследования «ФЛОРОСКРИН NSMT+ ЛАКТО+»

- Повышенное количество вагинальных выделений, зуд, жжение и неприятный запах.
- Симптомы воспаления нижних половых путей при гинекологическом осмотре.
- Неблагоприятный эпидемиологический анамнез, ИППП в анамнезе.
- Наблюдение по поводу носительства ВПЧ.
- Смена полового партнёра или обнаружение у партнёра ИППП.
- Планирование оперативных манипуляций на органах малого таза.
- Прегравидарная подготовка и беременность.
- Наличие в анамнезе бесплодия, хориоамнионита, послеродового эндометрита, перинатальных потерь и низкой массы тела плода, преждевременного разрыва плодных оболочек и излития околоплодных вод.

Исследование показано только женщинам репродуктивного возраста. Не рекомендовано исследование биоматериала, полученного от женщин в постменопаузе, девочек до менархе, а также мужчин, так как полученные заключения не будут соответствовать действительности.

Рекомендованные схемы обследования у пациенток с БВ

- «ФЛОРОСКРИН» — базовый объём обследования.
- «ФЛОРОСКРИН NSMT+» — расширенный объём обследования.
- «ФЛОРОСКРИН NSMT+ ЛАКТО+» — оптимальный объём обследования.

Производитель: ООО «НекстБио» (111394, г. Москва, ул. Полимерная, д. 8, стр. 2).

Литература

1. Van den Munchhof E.H.A., Van Sitter R.L., Boers K.E. et al. Comparison of Amsel criteria, Nugent score, culture and two CE-IVD marked quantitative real-time PCR with microbiota analysis for the diagnosis of bacterial vaginosis // *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* — 2019. — Vol. 38. — №5. — P. 959–966. [PMID: 30903536]
2. Rumyantseva T.A., Bellen G., Savochkina Y.A. et al. Diagnosis of aerobic vaginitis by quantitative real-time PCR // *Arch. Gynecol. Obstet.* — 2016. — Vol. 294. — №1. — P. 109–114. [PMID: 26781259]
3. Савочкина Ю.А., Румянцова Т.А., Долова Т.И. и др. Разработка методики на основе количественной мультиплексной ПЦР для диагностики вульвовагинального кандидоза // *Клиническая лабораторная диагностика.* — 2015. — Т. 60. — №4. — С. 56–62.
4. Rumyantseva T., Golparian D., Nilsson C.S. et al. Evaluation of the new AmpliSens multiplex real-time PCR assay for simultaneous detection of *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, and *Trichomonas vaginalis* // *APMIS.* — 2015. — Vol. 123. — №10. — P. 879–886. [PMID: 26299382]
5. Verstraeten H., Vieira-Baptista P., De Seta F. et al. The vaginal microbiome: I. Research development, lexicon, defining «normal» and the dynamics throughout women's lives // *J. Low. Genit. Tract. Dis.* — 2022. — Vol. 26. — №1. — P. 73–78. [PMID: 34928256]

АмплиПрайм® ФЛОРОСКРИН®

Комплекс тестов на основе ПЦР-РВ



АмплиПрайм® ФЛОРОСКРИН®

Диагностика заболеваний, вызванных условно-патогенными микроорганизмами:

- Бактериальный вагиноз (**БВ**)
- Аэробный вагинит (**АВ**)
- Кандидозный вульвовагинит (**КВВ**)

N89
N76.0
B73.3



АмплиПрайм® NCMT

Количественная диагностика возбудителей ИППП:

- Гонококковая инфекция (**Ng**)
- Урогенитальная хламидийная инфекция (**Ct**)
- Инфекция, вызванная *Mycoplasma genitalium* (**Mg**)
- Урогенитальный трихомоноз (**Tv**)

A54.0
A56.0
A63.8
A59.0



АмплиПрайм® Лакто-скрин

Оценка типа вагинального сообщества по доминирующему виду лактобацилл:

- *Lactobacillus crispatus*
- *Lactobacillus gasseri*
- *Lactobacillus iners*
- *Lactobacillus jensenii*

CST I
CST II
CST III
CST V



**Международная
валидация**



**Персонализированный
подход**



**Возможности
прогнозирования**

АмплиПрайм® ФЛОРОСКРИН® – новый стандарт диагностики заболеваний женских половых путей



Все тесты имеют **Регистрационное Удостоверение** Росздравнадзора

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Реклама. 000 «НекстБио» ИНН 7720749004 erid: LjN8KN9Q7

РЕКЛАМА

🌐 www.nextbio.ru

✉ info@nextbio.ru

☎ +7 (495) 620-08-73

ПРИЛОЖЕНИЕ 3
СПРАВОЧНИК ЛС И БАД,
ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ СИНДРОМЕ
ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЙ
ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ

Ацилакт DUO

Регистрация. Косметическое средство для интимной гигиены.

Состав. Крем для интимной гигиены дозированный содержит лактобактерии, витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс «Суперлимфлайф».

Показания.

- Для восстановления физиологического уровня pH влагалища и нормализации факторов местного иммунитета, а также при наличии жалоб на зуд, сухость, дискомфорт различного генеза в области наружных половых органов.
- Для уменьшения воспалительных процессов слизистой оболочки влагалища и восстановления её микрофлоры, ускорения процессов заживления.
- Для профилактики рецидивов воспалительных заболеваний.
- Как самостоятельное и вспомогательное средство при местном лечении вагинитов антисептиками, во время и после приёма антибиотиков, оральных контрацептивов, глюкокортикоидов, во послеродовой период.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам крема дозированного.

Способ применения. Перед использованием крема необходимо провести гигиену наружных половых органов. Препарат применяют местно в преддверие влагалища 1–2 раза/сут длительностью 10 дней. Курс повторяют в течение 3–4 мес с интервалом 10–20 дней.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- «Ацилакт DUO» в составе комплексной терапии позволяет снизить частоту рецидивов БВ^{1–3}.

Производитель: ООО «ЛАНАФАРМ» (Россия) по заказу ООО «НПО «ИММУНОХЕЛП ФАРМА».

Литература

1. Доброхотова Ю.Э., Боровкова Е.И., Зайдичева З.С., Романовская В.В. Снижение частоты рецидивов бактериального вагиноза. Комплексное решение // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2022. — Т. 21. — №2. — С. 33–40.
2. Тимокорова Е.В., Салан В.Е., Курочкина Е.В. и др. Длительность безрецидивного периода после применения препарата Ацилакт Дуо в качестве второй линии терапии при бактериальном вагинозе // Эффективная фармакотерапия. — 2023. — Т. 19. — №44. — С. 10–16.
3. Уруйлимова А.Т., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. и др. Эффективность и приемлемость двуступенчатой терапии рецидивирующего бактериального вагиноза // Акушерство и гинекология. — 2021. — №11. — С. 202–212.

Вагилак Проледи

Регистрация. Биологически активная добавка¹.

Состав. Одна капсула содержит в суммарном количестве не менее 10⁹ КОЕ *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 и *Lactobacillus reuteri* RC-14.

Показания.

- В качестве источника пробиотических микроорганизмов (лактобактерий) для поддержания нормальной вагинальной микрофлоры.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.
- Возраст до 10 лет.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Перед применением следует проконсультироваться с врачом.

Способ применения. Внутрь по 2 капсулы в сутки. Стандартная продолжительность приёма — 1 мес (может быть продлена после консультации с врачом).

Сведения о допустимости при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Использование комбинации пробиотических штаммов *L. rhamnosus* GR-1 и *L. reuteri* RC-14 способствует поддержанию микрофлоры влагалища после антибактериальной терапии дисбиозов и вагинитов².
- Ассоциированные с КВВ грибы *Candida glabrata* чувствительны к комбинации *L. rhamnosus* GR-1 и *L. reuteri* RC-14³.

Производитель: JGL d.o.o. Beograd-Sopot (Сербия).

Сертификат GMP

Литература

1. Свидетельство в государственной регистрации AM.01.07.01.003.R.000374.07.21. 2021 URL: <https://nsi.eaeunion.org/portal/1995/card/41416a0c-225e-4bdc-b515-aa2ceeb031b>
2. Cianci A., Giordano R., Deltaia A. et al. Efficacia del *Lactobacillus Rhamnosus* GR-1 e del *Lactobacillus Reuteri* RC-14 nel trattamento e nella prevenzione delle recidive nelle vaginosi e nelle vaginiti batteriche // Minerva Ginecol. — 2008. — Vol. 60. — №5. — P. 369–376.
3. Chew S.Y., Cheah Y.K., Seow H.F. et al. Probiotic *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 and *Lactobacillus reuteri* RC-14 exhibit strong antifungal effects against vulvovaginal candidiasis-causing *Candida glabrata* isolates // J. Appl. Microbiol. — 2015. — Vol. 118. — №5. — P. 1180–1190.

Галавит

Регистрация. Лекарственное средство.

Состав. Один ректальный суппозиторий содержит 100 мг аминодигидрофталазиндиона натрия; порошок для приготовления раствора для внутримышечного введения — 100 мг.

Показания. В составе комплексной терапии при:

- инфекционно-воспалительных урогенитальных заболеваниях (уретрит хламидийной и трихомонадной этиологии, острый и хронический сальпингоофорит, эндометрит);
- гнойно-воспалительных заболеваниях органов малого таза;
- хронических рецидивирующих заболеваниях, вызванных вирусом герпеса;

- заболеваниях, вызванных вирусом папилломы человека;
- послеоперационной реабилитации больных с миомой матки;
- осложнениях послеоперационного периода у женщин репродуктивного возраста;
- проведении иммунореабилитационных мероприятий в межрецидивный период с целью поддержания клинической ремиссии (для формы порошка для приготовления раствора для внутримышечного введения).

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.
- Период беременности и грудного вскармливания.
- Возраст до 12 лет.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Применение препарата в период беременности и во время грудного вскармливания противопоказано.

Способ применения. Доза и продолжительность применения препарата зависят от характера, тяжести и длительности заболевания.

- При урогенитальных заболеваниях (уретрите хламидийной и трихомонадной этиологии, хламидийном простатите): 1 день по 1 суппозиторию дважды, затем по одному через день. Курс — 10–15 суппозитория.
- При сальпингоофорите, эндометрите: в острый период — 2 дня по 2 суппозитория 1 раз в день, затем по одному с интервалом 72 ч; при хроническом течении вне обострения — 5 дней по 1 суппозиторию 1 раз в день, затем по одному через каждые 72 ч. Курс — 20 суппозитория.
- При острых и хронических гнойных заболеваниях органов малого таза: в остром периоде — 1 день 2 суппозитория однократно, 3 дня по 1 суппозиторию ежедневно, затем по одному через день 5 дней. Курс — 10 суппозитория. При хроническом течении вне обострения — 5 дней по 1 суппозиторию 1 раз в день, затем по одному через каждые 72 ч. Курс — 20 суппозитория.
- При хронических рецидивирующих заболеваниях, вызванных вирусом герпеса: по 1 суппозиторию ежедневно 5 суппозитория, затем по одному через день — 15 суппозитория.
- При заболеваниях, вызванных вирусом папилломы человека: 5 дней по 1 суппозиторию 1 раз в день, затем по 1 суппозиторию через день. Курс — 20 суппозитория.

- Для послеоперационной реабилитации больных с миомой матки и при осложнениях послеоперационного периода у женщин репродуктивного возраста: 5 дней по 1 суппозиторию 1 раз в день, затем по одному через день. Курс — 15 суппозитория.
- В монотерапии хронических уrogenитальных инфекций, в том числе при проведении иммунореабилитационных мероприятий в межрецидивный период с целью поддержания клинической ремиссии: по 100 мг через день курсом в 10 инъекций.

Особые указания.

- При одновременном применении возможно снижение курсовых доз антибиотиков.
- Для предотвращения уrogenитальной инфекции рекомендуется рассмотреть вопрос об одновременном лечении полового партнёра.
- Необходимо проконсультироваться с врачом:
 - если после лечения улучшения не наступает, или симптомы усугубляются, или появляются новые симптомы;
 - при появлении побочных эффектов.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- У пациенток с рецидивирующим КВВ «Галавит» повышает эффективность стандартной терапии¹.
- Включение «Галавита» в комплексную терапию женщин с ВЗОМТ ускоряет купирование симптомов воспаления и снижает частоту осложнений².
- Назначение «Галавита» улучшает результаты комплексной противомикробной терапии хронического уrogenитального трихомониаза³.
- Использование «Галавита» улучшает результаты комплексной противомикробной терапии хронической хламидийной инфекции⁴.
- Применение «Галавита» в комплексном лечении хронической генитальной герпетической инфекции улучшает результаты противомикробной терапии и длительность ремиссий⁵.

Производитель: ООО «Сэлвим» (Россия).

Сертификат GMP

Литература

1. Нейфельд И.В., Рогожина И.Е., Скупова И.Н. Оптимизация комплексной терапии хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза в амбулаторной практике // РМЖ. — 2017. — №2. — С. 91–97.
2. Уракова Н.А., Илатова Т.В. Иммунотерапия как способ повышения эффективности комплексного лечения воспалительных заболеваний органов малого таза // РМЖ. Мать и дитя. — 2018. — Т. 1. — №2. — С. 120–123.
3. Ермоленко Д.К., Ермоленко Е.И., Березина Л.А. и др. Иммуноапогезис и терапия Галавитом хронического уrogenитального трихомониаза // Terra Medica Nova. — 2016. — №3. — С. 1–3.
4. Серов В.Н., Царегородцева М.В., Королева А.В. Роль иммунокорригирующего влияния Галавита в лечении больных с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза хламидийного генеза // Рос. вест. акушера-гинеколога. — 2011. — №3. — С. 17–20.
5. Пютюник В.Л., Кан Н.Е., Пютюник Н.В., Солдатова Е.Е. Современные аспекты комплексной терапии рецидивирующего генитального герпеса // Медицинский совет. — 2021. — №3. — С. 144–151.

Генферон

Регистрация. Лекарственное средство.

Состав. Один суппозиторий содержит 250 000, или 500 000, или 1 000 000 МЕ интерферона-α-2b человеческого рекомбинантного, 10 мг таурина, 55 мг бензокаина.

Показания. В составе комплексной терапии при:

- инфекционно-воспалительных заболеваниях урогенитального тракта (генитальный герпес, хламидийная, уреаплазменная, микоплазменная, трихомонадная, папилломавирусная инфекции, рецидивирующий кандидозный вульвовагинит, бактериальный вагиноз, эрозия шейки матки, цервицит, вульвовагинит, бартолинит, аднексит, простатит, уретрит, баланит, баланопостит);
- хроническом рецидивирующем цистите бактериальной этиологии у взрослых;
- хроническом эндометрите.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Показано применение для нормализации показателей местного иммунитета при сроках беременности 13–40 нед в составе комплексной терапии генитального герпеса, хламидийной, уреаплазменной, микоплазменной инфекции, ЦМВ-инфекции, папилломавирусной инфекции, бактериальном вагинозе при наличии зуда, дискомфорта и болевых ощущений в области нижних отделов урогенитального тракта.

Клиническими исследованиями доказана безопасность интравагинального применения препарата «Генферон» 250 000 МЕ при сроках беременности 13–40 нед. Безопасность применения препарата в I триместре беременности не изучена.

Способ применения.

- При инфекционно-воспалительных заболеваниях урогенитального тракта у женщин: по 1 суппозиторию (250 000, 500 000 или 1 000 000 МЕ в зависимости от тяжести заболевания) вагинально или ректально 2 раза/сут в течение 10 дней. При затяжном течении — по 1 суппозиторию через день в течение 1–3 мес. При выраженном инфекционно-воспалительном процессе во влагалище возможно применение 1 суппозитория (500 000 МЕ) интравагинально утром и 1 суппозитория (1 000 000 МЕ) ректально на ночь одновременно с введением во влагалище препарата, содержащего антибактериальные/фунгицидные агенты.
- При хроническом рецидивирующем цистите: в стадии обострения по 1 суппозиторию

(1 000 000 МЕ) ректально 2 раза/сут в течение 10 дней в сочетании со стандартным курсом антибактериальной терапии, затем по 1 суппозиторию (1 000 000 МЕ) ректально через день в течение 40 дней с целью профилактики рецидивов.

- При хроническом эндометрите: по 1 суппозиторию (1 000 000 МЕ) ректально 2 раза/сут в течение 10 дней, затем по 1 суппозиторию (500 000 МЕ) ректально 2 раза/сут в течение 10 дней, затем по 1 суппозиторию (1 000 000 МЕ) ректально через день в течение 10 дней.

Особые указания.

- Для лечения инфекционно-воспалительных урогенитальных заболеваний препарат применяется в составе комплексной терапии совместно с этиотропными средствами.
- Для предотвращения урогенитальной реинфекции рекомендуется рассмотреть вопрос об одновременном лечении полового партнёра.
- Допускается применение препарата во время менструации.
- При обострении аллергических и аутоиммунных заболеваний следует применять с осторожностью.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Использование суппозиториев «Генферон» в комплексной терапии сочетанной герпетической и генитальной микоплазменной инфекции способствует нормализации клинических показателей, уменьшению частоты рецидивов, восстановлению нормоценоза влагалища¹.
- «Генферон» в составе комплексной терапии хронического рецидивирующего КВВ способствует значимому снижению частоты рецидивирования, в том числе у пациенток с СД 2-го типа².
- Использование суппозиториев «Генферон» в составе комплексной терапии БВ способствует снижению частоты рецидивов³.
- «Генферон» эффективен в терапии LSIL шейки матки, ассоциированных с ВПЧ высокоонкогенного риска⁴.
- Компоненты препарата «Генферон» в составе комплексной терапии ВЗОМТ способствуют нормализации иммунитета и улучшают исходы лечения⁵.

Производитель: ЗАО «БИОКАД» (Россия).
Сертификат GMP

Литература

1. Гизингер О., Кононова И., Зиганшин О., Нефедьева Ю. Терапия сочетанной герпетической и микоплазменной инфекции у женщин // Русский врач. — 2015. — №2. — С. 62–66.
2. Гизингер О.А., Андреева Е.Н. Оценка и коррекция факторов местной антимикробной защиты у женщин с хроническим рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом и сахарным диабетом 2-го типа // Гинекология. — 2024. — Т. 16. — №2. — С. 150–158.




 SP

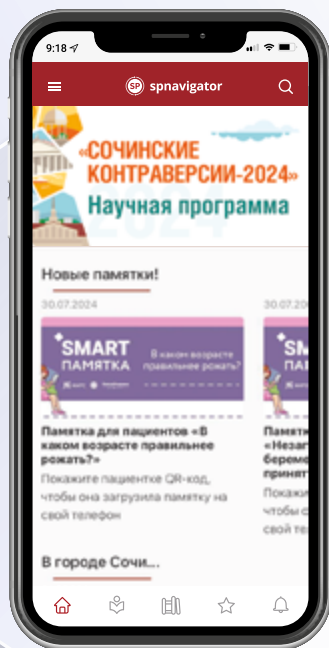
spnavigator

Мобильное приложение



Электронные версии научных программ мероприятий — в мобильном приложении

-  Дайджесты клинических рекомендаций
-  МКБ-10
-  Калькуляторы и чек-листы
-  Журнал StatusPraesens
-  Клинические рекомендации
-  Памятки для пациенток
-  Научные программы



Мощный инструмент для профессионалов, которые ценят своё время и хотят расширить кругозор и опыт

Установи бесплатное приложение сейчас!

3. Провоторова Т.В., Миняев Н.Н. Применение препарата интерферона альфа в комбинированной терапии бактериального вагиноза // Доктор.ру. — 2015. — №2 (12). — С. 25–18.
4. Сухих Г.Т., Прилепская В.Н., Роговская С.И. и др. Применение интерферона-α в форме суппозитория для лечения ВПЧ-ассоциированной цервикальной интраэпителиальной неоплазии низкой степени // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. — 2009. — №4. — С. 1–8.
5. Озолнина Л.А., Пrawdничков Н.Н. Выбор метода лечения воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин // Лечение и профилактика. — 2012. — Т. 1. — №2. — С. 65–69.

Гинофлор Э

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Одна вагинальная таблетка содержит не менее 1×10^8 КОЕ лактобактерий ацидофильных (лиофилизат), 0,03 мг эстриола.

Показания.

- Восстановление микробиоты влагалища после местного и/или системного применения антибиотиков или противомикробных препаратов (в том числе при БВ, неспецифическом вульвовагините, ИППП и урогенитальных инфекциях).
- Эстрогензависимые атрофические вагиниты в постменопаузе, в том числе в сочетании с ЗГТ.

Противопоказания.

- Индивидуальная непереносимость компонентов препарата.
- Злокачественные эстрогензависимые новообразования, в том числе молочных желёз, матки, яичников или влагалища (диагностированные, в анамнезе и при подозрении на них).
- Эндометриоз (подозреваемый или диагностированный).
- Кровотечения из влагалища неясной этиологии.
- Нелеченая гиперплазия эндометрия.
- Не рекомендовано использование до начала половой жизни.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Возможно применение препарата во II–III триместрах беременности и в период лактации.

Способ применения.

Вагинальные таблетки необходимо вводить глубоко во влагалище вечером перед сном, лучше в положении лёжа на спине, слегка согнув ноги в коленях.

Для восстановления микробиоты влагалища: по 1–2 вагинальные таблетки ежедневно курсом 6–12 дней.

При лечении эстрогензависимых атрофических вагинитов: по 1 вагинальной таблетке ежедневно на протяжении 6–12 дней. Далее поддерживающая доза составляет 1 таблетку 1–2 раза/нед.

Особые указания.

- Не рекомендуется одновременное применение с антибактериальными и спермицидными средствами.
- Препарат содержит вспомогательные вещества, которые иногда не полностью растворяются во

вагалище. Перед тем как вводить вагинальную таблетку, её необходимо смочить небольшим количеством воды.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Лيوфилизированные лактобактерии в комбинации с низкими дозами эстриола улучшают процесс восстановления нарушенной микробиоты влагалища после терапии инфекций, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей¹.
- «Гинофлор Э» улучшает показатели созревания эпителия влагалища и предотвращает рецидивы вагинальной атрофии².

Производитель: ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия).

Сертификат GMP

Литература

1. Ozkinay E., Terek M.C., Yayci M. et al. The effectiveness of live lactobacilli in combination with low dose oestrol (Gynoflor) to restore the vaginal flora after treatment of vaginal infections // BJOG. — 2005. — Vol. 112. — №2. — P. 234–240.
2. Jaisamran U., Tiratnachat S., Chaikittisilpa S. et al. Ultra-low-dose estradiol and lactobacilli in the local treatment of postmenopausal vaginal atrophy // Climacteric. — 2013. — Vol. 16. — №3. — P. 347–355.

Дазолик Леди

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Одна вагинальная таблетка содержит 500 мг орнидазола¹.

Показания.

- Урогенитальный трихомоноз.
- Бактериальный вагиноз.
- Санация влагалища перед гинекологическими операциями.

Противопоказания.

- Индивидуальная непереносимость компонентов препарата.
- Органические заболевания ЦНС.
- Патологические изменения крови и аномалии клеток крови.
- I триместр беременности.
- Период грудного вскармливания.
- Возраст до 18 лет.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания.

Беременность. В ходе исследования орнидазол не проявлял тератогенного или токсического влияния на плод. Поскольку контролируемые исследования с участием беременных женщин не проводились, назначать препарат при беременности (II и III триместры) можно только при наличии абсолютных показаний, когда возможные преимущества приме-

нения препарата для матери превышают потенциальный риск для плода.

Период грудного вскармливания. При необходимости применения орнидазола грудное вскармливание следует прекратить.

Способ применения. Вагинальную таблетку следует вводить глубоко во влагалище перед сном, лёжа на спине, после гигиенической обработки наружных половых органов.

При трихомониазе: по 1 ваг. табл./сут в течение 5 дней (в составе комплексной терапии).

При бактериальном вагинозе: по 1 ваг. табл./сут в течение 6–7 дней.

Для санации влагалища перед гинекологическими операциями: по 1 ваг. табл./сут в течение 6 дней.

Особые указания.

- Во время менструации препарат применяют по обычной схеме.
- Во время лечения следует воздержаться от половых контактов.
- При лечении трихомониаза необходимо проводить одновременное лечение обоих половых партнёров.
- При появлении симптомов периферической нейропатии, атаксии, головокружения или спутанности сознания лечение должно быть приостановлено.
- У пациентов, получающих терапию препаратами лития, необходимо контролировать концентрацию лития, электролитов и креатинина в плазме крови во время лечения орнидазолом.
- Следует соблюдать осторожность у пациентов с заболеваниями ЦНС (например, с эпилепсией и рассеянным склерозом).
- В случае применения с другими препаратами орнидазола, особенно при повторном курсе, необходим контроль периферической крови (существует риск возникновения лейкопении).
- Орнидазол удлиняет миорелаксирующее действие векурония бромида и усиливает эффект антикоагулянтов кумаринового ряда, что требует соответствующей коррекции их дозы.
- Фенобарбитал и другие индукторы печёночных ферментов уменьшают период полувыведения орнидазола из плазмы крови, в то время как ингибиторы микросомальных ферментов печени увеличивают период полувыведения.
- Следует воздерживаться от управления транспортом и выполнения потенциально опасных видов деятельности, которые требуют повышенного внимания и скорости реакции, учитывая возможность развития побочных реакций со стороны нервной системы.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Орнидазол обладает высокой эффективностью при лечении женщин с БВ².

Производитель: «Абди Ибрахим Иляч Санайи ве Тидж А.Ш.» (Турция).

Сертификат GMP

Литература

1. Инструкция по медицинскому применению препарата «Дазолик Леди» от 19.03.2020 с изменениями №2 от 23.11.2024.
2. Saraçoğlu F, Göl K, Sahin I, et al. Treatment of bacterial vaginosis with oral or vaginal ornidazole, secnidazole and metronidazole // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 1998. — Vol. 62. — №1. — P. 59–61. [PMID: 9722127]

Депантол

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Один вагинальный суппозиторий содержит 100 мг декспантенола, 16 мг хлоргексидина биглюконата.

Показания.

- Лечение острых и хронических вагинитов, бактериального вагиноза, эндо- и экзоцервицитов.
- Лечение истинных эрозий шейки матки специфической этиологии (в составе комплексной терапии).
- Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений: перед оперативным лечением гинекологических заболеваний, родоразрешением, медицинским прерыванием беременности, внутриматочными обследованиями (в том числе гистероскопией, гистеросальпингографией), перед установкой внутриматочного контрацептива.
- Для улучшения регенерации слизистой оболочки влагалища и шейки матки после деструктивных методов лечения, в послеоперационном и после родовом периодах.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Применение во время беременности и в период грудного вскармливания. Возможно применение препарата при беременности и в период грудного вскармливания.

Способ применения. Интравагинально по 1 суппозиторию 2 раза в сутки в течение 7–10 дней. При необходимости возможно продление курса лечения до 20 дней.

Особые указания.

- Не следует использовать с другими антисептиками, детергентами, содержащими анионную груп-

пу, мылами и йодсодержащими препаратами, если их вводят интравагинально.

- При появлении побочных эффектов следует прекратить применение препарата и обратиться к врачу.
- В период лечения рекомендовано воздерживаться от половых контактов.
- Если после терапии улучшение не наступает, симптомы усугубляются или появляются новые — необходимо проконсультироваться с врачом.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Комбинация хлоргексидина и декспантенола («Депантол») эффективна в лечении бактериального вагиноза у беременных и обладает хорошей переносимостью и безопасностью¹.
- Последовательное применение «Депантола» и молочной кислоты эффективно в качестве терапии острого вагинита неспецифической и смешанной этиологии у женщин репродуктивного возраста².
- Многие микроорганизмы, ассоциированные с вагинальными инфекциями, чувствительны к компонентам препарата «Депантол»^{3,4}.

Производитель: АО «Нижфарм» (Россия).
Сертификат GMP

Литература

1. Селихова М.С., Абабекян Н.В. Рациональная терапия бактериального вагиноза у беременных перед родами // Доктор.Ру. — 2020. — Т. 19. — №6. — С. 36–39.
2. Радзинский В.Е., Хамощина М.Б., Оразов М.Р. и др. Результаты многоцентрового наблюдательного исследования: терапия острого вагинита неспецифической и смешанной этиологии у пациенток репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. — 2019. — №8. — С. 150–158.
3. Савичева А.М., Спасибова Е.В., Шалепо К.В. Исследование чувствительности клинических изолятов микроорганизмов, выделенных из уrogenитального тракта женщин, к действующим веществам, входящим в состав препарата Депантол // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2019. — Т. 19. — №1. — С. 86–91.
4. Савичева А.М., Спасибова Е.В., Шалепо К.В. Исследование чувствительности *Streptococcus agalactiae*, выделенных из уrogenитального тракта, к действующим веществам, входящим в состав препарата «Депантол» // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2017. — Т. 17. — №6. — С. 96–100.

Доксициклин ЭКСПРЕСС

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Одна таблетка диспергируемая содержит 104,05 мг доксициклина моногидрата (в пересчёте на доксициклин 100 мг).

Показания. Инфекционно-воспалительные заболевания, вызванные чувствительными к препарату микроорганизмами:

- инфекционные заболевания дыхательных путей, лор-органов, желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей, кожи и мягких тканей, мочеполовой системы, в том числе инфекции, передающиеся половым путём: уrogenитальный

хламидиоз, сифилис у пациентов с непереносимостью пенициллинов, неосложнённая гонорея, паховая гранулёма, венерическая лимфогранулёма;

- другие заболевания: фрамбезия, легионеллёз, хламидиоз различной локализации, риккетсиоз, ку-лихорадка, пятнистая лихорадка Скалистых гор, тиф, болезнь Лайма, туляремия, чума, актиномикоз, малярия, инфекционные заболевания глаз, лептоспироз, пситтакоз, орнитоз, сибирская язва, бартоонеллёз, гранулоцитарный эрлихиоз, коклюш, бруцеллёз, остеомиелит, сепсис, подострый септический эндокардит, перитонит;
- профилактика послеоперационных гнойных осложнений.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.
- Беременность и период грудного вскармливания.
- Детский возраст до 8 лет.
- Тяжёлые нарушения функции печени и/или почек.
- Порфирия.
- Дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Доксициклин проникает через гематоплацентарный барьер. Тетрациклины оказывают неблагоприятное воздействие на плод (замедление остеогенеза) и на формирование зубной эмали (необратимое изменение окраски, гипоплазия). Ввиду этого, а также ввиду повышенного риска поражения печени у матери тетрациклины не используются при беременности, за исключением случаев, когда препарат является единственным средством для лечения или профилактики особо опасных и тяжёлых инфекций (пятнистая лихорадка Скалистых гор, ингаляционное воздействие *Bacillus anthracis* и др.). До назначения доксициклина женщинам детородного возраста следует предварительно исключить наличие беременности.

Доксициклин проникает в грудное молоко. Ввиду неблагоприятного действия на плод доксициклин, как и другие тетрациклины, не используется во время грудного вскармливания. В случае если назначение тетрациклинов необходимо, грудное вскармливание прекращается.

Способ применения. Препарат применяют внутрь, предварительно растворив таблетку в небольшом количестве воды (не менее 50 мл) и тщательно перемешав до получения суспензии. Кратность и длительность применения для каждого состояния определяется инструкцией по применению.

НОВЫЙ ТИРАЖ КНИГ УЖЕ В ПРОДАЖЕ!

Предыдущий закончился очень быстро.
Успейте приобрести!

ОЧЕРКИ ЭНДОКРИННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ. От синдрома к диагнозу и выбору терапии (672 с.)

**2-е издание, исправленное
и дополненное**

В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина,
О.А. Раевская и соавт.

Под ред. В.Е. Радзинского

Во 2-м издании учтены изменения регламентирующих документов, включена новая глава, посвящённая аномальным маточным кровотечениям — одной из наиболее актуальных и непростых проблем, занимающей лидирующие позиции в структуре причин обращения к акушерам-гинекологам.

3100
руб.*



3800
руб.*



КОЛЬПОСКОПИЯ. АТЛАС (264 с.)

**2-е издание, исправленное
и дополненное**

Т.Н. Бебнева, С.И. Петренко
Под ред. В.Е. Радзинского

Уникальность атласа — изображения высочайшего качества, в частности кольпофотограммы, которые сопровождают нарисованные поверх схемы видимых изменений с подробными и чёткими пояснениями.

* Стоимость при самовывозе
из редакции.

По вопросам приобретения:

+7 (901) 723 2273 (WhatsApp)



praesens.ru

Преимущества диспергируемой формы¹.

- При растворении диспергируемой таблетки в воде образуется удобная для приёма внутрь суспензия, особенно при затруднениях глотания.
- Диспергируемые таблетки обладают большой площадью контактной поверхности в кишечнике, благодаря чему в так называемом окне абсорбции всасывается больше действующего вещества, что приводит к уменьшению остаточной концентрации препарата в желудочно-кишечном тракте, снижению нежелательных реакций и улучшению переносимости лечения (по сравнению с другими пероральными формами).
- Благодаря быстрому высвобождению и оптимальному распределению действующего вещества равномерно нарастает и достигается более высокий уровень концентрации препаратов в крови.
- Диспергируемая таблетка создаёт высокие концентрации в очаге инфекции, способствуя преодолению антибиотикорезистентности.

Особые указания.

- «Доксициклин ЭКСПРЕСС» признан взаимозаменяемым оригинальному препарату доксициклина в форме диспергируемых таблеток согласно данным исследования биоэквивалентности².
- Существует возможность перекрёстной устойчивости и гиперчувствительности с другими препаратами тетрациклинового ряда.
- Тетрациклины могут увеличивать протромбиновое время, назначение тетрациклинов у пациентов с коагулопатиями должно тщательно контролироваться.
- Антианаболический эффект тетрациклинов может привести к повышению концентрации остаточного азота мочевины в крови. Как правило, это не имеет существенного значения для пациентов с нормальной функцией почек. Однако у пациентов с почечной недостаточностью может наблюдаться нарастание азотемии.
- При длительном применении препарата требуется периодический контроль лабораторных показателей крови, функций печени и почек.
- В связи с возможным развитием фотодерматита необходимо ограничение инсоляции во время лечения и в течение 4–5 дней после него.
- При применении препарата как на фоне приёма, так и через 2–3 нед после прекращения лечения возможно развитие диареи, вызванной *Clostridium difficile*. В лёгких случаях достаточно отмены лечения и применения ионообменных смол (колестирамин, колестипол), в тяжёлых случаях показано возмещение потери жидкости,

электролитов и белка, назначение ванкомицина или метронидазола.

- Нельзя применять лекарственные средства, тормозящие перистальтику кишечника. Длительное применение препарата может вызывать дисбиоз кишечника и вследствие этого развитие гиповитаминоза (витаминов группы В).
- Для предотвращения диспептических явлений рекомендуется принимать препарат во время еды.
- Во избежание развития эзофагита или язвы пищевода необходимо принимать препарат с большим количеством воды и избегать применения препарата непосредственно перед сном.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами:

- антациды, содержащие алюминий, магний, кальций, препараты железа, натрия гидрокарбонат, магнийсодержащие слабительные снижают абсорбцию доксициклина, поэтому их применение должно быть разделено интервалом в 3 ч;
- при сочетании доксициклина с бактерицидными антибиотиками, нарушающими синтез клеточной стенки (пенициллины, цефалоспорины), эффективность последних снижается. Доксициклин снижает надёжность контрацепции и повышает частоту ациклических кровотечений при приёме эстрогенсодержащих гормональных контрацептивов;
- этанол, барбитураты, рифампицин, карбамазепин, фенитоин и др. стимуляторы микросомального окисления, ускоряя метаболизм доксициклина, снижают его концентрацию в плазме крови;
- одновременное применение доксициклина и ретинола способствует повышению внутричерепного давления.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Доксициклин клинически эффективен в лечении цервицита хламидийной этиологии³.
- Доксициклин обладает высокой антибактериальной активностью в отношении уреоплазм⁴.

Производитель: ОАО «Фармстандарт-Лексредства» (Россия).

Сертификат GMP

Литература

1. Зырянов С.К., Байбулатова Е.А. Использование новых лекарственных форм антибиотиков как путь повышения эффективности и безопасности антибактериальной терапии // Антибиотики и химиотерапия. — 2019. — №3–4. — С. 81–91.
2. Перечень взаимозаменяемых препаратов, 2022. — URL: <https://base.garant.ru/73355325/>
3. Paavonen J., Roberts P.L., Stevens C.E. et al. Randomized treatment of mucopurulent cervicitis with doxycycline or amoxicillin // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1989. — Vol. 161. — №1. — P. 128–135.
4. Савичева А.М., Чхартшвили М.Р., Золотоверха Е.А., Шилицина Е.В. Эффективность доксициклина при лечении урогенитальных инфекций, ассоциированных с уреоплазмами // Гинекология. — 2009. — Т. 11. — №6. — С. 38–41.

Клиндацин Б пролонг

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Вагинальный крем содержит бутоконазол нитрат в пересчёте на 100% вещество 2 г, клиндамицина фосфат в пересчёте на 100% вещество 2,376 г (эквивалентно 2 г клиндамицина).

Показания.

- Бактериальные вагинозы, грибковые и смешанные вагиниты, вызванные чувствительными к лекарственному средству микроорганизмами.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.
- Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный, псевдомембранозный и антибиотик-ассоциированный колиты [в том числе в анамнезе]).
- Возраст до 18 лет.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Во время гестации использование препарата возможно, если потенциальная польза для матери превышает возможный риск для плода. Неизвестно, выделяется ли клиндамицин с грудным молоком после интравагинального применения, однако его выявляют в грудном молоке после перорального или парентерального введения, поэтому в период лактации следует либо отменить препарат, либо прекратить грудное вскармливание, учитывая степень важности применения препарата для матери.

Способ применения. Препарат применяют интравагинально с помощью аппликатора 1 раз в сутки, предпочтительно перед сном. Рекомендуемая доза составляет один полный аппликатор (5 г крема, что соответствует 100 мг бутоконазола нитрата и 100 мг клиндамицина). Курс лечения — 3 дня.

Одноразовые аппликаторы, прилагающиеся к упаковке, предназначены для точного дозирования и введения крема во влагалище. Необходимо снять колпачок тюбика с кремом, навинтить пластмассовый аппликатор на снабжённый резьбой горлышко тюбика, сдавливая тюбик с противоположного конца, мягко выдавить крем в аппликатор. Поршень аппликатора движется самостоятельно по мере заполнения необходимого объёма. Аппликатор заполнен, когда его поршень доходит до упора. Лежа на спине, следует взять аппликатор горизонтально и ввести его во влагалище как можно дальше, но так, чтобы не вызвать неприятных ощущений, затем медленно нажать на поршень до упора. После этого нужно осторожно извлечь аппликатор из влагалища и выбросить его.

Особые указания.

- Благодаря специальной запатентованной основе, сочетающей гидрофильный и гидрофобный компоненты, препарат поглощает больший процент выделений, не пересушивает слизистую оболочку, обладает хорошей адгезией, не вытекает, оставаясь стабильным при температуре тела.
- При появлении побочных эффектов следует прекратить применение препарата и обратиться к врачу.
- До назначения препарата необходимо исключить инфекции, вызванные *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* и *Herpes simplex virus*.
- Вагинальный крем не рекомендовано использовать одновременно с эритромицином, миорелаксантами периферического действия, растворами, содержащими комплекс витаминов группы В, аминокозидами, ампициллином, кальция глюконатом и магния сульфатом, другими интравагинальными лекарственными средствами
- Не рекомендовано применение в период менструации и при обострении аллергического заболевания.
- Во время терапии не следует вступать в половой контакт. Препарат содержит компоненты, которые могут уменьшить прочность изделий из латекса или каучука (презервативов, влагалищных противозачаточных диафрагм и других средств из этих материалов) при использовании их в течение 72 ч после введения.
- Если клинические признаки инфекции сохраняются после завершения лечения, следует провести повторное микробиологическое исследование для выявления возбудителя и подтверждения диагноза.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- После терапии клиндамицином в качестве монотерапии и в сочетании с бутоконазолом у пациенток с БВ и КВВ отмечают высокий уровень излеченности, низкий риск рецидива патологических влагалищных выделений и увеличение количества лактобактерий¹⁻³.
- Клиндамицин эффективен при лечении женщин с вагинитами, вызванными аэробами, в том числе и *Streptococcus* spp.⁴
- У женщин с БВ, ассоциированным с бессимптомной формой папилломавирусной инфекции, использование крема «Клиндацин Б пролонг» обеспечивает стойкую ремиссию с элиминацией вируса или снижением вирусной нагрузки⁵.

- Микроорганизмы *A. vaginae*, *G. vaginalis* и *Mobiluncus spp.*, ассоциированные с рецидивирующим БВ, более чувствительны к клиндамицину по сравнению с нитроимидазолами⁶⁷.

Производитель: «Акрихин» (Россия).
Сертификат GMP

Литература

1. Paavonen J., Mangioni C., Martin M.A., Wajszczyk C.P. Vaginal clindamycin and oral metronidazole for bacterial vaginosis: a randomized trial // *Obstet. Gynecol.* — 2000. — Vol. 96. — №2. — P. 256–260. [PMID: 10908773]
2. Захарова Т.В., Волков В.Г. Опыт лечения бактериального вагиноза, ассоциированного с кандидозным вульвовагинитом // *Акушерство и гинекология.* — 2016. — №11. — С. 131–135.
3. Серпиенко Г.С., Тазина Т.В., Жучков М.В. Возможности вагинального крема, содержащего клиндамицин и бупроприон, в уменьшении риска рецидива урогенитального кандидоза у коморбидных пациенток с бактериальным вагинозом // *Гинекология.* — 2018. — Т. 20. — №1. — С. 68–70.
4. Sobel J.D. Desquamative inflammatory vaginitis: a new subgroup of purulent vaginitis responsive to topical 2% clindamycin therapy // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1994. — Vol. 171. — №5. — P. 1215–1520. [PMID: 7977522]
5. Шеринг Н.В., Шеринг И.А. Лечение бактериального вагиноза, ассоциированного с бессимптомной формой папилломавирусной инфекции // *Medline.Ru.* — 2021. — Т. 22. — №48. — С. 677–688.
6. De Backer E., Verhelst R., Verstraelen H. et al. Antibiotic susceptibility of *Atopobium vaginae* // *BMC Infect Dis.* — 2006. — Vol. 16. — №6. — P. 51. [PMID: 16542416]
7. Petrina M.A.B., Cosentino L.A., Rabe L.K., Hillier S.L. Susceptibility of bacterial vaginosis (BV)-associated bacteria to secnidazole compared to metronidazole, tinidazole and clindamycin // *Antonie.* — 2017. — Vol. 47. — P. 115–119. [PMID: 2852362]

Лактодепантол

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Один вагинальный суппозиторий содержит 100 мг молочной кислоты.

Показания.

- Нормализация нарушенной микрофлоры и pH влагалища, в том числе при бактериальном вагинозе (в составе комплексной терапии).

Противопоказания.

- Кандидозный вульвовагинит.
- Возраст до 18 лет.
- Повышенная чувствительность к молочной кислоте.

Применение во время беременности и в период грудного вскармливания. Применение «Лактодепантола» в период беременности и грудного вскармливания возможно после оценки потенциальной пользы для матери и риска для плода и младенца, находящегося на грудном вскармливании. Перед началом приёма препарата необходимо проконсультироваться с лечащим врачом.

Способ применения. Интравагинально по 1 суппозиторию 1 раз в сутки в течение 10 дней.

Особые указания.

- При появлении жжения и зуда рекомендуется провести обследование для исключения грибковой инфекции влагалища.
- При появлении побочных эффектов следует прекратить применение препарата и обратиться к врачу.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Молочная кислота в составе комплексной терапии БВ обеспечивает лучший клинический эффект и способствует нормализации вагинального микробиома^{1,2}.
- Использование препарата на основе молочной кислоты при комплексной терапии пациенток с БВ позволяет существенно снизить риск рецидивов в течение 2 лет^{3,4}.

Производитель: АО «Нижфарм» (Россия).
Сертификат GMP

Литература

1. Кира Е.Ф., Прилепская В.Н., Костова М.Н. и др. Современные подходы к выбору препарата местного действия в терапии бактериального вагиноза // *Акушерство и гинекология.* — 2012. — №7. — С. 59–67.
2. Кира Е.Ф., Пекарев О.Г., Молчанов О.Л. и др. Сравнительный анализ эффективности и безопасности параллельного или последовательного сочетания метронидазола с молочной кислотой и двухэтапного метода метронидазол плюс пробиотики. Многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование // *Акушерство и гинекология.* — 2016. — №9. — С. 87–92.
3. Летаева О.И. Бактериальный вагиноз: современные возможности и перспективы длительного контроля // *Российский вестник акушера-гинеколога.* — 2019. — №19 (2). — С. 100–104.
4. Кира Е.Ф., Рыбальченко О.В., Орлова О.Г., Коршакова Н.Ю. Изучение активности молочной кислоты *in vivo* и ее значение для клинической практики в лечении инфекций влагалища // *Акушерство и гинекология.* — 2017. — №11. — С. 84–91.

Лактонорм

Регистрация. Лекарственное средство.

Состав. Одна вагинальная капсула содержит не менее 10⁸ КОЕ лактобактерий ацидофильных живых штаммов NK1, NK2, NK5, NK12.

Показания.

- Лечение и профилактика вагинальных дисбиозов.
- Комплексное лечение:
 - острых, подострых, хронических вульвитов и вагинитов;
 - постменопаузального атрофического вагинита;
 - бактериального вагиноза после проведения антибактериальной терапии.
- Профилактика послеоперационных инфекционных осложнений, дисбиотических изменений урогенитального тракта на фоне антибактериальной терапии.
- Подготовка к проведению плановых гинекологических операций и предродовая подготовка беременных, входящих в группу риска в отношении воспалительных заболеваний.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Препарат можно использовать в период беременности и грудного вскармливания.

Способ применения. Вагинальную капсулу следует вводить пальцем во влагалище как можно глубже. При необходимости её можно предварительно смочить водой. Перед введением вагинальной капсулы необходимо тщательно вымыть руки с мылом.

С лечебной целью: по 1 капсуле 2 раза/сут (утром и вечером) в течение 7 дней. В случае необходимости курс лечения может быть продлён.

С профилактической целью: по 1 капсуле 1 раз/сут на ночь в течение 7–14 дней.

Лечение и/или профилактику следует проводить сразу после менструации.

Общие указания.

- После введения капсулу из влагалища извлекать не следует, так как она предназначена для однократного применения.
- Существует несколько положений для ввода препарата: лёжа на спине, сидя на биде/унитазе или стоя.
- Препарат не следует применять перед половым актом. Капсула может быть введена после полового акта и туалета наружных половых органов.
- Не рекомендуется применять при симптомах КВВ.
- Применение у пациенток младше 18 лет возможно по рекомендации врача с учётом характера заболевания и индивидуальных особенностей.
- Применение препарата возможно после местного введения антибактериальных препаратов и/или антисептиков.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Восстановление вагинальной микробиоты в период поддерживающей терапии хронического рецидивирующего КВВ с помощью интравагинального введения *L. acidophilus* у пациенток с СД 2-го типа способствует предотвращению обострения заболевания и увеличению межрецидивного периода¹.
- Противорецидивная терапия БВ и КВВ с использованием препарата «Лактонорм» способствует активации роста лактобактерий в вагинальном секрете и ассоциирована со снижением частоты обострений².
- Назначение препарата «Лактонорм» у женщин с атрофическим кольпитом в постменопаузе после реконструктивно-пластических операций по поводу пролапса тазовых органов препятствует развитию БВ и служит профилактикой инфекционно-воспалительных осложнений³.

Производитель: АО «Отисфарм» (Россия).
Сертификат GMP

Литература

1. Гизингер О.А., Андреева Е.Н. Оценка и коррекция факторов местной антимикробной защиты у женщин с хроническим рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом и сахарным диабетом 2-го типа // Гинекология. — 2024. — Т. 26. — №2. — С. 137–145.
2. Аполихина И.А., Гасанова Г.Ф., Додова Е.Г., Горбунова Е.А. Роль acidophilus лактобактерий в противорецидивной терапии бактериального вагиноза и вульвовагинального кандидоза: восстановление нормоценоза влагалища // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2015. — Т. 14. — №1. — С. 5–10.
3. Пивень Л.А. Оптимизация терапии атрофического кольпита после влагалищных реконструктивных операций по поводу пролапса тазовых органов у женщин // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2015. — №5. — С. 56–60.

Ломексин

Регистрация. Лекарственное средство.

Состав.

Капсулы вагинальные. Одна вагинальная капсула содержит 600 или 1000 мг фентиконазола нитрата¹.

Крем для вагинального и наружного применения.

5 г вагинального крема содержит 100 мг фентиконазола нитрата².

Показания.

- **Капсулы.** Кандидозный вульвовагинит, вагинальный трихомониаз.
- **Крем.** Грибковые заболевания кожи, вызванные дерматофитами (*Trichophyton* spp., *Microsporum* spp., *Epidermophyton* spp.), дрожжеподобными грибами (*Candida* spp.), а также *Pityrosporum orbiculare* и *P. ovale*:
 - дерматофития лица, дерматофития туловища, паховая дерматофития, дерматофития кистей, дерматофития стоп;
 - кандидоз кожи (интертригинозный кандидоз: кандидоз кожных складок, межпальцевый кандидоз стоп и кистей), кандидоз кожи половых органов (баланит, вульвит);
 - отрубевидный лишай (вызванный *Pityrosporum orbiculare* и *P. ovale*);
 - кандидозный вульвовагинит, вагинальный трихомониаз.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к фентиконазолу и другим компонентам препарата.
- Беременность.
- Период грудного вскармливания.
- Возраст до 18 лет.
- Аллергические реакции на арахис или сою (для лекарственной формы капсул вагинальных).

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Применение в периоды беременности и грудного вскармливания противопоказано.

Способ применения.

Капсулы. Интравагинально. Одну капсулу (600 или 1000 мг) вводят глубоко во влагалище в положении лёжа перед сном однократно. При необходимо-

сти проводят повторное применение через 3 дня. При лечении инфекций, вызванных *Trichomonas vaginalis*, возможно повторное применение капсулы (600 или 1000 мг) через 24 ч. При недостаточной эффективности возможно проведение повторного курса через 10 дней.

Крем. Наружно: при дерматомикозах крем наносят на поражённые участки кожи 1–2 раза в день равномерным тонким слоем на предварительно очищенные поражённые участки с захватом примерно 1 см поверхности здоровой кожи и осторожно втирают. Продолжительность лечения зависит от этиологии возбудителя и локализации инфекции. Рекомендуемая продолжительность лечения — 4 нед. **Интравагинально:** при КВВ, вагинальном трихомонозе крем (приблизительно 5 г) с помощью аппликатора вводят глубоко во влагалище в положении лёжа 1 раз в сутки перед сном или при необходимости 2 раза/сут утром и вечером. Курс лечения — 7 дней. При необходимости проводят повторный курс через 10 дней. Лечение проводят до полного клинического выздоровления. Во избежание рецидивирования рекомендуется одновременно проводить лечение полового партнёра кремом, который наносят на головку полового члена и крайнюю плоть.

Применение аппликатора. Для начала необходимо повернуть аппликатор к трубе вместо крышки. Далее следует мягко выдавить содержимое трубы до полного заполнения аппликатора, а при появлении сопротивления потянуть поршень чуть-чуть вверх. Аппликатор должен быть полностью заполнен кремом, если нет других предписаний лечащего врача. Снять заполненный кремом аппликатор с трубы (поршень выдвинут полностью), трубу сразу закрыть крышечкой. Ввести аппликатор глубоко во влагалище (насколько возможно) в положении лёжа на спине, колени согнуты. Надавливая на поршень, выдавить весь крем из аппликатора. Удалить аппликатор, не касаясь поршня. После каждого применения промыть аппликатор тёплой водой (не выше 50 °C) с мылом и высушить.

Особые указания.

- Пациентам необходимо проконсультироваться с врачом:
 - при отсутствии эффекта в течение 1 нед;
 - в случае повторяющихся симптомов (более двух эпизодов грибковых инфекций за последние 6 мес);
 - в случае наличия заболевания, передающегося половым путём, или контакта с партнёром с заболеванием, передающимся половым путём, в анамнезе;

- пациентам в возрасте старше 60 лет;
- при наличии гиперчувствительности к имидазолу или другим вагинальным противогрибковым препаратам;
- при любом нерегулярном влагалищном кровотечении;
- при любых кровяных вагинальных выделениях;
- при любой ранке, язве или волдыре вульвы или влагалища;
- при любой боли, связанной с нижней частью живота или при мочеиспускании;
- при любых нежелательных реакциях, таких как эритема, зуд или сыпь, связанных с лечением.
- При лечении вагинальных инфекций препарат нельзя принимать во время менструации, лечение целесообразно начинать после менструации.
- Вспомогательные вещества, входящие в состав препарата, могут повредить изготовленные из латекса противозачаточные средства. Препарат не должен применяться в сочетании с барьерными методами контрацепции, спермицидами, интравагинальными душами или другими вагинальными средствами контрацепции. При использовании препарата пациентам следует рекомендовать альтернативные методы контрацепции.
- При случайном попадании препарата в глаза необходимо промыть их большим количеством воды.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- «Ломексин» обладает высокой эффективностью, переносимостью и безопасностью при лечении неосложнённого КВВ^{3,4}.
- Местная терапия фентиконазолом эффективна в купировании рецидивов КВВ и их профилактике⁵.
- Применение фентиконазола в двух формах (вагинальные капсулы + крем) эффективно и безопасно при лечении рецидивирующего КВВ в период перименопаузы⁶.

Производитель: Recordati Industria Chimica e Farmaceutica S.p.A. (Италия).

Сертификат GMP

Литература

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата «Ломексин» РУ ЛСР-008990/10 от 31.08.2010 (капсулы вагинальные). — URL: https://grfs.minzdrav.gov.ru/Grfs_View_v2.aspx?routingGuid=5be89eca-055d-4820-90b2-331dc1aa1ce2.
2. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата «Ломексин» РУ ЛС-002508 от 29.12.2011 (крем для вагинального и наружного применения). — URL: https://grfs.minzdrav.gov.ru/Grfs_View_v2.aspx?routingGuid=4727f8377-5ffc-4bd1-aa1f-e8355c21882b.
3. Радзинский В.Е., Артымух Н.В., Берлев И.В. и др. Рандомизированное многоцентровое исследование эффективности применения 600 и 1200 мг препарата «Ломексин» в лечении кандидозного вульвовагинита у женщин репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. — 2013. — №2. — С. 113–118.

4. Байрамова Г.Р., Савичева А.М., Тапильская Н.И. и др. Эффективность и безопасность применения препарата фентиконазола в терапии несложного вульвовагинального кандидоза // Акушерство и гинекология. — 2023. — №5. — С. 124–131.

5. Доброхотова Ю.Э., Боровкова Е.И., Бурденко М.В. Оценка эффективности пролонгированного применения фентиконазола у пациенток с хроническим рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом // Акушерство и гинекология. — 2024. — №1. — С. 130–139.

6. Зароченцева Н.В., Джиджихия Л.К. Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз у женщин в перименопаузе // Вопросы практической кольпоскопии. Генитальные инфекции. — 2023. — №1. — С. 38–45.

Макмирор комплекс

Регистрация. Лекарственное средство.

Состав.

Капсулы вагинальные. Одна вагинальная капсула содержит 200 000 МЕ нистатина, 500 мг нифуратела.

Крем вагинальный. 2,5 г вагинального крема содержит 100 000 МЕ нистатина, 250 мг нифуратела.

Показания.

- Вульвовагинальные инфекции, вызванные чувствительными к препарату возбудителями, в том числе БВ, КВВ, трихомонадный вагинит, смешанные вагиниты.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.
- Возраст до 18 лет (для лекарственной формы капсул вагинальных).

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Применение препарата при беременности возможно, если потенциальная польза для матери превышает риск для плода.

Для капсул. Возможно использование в период грудного вскармливания, так как препарат практически не всасывается через слизистые оболочки, поэтому не проникает в грудное молоко.

Для крема. Необходимо решить вопрос о прекращении грудного вскармливания.

Способ применения.

Капсулы. Интравагинально. Одну капсулу вводят ежедневно вечером перед сном. Курс лечения — 8 дней либо в соответствии с рекомендациями врача.

Крем. Интравагинально. Крем вводят с помощью градуированного аппликатора в дозе 2,5 г 1 или 2 раза в день в соответствии с рекомендациями врача в течение 8 дней. Наличие специальной насадки позволяет ввести крем, не повреждая девственную плеву.

Особые указания.

- В период лечения следует избегать половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции (для формы капсул вагинальных).
- Необходимо провести одновременное лечение полового партнёра из-за опасности повторного заражения.

- Применение препарата не нарушает микробиоту, что позволяет избежать развития дисбактериоза и быстро восстановить нормоценоз влагалища.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Комплекс «нифурател + нистатин» обладает высокой эффективностью в отношении смешанных вагинальных инфекций, сопоставимой с комбинацией «метронидазол + нистатин», а также низким риском нежелательных явлений¹.
- Комплекс «нифурател + нистатин» обладает высокой эффективностью в отношении бактериального вагиноза, сопоставимой с комбинацией «克林дамыцин + клотримазол», а также низким риском нежелательных явлений².
- Нифурател при лечении вагинальных инфекций как в режиме монотерапии, так и в комбинации с нистатином имеет преимущества в отношении клинической и микробиологической эффективности и создаёт благоприятные условия для восстановления нормальной микробиоты влагалища³.

Производитель: «Поликем С.р.л.» (Италия).
Сертификат GMP

Литература

1. De La Hoz F.J.E. Efficacy and safety of nifuratel-nystatin in the treatment of mixed vaginitis, in pregnant women from Quindio, 2013–2017. Randomized Clinical Trial. *Pregn // Womens Health Care Int. J.* — 2022. — Vol. 2. — №1. — P. 1–7.
2. De La Hoz F.J.E. Efficacy and safety of the combination nifuratel-nystatin and clindamycin-clotrimazole, in the treatment of bacterial vaginosis. Randomized controlled clinical trial // *Int. J. Reprod. Med. Sex. Health.* — 2021. — Vol. 3. — P. 1–10.
3. Аполихина И.А., Рахматулина М.Р., Припутневия Т.В. и др. Систематический обзор эффективности и безопасности применения нифуратела у женщин с заболеваниями, сопровождающимися патологическими выделениями из половых путей // *Акушерство и гинекология.* — 2023. — №11. — С. 48–58.

Полижинакс

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Одна капсула вагинальная содержит 35 000 МЕ неомицина, 35 000 МЕ полимиксина В, 100 000 МЕ нистатина.

Показания.

- Местное лечение вагинальных инфекций, вызванных чувствительными микроорганизмами: аэробного вагинита, кандидозного вульвовагинита, смешанного вагинита, неспецифического вагинита.
- Предоперационная профилактика инфекционных осложнений при гинекологических вмешательствах, до и после диатермокоагуляции шейки матки, перед внутриматочными диагностическими процедурами, перед родами.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к неомицину, нистатину, полимиксину В и к другим компонентам препарата.
- Одновременное использование препарата с полиуретановыми презервативами (мужскими и женскими) и диафрагмами.
- Аллергические реакции на арахис или сою (из-за наличия в составе соевого масла).
- Не рекомендуется использовать в сочетании со спермицидами.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Данные о применении препарата у беременных и кормящих ограничены, в связи с чем не рекомендуется назначение препарата при беременности и в период грудного вскармливания.

Применение препарата по назначению врача возможно только в случаях, когда ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода/ребёнка.

Способ применения и дозы. Для вагинального применения. Только для взрослых пациенток. Одна вагинальная капсула вечером перед сном. Капсулу следует вводить глубоко во влагалище в положении лёжа на спине. Курс лечения 12 дней. Профилактический курс 6 дней.

При лечении следует соблюдать гигиенические рекомендации (носить хлопчатобумажное нижнее бельё, избегать спринцевания и использования вагинальных тампонов) и, насколько это возможно, устранить факторы, способствующие развитию заболевания. Лечение партнёра обсуждается в каждом конкретном случае. Не следует прекращать лечение во время менструации.

Лечение совместимо с использованием мужских презервативов из латекса и полиизопрена. В случае пропуска одной или нескольких капсул следует продолжить применение препарата в обычной дозировке.

Особые указания.

- В случае местной непереносимости или аллергической реакции лечение следует прекратить.
- Сенсibilизация к антибиотику при местном применении может негативно сказаться при последующем системном применении того же антибиотика или других антибиотиков этой группы.
- Не следует превышать рекомендованную в инструкции длительность лечения из-за риска появления резистентных штаммов и суперинфекции.
- В отсутствие данных о степени всасывания неомицина и полимиксина В с поверхности слизистой

оболочки нельзя исключать риск системного действия, особенно при почечной недостаточности.

- Препарат содержит соевое масло и может вызвать реакции гиперчувствительности (крапивница, анафилактический шок).

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Комбинированный препарат «Полижинакс» показал высокую эффективность и безопасность в лечении вагинитов различной этиологии^{1,2}.
- Большинство микроорганизмов, ассоциированных с вагинитами, чувствительны к компонентам препарата «Полижинакс»³.

Производитель: INNOTHERA CHOUZY (Франция).
Сертификат GMP

Литература

1. Bohbot J.M., Goubard A., Aubin F. et al. Comparison of a nystatin-neomycin-polymyxin B combination with miconazole for the empirical treatment of infectious vaginitis: PRISM study // *Med. Mal. Infect.* — 2019. — Vol. 49. — №3. — P. 194–201. [PMID: 30792037]
2. Радзинский В.Е., Ординец И.М., Победина О.С., Зыков Е.В. Опыт применения препарата Полижинакс в лечении вульвовагинитов, вызванных аэробной и смешанной микрофлорой // *Российский вестник акушера-гинеколога.* — 2016. — Т. 16. — №1. — С. 84–88.
3. Савичева А.М., Рыбина Е.В. Оценка действия полижинакса на микроорганизмы, выделенные из влагалища женщин, в опыте *in vitro* // *Российский вестник акушера-гинеколога.* — 2012. — Т. 12. — №4. — С. 104–107.

Суперлимф

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Один суппозиторий содержит 10 или 25 ЕД белково-пептидного комплекса из лейкоцитов крови свиней¹.

Показания.

- Герпетические заболевания урогенитального тракта, в том числе осложнённые бактериальной и другими вирусными инфекциями (в комплексном лечении).
- Хронический рецидивирующий неосложнённый цистит, для удлинения периода ремиссии (в комплексном лечении).

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.
- Температура тела выше 38 °С.
- Тяжёлые аллергические реакции в анамнезе.
- Злокачественные новообразования в активной стадии.
- Период грудного вскармливания.
- Возраст до 18 лет (в связи с отсутствием данных об эффективности и безопасности).

Применение при беременности и в период грудного вскармливания.

- Применение при беременности возможно после консультации врача.

- В связи с отсутствием данных о проникновении препарата в грудное молоко назначение препарата в период грудного вскармливания противопоказано.

Способ применения.

Лечение вирусной инфекции в стадии обострения: препарат применяют интравагинально или ректально, при необходимости чередуя способ введения, по 1 суппозиторию 1 раз/сут (25 ЕД) или 2 раза/сут (10 ЕД) утром и вечером. Длительность курса — от 10 до 20 дней.

Профилактика рецидива вирусной инфекции: препарат применяют по 1 суппозиторию (10 ЕД) 1 раз/сут в течение 10 дней.

С целью профилактики возможных рецидивов допускаются повторные курсы последовательно или через 1–2 мес.

Комплексная терапия хронического рецидивирующего неосложнённого цистита для удлинения периода ремиссии: препарат применяют ректально по 1 суппозиторию (25 ЕД) 1 раз/сут в течение 10 дней. Курс терапии препаратом начинают одновременно с антибактериальной и симптоматической терапией.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Комплекс «Суперлимф» способствует нормализации микрофлоры влагалища и уменьшению частоты рецидивов БВ у женщин с сопутствующей герпесвирусной инфекцией^{2,3}.
- «Суперлимф» в рамках комплексного лечения беременных с рецидивирующим КВВ эффективен и безопасен⁴.

Производитель: ООО «Альтфарм» (Россия) по заказу ООО «Центр иммунотерапии «Иммунохелп».

Сертификат GMP

Литература

1. Инструкция по медицинскому применению препарата «Суперлимф». — URL: https://grfs.milddas.gov.ru/grfs_View_v2.aspx?routeid=ef022209-09fa-458c-9635-f9c46473af0.
2. Дикке Г.Б., Суянов А.А., Кукарская И.И., Остроменский В.В. Иммуноопосредованные механизмы воспалительного ответа при сочетанных инфекциях нижнего отдела половой тракты у женщин // Акушерство, гинекология и репродукция. — 2020. — Т. 15. — №3. — С. 245–257.
3. Айсаева Б.М., Дикке Г.Б., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х. Эффективность коррекции цитокинового компонента локального иммунитета в лечении рецидивирующего бактериального вагиноза, ассоциированного с герпетической инфекцией // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2021. — Т. 20. — №4. — С. 29–37.
4. Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Тезиков Ю.В. и др. Комплексная терапия рецидивирующего вульвовагинального кандидоза при беременности // Акушерство и гинекология. — 2023. — №11. — С. 150–156.

Тержинан

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Одна вагинальная таблетка содержит 65 000 ЕД (100 мг) неомицина (в виде неомицина

сульфата), 100 000 ЕД нистатина, 3 мг преднизолона (в виде преднизолоната натрия метасульфобензоата 4,7 мг), 200 мг тернидазола¹.

Показания.

- Лечение вагинитов, вызванных чувствительными к препарату микроорганизмами, в том числе:
 - бактериального вагинита;
 - трихомониаза влагалища;
 - вагинита, вызванного грибами рода *Candida*;
 - смешанного вагинита.
- Профилактика урогенитальных инфекций/вагинитов, в том числе:
 - перед гинекологическими операциями;
 - перед родами и абортom;
 - до и после установки внутриматочных средств;
 - до и после диатермокоагуляции шейки матки;
 - перед гистерографией.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к тернидазолу, неомицину, нистатину, преднизолону или к любому из вспомогательных веществ, входящих в состав препарата.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Возможно применение препарата со II триместра беременности. Применение препарата в I триместре беременности и в период лактации возможно только в тех случаях, когда потенциальная польза для матери превышает риск для плода или младенца.

Способ применения. Для вагинального применения. Одну таблетку вводят глубоко во влагалище в положении лёжа перед сном. Перед введением во влагалище таблетку следует поддержать в воде в течение 20–30 сек. После введения необходимо полежать 10–15 мин. Средняя продолжительность лечебного курса терапии — 10 дней. В случае подтверждённого микоза может быть увеличена до 20 дней. Средняя продолжительность профилактического курса — 6 дней.

Общие указания.

- В случае лечения вагинитов, трихомониаза рекомендуется одновременное лечение половых партнёров.
- Не следует прекращать лечение во время менструации.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Эффективность препарата «Тержинан» сопоставимо высока как при лечении пациенток с верифицированным диагнозом вагинита, так и в качестве эмпирической терапии^{2,3}.

- Комбинированный препарат «Тержинан» эффективен и безопасен при лечении рецидивирующих вульвовагинитов и вагинозов⁴.
- Лечение беременных с БВ препаратом «Тержинан» позволяет добиться стойкой нормализации микробиоты влагалища⁵.

Производитель: Sophartex (Франция).

Сертификат GMP

Литература

1. Общая характеристика лекарственного препарата «Тержинан» от 13.09.2022. — URL: <http://eesc.eaeunion.org>.
2. Mian D.B., Loue V.A.S., Angoi A.V. et al. Efficacy of termidazole-neomycin sulfate-nystatin and prednisolone association in syndromic management of vaginitis in low and middle incomes countries // Int. J. Reprod. Contracept. Obstet. Gynecol. — 2022. — Vol. 11. — №3. — P. 670–675.
3. Радзинский В.Е., Ануфриева В.Г., Белинина А.А. и др. Эмпирическая терапия вульвовагинитов у женщин репродуктивного возраста в рутинной клинической практике // Акушерство и гинекология. — 2020. — №2. — С. 160–168.
4. Триплетская В.Н., Уруймагова А.Т., Иванова А.А. Клинические и лабораторные особенности рецидивирующих вульвовагинитов и вагинозов. Возможности эффективной терапии // Гинекология. — 2020. — Т. 22. — №5. — С. 76–80.
5. Доброхотова Ю.Э., Боровкова Е.И., Хертек С.Е., Королева В.И. Бактериальный вагиноз в первом триместре беременности: микробиологические и иммунологические показатели в оценке эффективности терапии // Акушерство и гинекология. — 2020. — №6. — С. 98–104.

Флуомизин

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Одна вагинальная таблетка содержит 10 мг деквалиния хлорида.

Показания.

- Бактериальный вагиноз.
- Кандидозный вульвовагинит.
- Трихомонадный вагинит.
- Санация влагалища перед гинекологическими операциями и родами.

Противопоказания.

- Индивидуальная непереносимость компонентов препарата.
- Язвенные поражения эпителия влагалища и шейки матки.
- Не рекомендовано использование до начала половой жизни.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Препарат разрешён к использованию в период беременности и лактации.

Способ применения. Рекомендуемый режим дозирования — 1 вагинальная таблетка в сутки в течение 6 дней. Её следует вводить глубоко во влагалище вечером перед сном, лёжа на спине, слегка согнув ноги. Во время менструации следует прекратить использование препарата и продолжить курс после её окончания.

Особые указания.

- Препарат содержит вспомогательные вещества, которые иногда не полностью растворяются во влагалище. Перед тем, как вводить вагинальную таблетку, её необходимо смочить водой (в течение 1 сек под струёй воды).

- В период лечения рекомендовано чаще менять прокладки и нижнее бельё.
- Если клинические признаки инфекции сохраняются после завершения лечения, следует провести повторное микробиологическое исследование для выявления возбудителя и подтверждения диагноза.
- В период лечения целесообразно воздерживаться от половых контактов.
- Для предотвращения урогенитальной реинфекции необходимо одновременное лечение половых партнёров.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Деквалиния хлорид не уступает стандартным антибактериальным методам лечения вульвовагинальных инфекций различной этиологии^{1–4}.
- За счёт широкой антимикробной активности деквалиния хлорид эффективен при лечении больших со смешанными вагинальными инфекциями⁵.
- При отсутствии улучшения на фоне стандартной антибактериальной терапии у пациенток с трихомонадным вагинитом эффективно пролонгированное использование деквалиния хлорида⁶.

Производитель: ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия).

Сертификат GMP

Литература

1. Eckel F., Farr A., Deinsberger J. et al. Dequalinium Chloride for the Treatment of Vulvovaginal Infections: a Systematic Review and Meta-Analysis // J. Low. Genit. Tract Dis. — 2024. — Vol. 28. — №1. — P. 76–83. [PMID: 38117564]
2. Weissenbacher E.R., Donders G., Unzeitig V. et al. A comparison of dequalinium chloride vaginal tablets (Fluomizin[®]) and clindamycin vaginal cream in the treatment of bacterial vaginosis: a single-blind, randomized clinical trial of efficacy and safety // Gynecol. Obstet. Invest. — 2012. — Vol. 73. — №1. — P. 8–15. [PMID: 22205034]
3. Raba G., Durtsche A., Malik T. et al. Fluomizin Study Group. Efficacy of Dequalinium Chloride vs Metronidazole for the Treatment of Bacterial Vaginosis: A Randomized Clinical Trial // JAMA Netw. Open. — 2024. — Vol. 7. — №5. — P. e248661.
4. Thamkhantho M., Chayachinda C. Vaginal tablets of dequalinium chloride 10 mg versus clotrimazole 100 mg for vaginal candidiasis: a double-blind, randomized study // Arch. Gynecol. Obstet. — 2021. — Vol. 303. — №1. — P. 151–160.
5. Куценко И.И., Боровиков И.О., Крашова Е.И. и др. Деквалиния хлорид в терапии вагинальных инфекций // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2023. — Т. 22. — №3. — С. 63–78.
6. Wilson J.D., Goode D.S., Wrench E., Astill N.M. Dequalinium chloride vaginal tablets for recalcitrant Trichomonas vaginalis: A case report // Int. J. STD AIDS. — 2024. — May 14. — P. 956462421254884. [online ahead of print] [PMID: 38742311]

Эльжина

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Одна таблетка содержит 95,6 мг неомицина сульфата (в пересчёте на неомицин 65 000 МЕ), 500 мг орнидазола, 4 мг преднизолона натрия фосфата (в пересчёте на преднизолон 3 мг), 117 мг эконазола нитрата (в пересчёте на эконазол 100 мг).

Показания.

- Бактериальные и смешанные вагиниты.
- Вульвовагиниты, вызванные грибами рода *Candida*.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата, а также к другим производным имидазола/нитроимидазола и аминогликозидам.
- Органические заболевания ЦНС.
- Заболевания системы кроветворения (лейкоз, нарушения гемопоэза).
- Беременность и период лактации.
- Возраст до 18 лет.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Приём при беременности и в период грудного вскармливания противопоказан.

Способ применения. Препарат применяют интравагинально с помощью аппликатора по 1 вагинальной таблетке ежедневно перед сном. Курс лечения — 6–9 дней.

Введение вагинальных таблеток с аппликатором*. Необходимо извлечь аппликатор из упаковки, выдвинуть его поршень до упора и поместить вагинальную таблетку в специальное отверстие. Далее следует опустить широкую часть аппликатора с помещённой внутрь таблеткой в воду комнатной температуры на 20–30 сек. В положении лёжа на спине при слегка согнутых ногах нужно осторожно ввести аппликатор во влагалище как можно глубже, но так, чтобы не вызывать неприятных ощущений. Медленным нажатием на поршень до упора ввести таблетку во влагалище. Затем следует осторожно его извлечь и лежать в течение 10–15 мин. После использования необходимо полностью извлечь поршень, промыть его и корпус сначала тёплой мыльной водой, а затем тёплой проточной, после чего просушить.

Введение вагинальных таблеток без аппликатора. Необходимо извлечь одну таблетку из упаковки и смочить её в воде комнатной температуры в течение 20–30 сек. Далее в положении лёжа на спине при слегка согнутых ногах осторожно ввести таблетку во влагалище с помощью среднего пальца руки как можно глубже. После введения таблетки следует лежать в течение 10–15 мин.

Особые указания.

- Следует с осторожностью применять при нарушениях функции печени.
- При появлении побочных эффектов следует прекратить применение препарата и обратиться к врачу.
- Пациентки, принимающие непрямые антикоагулянты, такие как варфарин и аценокумарол, должны следить за параметрами свёртываемости крови.

- В период лечения рекомендуется чаще менять прокладки и нижнее бельё.
- Если симптомы заболевания сохраняются после завершения курса лечения, следует обратиться к врачу для уточнения диагноза.
- Во время лечения следует воздержаться от половых контактов.
- Рекомендуется проконсультироваться с врачом о необходимости одновременного лечения полового партнёра.
- Не помещать аппликатор в горячую воду или кипятки!
- Не использовать аппликатор, если он повреждён

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Препарат «Эльжина» эффективен в лечении БВ, вульвовагинитов (в том числе КВВ) и сочетанных инфекционных заболеваний, а также обладает хорошей переносимостью и безопасностью^{1–4}.
- Профилактическое использование препарата «Эльжина» перед внутриматочными манипуляциями позволяет снизить общую бактериальную обсеменённость влагалища и вероятность внутриматочного восходящего инфицирования⁵.

Производитель: АО «ВЕРТЕКС» (Россия).
Сертификат GMP

Литература

1. Пилецкая У.В., Маринкин И.О., Макаров К.Ю. и др. Сравнение эффективности распространённых схем лечения бактериального вагиноза // Journal of Siberian Medical Sciences. — 2022. — Т. 6. — №3. — С. 117–128.
2. Иканоно Л.В., Углова Н.Д., Свиридова Н.И., Складановская Т.В. Современный подход к лечению вульвовагинальных инфекций // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. — 2018. — Т. 6. — №4. — С. 52–58.
3. Дмитрук В.С., Денисов А.А., Лушников П.А. Современные возможности эффективного комбинированного лечения вульвовагинального кандидоза и бактериального вагиноза // Клиническая дерматология и венерология. — 2018. — Т. 17. — №4. — С. 65–71.
4. Селихова М.С., Смольянинов А.А. Новые возможности в лечении вагинальных инфекций // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. — 2019. — Т. 7. — №1. — С. 75–78.
5. Доброкотова Ю.Э., Боржавкова Е.И., Зайцева З.С. и др. Оценка целесообразности профилактической предоперационной санации влагалища для предотвращения контаминации полости матки вагинальной микрофлорой // Акушерство и гинекология. — 2022. — №8. — С. 132–142.
6. Kim T.K., Thomas S.M., Ho M. et al. Heterogeneity of vaginal microbial communities within individuals // J. Clin. Microbiol. — 2009. — Vol. 47. — №4. — P. 1181–1189. [PMID: 19158255]

Элиген интим (спрей)

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. В 100 мл препарата содержится 0,1 г глицирризиновой кислоты активированной.

Показания. В составе комплексной терапии при следующих заболеваниях или состояниях.

- Лечение инфекций, вызванных ВПГ 1-го и 2-го типов, *Varicella zoster*, ЦМВ.
- Профилактика рецидивов инфекций, вызванных ВПГ 1-го и 2-го типов, *Varicella zoster*, ВПЧ, ЦМВ.

* Введение вагинальной таблетки с помощью специального аппликатора позволяет доставить действующие вещества непосредственно в область заднего свода влагалища, где представительницы микрофлоры наиболее разнообразны.

- Лечение инфекций, вызванных ВПЧ, в том числе высокого онкогенного риска.
- Лечение и профилактика остроконечных кондилом и патологий шейки матки, вызванных ВПЧ.
- Лечение и профилактика заболеваний, сопровождающихся снижением местного иммунитета, в том числе неспецифического и кандидозного вульвовагинита, БВ.
- При явлениях дискомфорта в области половых органов, сопровождающихся зудом, жжением и сухостью слизистых оболочек:
 - в том числе после полового акта;
 - при недостаточности функции яичников.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Препарат разрешён к использованию в течение всего периода беременности и лактации.

Способ применения. При наружном применении препарат наносится на всю поражённую поверхность кожи с расстояния 4–5 см путём 1–2 нажатий клапана, что обеспечивает оптимальную терапевтическую дозу. Для интравагинального применения препарата прилагается специальная насадка с распылителем. Кратность и длительность применения для каждого состояния определяется инструкцией по применению.

Особые указания.

- Не требуется предварительного промывания участка воздействия. В случае проявления признаков непереносимости использование препарата прекратить.

Сведения об эффективности у женщин при синдроме патологических выделений из половых путей.

- «Эпиген Интим» имеет высокий профиль эффективности и безопасности в лечении вульвовагинитов, цервицитов и генитальной папилломавирусной инфекции^{1,2}.
- У женщин с ВЗОМТ и бесплодием препарат «Эпиген Интим» препятствует активации вирусной инфекции и инфекций, вызванных условно-патогенной микрофлорой, в послеоперационном периоде³.
- «Эпиген Интим» оказывает разрушающее действие на биоплёнки, образованные вагинальными микроорганизмами⁴.

Производитель: Chemigroup France SA (Франция).
Сертификат GMP

Литература

1. Качалина О.В., Матузкова А.А. Активированная глицирризиновая кислота в комплексном лечении пациенток с вагинитами и дисбиозом: результаты многоцентрового исследования // *Акушерство и гинекология.* — 2023. — №9. — С. 115–120.
2. Рахматулина М.Р., Большаково Н.В., Литова Е.В. Опыт применения активированной глицирризиновой кислоты при вульвовагинитах, цервицитах и генитальной папилломавирусной инфекции // *Акушерство и гинекология.* — 2019. — №9. — С. 153–158.
3. Папина И.А., Озолниа Л.А., Насырова Н.И. и др. Комплексный подход к лечению бесплодия, обусловленного воспалительными заболеваниями органов малого таза // *Гинекология.* — 2016. Т. 8. — №2. — С. 56–62.
4. Шалепо К.В., Спасонова Е.В., Будиловская О.В. и др. Оценка действия препарата «Эпиген Интим» на бактериальные плёнки, сформированные вагинальными микроорганизмами *in vitro* // *Акушерство и гинекология.* — 2024. — №2. — С. 125–133.

С.А. Князев

РОДЫ ДО СРОКА

ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ, ДЕЙСТВУЮЩИЕ НОРМАТИВЫ

Под редакцией
В.Е. Радзинского



Преждевременные роды — загадка, до настоящего времени не имеющая решения. Их количество не снижается, несмотря на все усилия акушеров. В новом издании будут рассмотрены практические аспекты ведения женщин с угрозой преждевременных родов, современные возможности коррекции истмико-цервикальной недостаточности, пути улучшения исходов преждевременных родов, особенности акушерской тактики и техники кесарева сечения при преждевременных родах, подходы к профилактике и лечению дистресс-синдрома новорождённых.

+7 (901) 723 2273, praesens.ru

Научно-практическое издание

Междисциплинарная ассоциация специалистов
репродуктивной медицины (МАРС)

СИНДРОМ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ

Клинический протокол

Генеральный директор: Светлана Александровна Маклецова

Креативный директор: Виталий Генрихович Кристал

Редакционный директор: Ольга Анатольевна Раевская

Заместитель редакционного директора по науке: Сергей Александрович Дьяконов

Ведущий ответственный редактор: Виктория Сергеевна Москвичёва

Ответственные редакторы: Ольга Сергеевна Денисова, Анна Ильинична Жукова,
Никита Андреевич Катаев, Мила Алексеевна Мартынова

Ответственный секретарь: Полина Геннадьевна Плешкова

Арт-директор: Абдулатип Латипов

Препресс-директор: Нелли Демкова

Выпускающий редактор: Елисей Мясников

Руководитель группы вёрстки: Юлия Скutoчкина

Вёрстка: Галина Калинина, Елена Григорьева

Корректоры: Елена Соседова, Ника Кушнарченко

Дизайнеры: Ирина Великанова, Анна Ильина

Книга

StatusPraesens



1300 руб.



в электронном формате

купить



SP spnavigator



praesens.ru

По вопросам приобретения:
praesens.ru, +7 (901) 723 2273

Подписано в печать 27.09.2024. Бумага мелованная. Печать офсетная.
Формат 60×90/16. Усл. печ. л. 3. Тираж 3500 экз.

ООО «Медиабюро Статус презенс». 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1
Бизнес-центр «Платформа», этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902
E-mail: info@praesens.ru, сайт: praesens.ru
Группа ВКонтакте: vk.com/praesens
Telegram-канал: t.me/praesensaig

Ответственность за содержание рекламы и публикаций
«На правах рекламы» несут рекламодатели.

ООО ПО «Периодика».
105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, стр. 1, эт. 2, пом. III, комн. 6



Дазолик Леди – единственный вагинальный орнидазол для лечения БВ*!¹



РЕКЛАМА

- ✓ 1 вагинальная таблетка ежедневно 5-6 дней²
- ✓ Не вызывает кандидоза в отличие от метронидазола^{2,3}
- ✓ Лечение можно проводить во время менструации²

* Бактериальный вагиноз

1. <https://grls.minzdrav.gov.ru/>

2. Инструкция по медицинскому применению препарата Дазолик Леди. ЛП-000232-190320

3. Инструкция по медицинскому применению препарата Метронидазол ЛП N002699 от 06.07.2023

СОКРАЩЕННАЯ ИНСТРУКЦИЯ по медицинскому применению лекарственного препарата Дазолик® Леди. Торговое наименование: Дазолик® Леди. МНН: орнидазол. **Лекарственная форма:** таблетки вагинальные. **Показания*:** урогенитальный трихомониаз; бактериальный вагиноз; санация влагалища перед гинекологическими операциями. **Противопоказания*:** гиперчувствительность к орнидазолу и другим производным нитроимидазола, а также другим компонентам, входящим в состав препарата; органические заболевания центральной нервной системы; I триместр беременности; период грудного вскармливания; возраст до 18 лет. **С осторожностью:** II-III триместры беременности; нарушения функции печени; алкоголизм. **Способ применения и дозы*:** Интравагинально по 1 вагинальной таблетке 500 мг ежедневно перед сном в течение 5 дней. **Побочное действие*:** головная боль, головокружение, сонливость; нарушения функции желудочно-кишечного тракта, в том числе тошнота, рвота, диарея; нейтропения; полиурия; проявления кожных реакций и реакции гиперчувствительности; чувство жжения, местное раздражение, сухость влагалища. **Срок годности*:** 2 года. **Условия отпуска:** По рецепту.

Полная информация по препарату представлена в инструкции по медицинскому применению ЛС 000232 от 19.03.20, изменения №2 от 23.11.2023.

***Полная информация - см. инструкцию по медицинскому применению препарата Дазолик® Леди.**

За дополнительной информацией обращаться в АО «РАНБАКСИ» (группа компаний SUN PHARMA), Адрес: 107023, г. Москва, ул. Электрозаводская, д. 27, стр. 8, пом. 14/1, тел. +7 (495) 234-51-70, <https://sunpharma.com/russia/>, E-mail: drugsafety.russia@sunpharma.com.

При возникновении возможных нежелательных реакций (НР) просим информировать об этом нашего регионального представителя, а также обращаться к специалисту по фармаконадзору по телефону: +7 (495) 234-51-70 (доб.4) или по электронной почте: drugsafety.russia@sunpharma.com.

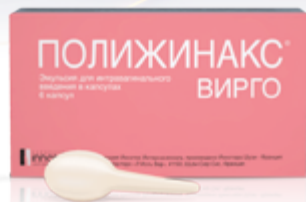
Daz_L-NCP-01-04/2024



ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

ПОЛИЖИНАКС®

ЛЕЧИТ ВАГИНИТ ЛЮБОЙ ЭТИОЛОГИИ*1



Полижинакс® применяется более чем в 80 странах мира

- ⊕ **Синергия** антибиотиков полимиксина В и неомицина расширяет спектр действия^{2,3}
- ⊕ **Двойное бактерицидное** действие обеспечивает эффективную элиминацию возбудителей вагинита³
- ⊕ **Уникальная форма** Полижинакс® Вирго для женщин и девочек⁴

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ



ПОЛИЖИНАКС®



ПОЛИЖИНАКС®
ВИРГО

* Кроме ИППП.

1. Радзинский В.Е., Гушин А.Е., Соловьева А.В. и др. Терапия вагинитов различной этиологии: результаты наблюдательного исследования «МИКСТ» // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак, 2024, № 1 (104), С. 35–42. 2. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Полижинакс. 3. Доброхотова Ю.Э., Маркова З.А. Смешанный вагинит в современных условиях: особенности течения и выбор подходов к лечению // Проблемы репродукции, 2022, Т. 28, № 4, С. 137–144. 4. Полижинакс® Вирго — единственный в РФ лекарственный препарат для лечения вагинальных инфекций в форме эмульсии для интравагинального применения в капсулах // grs.minzdrav.gov.ru. ДЛЯ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

